

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu

Posttraumatic Growth in Women after Breast Cancer



Bakalářská diplomová práce

Autor práce: Jana Kutarňová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Olomouc

2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. 3. 2018

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucímu práce, Mgr. Martinu Kupkovi, PhD., za odborné vedení, vstřícnost, nápady a čas, který mi během konzultací věnoval. Děkuji také všem respondentkám, které věnovaly svůj čas a energii vyplnění dotazníku. Za pomoc se sběrem dat a vstřícnost děkuji také ředitelkám organizací, které sdružují ženy po rakovině prsu. Poděkování míří rovněž k mým blízkým za podporu během celého studia.

Obsah

Úvod	7
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Rakovina prsu.....	8
1.1 Historie onemocnění	8
1.2 Epidemiologie, incidence, mortalita	9
1.3 Etiologie	12
1.4 Klinické příznaky, diagnostika.....	13
1.5 Léčba rakoviny prsu.....	15
2 Posttraumatický rozvoj.....	18
2.1 Traumata, stresory a posttraumatická stresová porucha	18
2.2 Posttraumatický rozvoj: historie a vymezení pojmu.....	19
2.3 Faktory související se vznikem posttraumatického rozvoje.....	22
2.3.1 Individuální vnímání traumatu	22
2.3.2 Kognitivní zpracování události.....	22
2.3.3 Osobnostní charakteristiky	24
2.3.4 Sociodemografické údaje	24
2.3.5 Časová dimenze.....	24
2.3.6 Sociální opora.....	25
2.3.7 Víra (spiritualita)	25
3 Výzkumy posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu.....	26
3.1 Posttraumatická stresová porucha u žen s rakovinou prsu.....	26
3.2 Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu	27
3.2.1 Doba uplynulá od diagnózy.....	27
3.2.2 Věk respondentky	29

3.2.3 Sociální opora	29
3.2.4 Další faktory	30

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy	32
5 Vybraný metodologický rámec	34
5.1 Zvolená výzkumná strategie	34
5.2 Metoda sběru dat	34
5.3 Postup analýzy dat.....	35
5.4 Etické otázky ve výzkumu	36
6 Výzkumný soubor.....	37
6.1 Způsob výběru vzorku a sběr dat	37
6.2 Popis výzkumného souboru	38
7 Výsledky analýzy dat.....	45
7.1 Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu	45
7.2 K platnosti hypotéz	52
8 Diskuze	55
8.1 Interpretace zjištěných výsledků	55
8.2 Limitace výzkumu.....	58
8.3 Aplikace výsledků do praxe, možnost dalších výzkumů	60
9 Závěry.....	61
Souhrn	62
Seznam použitých zdrojů a literatury	64
Seznam příloh	68

Úvod

Diagnóza tak vážné nemoci, jakou je rakovina prsu, může otřást dosavadním životem ženy prakticky ve všech oblastech. Nemoc ovlivní nejen zdravotní a tělesnou stránku, ale dotkne se i osobních vztahů, pracovní kariéry nebo sebevědomí ženy (Abrahámová, 2009). Léčba rakoviny prsu trvá měsíce až roky. Kromě fyzické bolesti přináší i bolest psychickou – v podobě úzkostí, obav o budoucnost nebo dokonce o život.

Traumata však mohou mít i svou pozitivní stránku. V literatuře je popsána jako posttraumatický rozvoj a znamená dosáhnout určitý čas po události trvalé pozitivní životní změny a vyššího stupně odolnosti než před traumatem (Paulík, 2010). Lidé, kteří posttraumatický rozvoj prožili, jej popisují například jako změnu v životních prioritách, přehodnocení některých dosavadních vztahů nebo nově získanou schopnost lépe si vážit každého dne. Trauma tedy může zapůsobit jako budíček, který nás přinutí klást si otázky, jak a proč vlastně žijeme (Joseph, 2017).

Tématem této bakalářské práce je posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu. V teoretické části je nejprve popsána diagnóza rakoviny prsu, její příznaky, rizikové faktory, rozdíly v typech nádorů podle věku pacientek a metody současné léčby. Dále je teoreticky popsán koncept posttraumatického rozvoje a zejména faktory, které jsou s ním spojeny. Teoretická část je zakončena kapitolou reflektující současné zahraniční výzkumy posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu.

Cílem výzkumné části je popsat a prozkoumat míru posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu. Výzkumná část ve svých východiscích navazuje na část teoretickou a opírá se o kvantitativní metodologii. Zvolenou metodou je Dotazník posttraumatického rozvoje (PTGI). Výzkumná část hledá například statisticky významný vztah mezi věkem respondentky a mírou dosaženého posttraumatického rozvoje. Hledány jsou i další případné souvislosti a rozdíly. Například mezi mírou posttraumatického rozvoje dosaženého respondentkami, které se považují za věřící a těmi, které se za věřící nepovažují.

1 Rakovina prsu

Karcinom prsu je onkologické onemocnění postihující převážně ženy. Jedná se o nemoc s výrazným psychosociálním aspektem. Ňadra jsou odpradáвна symbolem ženství, sexuální atraktivity a plodnosti. Onemocnění rakovinou prsu znamená pro pacientku i její rodinu zásah prakticky do všech oblastí života, včetně dopadu na sebevědomí ženy. Zpravidla platí, že čím je žena v okamžiku vyléčení diagnózy mladší, tím závažnější psychické a sociální důsledky se jí týkají (Abrahámová, 2009).

1.1 Historie onemocnění

O rakovině prsu se někdy říká, že je to nemoc moderní doby. Při pohledu do historie však zjistíme, že tomu tak není. První zmínku o rakovině prsu nalezneme už v egyptských papyrech z období 3000 let před naším letopočtem. Nemoc je v nich popsána jako *studená na pohmat, vyklenutá a rozšířená do celého prsu*. Rakovinou prsu se 400 let před Kristem zabýval Hippokrates a dával ji do souvislosti s nerovnováhou tělesných šťáv (krve, hlenu, žluče a černé žluče). Pokoušel se i o chirurgickou léčbu, kdy ženám odstraňoval nádory a snažil se přitom o zachování co největší části prsu (k tomuto principu se hlásí i současná medicína). Dvě století po Hippokratovi dospěl Galén k názoru, že rakovina prsu zřejmě souvisí s menopauzou (Lakhtakia, 2014).

Významný posun v diagnostice a léčbě sledujeme v průběhu 19. století, kdy se rozvíjela lékařská věda a experimentální chirurgie. Do tohoto období spadá objev rakovinných buněk a jejich schopnosti metastázovat. Bylo také zjištěno, že rakovina prsu se šíří do lymfatických uzlin. Skotský lékař William Banks v roce 1882 jako první uzliny experimentálně vyjmul v domnění, že tím rakovinu odstraní. O dvanáct let později provedl americký chirurg William Halstead první kompletní mastektomii prsu. Předpokládal, že následkem takto radikálního zákroku se rakovina do těla pacientky už nikdy nevrátí. Ve 20. století byl objeven vliv hormonální hladiny na vznik rakoviny prsu, což vysvětlilo, proč se nádory objevují i u mladších žen, které dosud neprodělaly menopauzu. Ve 20. století se postupně prosadily moderní způsoby léčby jako radiologie, chemoterapie a cílená biologická léčba. Nový rozměr do léčby přinesl v 70. letech 20. století mamograf. Tento screeningový nástroj dokáže odhalit i ranná (tzv. nehmatná, in situ) stádia nemoci. Výhodou mamografu je, že pracuje s menší mírou radiace než klasický rentgen, což umožňuje využití v prevenci.

Rozšíření mamografické diagnostiky ve vyspělých zemích v posledních desetiletích významně přispělo ke snížení úmrtnosti na rakovinu prsu (Joe, 2015; Lakhtakia, 2014).

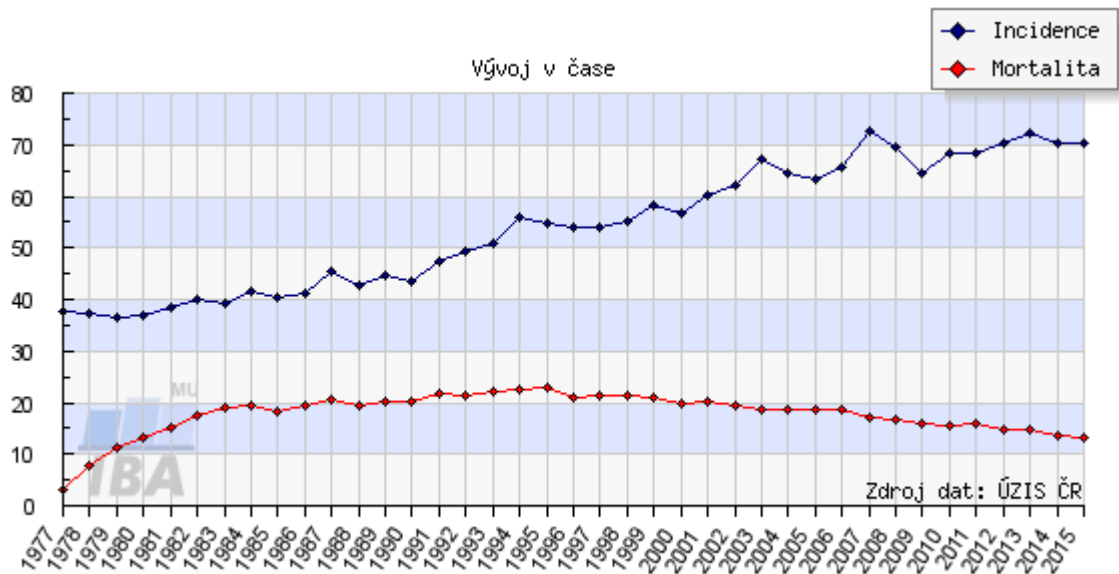
1.2 Epidemiologie, incidence, mortalita

Rakovina prsu je celosvětově nejrozšířenějším zhoubným onemocněním u žen, tvoří 25 % ze všech typů nádorů. Podle globální onkologické studie *GLOBOCAN 2012* onemocnělo v roce 2012 rakovinou prsu 1,67 milionu pacientů po celém světě, většinou žen. Ve stejném roce na karcinom prsu celosvětově zemřelo 557 tisíc lidí, převážně v málo vyspělých regionech se špatně dostupnou zdravotní péčí. Standardizovaná incidence rakoviny prsu je celosvětově uváděna hodnotou 43,1 případů a 100 000 obyvatel. Nalezneme však velké rozdíly podle jednotlivých částí světa. Nejvyšší míru incidence sledujeme ve vyspělých regionech (Severní Amerika: 91,6 případů na 100 000 obyvatel; Západní Evropa: 91,1 na 100 000). Nejnižší výskyt naopak zaznamenáváme v rozvojových regionech (Střední Afrika: 26,8 případů na 100 000 obyvatel; Východní Asie: 27 na 100 000). Vysoký výskyt rakoviny prsu ve vyspělých zemích můžeme vysvětlit lepší úrovní diagnostiky a péče. Včasně zachycení rakoviny prsu má zásadní vliv na úspěšné vyléčení pacientky a její přežití. V Západní Evropě a Severní Americe se standardizovaná mortalita pohybuje mezi 13,2 – 18,1 případy úmrtí na 100 000 nemocných. Nejvíce na rakovinu prsu umírají ženy na Fiji (28,4 případů na 100 000), Nigérii (25,9 na 100 000) a Makedonii (25,6 na 100 000). V chudých regionech s obtížně dostupnou zdravotní péčí lékaři ženy obvykle zachytí až v pokročilých stádiích nádoru, kdy šance na vyléčení klesá. Ve vyspělých zemích, například ve Velké Británii nebo Austrálii, je většina pacientek zachycena v počátečních a lépe léčitelných stádiích (Ghoncheh, Pournamdar, & Salehiniya, 2016).

V roce 2015 byla v České republice incidence zhoubných nádorů v prsu u žen uváděna hodnotou 70,31 na 100 000. Standardizovaná mortalita představuje v rámci ČR 13,39 úmrtí na 100 000 pacientek. Jak je patrné z několika grafů níže, incidence rakoviny prsu v ČR průběžně stoupá, zatímco mortalita klesá. Můžeme to přičíst již zmíněné zlepšující se úrovni diagnostiky a léčby, kdy je stále více pacientek zachyceno už v počátečních stádiích nemoci. Z hlediska věkové struktury v ČR je zhoubný nádor v prsu nejčastěji diagnostikován ženám po 50. roce života. Nejvíce nových pacientek zaznamenáváme ve věkové kategorii 60 – 69 let, **jak ukazují následující grafy** (Dušek et al., nedat.).

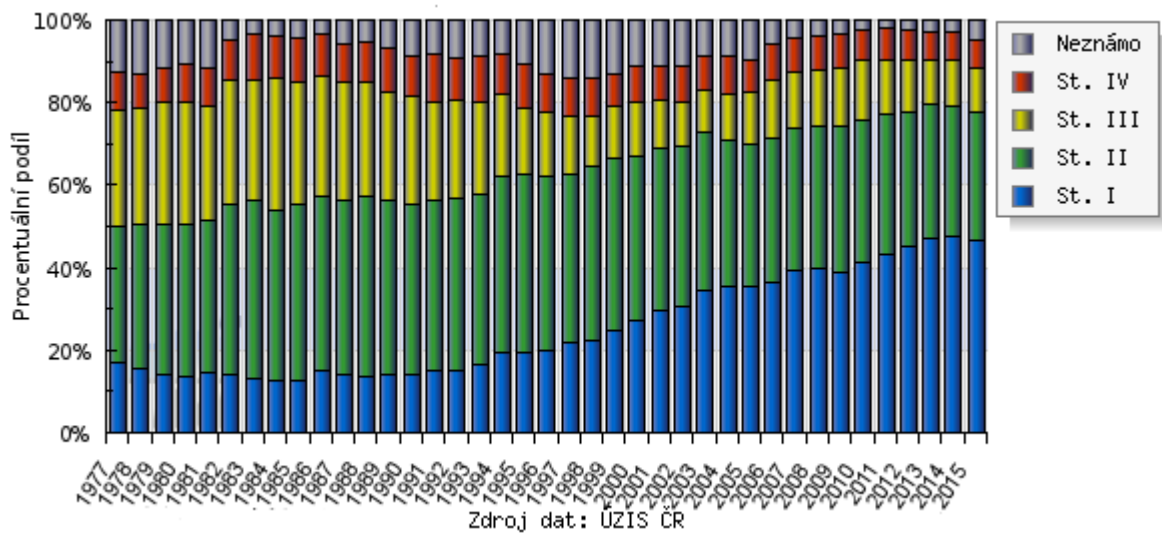
Graf 1 Incidence a mortalita zhoubných nádorů v prsu u žen v ČR

(zdroj grafu: www.svod.cz)



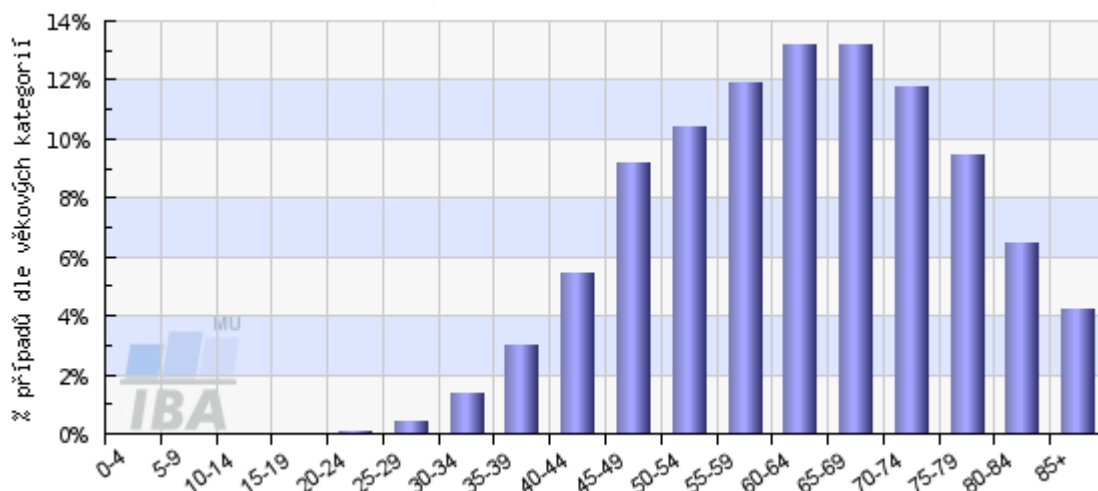
Graf 2 Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubných nádorů v prsu u žen v ČR

(zdroj grafu: www.svod.cz)



Graf 3 Incidence zhoubných nádorů v prsu u žen podle věkové struktury v ČR

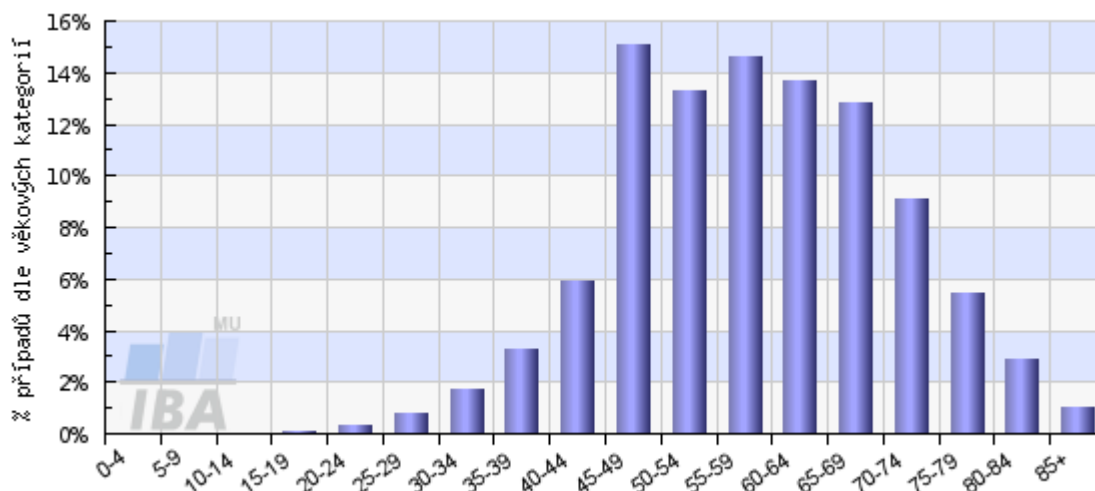
(zdroj grafu: www.svod.cz)



Odlišnou věkovou strukturu nalezneme u incidence nehmatných nádorů prsu (tzv. nádory in situ). Nehmatný nádor je nejčastěji diagnostikován ženám po 45. roce života. Souvislost můžeme najít s plošným mamografickým screeningem, který byl v ČR zaveden v roce 2002 a ke kterému jsou cíleně zvány ženy po dovršení 45. roku. Mamograf je v současnosti jedinou zobrazovací metodou, která dokáže odhalit i nehmatný nádor, tedy nádor v raném stádiu, který má lepší prognózu než nádor hmatný (Skovajsová, 2010).

Graf 4 Incidence nehmatných nádorů v prsu u žen podle věkové struktury v ČR

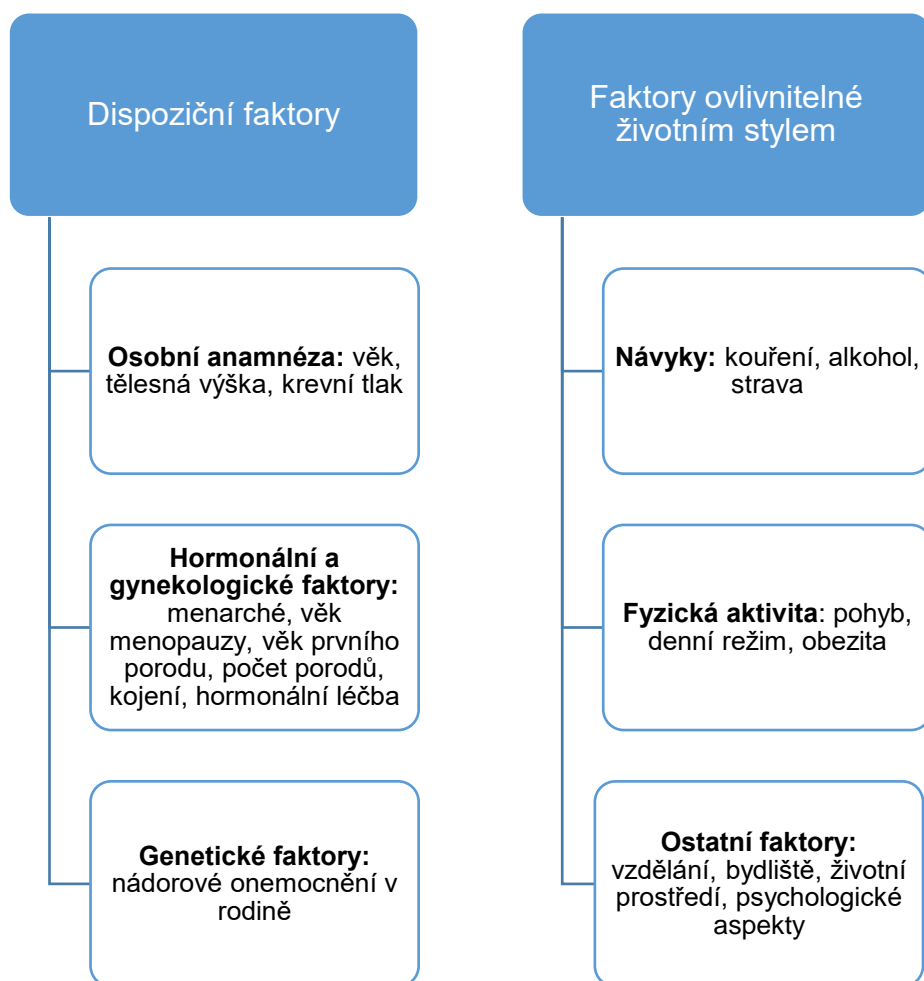
(zdroj grafu: www.svod.cz)



1.3 Etiologie

Podle Abrahámové (2009) není příčina vzniku rakoviny prsu dosud zcela spolehlivě objasněna. I přes dlouhou historii výzkumu zatím není možné jednoznačně stanovit, která žena je nádorem prsu ohrožena a u které se téměř jistě nerozvine. Rizikové faktory můžeme obecně rozdělit na dispoziční, tedy takové, které žena prakticky nemůže ovlivnit, a dále na faktory ovlivnitelné změnou životního stylu:

Obr. 1 Rizikové faktory rakoviny prsu (dle Abrahámová, 2009)



Nejvýznamnějším rizikovým faktorem vzniku rakoviny prsu je věk. Největší nárůst nově diagnostikovaných pacientek sledujeme ve věkové kategorii 50 a více let, a to bez ohledu na případné dřívější genetické zatížení v rodině. U starších žen pravděpodobně hrají roli zejména hormonální změny související s menopauzou. Karcinomem prsu však může

onemocnět každá žena po 20. roce věku, přičemž riziko významněji stoupá už po 40. roce. Zvýšené riziko vzniku nádoru v prsu mají ženy, které tuto nemoc už jednou prodělaly. Častější výskyt nemoci byl zaznamenán také u žen, které poprvé menstruovaly už před 12. rokem života a také u těch, které poprvé rodily ve 30 - 35 letech nebo které zůstaly bezdětné. Naopak to, pokud má žena děti a pokud je kojila, patří mezi protektivní faktory (Abrahámová, 2009; Ghoncheh et al., 2016).

U žen před 35. rokem života se rakovina prsu objevuje vzácně, tyto pacientky tvoří jen 2 % ze všech nově diagnostikovaných případů za rok. U mladších žen je nejvýznamnějším rizikovým faktorem genetické zatížení. Genetická predispozice je způsobena především vrozenými mutacemi genů BRCA1 a BRCA2, které zvyšují riziko rozvoje rakoviny prsu až desetinásobně. Nádory způsobené genetickou mutací patří k velmi agresivním, s tendencí tvořit časně vzdálené metastázy například i v mozku nebo plicích. Část nositelek této mutace onemocní i jinými typy nádorů, například vaječníků (Metelková, Skálová, & Fínek, 2017; Skovajsová, 2011).

Vysvětlit vznik rakoviny prsu a postihnout rizikové faktory se snaží nejen medicína, ale i psychologie. Například jungiánská psychoterapeutka Elida Evans (in Faleide, Lilleba, & Faleide, 2010) popsala jako jedna z prvních psychosomatickou teorii rakoviny. Hlavní příčinou vzniku nádoru je podle ní nemožnost vyjádřit negativní emoce, zejména zlobu a vztek. Také Angenendt, Schütze-Kreilkamp, & Tschuschke (2010) upozorňují na nepřímý vliv stresu a sociální zátěže na možný vznik rakoviny prsu.

1.4 Klinické příznaky, diagnostika

Zhoubný nádor je způsoben nekontrolovaným růstem buněk, které se vymkly imunitní kontrole pacienta. Prsní nádory rostou zpočátku pomalu, ale postupně invazivně pronikají do okolní tkáně. Rozlišujeme nádory in situ (nehmatné), invazivní a metastázované. Riziko metastáz zvyšuje rozšíření maligních buněk do mízních uzlin. Již vzniklý nádor se projevuje různými změnami, které jsou zpravidla odhalitelné pohledem nebo pohmatem (Abrahámová, 2009).

Příznaky rakoviny prsu (Abrahámová, 2009; Skovajsová, 2011):

- **Vtahování kůže na prsu.** Kůže se na pohled jeví jako propadlá. Právě za tímto místem se může nacházet nádorová bulka.

- **Hmatná (bolestivá) bulka.** Laickým mýtem je, že rakovina prsu nebolí. Rostoucí nádor však může tláčit na okolní nervová zakončení. Zejména pacientky s hluboko uloženým nádorem v blízkosti prsního svalu uvádějí tlakovou, píchavou bolest.
- **Zarudnutí a oteplení kůže.** Tento symptom je spojen se vzácnými typy nádorů, které nevytvářejí hmatnou bulku. Zarudnutí může být lékařem zaměněno za zánět.
- **Váznutí v souhybu.** Pokud žena vzpaží a na jednom z prsů se projeví asymetrie, měla by podstoupit kontrolní vyšetření, zda se nejedná o nádor.
- **Nepravidelnost bradavky.** Pozorujeme její vtažení nebo oploštění. Varovné zejména je, pokud se asymetrie bradavky projeví pouze na jednom prsu.
- **Sekrece z bradavky.** Varovný je zejména krvavý výtok z bradavky.

Petráková (2016) uvádí, že 73 % pacientek onemocní duktálním karcinomem prsu. Dukty jsou součástí prsní žlázy a postupně se spojují v mlékovody. 14 % pacientek má diagnostikován lobulární karcinom, který pochází z výstelky lalůček (lobulů) produkujících mléko. Po menopauze se počet lobulů radikálně snižuje. Lobulární karcinom je častější u starších pacientek a je dáván do souvislosti s hormonální léčbou užívanou v menopauze. Tento typ nádoru je špatně hmatný a na rozdíl od duktálního karcinomu se neukáže na mamografu. Je však dobře odhalitelný pomocí magnetické rezonance. Lobulární karcinom má vyšší riziko relapsu. Pacientky s lobulárním nádorem častěji podstupují mastektomii, tedy chirurgické odstranění prsu.

Stanovení diagnózy zahrnuje tyto kroky (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010):

- **Rodinná a osobní anamnéza.** Zjišťujeme například možnou genetickou zátěž v rodině, dále jak onemocnění u příbuzné probíhalo, o jaký typ nádoru se jednalo.
- **Fyzikální vyšetření.** Prsy jsou důkladně vyšetřeny pohmatem (palpací). Součástí palpce je i vyšetření uzlin v podpaží, nadklíčku a na krku.
- **Zobrazovací metody.** Vyšetření mamografem jako jediné odhalí i nehmatné nádory. Ultrasonografické vyšetření prsů a mizních uzlin má doplňkovou funkci a má význam zejména u mladších žen s hmatnou bulkou. Během mamografického nebo sonografického vyšetření lze provést biopsii, tedy odběr tkáně k dalšímu vyšetření. K vyšetření prsu se používají i další zobrazovací metody jako magnetická rezonance, počítačová tomografie nebo pozitronová emisní tomografie.

- **Biochemické vyšetření.** Stanovujeme hodnoty nádorových markerů spojených s rakovinou prsu a také markerů ukazujících na přítomnost metastáz.
- **Hematologické vyšetření.** Před diagnostickým nebo plánovaným chirurgickým výkonem zjišťujeme stav krvetvorby pacientky, zejména srážlivost krve.
- **Histopatologické vyšetření.** Pomocí punkční biopsie je odebrán vzorek tkáně. Určuje se typ nádoru (duktální, lobulární, in situ), jeho velikost a hodnotí se, zda nádorové buňky pronikají do lymfatických či krevních cév. Tento znak má velmi nepříznivý vliv na prognózu, protože nádor může metastázovat.
- **Stav lymfatických uzlin.** Pacientce mohou být odebrány mízní uzliny k analýze. Zjišťuje se jejich napadení nádorovými buňkami. Toto vyšetření pomáhá určit stádium rakoviny prsu.
- **Staging** neboli určení stádia nádoru (0 – IV). Určuje se podle klasifikace TNM (Tumor, Noduli, Metastases, tedy Nádor, Lymfatický rozsev, Vzdálené metastázy). Na základě stagingu je volena léčebná strategie. Dalším kritériem pro určení nejlepšího způsobu léčby je i zvážení agresivity nádoru, přítomnost či nepřítomnost hormonálních receptorů na nádorových buňkách a celkový hormonální stav pacientky (zejména ve vztahu k menopauze).

1.5 Léčba rakoviny prsu

O konkrétním typu léčby rozhoduje vždy tým lékařů. Kromě klinického onkologa jsou jeho dalšími členy chirurg, rentgenolog, radiační onkolog, patolog a případně i další specialisté. Léčba je plánována na základě celkového stavu pacientky, stádia nemoci, typu nádoru a dalších souvisejících kritérií, jako je například přítomnost hormonálních receptorů v nádorové tkáni. Rakovina prsu málokdy zahrnuje jen jeden typ léčby – různé terapeutické metody se kombinují a doplňují, jak je potřeba. Kombinace se mohou objevit i v rámci jednoho typu léčby, typicky například u chemoterapie. V současnosti existuje 40 druhů cytostatik účinných na prsní nádory, které mají samostatně účinnost mezi 20 – 65 %. Proto se cytostatika během chemoterapie kombinují (typicky 2 – 3), aby se projevil maximální možný účinek. Léčbu rakoviny prsu můžeme podle typu rozdělit na chirurgickou, systémovou a radiační (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010).

Léčba rakoviny může zahrnovat tyto metody:

- **Chirurgická léčba.** Operační zákrok může zahrnovat úplnou nebo částečnou amputaci prsu (též ablace, mastektomie prsu). Přístupuje se k němu u nádorů o velikosti dvou centimetrů a větších. Konkrétní rozsah **ablace** se odvíjí od velikosti a umístění nádoru. Radikální (Halstedova) mastektomie zahrnující odstranění prsní tkáně, kůže, bradavky, dvorce a malého i velkého prsního svalu se už vzhledem k přílišné radikalitě nepoužívá. Pacientka může podstoupit modifikovanou radikální mastektomii, kdy se zachovává velký prsní sval. Při totální mastektomii se odstraňuje prsní tkáň, kůže, bradavka a dvorec. Tento typ operačního zákroku někdy profylakticky podstupují pacientky s genetickým zatížením. Dalším typem chirurgické léčby je u menších nádorů **lumpektomie**, kdy se odstraní pouze nádorové ložisko a část okolní prsní tkáně (Abrahámová, 2009).
- **Radioterapie.** Ozařování je nejstarší metodou v léčbě rakoviny prsu, používá se už od roku 1895. Paprsky ovlivní nádorové buňky tak, že zahynou nebo ztratí schopnost rozmnožování. Radioterapie je doprovodným krokem po každé chirurgické léčbě a má snížit pravděpodobnost recidivy (Abrahámová, 2009).
- **Chemoterapie.** Adjuvantní chemoterapie se indikuje po předchozí operaci pro zaléčení zbytkové choroby. Neoadjuvantní chemoterapii podstupují pacientky s většími nádory, přičemž cílem je dosáhnout zmenšení nádoru a jeho následné odoperování. Pacientka indikovaná k chemoterapii nesmí mít v danou chvíli metastázy. K léčbě se používají nitrožilně podávaná cytostatika, která vstupují do metabolických procesů v rychle rostoucích nádorových buňkách. Cytostatika však zabíjejí i jiné rychle rostoucí buňky v lidském těle (vlasy, kostní dřeň, sliznice zažívacího traktu) kvůli čemuž se s chemoterapií pojí nepříjemné vedlejší účinky (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010).
- **Hormonální léčba.** Tento typ léčby je předepisován zejména postmenopauzálním pacientkám, u kterých je v nádorové tkáni prokázána přítomnost hormonálních receptorů. Hormonální léčba se indikuje v raných i pokročilých stádiích rakoviny prsu. Na rozdíl od chemoterapie se v hormonální léčbě nekombinují různé typy přípravků. Efekt hormonální léčby je možné zhodnotit nejdříve za tři měsíce. Jedná se o dlouhodobě podávanou léčbu (Chovanec, Dostálová, & Navrátilová, 2008).

- **Biologická léčba.** Je typem hormonální léčby, podmínkou použití některých preparátů je rovněž přítomnost hormonálních receptorů v nádorové tkáni. Cílená biologická terapie má proti chemoterapii tu výhodu, že nenapadá zdravé buňky. Mechanismus účinku biologické léčby je poměrně široký. Dokáže například zablokovat tvorbu nových cév, které si zhoubný nádor v těle vytváří kvůli své vlastní výživě (Prausová, 2010).

Medicínská léčba se zaměřuje především na léčbu nemoci, odstranění bolesti a posílení imunity. Nedílnou částí léčby a uzdravování je však také psychická stránka. Existuje proto řada důvodů, proč do léčby rakoviny prsu zařadit také psychologickou pomoc, která může pomoci zmírnit stres, nejistotu a pocity úzkosti (Faleide et al., 2010). Psychické rozpoložení pacientky, stejně jako její postoj k nemoci, může mít na léčbu zásadní vliv. Studie Greera a Watsona (in Faleide et al., 2010) zjistila, že ženy, které vykazovaly výraznou snahu s nemocí bojovat, byly více let bez relapsu než ženy, které propadaly beznaději. Boj s rakovinou prsu pak vůbec nejlépe zvládaly pacientky, které k nemoci pociťovaly nenávist a nepřátelství, současně však měly pod kontrolou vlastní emocionalitu.

2 Posttraumatický rozvoj

2.1 Traumata, stresory a posttraumatická stresová porucha

Traumata, krize a další nároční události nemusejí znamenat jen negativní a bolestné důsledky. Část lidí potvrzuje, že tyto události přinášejí i pozitivní změnu, kterou lze označit jako posttraumatický rozvoj (Preiss, 2009). Pro lepší porozumění tomuto konceptu si nejprve definujeme pojmy, které s posttraumatickým rozvojem úzce souvisí, tedy trauma a posttraumatickou stresovou poruchu.

Trauma lze definovat jako negativní zážitek, který přesahuje obvyklou lidskou zkušenost (Orel, 2016). Z pohledu Mezinárodní klasifikace nemocí je trauma přímou odezvou na stresovou událost neobvykle hrozivého až katastrofického rázu, která u většiny lidí vyvolá mimořádnou tíseň. Posttraumatický rozvoj trauma pojímá poněkud širším a mělčím způsobem, kdy za něj považuje i krize nebo náročné životní okolnosti. V tomto pojetí tedy trauma nemusí znamenat jen působení přímého objektivního faktoru, jakým je například válka nebo přírodní katastrofa, ale i významného subjektivního faktoru, jakým může být těžká nemoc (Preiss, 2009).

Autoři konceptu posttraumatického rozvoje Tedeschi & Calhoun (2004) chápou termín trauma jako synonymum k termínům *krize* nebo *vysoce stresující událost*. Za trauma můžeme v kontextu posttraumatického rozvoje považovat diagnózu vážné nemoci, dopravní nehodu, přírodní katastrofu, ztrátu blízkého člověka, zneužívání či například komplikovaný porod. Tyto události mají společné, že dokáží otrástit samým základem našeho bytí a způsobují hluboká psychická a citová zranění. Vyhnout se traumatizujícím zážitkům je však prakticky nemožné. Téměř nikdo není schopen prožít svůj život tak, aby se zcela vyhnul neštěstí a utrpení (Joseph, 2017).

Krize, traumata a náročné události působí jako **stresory** spouštějící stresovou reakci. Ta se projevuje v biologické i psychické rovině, kde zasahuje kognitivní, motivační a emocionální procesy. To, jak danou situaci vyhodnotíme a jak silnou odezvu konkrétní stresor vyvolá, je individuální. Reakce se může objevit okamžitě, ale i se zpožděním a je výsledkem vnímání události a významu, který jí jedinec přikládá. Z hlediska dopadů na duševní (ale i tělesné) zdraví je nebezpečný zejména *distres*, tedy působení chronického a traumatického stresu (Joseph, 2017; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Následkem těžkého stresu se může rozvinout **posttraumatická stresová porucha** (PTSP). Je to opožděná a protražovaná reakce na ohrožující událost nezvyklé intenzity. Jedinec prožívá pocity naprosté bezmoci a zděšení. Subjektivně se může obávat i o zachování vlastní psychické integrace (objevuje se pocit, že to snad nemůže ani zvládnout, že zešílí). PTSP se častěji se rozvine u žen než u mužů, týká se například 75 – 100 % žen po znásilnění (Kryl, 2002; Paulík, 2010). Z klinické stránky je PTSP nejčastější diagnózou, která se po traumatu objeví. Neplatí však, že se rozvine u každého, kdo trauma prožije. V rozvoji poruchy hraje roli několik faktorů, například obecná obranyschopnost jedince proti těžké psychické zátěži, okolnosti daného traumatu a také míra osobní odpovědnosti během události. Například lidé, kteří koordinují záchranné práce během hromadných neštěstí, mohou na akutní stres zareagovat až s určitým zpožděním právě v podobě PTSP (Joseph, 2017; Kryl, 2002).

Příznaky PTSP jsou trojího typu (Kryl, 2002):

- **Intruzivní:** opakované znovuprožívání traumatu v podobě nutkavých myšlenek, vzpomínek a snů, případně flashbacků.
- **Avoidantní:** snaha vyhýbat se situacím, činnostem, myšlenkám a prožitkům, které se vztahují k danému traumatu.
- **Ostatní:** emoční otupělost, ztráta zájmu o dříve důležité činnosti, zvýšená podrážděnost, poruchy spánku a koncentrace, sociální stažení, pocity hanby či viny.

PTSP je negativní stránkou traumatu. Těžké události však mohou mít i svou pozitivní stránku, kterou je posttraumatický rozvoj. Důležité je zmínit, že PTSP a posttraumatický rozvoj nefungují jako „křížovatka“, na které si oběť traumatu „vybere“, kudy se vydá. Obě tyto složky mohou existovat i současně s tím, že jejich proporce se v čase mění. V tomto kontextu můžeme na PTSP pohlížet také jako na proces probíhající osobní transformace vedoucí k pozitivní životní změně (Joseph, 2017; Mareš, 2012).

2.2 Posttraumatický rozvoj: historie a vymezení pojmu

Přesvědčení, že prožití těžkých událostí nepřináší jen ztrátu, ale také příležitost ke změně a růstu, má dlouhou historii. Odpradávná se promítá do lidových přísloví a úsloví, jako třeba: *Všechno zlé je k něčemu dobré; Co škodí, to učí; Neštěstí, bídy, příhody, dobrého často původí*. Zmínit můžeme také Nietzscheho již zlidovělé: *Co mě nezabije, to mě posílí*. Prakticky ve všech náboženských směrech, od křesťanství přes judaismus, buddhismus až

po některé proudy islámu, můžeme najít zmínky o tom, že lidské bytí je plné těžkých zkoušek. Teprve to, jak člověk v těchto zkouškách obstojí, ukáže, co v něm skutečně je. Celé křesťanství provází idea, že utrpení otevírá cestu k novému životu. Lepší život si člověk musí vybojovat a zasloužit. (Mareš, 2012).

Nejen lidové, ale i vědecké zkoumání pozitivních stránek traumatu má svou historii. V počátcích moderní psychologie koncem 19. století se objevily první výzkumy týkající se negativního působení stresu. Začátkem 20. století vnesl Freud do psychologie medicínský způsob myšlení, kdy pracoval s termíny jako *porucha*, *pacient*, *léčba*. Zaměřoval se na to, co nefunguje, co je v psychice nutné tzv. opravit. Z tohoto pojetí, jednostranně zaměřeného na negativní stránky, vybočili po druhé světové válce Frankl a Antonovsky. Frankl prožil několik let v koncentračních táborech, kde ztratil velkou část rodiny. Po válce popsal, i na základě své osobní zkušenosti, příležitost najít v životních tragédiích a neštěstích *smysl*. Tvrdil, že když se člověk ocitne tváří tvář ohrožení vlastní existence, získává možnost objevit *smysl života*. Pokud jedinec nedokáže změnit okolnosti mezní události, stále má možnost změnit sebe a svůj postoj. Frankl po válce založil vlastní psychoterapeutický směr, který traumatizovaným pomáhá objevit *smysl*: logoterapii. Také Antonovsky se věnoval výzkumu s lidmi navracejícími se z koncentračních táborů. Zjistil, že část z nich si i přes fyzickou zbědovanost zachovala dobrou psychickou kondici. Objevený koncept nazval *soudržnost osobnosti* (sense of coherence, SOC). Tvoří ji *srozumitelnost*, tedy schopnost předvídat a chápat vlastní reakce v krizových situacích; *zvládnutelnost*, tedy schopnost reagovat na krizové situace a *smysluplnost*, tedy míra, s jakou je jedinec ochotný investovat energii do výzev, které mu život přináší. Ke zkoumání pozitivních aspektů traumatu se v 90. letech 20. století přiklonila také Seligmanova *pozitivní psychologie*, která do psychologického výzkumu přinesla nová témata jako emoční inteligence a kvalita života (Joseph, 2017; Mareš, 2012).

Termín **posttraumatický rozvoj** použili v roce 1996 jako první Tedeschi a Calhoun, kteří jsou rovněž autory Dotazníku posttraumatického rozvoje (PTGI). Ve svých starších pracích používali i jiné termíny, například *pocitované přínosy*; *pozitivní aspekty* či *transformace na základě traumatu*. Nakonec upřednostnili pojem posttraumatický rozvoj. Podle nich nejlépe vyjadřuje zkušenosti lidí, kteří rozvojem po traumatu prošli, a kteří ho popsali jako osobní změnu získanou na základě určitého procesu. Posttraumatický rozvoj tedy znamená něco hlubšího, než jen aplikování copingové strategie, která má pomoci se s traumatem vyrovnat (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Posttraumatický rozvoj znamená trvalou pozitivní změnu v chování a prožívání. Nejenže se jedinec z traumatu zotaví, ale zpracuje jej tak, že dosáhne zlepšení proti stavu před traumatem. Trauma zapůsobí jako budíček, který jedince donutí k zamyšlení, jak a proč vlastně žije. Pokud k sobě dokáže být upřímný, zpravidla si musí přiznat, že nežije tak moudře, odpovědně a soucitně, jak by mohl. Setkání s velkou bolestí tedy může znamenat nalezení nových pohledů na život a rozpoznání nových osobních předností. Posttraumatický rozvoj je zásadní pozitivní změna vyvolaná silným stresem, kdy jedinec dosáhne vyšší míry odolnosti (Joseph, 2017; Paulík, 2010).

Zvláštní kategorií traumatu, která může nastartovat posttraumatický růst, je blízkost smrti. Yalom (2014) v této souvislosti používá termín *probouzející zážitek*. I když se zdá, že už je vše ztraceno, stále se mohou objevit nové možnosti, příležitosti a důvody, proč mít rád svůj život. Uvědomění vlastní smrtelnosti může vést k nalezení smyslu, přehodnocení dosavadních priorit či odstříhnutí se od nevyhovujících vztahů.

Podle Carvera (1998) existují čtyři způsoby, jak člověk může na prožité trauma zareagovat. Z obrázku je patrné, že posttraumatický rozvoj se proti ostatním způsobům liší v tom, že znamená změnu na vyšší úroveň proti stavu před krizí.

Obr. 2 Reakce na traumatickou zkušenost (dle Carver, 1998)



2.3 Faktory související se vznikem posttraumatického rozvoje

Jak vyplývá z předchozího, posttraumatický rozvoj je pouze jednou z cest, kterou se traumatizovaný jedinec může vydat. Preiss (2009) uvádí, že posttraumatický rozvoj se dostavuje u 30 – 90 % lidí, kteří prožili závažnou krizi. Nejedná se tedy o změnu, která se dostavuje vždy nebo dokonce automaticky. V následující podkapitole se budeme věnovat vybraným faktorům, které mají na vznik posttraumatického rozvoje vliv.

2.3.1 Individuální vnímání traumatu

Traumatické události mají různou podobu. Mohou se týkat zdraví, mezilidských vztahů nebo problémů v pracovním životě. Traumatem může být úmrtí blízkého člověka, rozvod, zkušenost s násilným přepadením, dopravní nehodou, válkou nebo přírodní katastrofou. To, zda jedinec určitou událost vnímá jako trauma, záleží na jeho subjektivním hodnocení a aktuálních životních podmínkách. Jinými slovy, trauma je relativní záležitostí a trauma je traumatem tehdy, pokud to jedinec takto vnímá. Během intervence je proto zásadní pomocí rozhovoru nebo specifických dotazníků poznat, zda jedinec událost vnímá jako traumatickou a jakou míru závažnosti jí přisuzuje. Nedoporučuje se spoléhat pouze na pohled profesionálů (lékařů, psychologů, sociálních pracovníků) (Mareš, 2012).

Večeřová-Procházková & Honzák (2008) zmiňují teorii životních událostí, kterou vytvořili Holmes a Rahe v 60. letech 20. století. Na základě stovek klinických studií přiřadili různým událostem v lidském životě počet bodů podle závažnosti. Například úmrtí životního partnera ohodnotili 100 body, rozvod 73 body, Vánoce 12 body a podobně. Teorie předpokládá, že pokud člověk během posledních dvanácti měsíců nasbírá 150 – 300 bodů, zažívá významnou stresovou zátěž, která může negativně ovlivnit jeho další fungování. Limitem teorie je právě univerzálnost bodů přidělených událostem a opominutí individuálního hodnocení závažnosti traumatu.

2.3.2 Kognitivní zpracování události

Traumatické události a okolnosti, za kterých k nim došlo, vyvolávají především silné emoce. Ty časem opadnou a dostavuje se snaha o rozumové zhodnocení události. Jedinec hledá vysvětlení, klade si otázky typu: *Proč se mi to stalo?* Případně: *Co mohu udělat proto, abych se s tím vyrovnal?* Například pacienti, kteří se potýkají se život ohrožující nemocí, pátrají také po nějakém správném lékařském vysvětlení. Ptají se lékařů, proč nemoc dostali,

zda mohla vzniknout například jako důsledek kouření nebo stresu. Ne vždy však od zdravotníků dostanou uspokojivou odpověď, protože u řady nemocí dosud nebyla prokázána jednoznačná kauzalita s určitým chováním. To může vést k pocitům zmatenosti nebo i nedůvěry v léčbu; pacienti pochybují, zda je lékař, který sám neví, jak k onemocnění došlo, dokáže vyléčit (Faleide et al., 2010; Mareš, 2012).

Calhoun & Tedeschi (2006) vnímají jako synonymum kognitivního zpracování ruminaci. Tento termín má v posledních letech spíše negativní konotaci. Tito autoři uvádějí, že ho chápou v jeho původním významu, tedy jako schopnost ponořit se do své mysli a pátrat po vysvětlení, případně po pozitivním obsahu traumatu.

V první fázi se objevuje **neodbytná ruminace**. Mívá podobu automatických, vtíravých myšlenek, kterým je obtížné zabránit. Jedinec se vrací k prožité krizi a jejím okolnostem, což je provázeno skličujícími pocity. Dotyčný se zaobírá minulostí, přítomnost je mu nepříjemná a budoucnost mu připadá nejasná. Má dojem, že se mu život rozdělil na dvě poloviny: před událostí a po události (Calhoun & Tedeschi, 2006; Mareš, 2012).

Po určité době přichází na řadu **úmyslná ruminace**. Jedinec už je klidnější, rozvážnější a snaží se dobrat srozumitelného vysvětlení, co se vlastně stalo. Úkolem této fáze ruminace je přijmout, že se událost opravdu stala a že je nutné vyrovnat se s tím, že se okolnosti života zřejmě nenávratně změnily. Úmyslná ruminace má v sobě pozitivní náboj: snaží se jedince vyvést z beznaděje, ozdravit jeho síly a ukázat mu, že má zdroje, jak vše zvládnout (Calhoun & Tedeschi, 2006; Mareš, 2012).

Další fází kognitivního zpracování traumatu je **akomodace**, která je pro růst nezbytná. Akomodace přináší změnu dosavadního pohledu na svět. Jedinec musí překreslit svou mentální mapu tak, aby odpovídala novým životním okolnostem. Tento proces může trvat dlouho a může být velmi náročný. Akomodace v jistém smyslu znamená smrt toho, kým jedinec byl před traumatickou událostí. Lidé obecně mají v okamžicích nepohody a nerovnováhy tendenci dávat přednost asimilaci před akomodací. **Asimilace** znamená snahu udržet si dosavadní pohled na život: vyhledávat informace, které jsou s ním v souladu a ignorovat ty, které jsou v rozporu. Trauma je však obvykle natolik silným podnětem, že mechanismy asimilace selžou a je nutné přistoupit k akomodaci. Úspěšné zpracování traumatu vyžaduje rovnováhu mezi asimilací a akomodací (Joseph, 2017).

2.3.3 Osobnostní charakteristiky

Kognitivní zpracování však není všemocné. Vznik posttraumatického rozvoje souvisí rovněž s určitými osobnostními charakteristikami. Linley & Joseph (2004) ve své přehledové studii založené na porovnání 39 výzkumů souvisejících s posttraumatickým rozvojem zmiňují pozitivní korelaci posttraumatického rozvoje se čtyřmi dimenzemi dotazníku Neo Big Five. Posttraumatický rozvoj pozitivně koreloval s Extraverzí, Otevřeností vůči zkušenostem, Přívětivostí a Svědomitostí. Negativní korelace byla zjištěna u poslední dimenze, tedy Neuroticismu.

Jiný výzkum na toto téma potvrdil pozitivní korelaci u Extroverze a Otevřenosti vůči zkušenostem, zatímco u ostatních dimenzí se pozitivní korelace nepotvrdila. Zajímavý pohled přineslo hledání vztahu mezi posttraumatickým rozvojem a jednotlivými fazetami Neo Big Five. Nejsilnější pozitivní vztah byl objeven u Aktivity, Pozitivních emocí a Otevřenosti vůči pocitům (Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.3.4 Sociodemografické údaje

Ohledně sociodemografických údajů nepanuje ve výzkumech shoda. Některé studie například potvrdily souvislost mezi věkem a posttraumatickým rozvojem, jiné ji naopak neobjevily (Park, 2004). Heidarzadeh et al., (2014) zkoumali posttraumatický rozvoj u pacientů s rakovinou. Zjistili, že mladší pacienti dosáhli vyššího rozvoje než starší. U jiných demografických charakteristik, jako rodinný stav nebo místo bydliště, nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl. Podle některých studií může být prediktorem posttraumatického růstu nižší vzdělání (Weiss, 2004), podle jiných naopak vyšší vzdělání (Cormio, Muzzatti, Romito, Mattioli, & Annunziata, 2017).

2.3.5 Časová dimenze

Podstatným faktorem posttraumatického růstu je doba, která od traumatické události uplynula. Nejde jen o samotné plynutí času, ale o dynamiku probíhajících psychických dějů, například v kontextu ruminace. Vždy nějakou dobu trvá, než se jedinec s traumatem vyrovná a je schopen uvažovat také o pozitivních stránkách. Podle některých dřívějších studií se posttraumatický rozvoj objevuje zhruba 13 – 18 měsíců po traumatu. Posttraumatický rozvoj se projevuje v několika různých oblastech, jako je spirituální změna, osobní růst nebo vztahy s druhými. (Mareš, 2012).

2.3.6 Sociální opora

Rodina, přátelé, kolegové, známí a další lidé v blízkém okolí jsou přirozeným zdrojem odolnosti vůči prožívané zátěži. Sociální opora patří mezi klíčové zdroje pozitivních změn, které se mohou po traumatu projevit. Tato proměnná přispívá k osobnímu rozvoji i schopnosti lépe se adaptovat na zvládání krizí v budoucnu. Výraznější míry posttraumatického rozvoje dosahuje jedinec, který během traumatu sociální podporu aktivně vyhledává proti člověku, který uvádí, že ji „pouze“ dostává nebo vnímá. Aktivní vyhledávání sociální podpory má vliv na snížení pocitů osamělosti a izolovanosti. Možnost vypovídat se někomu blízkému přináší v dlouhodobější perspektivě lepší schopnost rozpoznat nové příležitosti a integrovat je do svého životního rámce. Zajímavé je zmínit, že lidé v průběhu krize upřednostňují různé typy sociální podpory. Například pro jedince, kterým byl chirurgicky odstraněn nádor, byla v prvních fázích traumatu zásadní především emocionální podpora, zatímco v pozdějších fázích už tolik ne (Paulík, 2010; Prati & Pietrantonio, 2009).

Faleide, Lilleba, & Faleide (2010) uvádějí, že lidé, kteří se dozví diagnózu rakoviny, v první fázi vyhledávají spíše sociální oporu ve svém blízkém okolí, než aby se obrátili na psychologickou pomoc. U jiných traumat to může být jinak – například po autonehodách, které skončily amputací končetiny, bývá intervence psychologa samozřejmostí.

2.3.7 Víra (spiritualita)

Víra, respektive spiritualita, může mít významný vliv na zvyšování psychické odolnosti během prožívaných traumat. Náboženské vyznání se v tomto pojetí částečně překrývá s efektem sociální podpory – víra sdílená v určitém společenství jedinci umožňuje mít se na koho se obrátit, získat pochopení, sdílet své trápení s lidmi, kteří vyznávají podobné životní hodnoty. Důležitou součástí víry je i odpuštění, které je v některých náboženských systémech základem dobrého vztahu k sobě samému i k ostatním (Paulík, 2010). Pacienti trpící rakovinou se obvykle snaží najít příčinu toho, proč onemocněli. Kladou si otázky jako: *Kdo je zodpovědný za mou nemoc?* Někteří religiózní pacienti mohou nemoc chápat jako potrestání za skutky, které udělali. Vnímání nemoci jako trestu však zvyšuje míru napětí a stresu; objevují se pocity viny a neustálé přemýšlení, co šlo udělat jinak. Pak může víra uzdravení i komplikovat. Dodávat však může samozřejmě i sílu. Věřící lidé, kteří si myslí, že nemoc (nebo jiná vážná událost, která je potkala), je součástí plánu, který s nimi Bůh má, nebo že se jedná o zkoušku, kterou na ně Bůh naložil, nebývají paralyzováni pocity viny a pochybnostmi (Faleide et al., 2010).

3 Výzkumy posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu

Poslední kapitola teoretické části je věnována posttraumatickému rozvoji žen po rakovině prsu optikou současných, zejména zahraničních výzkumů. Stejně jako ve 2. kapitole se nejprve zaměříme na problematiku posttraumatické stresové poruchy. V další části kapitoly už věnujeme pozornost posttraumatickému rozvoji a jeho faktorům. Vzhledem k tomu, že ve výzkumné části je pracováno s dotazníkem PTGI, pozornost je věnována výzkumům, které tuto metodu rovněž využily.

3.1 Posttraumatická stresová porucha u žen s rakovinou prsu

Vyslechnout si diagnózu život ohrožujícího onemocnění může vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP). Mezi taková onemocnění jednoznačně patří rakovina. S rakovinou je spojena určitá nejistota a nepředvídatelnost, protože existují různé typy příznaků i nádorů. Tato různorodost ovlivňuje prognózu i způsob léčby, což může znamenat jinou úroveň distresu. Léčba rakoviny může trvat měsíce až roky, distres je tedy zažíván delší dobu, na rozdíl od ohraničených traumatických zážitků, které přijdou a odezní. Pacienti s rakovinou se potýkají s bolestmi, úzkostí, obavami o svou budoucnost a také s nepříjemnými vedlejšími účinky léčby jako je ztráta vlasů, únava nebo poruchy koncentrace (Kangas, Henry, & Bryant, 2002; Kwakkenbos, Coyne, & Thombs, 2014).

Arnaboldi et al. (2014) zkoumali vznik posttraumatické stresové poruchy u žen, kterým byla diagnostikována rakovina prsu a které čekaly na provedení mastektomie. Původní výzkumný vzorek tvořilo 150 italských pacientek. Medián věku byl 47 let. Výzkumníci je sledovali v období před hospitalizací a poté po dvou letech. Do druhého, navazujícího měření se zapojilo už jen 83 pacientek z původního souboru. Zvolenými výzkumnými metodami byl Dotazník vlivu událostí (IES) a dotazník STAI pro měření aktuální úzkosti. Výsledky studie můžeme shrnout následovně:

- V období před hospitalizací vykazovalo 20 % pacientek intruzivní příznaky PTSP, 19,1 % vykazovalo avoidantní příznaky PTSP a 70,7 % vykazovalo příznaky aktuálního stavu úzkosti.
- Po uplynutí dvou let se u pacientek vyskytovaly intruzivní a avoidantní příznaky PTSP a příznaky úzkostného stavu ve stejné míře jako u běžné populace.

Jak však upozorňují Kwakkenbos et al. (2014), zjišťovat výskyt PTSP u žen s rakovinou prsu pomocí dotazníků měřících stresové symptomy není vhodné, protože dotazníky „propustí“ i řadu pacientek, které diagnostická kritéria PTSP ve skutečnosti nesplňují. V přehledových studiích, které vytvořili například Kangas et al. (2002), se u pacientek s rakovinou prsu uvádí prevalence PTSP mezi 1,9 – 32 %. Problémem je, že část studií k těmto datům dospěla pouze na základě skóre z dotazníků. Naproti tomu výzkumy, které použily strukturované klinické interview podle DSM-IV, dospěly k prevalenci 2,4 – 5,9 %. Například ve Spojených státech činí prevalence PTSP u žen s rakovinou prsu 5 % (Kwakkenbos et al., 2014).

3.2 Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu

Jak bylo uvedeno v 2. kapitole, posttraumatický rozvoj může ovlivňovat řada faktorů, jako je doba uplynulá od události, věk, pohlaví, osobnostní charakteristiky, spiritualita, sociální opora a další. Podívejme se na to, **jaké faktory posttraumatického rozvoje aktuální výzkumné studie identifikovaly u žen s rakovinou prsu.**

3.2.1 Doba uplynulá od diagnózy

Danhauer et al. (2014) zkoumali prediktory posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu. Výzkumný soubor tvořilo 653 respondentek v I. – III. stádiu rakoviny prsu, které prošly opakovaným měřením dotazníkem PTGI. Poprvé, když byly maximálně 8 měsíců po diagnóze a poté o 6, 12 a 18 měsíců později. Průměrný věk respondentek byl 54,9 roku se směrodatnou odchylkou (SD) 12,6. Analýza prokázala statisticky významný rozdíl mezi dobou, která uplynula od události a skórem v dotazníku PTGI ($p = <0,0001$). Vývoj hrubého skóru v čase zobrazuje tabulka.

Tab. 1 Skóre dosažené v PTGI a doba uplynulá od diagnózy 1 (Danhauer et al., 2014)

0 – 6 měsíců po diagnóze	6 – 12 měsíců po diagnóze	12 – 18 měsíců po diagnóze	18 – 24 měsíců po diagnóze
54,03 (SD: 23,12)	56,47 (SD: 22,99)	57,31 (SD: 23,23)	58,14 (SD: 22,65)

Největší nárůst ve skóre se projevil mezi prvním a druhým měřením, tedy během prvního roku po diagnóze. Autoři studie předpokládají, že během prvního roku už část žen

zaznamenala úspěchy podstupované léčby. Nejvyššího skóre v dotazníku PTGI ženy dosáhly 18 – 24 měsíců po diagnóze (Danhauer et al., 2014).

Další studie zkoumala posttraumatický rozvoj u žen s rakovinou prsu a u jejich partnerů. K analýze byly využity smíšené lineární modely. Ve skupině pacientek tvořilo výzkumný soubor 162 žen s diagnostikovanou rakovinou prsu, které nedávno podstoupily operaci (odstranění nádoru nebo celého prsu). Průměrný věk respondentek byl 49 let. Respondentky měly diagnostikované I. – III. stádium rakoviny prsu. Dotazník PTGI vyplňovaly třikrát s časovým odstupem. Poprvé, když byly 1 – 10 měsíců po diagnóze (medián = 4 měsíce), podruhé po 9 měsících a potřetí po dalších 9 měsících (Manne et al., 2004). Dosažené hrubé skóre shrnuje tabulka.

Tab. 2 Skóre dosažené v PTGI a doba uplynulá od diagnózy 2 (Manne et al., 2004)

1 – 10 měsíců po diagnóze	O 9 měsíců později proti prvnímu měření	O 9 měsíců později proti druhému měření
49,0 (SD: 25,7)	52,8 (SD: 25,5)	55,7 (SD: 24,0)

Studie prokázala statisticky signifikantní rozdíl mezi dobou uplynulou od diagnózy a skórem v dotazníku PTGI ($F = 8,63$; $p = 0,0037$). Všechny ženy s odstupem času dosáhly vyššího skóre v porovnání s prvním měřením (Manne et al., 2004).

K podobným závěrům dospěl i Weiss (2004), který zjistil signifikantní negativní korelaci mezi dobou uplynulou od onemocnění a skórem v PTGI ($r = -0,29$; $p = 0,02$). Podle tohoto zjištění dosahují lepšího skóre ženy, které jsou kratší dobu od diagnózy. Weissova studie zkoumala posttraumatický rozvoj u 72 žen po léčbě rakoviny prsu v počátečním stádiu. Respondentky byly 1 – 5,5 roku po sdělení diagnózy. Všechny respondentky byly vdané, průměrný věk v souboru byl 54,2 roku (SD: 8,6).

Další studie zkoumala posttraumatický rozvoj u lidí, kteří se před pěti a více lety vyléčili z rakoviny. Ve výzkumném souboru tvořily ženy po rakovině prsu 56,9 %. Statisticky významně vyššího skóre v dotazníku PTGI dosáhli respondenti, kteří byli deset a více let po vyléčení (Cormio et al., 2017).

3.2.2 Věk respondentky

Andysz, Najder, Merecz-Kot, & Wójcik (2015) zkoumali vztah věku respondentek a skóre dosaženého v dotazníku PTGI. Výzkumný soubor tvořilo 47 polských žen po rakovině prsu, které podstoupily chirurgickou operaci. Medián aktuálního věku byl 57,50 roku (SD: 11,70). Medián věku v okamžiku sdělení diagnózy byl 51,05 roku (SD: 11,60). Pacientky byly v průměru 6,7 let po diagnóze (SD: 5,20). Byla nalezena statisticky významná negativní korelace mezi skórem dosaženým v PTGI a věkem respondentky v okamžiku sdělení diagnózy ($r = -0,37$; $p = 0,012$). V čím mladším věku tedy žena onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje později dosáhne.

Manne et al. (2004) prokázali statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem respondentky a skóre dosaženým v PTGI. Mladší ženy tedy dosáhly vyššího skóre než starší ženy. K podobnému zjištění dospěli i McDonough, Sabiston, & Wrosch (2014), kteří zkoumali posttraumatický rozvoj u 173 vyléčených pacientek ve třech časových odstupech. V posledním měření, které proběhlo šest měsíců po úplném vyléčení, se potvrdila negativní korelace mezi věkem ženy a skórem v PTGI ($r = -0,18$; $p = <0,05$). I podle závěrů této studie tedy mladší ženy dosahují lepšího skóre než starší ženy.

Jiné studie statisticky signifikantní souvislost mezi aktuálním věkem respondentky a posttraumatickým rozvojem (respektive skórem dosaženým PTGI) nenašly (Andysz et al., 2015; Svetina & Nastran, 2012; Weiss, 2004).

3.2.3 Sociální opora

Sociální opora patří podle závěrů mnoha výzkumů mezi silné faktory podporující posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu. Baglama & Atak (2015) měli ve výzkumném souboru 31 postoperativních žen po rakovině prsu. Respondentkám bylo v průměru 50,48 let (SD: 11,59). Jednalo se o ženy z různých regionů Severního Kypru. Výzkumníci našli signifikantní vztah mezi posttraumatickým rozvojem a sociální oporou ($r = 0,47$; $p = 0,007$). Kromě PTGI respondentky vyplňovaly ještě Multidimenzionální škálu vnímané sociální opory (MSPSS). Oba dosažené skóre byly následně korelovány.

Weiss (2004) nenašel statisticky významnou souvislost mezi posttraumatickým rozvojem a obecnou sociální oporou. Objevil však korelaci mezi skórem v PTGI a podporou získávanou v manželství ($r = 0,24$; $p = 0,046$). Hodnota této druhé proměnné byla u respondentek s rakovinou prsu zjišťována pomocí dotazníku kvality vztahu (QRI). Mezi

další zajímavé zjištění patří signifikantní rozdíl dosaženého posttraumatického rozvoje mezi respondentkami, které dostaly podporu od někoho, kdo zažil podobné trauma a mezi respondentkami, které takovou podporu nedostaly ($t = 3,2$; $p = 0,002$).

Mcdonough, Sabiston, & Wrosch (2014) stejně jako Weiss (2004) nenalezli signifikantní vztah mezi skórem v PTGI a obecnou sociální oporou. Potvrdili však korelaci mezi posttraumatickým rozvojem a specifickou sociální oporou získanou během léčby rakoviny prsu ($r = 0,20$; $p = <0,05$). Specifickou sociální oporou výzkumníci definovali jako možnost popovídat si o svých zkušenostech s rakovinou, emocionální podporu či nabídku hmotné pomoci bez nároku na vrácení. Specifickou sociální podporu mohou ženám s rakovinou prsu projevovat partneři, přátelé, další členové rodiny a blízcí. Studie zároveň ukázala, že specifická sociální podpora předpokládá vznik posttraumatického rozvoje už v rané fázi období po léčbě.

3.2.4 Další faktory

Některé studie dávají posttraumatický rozvoj do souvislosti i s dalšími proměnnými, jako je víra/spiritualita nebo vzdělání. Docházejí však k protichůdným zjištěním nebo k výsledkům, které jsou z hlediska statistické významnosti na hraně. Další faktory, které mohou s posttraumatickým rozvojem souviset, proto uvádíme už jen stručně.

- **Víra/spiritualita.** Danhauer et al. (2014) testovali pacientky pomocí PTGI a škály FACIT-Sp, která obsahuje dvě subškály spirituality: smysl a víra. S vyšším skórem v PTGI statisticky významně souvisel jen výsledek v subškále víra ($p = <0,0001$). Další studie naopak zjistila, že víra respondentky s dosaženým skórem v PTGI signifikantně nesouvisí (Svetina & Nastran, 2012).
- **Vzdělání.** Weiss (2004) zjistil negativní korelaci mezi vzděláním a celkovým skóre v PTGI ($r = -0,26$; $p = 0,03$). Méně vzdělané respondentky tedy skórovaly lépe než ty s vyšším vzděláním. Ke podobnému výsledku ($r = -0,19$; $p = <0,05$) dospěla i další studie (Mcdonough et al., 2014). Opačné zjištění prezentovali Cormio et al. (2017) – v jejich výzkumu totiž lépe skórovaly respondentky s vyšším vzděláním, a to zejména v subškálách Nové možnosti a Ocenění života.

- **Absolvovaný typ léčby.** Andysz et al. (2015) neobjevili statisticky významný rozdíl v dosaženém skóre v PTGI u žen, které během léčby rakoviny prsu podstoupily chirurgickou operaci a mezi ženami, které ji nepodstoupily. Další studie publikovaná Manne et al. (2004) objevila signifikantní souvislost mezi fyzickým poškozením získaným během léčby (blíže nespecifikovaným) a vyšším skóre v PTGI. Jiný výzkum prokázal korelaci ($r = 0,22$; $p = <0,05$) mezi absolvováním chemoterapie a skórem dosaženým v PTGI (McDonough et al., 2014).

4 Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy

Cílem výzkumu je prozkoumat posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu. Významnou proměnnou ohledně této diagnózy je věk. Největší nárůst nově diagnostikovaných pacientek sledujeme ve věkové kategorii 50 a více let, a to bez ohledu na dřívější genetické zatížení v rodině (Abrahámová, 2009). Epidemiologická data dále ukazují, že výskyt nových případů rakoviny prsu u žen stoupá po 45. roce věku a dále po 60. roce věku (Dušek et al., nedat.).

Věk je v případě rakoviny prsu důležitým faktorem nejen z hlediska samotné diagnózy, ale také z pohledu posttraumatického rozvoje. Některé studie uvádějí, že mladší ženy, které si touto nemocí prošly, dosahují v dotazníku PTGI signifikantně vyššího skóre než starší ženy (Manne et al., 2004; Mcdonough et al., 2014). Vyslechnutí diagnózy v mladším věku pak dokonce může být prediktorem vyššího posttraumatického rozvoje v budoucnu. Výzkum (Andysz et al., 2015) prokázal signifikantní negativní korelaci mezi věkem v okamžiku diagnózy a pozdějším skóre v PTGI ($r = -0,37$; $p = <0,0012$). Toto zjištění můžeme interpretovat tak, že v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje v budoucnu dosáhne.

Rakovina prsu je vážné a život ohrožující onemocnění, které má dopad prakticky do všech oblastí života ženy. Nejen co se týká zdraví a tělesného schématu, ale i sociálních vztahů, pracovní kariéry nebo sebevědomí (Abrahámová, 2009). Léčba může být traumatizující fyzicky i psychicky. Než se projeví případný posttraumatický rozvoj, nějakou dobu to trvá. Podle Mareše (2012) můžeme v obecné rovině uvažovat o 13 – 18 měsících. Některé výzkumy týkající se rakoviny prsu však tvrdí, že u žen po rakovině prsu se posttraumatický rozvoj projevuje i mnohem dříve, například už během prvního roku od vyslechnutí diagnózy (Danahauer et al., 2014; Weiss, 2004). Postupem času se posttraumatický rozvoj obvykle ještě prohlubuje, upevňuje a nejvyšších hodnot dosahuje několik let od vyslechnutí diagnózy, přičemž rozpětí let uváděné výzkumy je velmi široké (Cormio et al., 2017; Danahauer et al., 2014; Manne et al., 2004).

Silným faktorem ovlivňujícím posttraumatický rozvoj je přijímaná sociální opora. Vyššího skóre v dotazníku PTGI dosahují ženy, které žijí ve spokojeném manželství a které měly během léčby možnost kontaktu s někým, kdo rakovinu prsu nebo podobné trauma už zažil (Weiss, 2004). Specifická sociální opora během léčby rakoviny prsu, definovaná například jako možnost popovídat si o svých zkušenostech s rakovinou nebo emocionální

podpora od rodiny, přátel a blízkých, je rovněž signifikantním ukazatelem vyšší míry posttraumatického rozvoje (McDonough et al., 2014).

Vliv dalších faktorů na posttraumatický rozvoj, jako je víra/spiritualita nebo typ absolvované léčby, není podle dosavadních výzkumů jednoznačný. Podle studie Danhauer et al. (2014) víra souvisí s dosažením vyššího skóre v dotazníku PTGI. Jiné výzkumy však dospěly ke zcela opačnému zjištění (Svetina & Nastran, 2012). Výzkumy, které by se zabývaly rozdílem v dosaženém posttraumatickém rozvoji podle typu absolvované léčby, zatím spíše chybí. Ty již publikované statisticky významný rozdíl nenalézají (Andysz et al., 2015) nebo nalézají jen dílčí rozdíl, například v případě absolvované chemoterapie (McDonough et al., 2014).

Na základě výše uvedeného stanovujeme výzkumné cíle práce takto:

- Popsat míru posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu.
- Prozkoumat souvislost mezi mírou posttraumatického rozvoje a věkem.
- Prozkoumat souvislost mezi mírou posttraumatického rozvoje a dobou, která uplynula od sdělení diagnózy.
- Prozkoumat, zda se dosažený posttraumatický rozvoj liší s ohledem na další proměnné jako je typ absolvované léčby a víra.

Konkrétně formulujeme tyto hypotézy:

H1: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a aktuálním věkem respondentky.

H2: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a nižším věkem respondentky v okamžiku diagnózy.

H3: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a dobou uplynulou od diagnózy.

H4: Předpokládáme, že respondentky, které se považují za věřící, budou v dotazníku PTGI skórovat statisticky významně výše než respondentky, které se za věřící nepovažují.

H5: Předpokládáme, že průměrné skóre dosažené v dotazníku PTGI se statisticky významně neliší u respondentek, které nepodstoupily ablaci prsu od respondentek, které ablaci prsu podstoupily.

5 Vybraný metodologický rámec

5.1 Zvolená výzkumná strategie

Jako hlavní výzkumná strategie byl zvolen **kvantitativní přístup**. Ten je spojen s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, pro který jsou charakteristické následující komponenty (Hendl, 2008):

- Vyjádření obecného tvrzení, kterým se snažíme vysvětlit vztahy v realitě (teorie).
- Provedení dedukce. Za předpokladu, že teorie platí, očekáváme nalezení signifikantního vztahu mezi proměnnými (hypotéza).
- Provedení pozorování (měření).
- Provedení závěrů o platnosti hypotézy (testování hypotézy).
- Vztažení výsledku zpět k teorii (verifikace).

Kvantitativní přístup je reduktivní. Nedokáže postihnout mnohorozměrnost objektu v celé jeho šíři a všech jeho možných kontextech. Vybírá si proto jen některé aspekty, které podrobněji studuje. Zjištění mohou být přesvědčivá, ale často jim chybí kontext. Kvantitativní přístup analyzuje pořadové, intervalové a poměrové proměnné, zatímco kvalitativní přístup pracuje zejména s nominálními proměnnými (Ferjenčík, 2010).

Mezi výhody kvantitativního přístupu patří reprezentativnost testování hypotéz, velké datové soubory, spolehlivost pozorování a spolehlivost měření. Nevýhodou je, že výzkumník může opominout důležité fenomény, protože se zaměřuje jen na testování určité teorie a ne na její rozvoj (což je znakem kvalitativního výzkumu). Získané závěry mohou být příliš abstraktní a problematické pro širší interpretaci (Hendl, 2008).

5.2 Metoda sběru dat

Dotazníkové šetření bylo provedeno prostřednictvím Dotazníku posttraumatického rozvoje (Posttraumatic Growth Inventory, zkráceně PTGI), který v roce 1996 vytvořili Tedeschi a Calhoun jako součást svého konceptu posttraumatického rozvoje. V současnosti se jedná o jeden z nejpoužívanějších dotazníků na měření posttraumatického rozvoje. Mezi další používané metody patří například škála rozvoje daného stresem (SRGS) nebo škála hledání benefitů (BFS). Dotazník PTGI byl přeložen do mnoha jazyků a byl ověřován

v různých kulturách. Používá se německá, španělská, holandská, italská, polská a mnohé další verze. Českou verzi dotazníku PTGI vytvořil Preiss (Mareš, 2012; Preiss, 2009).

PTGI má 21 položek a měří posttraumatický rozvoj v pěti oblastech (Vztahy s druhými, Nové možnosti, Osobní růst, Spirituální změna, Ocenění života). Dotazník je založen na subjektivním zhodnocení, jakou změnu respondent zažil v důsledku traumatické události. Odpovědi následně zaškrťává na šestistupňové Likertově škále („Žádná změna“ až „Velmi značná změna“). Reliabilita metody je vysoká, Cronbachovo alfa dosahuje hodnoty 0,97 (Mareš, 2012; Tedeshi & Calhoun, 1996).

Jak už bylo zmíněno, dotazník PTGI zkoumá posttraumatický rozvoj v pěti oblastech (faktorech). V dotazníku lze dosáhnout 0 – 105 bodů.

Tab. 3 Faktory dotazníku PTGI (Preiss, 2009)

Faktor	Položky sytící daný faktor
I. Vztahy s druhými	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
II. Nové možnosti	3, 7, 11, 14, 17
III. Osobní růst	4, 10, 12, 19
IV. Spirituální změna	5, 18
V. Ocenění života	1, 2, 13

5.3 Postup analýzy dat

Kromě 21 položek dotazníku PTGI respondentky vyplňovaly ještě 6 doplňujících otázek. Ty byly přidány na konec dotazníku se záměrem lépe poznat a popsat výzkumný soubor a získat další data pro hledání případných vztahů. Při formulaci otázek byl kladen důraz na co největší srozumitelnost. Jednalo se o tyto doplňující otázky:

- Kolik je vám nyní let?
- Kolik vám bylo let, když vám lékaři diagnostikovali rakovinu prsu?
- Měla jste děti předtím, než vám byla diagnostikována rakovina prsu?
- Měla jste v průběhu léčby nějaký podporující vztah? (pokud respondentka odpověděla „Ano“, byla vyzvána, aby vlastními slovy stručně specifikovala typ vztahu).

- Jste věřící? (respondentka mohla volitelně dopsat, k jakému náboženskému směru se hlásí)
- Jaký typ léčby rakoviny prsu jste podstoupila? (bylo nabídnuto osm možností, respondentka mohla zaškrtnout i více než jednu).

Získaná data z dotazníků byla přepsána do datové tabulky a očištěna. Neúplně nebo chybně vyplněné dotazníky byly z analýzy vyřazeny. Pro každou respondentku bylo vypočítáno hrubé skóre a následně i hrubé skóry v jednotlivých subškálách dotazníku. Na základě tohoto postupu bylo získáno celkové hrubé skóre souboru a jednotlivých subškál. Statistická analýza dat byla prováděna v programech MS Excel a Statistica 12.

Před analýzou pomocí vhodného statistického testu bylo nejprve nutné ověřit, zda data vykazují normální rozdělení. Normalita byla testována pomocí Shapirova-Wilkova testu a kontrolně i prostřednictvím zobrazení histogramu. V případě porušení normálního rozdělení bylo přistoupeno k neparametrickým statistickým metodám.

Hypotézy byly testovány na 5% hranici statistické významnosti ($\alpha = 0,05$). Za statisticky signifikantní tedy byly považovány pouze ty výsledky, kde získaná p-hodnota nepřesáhla hranici 0,05.

5.4 Etické otázky ve výzkumu

Dotazníky byly respondentkám distribuovány na základě předchozí e-mailové domluvy s vedoucími neziskových organizací, které sdružují ženy po rakovině prsu. S vedoucími bylo probráno, čeho se výzkum týká a jaké jsou jeho základní parametry. Všichni vedoucí dostali znění dotazníku PTGI a doplňujících otázek nejprve k náhledu, aby se mohli rozhodnout, zda mají zájem na výzkumu participovat, či nikoliv.

Účast respondentek ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Vyplňování dotazníku mohly odmítnout nebo jej kdykoliv přerušit. Dotazník byl koncipován jako anonymní. Část respondentek dotazník obdržela v on-line podobě (přes formuláře Google, kde není zjišťována IP adresa ani jiné ukazatele, které by mohly vést k identifikaci respondenta). Součástí každého dotazníku byla průvodní informace o prováděném výzkumu, kde respondentky dostaly instrukce k vyplnění a byly ujištěny, že účast je anonymní a získaná data budou využita jen v rámci této bakalářské práce. Respondentkám ani sdužením nebyla za účast ve výzkumu poskytnuta finanční ani materiální či nemateriální kompenzace.

6 Výzkumný soubor

6.1 Způsob výběru vzorku a sběr dat

Výzkumný soubor tvořily ženy různého věku po rakovině prsu. V 1. kapitole této práce uvádíme epidemiologická data, podle kterých tato diagnóza nejčastěji postihuje ženy po 50. roce věku. Vznik zhoubného nádoru v prsu se však nevyhýbá ani ženám podstatně mladším. Zatímco u starších pacientek patří mezi rizikové faktory zejména hormonální změny po menopauze, u mladších žen hrají roli především vrozené genetické mutace, se kterými se pojí agresivnější typy nádorů (Abrahámová, 2009; Metelková et al., 2017). Diagnostikovaný typ karcinomu prsu a průběh léčby se tedy může významně lišit i s ohledem na věk pacientky. Během získávání vzorku nebyla stanovena žádná výběrová věková hranice.

Výzkumný soubor byl vybírán na základě účelového výběru, který je často jedinou možnou variantou v situacích, kdy není možné dodržet náhodný výběr. **Účelový výběr** je využíván při zkoumání skupin, u kterých neexistují dostupné registry nebo seznamy, ze kterých by bylo možné pravděpodobnostní výběr provést. Kromě lidí s určitou zdravotní diagnózou se tato situace může týkat například i výzkumů národnostních menšin. Výzkumník v takovém případě oslovuje patientská nebo zájmová sdružení a snaží se výzkumný vzorek sestavit z jejich členů. Účelový výběr má limity v interpretaci dat, protože nelze předstírat, že se zjištěné výsledky týkají celé populace. I přes tato omezení je účelový výběr používán a může přinášet užitečná zjištění (Disman, 2002).

Jak už bylo zmíněno v podkapitole o etických stránkách výzkumu, dotazníky byly respondentkám distribuovány přes organizace, které sdružují ženy po rakovině prsu. Nejprve byly osloveny vedoucí těchto organizací s žádostí o účasti na výzkumu. Pokud souhlasily, pomohly s distribucí dotazníku respondentkám – tedy svým členkám. Záměrně byly osloveny organizace z různých částí ČR, aby výsledný výzkumný soubor pokud možno nebyl úzce svázán jen s jedním městem nebo regionem. Se zapojením do výzkumu souhlasily tyto organizace:

- **ALEN - sdružení žen postižených rakovinou, z.s.**, Vratislavova 156, Praha 2.
- **Bellis Young & Cancer** (pozn.: projekt Aliance žen s rakovinou prsu), Vinohradská 1513, Praha 2.
- **INNA z. s., Havířov**, onkologická organizace, Studentská 1153, Havířov Podlesí.

- **Klub ŽAP** – ženy s nádorovým onemocněním, z. s., Světová 8, Praha 8.
- **Mamma HELP**, z. s., Koněvova 150, Praha 3.
- **ONKO – AMAZONKY**, spolek, Hrušovská 2654, Ostrava.
- **Onko klub SLUNEČNICE Olomouc**, z. s., Polská 57, Olomouc.

Sběr dat probíhal v prosinci 2017 až únoru 2018. Distribuce dotazníků probíhala po domluvě s vedoucími organizací částečně osobně (respondentky vyplňovaly vtištěné dotazníky) a částečně on-line (kdy vedoucí organizací poslaly svým členkám e-mailem odkaz na dotazník v elektronické podobě).

6.2 Popis výzkumného souboru

Výše popsaným způsobem bylo získáno celkem 101 dotazníků. Vyřazeno bylo 14 dotazníků. Důvodem pro vyřazení bylo chybné nebo neúplné vyplnění a dále to, pokud respondentky uvedly, že jsou méně než jeden rok od sdělení diagnózy. Tato hranice byla stanovena s přihlédnutím již publikovaným výzkumům na podobné téma, na které se odkazujeme. Tuto hranici pro zahrnutí do výzkumu posttraumatického rozvoje stanovili u pacientek po rakovině prsu například Weiss (2004) a Andysz et al. (2015). Finální výzkumný soubor zahrnoval 87 respondentek.

Z hlediska **rozložení pohlaví** tvořily 100 % výzkumného souboru ženy.

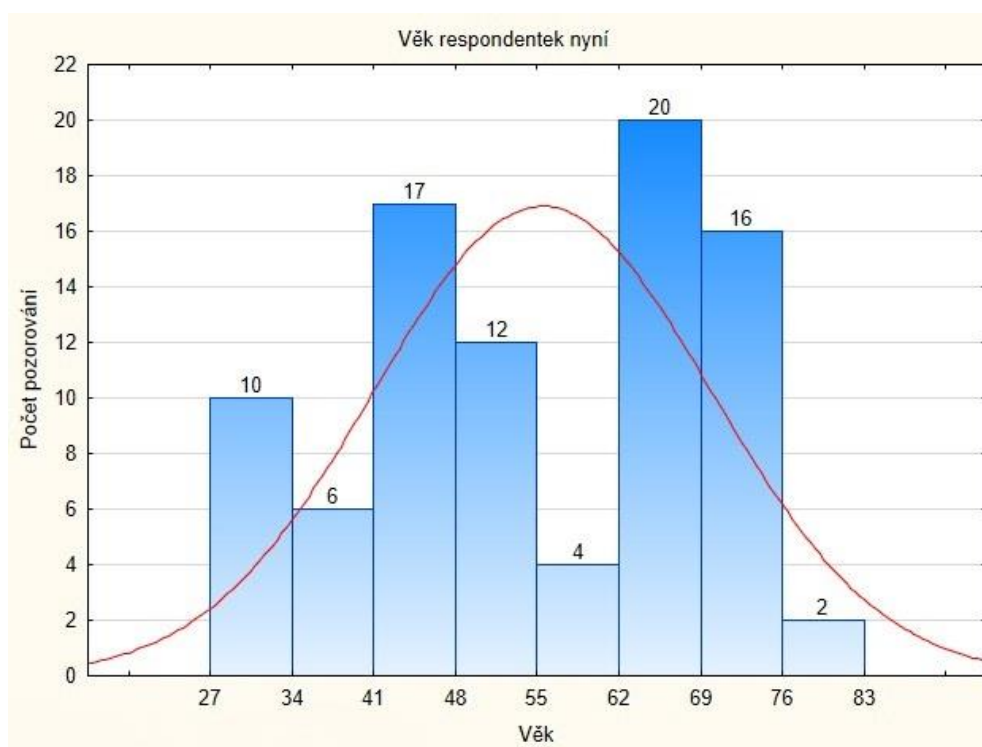
Tab. 4 Rozložení pohlaví v souboru

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	87	100 %
Muži	0	0 %
Celkem	87	100 %

Důležitou charakteristikou souboru je **věk**. Nejmladší respondentce bylo 27 let a nejstarší 78 let. Průměrný věk respondentek byl 55,26 roku se směrodatnou odchylkou (SD) 14,38. Medián byl 55 let a modus 68 let (absolutní četnost modu v souboru byla 8). Proměnná Aktuální věk nevykazovala normální rozdělení ($W = 0,935$; $p = 0,0027$).

Tab. 5 Věková struktura souboru (aktuální věk)

N	Průměr	SD	Medián	Modus	Min.	Max.
87	55,26	14,38	55,0	68,0	27	78

Graf 5 Histogram aktuálního věku respondentek

Nejpočetnější skupině žen v souboru je mezi 62 – 69 lety. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy mezi 41 – 49 lety. Podle epidemiologických dat zmíněných v 1. kapitole stoupá incidence rakoviny prsu po 45. roce života a poté po 60. roce. Respondentky lze po přihlédnutí k epidemiologickým datům rozdělit do následujících věkových skupin.

Tab. 6 Respondentky podle věkových skupin

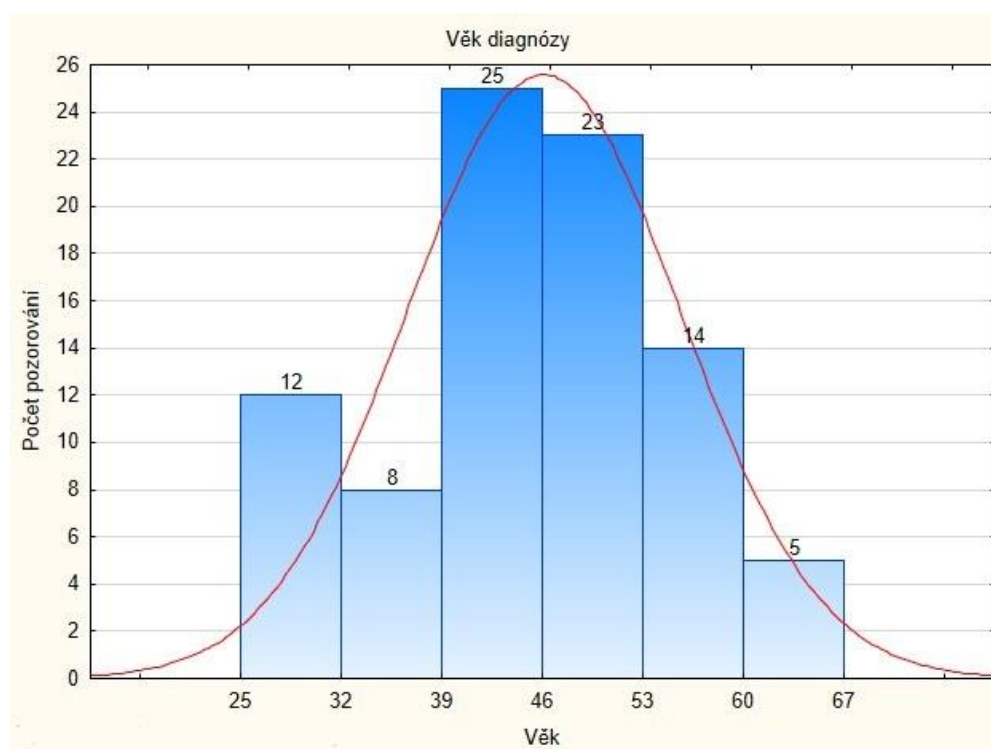
Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
27 – 45 let	25	28,73 %
46 – 59 let	22	25,29 %
60 – 78 let	40	45,98 %
	N = 87	100 %

Kromě aktuálního věku respondentek ve výzkumném souboru sledujeme také jejich **věk v okamžiku sdělení diagnózy**. Průměrný věk respondentek v okamžiku, kdy si od lékařů vylechly diagnózu, byl 45,89 let (SD: 9,49). Nejnižší uvedený věk v okamžiku sdělení diagnózy byl 25 let a nejvyšší 65 let. Medián představoval hodnotu 46 let a modus 44 let (absolutní četnost modu souboru byla 7). Proměnná Věk v okamžiku diagnózy vykazovala normální rozdělení ($W = 0,97$; $p = 0,19$).

Tab. 7 Věková struktura respondentek (věk v okamžiku diagnózy)

N	Průměr	SD	Medián	Modus	Min.	Max.
87	45,89	9,49	46,0	44,0	25	65

Graf 6 Histogram věku respondentek v okamžiku sdělení diagnózy



Nejvíce respondentek diagnózu vylechlo mezi 39. a 53. rokem (48 respondentek z 87, tedy 55,17 %). V souboru je poměrně výrazně zastoupena i skupina žen, která rakovinou prsu onemocněla ještě před 32. rokem života (12 respondentek z 87, tedy 13,79 %).

Dalším ukazatelem, který v souboru sledujeme, je **doba uplynulá od diagnózy**. Jak již bylo zmíněno, do výzkumného souboru byly zahrnuty respondentky, které v dotazníku uvedly, že jsou alespoň jeden rok od sdělení diagnózy. Respondentky byly v průměru 9,38

let od diagnózy (SD: 8,88). Medián byl 6 roku po diagnóze a modus 1 rok po diagnóze (absolutní četnost modu v souboru byla 16). Proměnná Doba uplynulá od diagnózy nevykazovala normální rozdělení ($W = 0,85$; $p = <0,001$).

Tab. 8 Doba uplynulá od diagnózy podle počtu let

N	Průměr	SD	Medián	Modus	Min.	Max.
87	9,38	8,88	6,0	1,0	1	38

Dotazník PTGI ohledně doby uplynulé od traumatu pracuje s kategoriemi, kdy respondenti vybírají určité rozmezí, jak dlouho od události uplynulo. Pokud výzkumný soubor rozdělíme podle těchto kategorií, zjistíme, že dvě třetiny respondentek (68,97 %) tvoří ty, které jsou aktuálně 2 a více let po vyslechnutí diagnózy.

Tab. 9 Doba uplynulá od diagnózy podle kategorií

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 2 roky	27	31,03 %
2 – 5 let	17	19,54 %
5 a více let	43	49,43 %
	N = 87	100 %

Jak bylo zmíněno, v rámci výzkumu byly zjišťovány i další **doplňující informace**, které mohou s naměřeným skóre v PTGI souviset. Kromě současného věku a věku v okamžiku sdělení diagnózy bylo od všech respondentek zjištěno, zda měly děti před onemocněním dětí, zda měly během léčby nějaký podpůrný vztah, zda se považují za věřící a jaký typ léčby rakoviny prsu prodělaly.

Tab. 10 Doplnující informace o respondentkách

Proměnná	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Děti před diagnózou	75	86,21 %	12	13,79 %
Podpůrný vztah během léčby	82	94,25 %	5	5,75 %
Věřící	35	40,23 %	52	59,77 %

Většina respondentek měla děti ještě před onemocněním. Téměř 95 % žen uvedlo, že během léčby rakoviny prsu měly podporující vztah. Tato doplňující otázka byla záměrně položena širěji a nebyla zužována pouze na partnerský/manželský vztah. Sociální podpora může být velmi pestrá a může zahrnovat i přátele, kolegy v práci, dospělé děti a podobně. Ženy, které odpověděly, že během léčby prožívaly podpůrný vztah, byly v dotazníku vyzvány, aby ho vlastními slovy stručně specifikovaly. Tato proměnná nakonec po zvážení nebyla do statistické analýzy zahrnuta. Důvodem byl výrazný nepoměr ve velikosti srovnávaných skupin (pouze 5 žen z 87 uvedlo, že vztah neměly).

Limitem kvantitativního výzkumu je jeho zaměření na statistické ukazatele bez možnosti postihnout hloubku kontextu a odlišnosti jednotlivých případů (Ferjenčík, 2010). Doplnující otázka na typ podpůrného vztahu nám umožňuje toto omezení na okamžik opustit. Pro zajímavost a dokreslení posttraumatického rozvoje v souboru uvádíme **některé doslovné citace žen z dotazníku** (opraveny byly pouze hrubky a interpunkce):

- „Velice mi pomohly mé děti – dcera a syn, mé dvě kamarádky, a hlavně můj manžel, který byl rakovinou nemocný a oba jsme si uvědomili, že každá minuta společného bytí je zázrak.“ (respondentka č. 10; 55 let; 4 roky po diagnóze; hrubý skór v PTGI: 87)
- „Kamarádi, syn s rodinou, okrajově manžel.“ (respondentka č. 34; 46 let; 2 roky po diagnóze; hrubý skór v PTGI: 47)
- „Podporu jsem měla od celé rodiny... manžel s dětmi, snacha, kamarádi, kolegové z práce. Proto jsem neměla celkem žádný velký pocit změny, jak v mém chování, tak ostatních. Kolegiální a dobré vztahy v rodině jsem měla před vlastním onemocněním, tak i v průběhu nemoci a následně po vyléčení. Vzhledem k tomu, že mé povolání se

dalo vykonávat i v průběhu léčby, vyšli mi kolegové a vedení velmi vstřícně a já jsem vlastně ani nebyla na nemocenské. Zpětně vím, že to mi celkově velmi pomohlo.“ (respondentka č. 37; 63 let; 10 let po diagnóze; hrubý skóre v PTGI: 29)

- „Partner, se kterým jsem se znala v té době jeden rok. Jsme spolu dodnes. A taky mě podporovala rodina jako dcera, mamka a sestry.“ (respondentka č. 55; 66 let; 19 let po diagnóze; hrubý skóre v PTGI: 72)
- „Podporovala mě kamarádka a můj otec. Partner – dnes už bývalý a jeho rodina, se nestyděli využívat mě přesto, že jsem byla nemocná. Dnes vím, že když potkám hajzla, dám to i s rakovinou.“ (respondentka č. 86; 39 let; 2 roky po diagnóze; hrubý skóre v PTGI: 35)

Respondentky byly dotazovány, zda se považují za věřící. Nejjednodušší by bylo zjišťovat pouhou informaci, zda se respondentka považuje, nebo nepovažuje za věřící. Tím by nám však mohly uniknout případné zajímavé souvislosti. Otázka na víru byla položena následovně:

„Jste věřící?“

- a) Ano a byla jsem i před léčbou
- b) Ne a nebyla jsem ani před léčbou
- c) Ano, ale víru jsem našla až během léčby
- d) Ne a víru jsem během léčby ztratila

Respondentka mohla zvolit pouze jednu z uvedených možností. Analýza ukázala, že 82 respondentek z 87 bylo (případně nebylo) věřících už před léčbou – diagnóza rakoviny prsu na tom tedy nic nezměnila. Zbývajících pět respondentek změnilo svůj vztah k víře během léčby. Čtyři ženy uvedly, že víru našly až během léčby a jedna respondentka naopak uvedla, že víru během léčby ztratila. Proměnná Víra byla do statistické analýzy zahrnuta, a to v podobě alternativní proměnné (Ano = 1; Ne = 0).

U doplňující otázky na víru mohly respondentky volitelně dopsat, k jakému náboženskému směru se hlásí. Nebylo však předmětem statistické analýzy zkoumat, zda náboženský směr souvisí s dosaženým skóre v PTGI. Pro zajímavost a dokreslení nicméně uvádíme, že v odpovědích se nejčastěji objevovala příslušnost k římskokatolické církvi.

Poslední doplňující otázka položená respondentkám se týkala toho, jaký typ léčby rakoviny prsu prodělaly. Na výběr měly osm možností, zaškrtnout mohly i více z nich.

Všechny respondentky ve výzkumném souboru absolvovaly více než jeden typ léčby. V průměru prodělaly 3,38 typu léčby.

Tab. 11 Typ prodělané léčby rakoviny prsu

Č.	Léčba	Absolutní četnost	Relativní četnost
1.	Lumpektomie (odstranění nádoru)	67	77,01 %
2.	Radioterapie	74	85,06 %
3.	Chemoterapie	67	78,16 %
4.	Hormonální léčba	34	39,08 %
5.	Biologická léčba	13	13,94 %
6.	Ablace prsu	35	40,23 %
7.	Alternativní léčba	3	3,45 %
8.	Jiná léčba	1	1,15 %

7 Výsledky analýzy dat

V následující kapitole budou shrnuty výsledky statistických analýz. Vzhledem k tomu, že podle Shapiro-Wilkova testu nevykazovala téměř žádná proměnná normální rozdělení (například proměnná hrubé skóre: $W = 0,96$; $p = 0,013$), byly využity **neparametrické metody**. Závěr kapitoly je věnovaný vyjádření se k platnosti hypotéz.

7.1 Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu

Respondentky vyplňovaly dotazník PTGI, který měří posttraumatický rozvoj. Celkové skóre PTGI naměřené v souboru dosáhlo průměrné hodnoty **63,68** se směrodatnou odchylkou (SD) 20,32. Následující tabulka shrnuje průměrné skóre v jednotlivých subškálách dotazníku.

Tab. 12 Popisné statistiky dotazníku posttraumatického rozvoje

Škála/subškála	N	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Celkové skóre v PTGI	87	63,68	20,32	65,0	7	105
Vztahy s druhými	87	20,46	7,78	22,0	0	35
Nové možnosti	87	14,92	5,10	16,0	0	25
Osobní růst	87	12,30	4,41	13,0	0	20
Spirituální změna	87	5,03	2,98	5,0	0	10
Ocenění života	87	10,97	3,04	12,0	2	15

Interpretace dat je obtížná, protože česká verze PTGI neobsahuje srovnávací normy. Pro orientační porovnání celkového průměrného skóru v souboru proto uvádíme tabulku, která shrnuje výsledky vybraných zahraničních studií, které se zabývaly posttraumatickým rozvojem u žen po rakovině prsu.

Tab. 13 Výsledky vybraných zahraničních výzkumů

Autoři výzkumu	Upřesnění výzkumu	N	Průměrné skóre v PTGI
(Danhauer et al., 2014)	Ženy 12 – 18 měsíců po diagnóze rakoviny prsu	578	57,31 (SD: 23,23)
(Manne et al., 2004)	Ženy 18 a více měsíců po diagnóze rakoviny prsu	162	55,7 (SD: 24,0)
(Andysz et al., 2015)	Ženy v průměru 6,7 let po diagnóze rakoviny prsu	47	63,20 (SD: 22,60)
(Weiss, 2004)	Ženy 1 – 5,5 roku po diagnóze rakoviny prsu	72	57,9 (SD: 24,5)
(Cormio et al., 2017)	Lidé 5 a více let po vyléčení rakoviny (56,9 % souboru tvořily ženy po rakovině prsu)	540	41,40 (SD: 25,19)

Z tabulky vyplývá, že naměřený hrubý skór se blíží hodnotám, které naměřily jiné studie. Nebyly však provedeny žádné doplňující analýzy, které by případně prokázaly, zda se jednotlivá měření od sebe statisticky signifikantně liší. Interpretace by byla obtížná ještě z dalších důvodů. Například proto, se jedná o zahraniční studie, kde můžeme uvažovat o rozdílném sociokulturním kontextu, což může mít na výsledky vliv. Výzkumu v této práci se kulturně nejvíce blíží výzkum Andysz et al. (2015) provedený mezi polskými respondentkami. Dalším faktorem ztěžujícím interpretaci je rozdílný design výzkumů, odlišný počet respondentek v souboru a další charakteristiky.

V deskriptivní části byly respondentky základě přihlédnutí k epidemiologickým datům rozděleny do tří věkových kategorií. Z následující popisné tabulky vyplývá, že nejvyššího průměrného skóre v PTGI dosáhly respondentky mezi 27 – 45 lety a nejnižšího skóre respondentky mezi 60 – 78 lety.

Tab. 14 Průměrné skóre v PTGI podle věkových skupin

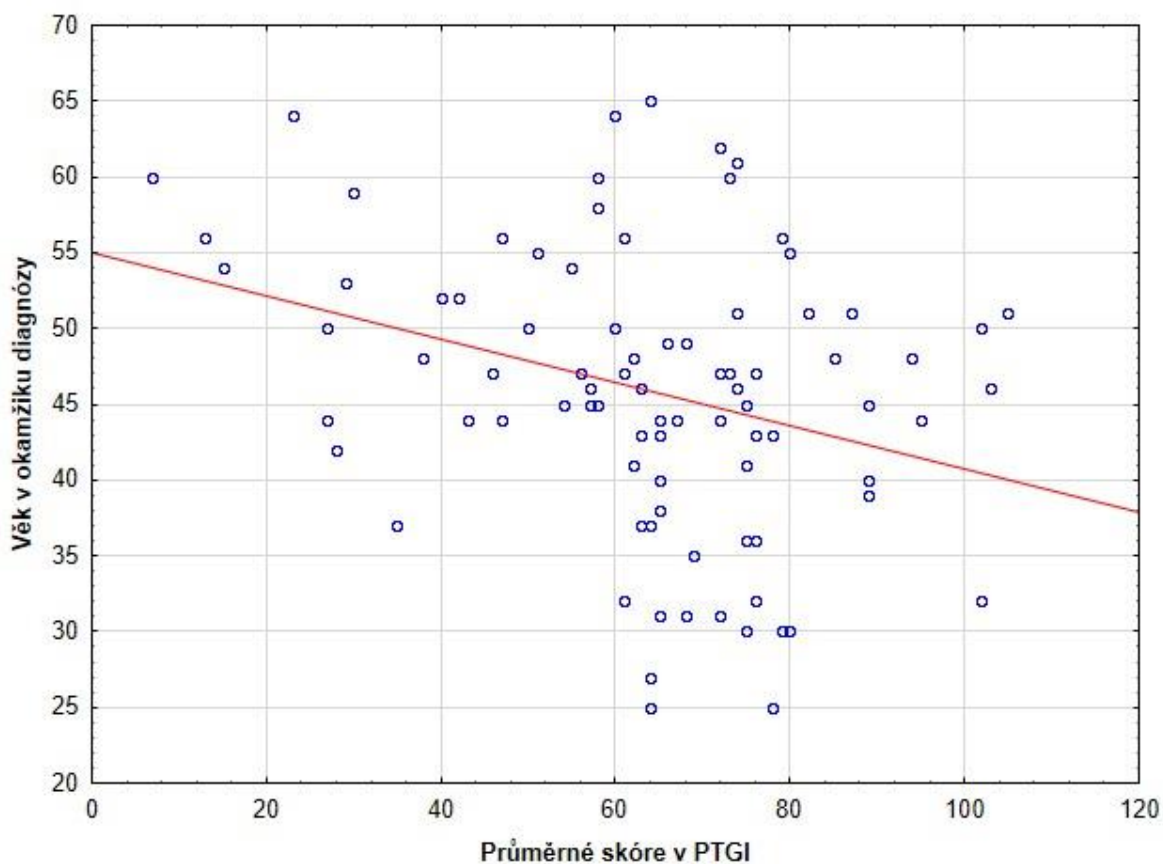
Věková skupina	N	Průměr v PTGI	SD	Medián	Min.	Max.
27 – 45 let	25	67,04	16,66	68,0	27	102
46 – 59 let	22	66,23	16,07	64,0	43	103
60 – 78 let	40	60,18	24,03	61,5	7	105

Statistická významnost rozdílu průměrného skóre v PTGI mezi věkovými skupinami byla testována pomocí Kruskal-Wallisovy ANOVY. Proměnná Hrubé skóre nevykazovala normální rozdělení ($W = 0,96$; $p = 0,013$), a proto bylo přistoupeno k neparametrické metodě. Statistická analýza neprokázala signifikantní rozdíl v průměrném skóre dosaženém v PTGI v žádné věkové skupině respondentek ($H = 2,27$; $p = 0,32$). Statisticky významný rozdíl nebyl pro žádnou skupinu nalezen ani v žádné z pěti subškál dotazníku.

Korelace mezi aktuálním věkem respondentky a průměrným skóre dosaženým v PTGI byla následně testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Analýza neprokázala statisticky signifikantní vztah ($r = -0,17$; $p = 0,11$). Statisticky významnou korelaci mezi aktuálním věkem respondentky a průměrným skóre v PTGI analýza neprokázala ani v žádné z pěti subškál dotazníku. **H1 proto nelze přijmout.**

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl následně testován vztah mezi věkem respondentky v okamžiku sdělení diagnózy a průměrným skóre, kterého dosáhla v PTGI. V tomto případě analýza ukázala, že mezi zmíněnými proměnnými existuje statisticky významná negativní korelace ($r = -0,31$; $p = 0,004$). Zjištění lze interpretovat tak, že v čím mladším věku respondentka onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje později dosáhne. **H2 tedy přijímáme.**

Graf 7 Korelace mezi věkem diagnózy a průměrným skóre v PTGI



Statisticky signifikantní vztah se u průměrného skóre dosaženého v PTGI a mladšího věku v okamžiku diagnózy projevil také ve všech pěti subškálách PTGI, nejvíce pak v subškále Nové možnosti. Výsledky měření shrnuje tabulka.

Tab. 15 Korelace mezi věkem diagnózy a průměrným skóre v PTGI

Škála/subškála	N	Spearmanovo r	p-hodnota
Celkové skóre v PTGI	87	-0,31	0,004
Vztahy s druhými	87	-0,21	0,050
Nové možnosti	87	-0,26	0,016
Osobní růst	87	-0,25	0,019
Spirituální změna	87	-0,24	0,028
Ocenění života	87	-0,25	0,018

Předmětem další analýzy bylo hledání statisticky signifikantního vztahu mezi dobou uplynulou od diagnózy a průměrným skóre dosaženým v PTGI. Z popisné tabulky vyplývá, že nejvyššího průměrného skóre dosáhly respondentky 2 – 5 let po sdělení diagnózy. Nejmenšího skóre dosáhly ženy, které se nacházejí 5 a více let po diagnóze.

Tab. 16 Průměrné skóre v PTGI podle doby uplynulé od diagnózy (kategorie)

Kategorie	N	Průměr v PTGI	SD	Medián	Min.	Max.
1 – 2 roky	27	65,07	15,72	67,0	27	102
2 – 5 let	17	67,76	17,48	65,0	28	103
5 a více let	43	61,19	23,70	62,0	7	105

Statistická významnost výše uvedeného byla testována Spearmanovým korelačním koeficientem. Analýza neprokázala statisticky signifikantní vztah mezi dobou uplynulou od diagnózy a průměrným skóre dosaženým v PTGI ($r = 0,086$; $p = 0,93$). Statisticky významná korelace nebyla nalezena ani v žádné z pěti subškál dotazníku. **H3 proto nelze přijmout.**

Další měření ověřovalo předpoklad, že respondentky, které se považují za věřící, dosáhnou PTGI statisticky významně vyššího průměrného skóre než respondentky, které se za věřící nepovažují. Z popisné tabulky na první pohled vyplývá, že dosažené průměrné skóre se u věřících a nevěřících respondentek téměř neliší. Respondentky ze skupiny věřících však dosáhly vyššího skóre v subškále Spirituální změna. Respondentky ze skupiny nevěřících dosáhly o něco vyššího skóre v subškálách Nové možnosti a Osobní růst.

Tab. 17 Průměrné skóre v PTGI podle skupin věřící/nevěřící

Škála/subškála	Věřící					
	Ano			Ne		
	N	Průměr	SD	N	Průměr	SD
Celkové skóre v PTGI	35	63,32	25,85	52	63,92	15,83
Vztahy s druhými	35	20,86	9,50	52	20,19	6,45
Nové možnosti	35	14,17	6,09	52	15,42	4,30
Osobní růst	35	11,63	5,44	52	12,75	3,55
Spirituální změna	35	5,91	3,25	52	4,44	2,65
Ocenění života	35	10,74	3,73	52	11,12	2,51

Statistická významnost rozdílu byla mezi skupinou respondentek, které se považují za věřící a skupinou respondentek, které se za věřící nepovažují, zjišťována Mann-Whitneyovým U testem. Analýza neprokázala statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami ($U = 908,50$; $Z = 0,0086$; $p = 0,99$). **H4 tedy nemůžeme přijmout.**

Pro úplnost bylo Mann-Whitneyovým U testem zjišťováno, zda se ve skupině věřících a ve skupině nevěřících respondentek statisticky dosažený skóre signifikantně liší alespoň v některé ze subškál. Signifikantní rozdíl byl nalezen pouze v subškále Spirituální změna, kde skupina respondentek, které se považují za věřící, skórovala výše než skupina respondentek, které se za věřící nepovažují ($U = 655,50$; $Z = 2,198$; $p = 0,028$; $AUC = 0,64$). AUC, tedy ukazatel míry účinku, lze interpretovat tak, že náhodně vylosovaná respondentka ze skupiny věřících dosáhne s 64% pravděpodobností vyššího skóre v subškále Spirituální změna proti náhodně vylosované respondentce ze skupiny nevěřících.

Tab. 18 Srovnání skóre v subškálách mezi skupinami věřící/nevěřící

Škála/subškála	U	Z	p-hodnota
Celkové skóre v PTGI	908,50	0,008	0,99
Vztahy s druhými	867,50	0,364	0,72
Nové možnosti	793,50	1,004	0,32
Osobní růst	812,50	0,840	0,40
Spirituální změna	655,50	2,198	0,028
Ocenění života	907,00	0,022	0,98

Poslední analýza ověřovala předpoklad, že průměrné skóre respondentek, které nepodstoupily ablaci prsu, se statisticky signifikantně neliší od respondentek, které ablaci prsu podstoupily. Popisná tabulka ukazuje, že obě skupiny dosáhly srovnatelného skóre. Respondentky po ablaci dosáhly vyššího skóre v subškále Spirituální změna.

Tab. 19 Průměrné skóre v PTGI podle skupin ablace/neablace

Škála/subškála	Podstoupila ablaci prsu					
	Ano			Ne		
	N	Průměr	SD	N	Průměr	SD
Celkové skóre v PTGI	35	63,17	22,78	52	62,67	18,64
Vztahy s druhými	35	20,77	8,76	52	20,25	7,12
Nové možnosti	35	15,20	5,60	52	14,73	4,78
Osobní růst	35	12,60	4,64	52	12,10	4,29
Spirituální změna	35	5,66	2,93	52	4,62	2,96
Ocenění života	35	10,94	3,99	52	10,98	3,10

Statistická významnost byla testována prostřednictvím Mann-Whitneyova U testu. Analýza neprokázala statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami ($U = 823,50$; $Z = 0,744$; $p = 0,46$). **H5 tedy nelze zamítnout.**

Doplňková analýza provedená Mann-Whitneyovým U testem neprokázala statisticky signifikantní rozdíl ani v žádné ze subškál. Nejnižší p-hodnota byla nalezena u subškály Spirituální změna ($p = 0,071$). Vzhledem ke zvolené hladině významnosti ($\alpha = 0,05$) však tento výsledek nelze považovat za statisticky významný.

Tab. 20 Srovnání skóre v subškálách mezi skupinami ablace/neablance

Škála/subškála	U	Z	p-hodnota
Celkové skóre v PTGI	823,50	0,744	0,46
Vztahy s druhými	856,00	0,463	0,64
Nové možnosti	854,00	0,480	0,63
Osobní růst	859,50	0,433	0,67
Spirituální změna	701,00	1,804	0,071
Ocenění života	886,50	-0,199	0,84

7.2 K platnosti hypotéz

H1: *Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a aktuálním věkem respondentky.*

První hypotéza zkoumala možný vztah mezi dosaženým posttraumatickým rozvojem a aktuálním věkem respondentky. Statistické srovnání proběhlo Spearmanovým korelačním koeficientem. Stejně jako v případě dalších měření byla zvolena neparametrická metoda, protože proměnná Hrubé skóre nevykazovala normální rozdělení ($W = 0,96$; $p = 0,013$). Analýza neprokázala statisticky signifikantní korelaci mezi zkoumanými proměnnými ($r = -0,17$; $p = 0,11$). Mezi aktuálním věkem respondentky a průměrným skóre, kterého dosáhla v dotazníku PTGI, tedy nebyl nalezen statisticky významný vztah. **Hypotéza č. 1 se nepřijímá.**

H2: *Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a nižším věkem respondentky v okamžiku diagnózy.*

Druhá hypotéza zkoumala možný vztah mezi dosaženým posttraumatickým rozvojem a nižším věkem v okamžiku diagnózy. Ke statistickému srovnání byl použit Spearmanův korelační koeficient. Analýza prokázala statisticky signifikantní negativní korelaci mezi proměnnými ($r = -0,31$; $p = 0,004$). Mezi nižším věkem respondentky v okamžiku diagnózy a vyšším průměrným skóre, kterého později dosáhla v dotazníku PTGI, tedy existuje statisticky významný vztah. Zmíněná korelace byla signifikantní také ve všech pěti subškálách. **Hypotéza č. 2 se přijímá.**

H3: *Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI a dobou uplynulou od diagnózy.*

Třetí hypotéza zkoumala možný vztah mezi dosaženým posttraumatickým rozvojem a dobou, která uplynula od vyléčení diagnózy rakoviny prsu. Statistická významnost byla testována Spearmanovým korelačním koeficientem. Analýza neprokázala signifikantní vztah mezi dobou uplynulou od diagnózy a průměrným skóre dosaženým v PTGI ($r = 0,086$; $p = 0,93$). Statisticky významná korelace nebyla nalezena ani v žádné z pěti subškál dotazníku. **Hypotéza č. 3 se nepřijímá.**

H4: *Předpokládáme, že respondentky, které se považují za věřící, budou v dotazníku PTGI skórovat statisticky významně výše než respondentky, které se za věřící nepovažují.*

Čtvrtá hypotéza zkoumala možný rozdíl v dosaženém posttraumatickém rozvoji mezi respondentkami, které se považují za věřící a respondentkami, které se za věřící nepovažují. Statistická významnost byla testována Mann-Whitneyovým U testem. Analýza neprokázala signifikantní rozdíl v průměrném skóre mezi skupinou věřících a skupinou nevěřících respondentek ($U = 908,50$; $Z = 0,0086$; $p = 0,99$). Jedinou subškálou, kde se signifikantní rozdíl mezi skupinami projevil, byla subškála Spirituální změna ($U = 655,50$; $Z = 2,198$; $p = 0,028$; $AUC = 0,64$). **Hypotéza č. 4 se nepřijímá.**

H5: *Předpokládáme, že průměrné skóre dosažené v dotazníku PTGI se statisticky významně neliší u respondentek, které nepodstoupily ablaci prsu od respondentek, které ablaci prsu podstoupily.*

Pátá hypotéza byla formulována jako nulová hypotéza. Pro stanovení alternativní hypotézy v určitém směru totiž scházela dostatečná opora v literatuře. Byl tedy ověřován

předpoklad, že mezi skupinou respondentek, které nepodstoupily chirurgické odstranění prsu a skupinou respondentek, které odstranění prsu podstoupily, nebude nalezen signifikantní rozdíl v dosaženém posttraumatickém rozvoji. Statistická analýza byla provedena Mann-Whitneyovým U testem a neprokázala signifikantní rozdíl mezi skupinami ($U = 823,50$; $Z = 0,744$; $p = 0,46$). Nebyl nalezen důkaz o porušení nulové hypotézy. **Hypotézu č. 5 nelze zamítnout.**

8 Diskuze

Cílem výzkumu bylo prozkoumat posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu pomocí dotazníku PTGI. Kromě toho byly od respondentek zjišťovány další informace pro hledání případných vztahů a souvislostí – například to, zda se považují za věřící nebo jaký typ léčby podstoupily. Diskuze o výsledcích výzkumu je rozdělena na tři části. V první se budeme zabývat interpretací zjištěných výsledků. V druhé části se zaměříme na limitace výzkumu. Diskuzi uzavře třetí část věnovaná pohledu na možné využití výsledků v praxi nebo jiném, navazujícím výzkumu.

8.1 Interpretace zjištěných výsledků

Ve výzkumném souboru zahrnujícím 87 respondentek po rakovině prsu bylo prostřednictvím dotazníku PTGI naměřeno průměrné skóre 63,68. Je to hodně, nebo málo? Vzhledem k tomu, že česká verze dotazníku nemá srovnávací normy, v interpretaci se můžeme orientačně opřít o výsledky jiných studií na podobné téma.

Zjištěná míra posttraumatického rozvoje v tomto výzkumu se blíží výsledkům jiných výzkumů (Andysz et al., 2015; Danhauer et al., 2014; Weiss, 2004), respektive je o něco vyšší. Srovnání však lze skutečně považovat jen za orientační. V první řadě je třeba přihlédnout k rozdílnému sociokulturnímu kontextu, ve kterém studie probíhaly. Za kulturně nejbližší lze považovat výzkum Andysz et al. (2015), který probíhal mezi respondentkami v Polsku. Kromě sociokulturního kontextu je třeba vzít v potaz také rozdílný design výzkumů a odlišný přístup k výběru vzorku. Některé studie například zahrnujly výhradně respondentky po chirurgickém odstranění prsu či nádoru (Andysz et al., 2015; Baglama & Atak, 2015). Další výzkumy zase zkoumaly posttraumatický rozvoj u respondentek v ranném stádiu nemoci (Weiss, 2004). Část studií do vzorku zahrnula pouze respondentky žijící v manželském nebo partnerském svazku (Manne et al., 2004; Weiss, 2004). Jejich výsledky sice přinesly užitečný pohled na vliv sociální opory jako zásadního faktoru podporujícím posttraumatický růst, zvolený výběr vzorku však současně znamená limitaci pro vztažení výsledků na celou populaci.

Nejzajímavějším výsledkem výzkumu této bakalářské práce je patrně zjištěná statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem respondentky v okamžiku sdělení diagnózy a průměrným skóre dosaženým v dotazníku PTGI. Popsaný negativní vztah byl jako signifikantní nalezen také ve všech pěti subškálách dotazníku. Lze o interpretovat tak,

že v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje v budoucnu dosáhne. Ke stejnému zjištění dospěl i výzkum Andysz et al. (2015).

Mladších žen se podle onkologických epidemiologických dat týkají agresivnější formy nádorů, protože v mladším věku rakovina souvisí především s genetickými predispozicemi. Naproti tomu u starších žen po 50. roce věku je karcinom prsu dáván do souvislosti zejména s hormonálními změnami v menopauze (Abrahámová, 2009; Skovajsová, 2011). Vyslechnout si v mladším věku diagnózu rakoviny prsu, navíc agresivního typu, zcela jistě znamená obrovský nápor na psychiku ženy. Může se jednat dokonce o první takto závažné trauma, které ji v životě potkalo (v porovnání se starší pacientkou, která už pravděpodobně zažila více krizí a postupně si vytříbila zvládací mechanismy). Může tedy dojít k proměně dosavadního pohledu na svět. Joseph (2017) uvádí, že trauma působí jako alarm, který jedince donutí k zamyšlení, jak a proč vlastně žije. U mladších pacientek můžeme předpokládat větší ochotu k přijetí změn a nových pohledů ohledně uspořádání vlastního života. Nejen kvůli větší otevřenosti k novým zkušenostem a optimismu, ale i kvůli tomu, vzhledem k věku nemusí být ještě tak ukotvené v tom, co dělají a chtějí dělat. Vyslechnutí diagnózy rakoviny prsu v mladším věku může otevřít uvažování o spoustě plánů do budoucna, ve smyslu: *co všechno jsem ještě nestihla* (mít děti, vybudovat kariéru, najít si partnera, cestovat...). Hrozící ztráta těchto možností, které mohly být před diagnózou považovány za samozřejmé, se může projevit větší odhodlaností s nemocí bojovat. Úspěšné vyléčení pak může být mladšími pacientkami v porovnání se staršími více vnímáno jako „druhá šance“, která se jim naskytla, a kterou nebudou chtít promarnit. Například takto lze po mém soudu interpretovat výzkumem zjištěnou negativní korelaci.

Mezi aktuálním věkem respondentky a skórem v dotazníku PTGI nebyla v tomto výzkumu nalezena statisticky signifikantní souvislost. V tom se zjištěné výsledky rozcházejí se závěry některých zahraničních studií (Manne et al., 2004; Mcdonough et al., 2014), které uvádějí, že mladší respondentky skórují v PTGI lépe. Ne všechny studie však našly signifikantní vztah mezi aktuálním věkem a skórem v dotazníku (Andysz et al., 2015; Weiss, 2004). Lze uvažovat, že aktuální věk sám o sobě není dostatečným prediktorem posttraumatického rozvoje. To, zda se u ženy po rakovině prsu projeví posttraumatický rozvoj, může mnohem více souviset s dalšími faktory, jako je úmyslná ruminace nebo sociální opora (Mareš, 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004). Pohled do deskriptivních dat nicméně ukázal, že ženy mladší 45 let dosáhly vyššího skóre v PTGI než respondentky starší 60 let. Nejednalo se však o statisticky významný rozdíl.

Výzkum neprokázal statisticky významnou souvislost ani mezi dobou uplynulou od diagnózy a skórem dosaženým v PTGI. V tom se závěry výzkumu opět rozcházejí s některými zahraničními studii (Danhauer et al., 2014; Manne et al., 2004). Jedna z možných interpretací se nabízí v rozdílnosti použitých designů. Výzkum v této bakalářské práci zahrnoval soubor žen po rakovině prsu s různě dlouhou dobou od sdělení diagnózy. Ve vzorku byly ženy, které byly rok po diagnóze stejně jako ty, které byly pět, deset nebo i více let od diagnózy. Zmíněné zahraniční studie, které objevily statisticky signifikantní souvislost mezi dobou od diagnózy a skórem v PTGI, měly na začátku výzkumu soubor čerstvě diagnostikovaných pacientek a ty dotazník vyplňovaly opakovaně v několikaměsíčních odstupech. Takto navrhnutý výzkum umožnil sledovat korelaci uplynulé doby a naměřeného posttraumatického rozvoje na stále stejných respondentkách, což ve výzkumu v této práci nebylo možné zajistit.

Doba uplynulá od události nicméně podle literatury patří k významným faktorům posttraumatického rozvoje. Podle Mareše (2012) lze v obecné rovině uvažovat o 13 – 18 měsících, než se případný posttraumatický rozvoj projeví. Zajímavé je, že v případě rakoviny prsu, jak ukazují některé studie, se posttraumatický rozvoj může projevit i dříve, například už během prvních 10 až 12 měsíců od diagnózy (Manne et al., 2004; Weiss, 2004). Výzkumníci to vysvětlují tím, že během prvního roku už alespoň část žen zažije úspěch podstupované léčby, což jí může dodat naději i optimismus do dalšího života. Rakovina prsu patří k diagnózám vyžadujícím dlouhodobou léčbu, přičemž nejnáročnější fáze nastává během prvních měsíců, kdy je třeba sanovat nádor. Lze předpokládat, že během prvních měsíců až roku se pacientka intenzivně zabývá ruminací, která například dle Mareše (2012) patří k významným prediktorům posttraumatického rozvoje.

Až do tohoto bodu diskuze patřila interpretaci výsledků zjištěných na základě dotazníku PTGI. Do výzkumu však byly zahrnuty ještě další proměnné a hledány případné vztahy, rozdíly a souvislosti mezi nimi a posttraumatickým rozvojem. Od všech respondentek bylo zjištěno například to, zda se považují, nebo nepovažují za věřící. V rámci doplňujících otázek také uvedly, zda během léčby podstoupily, nebo nepodstoupily ablaci prsu. Statistická analýza nicméně ani v jednom případě této doplňkové proměnné nepřinesla signifikantní výsledky.

Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v tom, jakého skóre v PTGI dosáhla skupina věřících a skupina nevěřících respondentek. Klíč k interpretaci tohoto zjištění se můžeme pokusit najít v sociokulturním kontextu České republiky, která patří k nejvíce

sekularizovaným zemím světa. V případě posttraumatického rozvoje po rakovině prsu mohou hrát zásadnější roli jiné faktory než obracení se k Bohu; například již zmiňovaná sociální opora nebo úmyslná ruminace. Tedy snaha najít pomoc a vysvětlení ve svém nejbližším okolí, respektive sama v sobě. Ve výzkumu sice nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi dosaženým hrubým skórem a příslušností do skupiny věřících, respektive nevěřících respondentek, mezi skupinami však byl prokázán signifikantní rozdíl v subškále Spirituální změna. Ženy, které se považují za věřící, dosáhly v této subškále signifikantně vyššího skóre než ženy, které se za věřící nepovažují. Dá se uvažovat, že věřící respondentky si svou víru během traumatu ještě upevní. Může se to týkat například těch, které prodělaly agresivnější formu nádoru a ocitly se blízko smrti. Podle Faleide et al. (2010) je rakovina pro pacienty psychicky náročná například i proto, často není objasněna její příčina. Religiózní pacienti mohou nemoc vnímat jako zkoušku nebo součást božího plánu, což jim může dodávat sílu a pomáhat snižovat prožívaný stres.

Statisticky signifikantní rozdíl se nepotvrdil ani v případě žen, které prodělaly, respektive neprodělaly ablaci prsu. V dosaženém skóre nebyl v těchto dvou skupinách respondentek zjištěn významný rozdíl, a to nejen v celkovém skóre, ale ani v žádné subškále. Zahraniční výzkumy se hledání souvislostí mezi typem absolvované léčby a posttraumatickým růstem dosud moc nezabývají. Ty již publikované vesměs nenalezly statisticky významný rozdíl (Andysz et al., 2015). Dá se uvažovat o tom, že v případě rakoviny prsu je léčba sama o sobě tak náročná, bolestivá a zasahující do tělesného rámce a běžného života, že konkrétní typ podstupené léčby nemusí být přímým faktorem posttraumatického růstu. Další možnou interpretací je, že ženy po ablaci prsu často podstupují rekonstrukci prsu, která jim pomáhá se se ztrátou vyrovnat. Další možná interpretace jde tím směrem, že pokud jsou ženy delší dobu po ukončení léčby a po rekonstrukci, zřejmě se za svou životní zkušeností s rakovinou prsu ohlížejí komplexně, nikoliv jen prizmatem ztráty prsu.

8.2 Limitace výzkumu

Limitace tohoto výzkumu je dána především typem výzkumného souboru a dále zvolenou výzkumnou metodou. Do výzkumu byly zařazeny respondentky, které jsou členkami některého ze sdružení pomáhajících ženám po rakovině prsu. Dá se předpokládat, že tendenci sdružovat se v podobných organizacích mají pacientky s určitým osobnostním nastavením. Tedy takové, které chtějí své zkušenosti s nemocí sdílet a které chtějí případně

pomoci novým pacientkám. Weiss (2004) ve svém výzkumu prokázal statisticky signifikantní souvislost mezi posttraumatickým růstem a sociální oporou získanou od někoho, kdo si prošel podobným traumatem. Dá se tedy předpokládat, že respondentky, které se staly členkami zmíněných sdružení, dosahují i díky tomu vyššího posttraumatického rozvoje než ženy, které se s nemocí vyrovnávají samy nebo jen v nejužším kruhu rodiny. Z tohoto důvodu má tento výzkum limitaci s ohledem na případnou aplikaci výsledků do praxe, protože nepostihuje realitu v celé populaci žen po rakovině prsu.

Limitující z hlediska širší interpretace výsledků může být i zvolená metoda sběru dat. Dotazník PTGI je založen na subjektivním, retrospektivním ohodnocení traumatizující události, která proběhla v minulosti. Dotazník předpokládá, že změna se může projevit v pěti oblastech (Tedeschi & Calhoun, 1996). V případě řady ukazatelů, například ohledně osobních charakteristik, sociálního zázemí a dalších však neznáme výchozí stav respondentky před traumatem. Pokud například žena odpoví, že v oblasti vztahů s druhými lidmi nezaznamenala vlivem traumatu žádnou zásadní změnu, může to znamenat i to, že své sociální zázemí vnímala jako vyhovující už před onemocněním.

Řadu položek pak mohou respondentky různého věku vnímat různě. Například položku č. 14: „Objevují se nové příležitosti, které by jinak nebyly“, může jinak vnímat 30letá žena, která má v zásadě celý život před sebou a jinak 65letá žena, která dost možná, bez ohledu na zkušenost s rakovinou, už nic moc nového objevovat nechce a touží si především užít penze a vnoučat. Jde tedy o rozdílný úhel pohledu. Starší žena nicméně může šanci prožít klidné stáří vnímat z hlediska posttraumatického rozvoje stejně hodnotně jako mladší respondentka vyhlížející po léčbě nová životní dobrodružství. Zmíněná položka dotazníku však tento rozdíl nepostihne.

Limitem výzkumu může být i pominutí některých proměnných, například vzdělání respondentek nebo zjištění toho, zda podstoupily rekonstrukci prsu. Některé zahraniční výzkumy (McDonough et al., 2014; Weiss, 2004) přinesly zajímavé zjištění, podle kterého ženy po rakovině prsu s nižším vzděláním dosahují vyššího skóre v PTGI než vzdělanější respondentky. Nepochybně by bylo zajímavé tuto proměnnou do výzkumu zařadit. Po zkušenostech získaných během tohoto výzkumu bych mezi doplňující otázky zařadila také otázku na typ diagnostikovaného nádoru (hmatný, invazivní, in situ), což by přineslo další prostor pro hledání případných korelací.

8.3 Aplikace výsledků do praxe, možnost dalších výzkumů

Jak bylo zmíněno, do výzkumného souboru byly zahrnuty pouze respondentky, které jsou členkami některého ze sdružení pomáhajících ženám po rakovině prsu. Aby výsledky byly lépe interpretovatelné pro celou populaci, bylo by třeba do souboru zařadit i respondentky, které v žádném takovém sdružení činné nejsou.

Kvantitativní přístup z podstaty svého pojetí nedokáže postihnout jednotlivé fenomény a širší kontext (Ferjenčík, 2010) zkoumaného problému. Zjednodušeně řečeno, statistická analýza dat znamená probírat se hromadou čísel, které nám však neřeknou nic o tom, jak se která pacientka v okamžiku diagnózy cítila, co jí nejvíce pomohlo se s nemocí vyrovnat, případně kde stále cítí bolestivá místa na duši. V tomto výzkumu bylo na jeden moment možné „odtažitost“ kvantitativního výzkumu opustit, a to díky doplňující otázce na typ podpůrného vztahu během léčby. Respondentky mohly volně napsat, o jaký vztah se jednalo. Suchá datová tabulka díky tomu získala úplně jiný, lidský rozměr. Respondentky psaly, že zažívaly podporu od manželů, partnerů, dospělých dětí nebo kolegů v práci. Čtenáře odkážeme na podkapitulu 6.2, kde je uvedeno pár konkrétních ukázek.

Tímto směrem bych tedy cílila případný další výzkum posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu. Zvolila bych smíšený design, který by nám umožnil posttraumatický rozvoj změřit prostřednictvím dotazníku a zároveň bychom získali možnost ho zasadit do širších souvislostí díky kvalitativnímu poznání životní reality respondentek.

Pak by bylo možné blíže prozkoumat například jedno z hlavních zjištění tohoto výzkumu, a sice, že mladší věk ženy v okamžiku sdělení diagnózy souvisí s vyšším posttraumatickým rozvojem v budoucnu. Zajímavé by bylo najít vztahy tohoto jevu s dalšími proměnnými, například s osobnostními vlastnostmi respondentky, jejím sociálním zázemím nebo typem diagnostikovaného nádoru.

9 Závěry

Na základě provedených statistických analýz můžeme závěry výzkumu shrnout následovně:

- Výzkumný soubor ($n = 87$) zahrnující ženy po rakovině prsu dosáhl celkového průměrného skóre v dotazníku PTGI 63,68 (SD: 20,32). Výsledek tohoto měření odpovídá závěrům prezentovaným v jiných studiích, které zkoumaly posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu.
- Analýza zjistila statisticky významnou negativní korelaci mezi nižším věkem respondentky v okamžiku sdělení diagnózy a skóre dosaženým v dotazníku posttraumatického rozvoje. Toto zjištění lze interpretovat tak, že v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje v budoucnu dosáhne.
- Analýza naopak neprokázala předpokládaný statisticky významný vztah mezi dosaženým posttraumatickým rozvojem a aktuálním věkem respondentky.
- Statisticky signifikantní vztah nebyl zjištěn ani mezi dobou, která uplynula od diagnózy a průměrným skóre, kterého respondentka v dotazníku dosáhla.
- Respondentky, které se považují za věřící, nedosáhly oproti předpokladu statisticky významně vyššího skóre v porovnání s respondentkami, které se za věřící nepovažují. Statisticky signifikantní rozdíl mezi těmito dvěma skupinami se projevil pouze v dílčí subškále Spirituální změna.
- Statistická analýza nepotvrdila ani signifikantní rozdíl v naměřeném průměrném skóre mezi respondentkami, které podstoupily ablaci prsu a mezi respondentkami, které ablaci nepodstoupily.

Souhrn

Traumata, krize a další náročné události, ke kterým diagnóza vážné nemoci bezpochyby patří, mohou otrástit dosavadním životem jedince. Traumata však mohou mít i pozitivní stránku, která se může projevit nějaký čas po události v podobě posttraumatického rozvoje. Ten je definován jako trvalá pozitivní životní změna, zaznamenaná například v přehodnocení dosavadních priorit, osobních vztahů nebo způsobů prožívání. Posttraumatický rozvoj znamená proces, na jehož základě jedinec dosahuje vyšší úrovně odolnosti než před traumatem (Mareš, 2012; Paulík, 2010).

Tato bakalářská práce se zabývala posttraumatickým rozvojem u žen po rakovině prsu. Rakovina prsu je vážné, život ohrožující onemocnění, které se promítne prakticky do všech oblastí života ženy. Ovlivní její osobní vztahy, pracovní kariéru i sebevědomí, protože ženská ňadra jsou od pradávna symbolem atraktivity a plodnosti (Abrahámová, 2009). Karcinom prsu je onemocnění postihující převážně ženy s největší incidencí po 45. roce a po 60. roce života. Nemoc se však týká i mnohem mladších pacientek. Rakovina prsu může mít velmi rozdílný průběh v návaznosti na věk pacientky. U mladších žen je diagnóza dávána do souvislosti s genetickými predispozicemi, které zpravidla stojí za agresivnějším typem nádoru. U starších žen je rakovina prsu dávána do souvislosti s hormonálními změnami po menopauze. Léčba je náročná fyzicky i psychicky. Trvat může měsíce až roky a obvykle zahrnuje kombinaci více typů léčby (Abrahámová, 2009; Skovajsová, 2011).

Nějaké trauma nebo krizi, která zatřese dosavadním pohledem na svět, v průběhu života zažije téměř každý člověk. Trauma vždy působí jako alarm, který nás nutí klást si otázky, jak a proč vlastně žijeme (Joseph, 2017). Posttraumatický rozvoj se však neobjevuje „automaticky“ u všech lidí, kteří si krizí či traumatem prošli. To, zda se u konkrétního jedince rozvine, záleží na mnoha faktorech – například na osobnostních vlastnostech, době uplynulé od události, kognitivním zpracování, kvalitě sociálního zázemí, případně víře/spiritualitě (Mareš, 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004).

U žen po rakovině prsu je výrazným prediktorem posttraumatického růstu sociální opora, konkrétně dobrý manželský/partnerský vztah a také možnost mít během léčby poblíž někoho, kdo si podobným traumatem už prošel (Weiss, 2004). Zatímco v obecné rovině se posttraumatický rozvoj projeví 13 - 18 měsíců po události, u žen po rakovině prsu se podle některých zahraničních studií může projevit dříve, třeba už během prvních 10 – 12 měsíců po diagnóze (Danahauer et al., 2014; Manne et al., 2004). Výzkumníci to dávají do souvislosti

s tím, že během prvního roku alespoň část žen zažije úspěchy podstupované léčby. Některé studie zjistily, že vyššího posttraumatického rozvoje dosahují mladší ženy. Například výzkum Andysz et al. (2015) prokázal signifikantní negativní korelaci mezi nižším věkem v okamžiku sdělení diagnózy a posttraumatickým rozvojem.

Ve výzkumné části této práce byla použita kvantitativní metodologie. Zvolenou metodou byl Dotazník posttraumatického růstu (PTGI). Výzkumný soubor tvořilo 87 žen po rakovině prsu. Nejmladší respondentce bylo 27 let a nejstarší 78 let. Celkové průměrné skóre, kterého soubor dosáhl, činilo 63,68 se směrodatnou odchylkou 20,32. Tato hodnota odpovídá závěrům zjištěným v zahraničních studiích.

Statistická analýza prokázala signifikantní negativní korelaci mezi nižším věkem respondentky a skóre dosaženým v dotazníku PTGI. Toto zjištění můžeme interpretovat tak, že v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího posttraumatického rozvoje v budoucnu dosáhne. V tomto bodě tedy výzkum dospěl ke stejnému zjištění jako Andysz et al. (2015). Analýza naopak nepotvrdila statisticky signifikantní vztah mezi posttraumatickým rozvojem a aktuálním věkem respondentky. Nepotvrdil se ani předpoklad, že doba uplynulá od diagnózy koreluje s dosaženým skóre v PTGI.

Respondentky, které se považují za věřící, nedosáhly proti předpokladu vyššího posttraumatického rozvoje v porovnání s respondentkami, které se za věřící nepovažují. Statisticky signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami byl zjištěn pouze v subškále Spirituální změna. Analýza dále neprokázala signifikantní rozdíl v posttraumatickém rozvoji mezi respondentkami, které podstoupily ablaci prsu a které ablaci nepodstoupily.

Limitace tohoto výzkumu spočívá ve způsobu výběru vzorku a částečně i ve zvolené metodě. Do výzkumu byly zahrnuty ženy, které jsou členkami některého se sdružení pomáhajícího ženám po rakovině prsu. Výsledky výzkumu tedy nelze interpretovat na celou populaci. Dotazník PTGI je pak limitující v tom smyslu, že zkoumá individuálně vyjádřenou změnu v několika životních oblastech. Nebere však v potaz situaci respondentky před traumatem. Pokud tedy například uvede, že nepocítila výraznou změnu v mezilidských vztazích, může to znamenat i to, že své vztahy považovala za dobré i před nemocí.

Budoucí výzkumy navazující na tento by se mohly zaměřit na bližší prozkoumání souvislostí mezi nižším věkem ženy v okamžiku diagnózy a vyšším posttraumatickým rozvojem, například s ohledem na vztah s dalšími proměnnými, jako je typ diagnostikovaného nádoru nebo osobnostní vlastnosti.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Abrahámová, J. (2009). *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing.
- Andysz, A., Najder, A., Merecz-Kot, D., & Wójcik, A. (2015). Posttraumatic growth in women after breast cancer surgery – preliminary results from a study of Polish patients. *Health Psychology Report*, 4(4), 336–344. <https://doi.org/10.5114/hpr.2015.52383>
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- Arnaboldi, P., Istituto, I. E. O., Istituto, I. E. O., Arnaboldi, P., Lucchiari, C., Santoro, L., ... Pravettoni, G. (2014). PTSD symptoms as a consequence of breast cancer diagnosis : Clinical implications PTSD symptoms as a consequence of breast cancer diagnosis : clinical implications, (July), 1–7. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-392>
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic Growth and Related Factors among Postoperative Breast Cancer Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190(November 2014), 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.05.024>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth*. New York: Psychology Press.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.641998064>
- Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli, V., & Annunziata, M. A. (2017). Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1087–1096. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3496-4>
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Triplett, K., Ip, E. H., ... Forest, W. (2014). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*, 22(12). <https://doi.org/10.1002/pon.3298>. Predictors
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost* (3. vydání). Praha: Karolinum.
- Dušek, L., Jan, M., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., & Vyzula, R. (b.r.). Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. Získáno z www.svod.cz
- Faleide, O. A., Lilleba, B. L., & Faleide, K. E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing.

- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., & Salehiniya, H. (2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 17, 43–46. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.S1.43>
- Heidarzadeh, M., Rassouli, M., Shahbolaghi, F. M., Majd, H. A., Karam, A. M., Mirzaee, H., & Tahmasebi, M. (2014). Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 5(1), 23–29.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Chovanec, J., Dostálová, Z., & Navrátilová, J. (2008). Karcinom prsu - aktuální problém. *Interní Medicína Pro Praxi*, 10(2), 84–89.
- Joe, B. N. (2015). Advances in Breast Imaging. *San Francisco Medicine*, 88(2), 21–22. Získáno z https://issuu.com/sfmedsociety/docs/march_9c327b3b848572
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije... Možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00118-0)
- Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, (1), 31–34. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/01/08.pdf>
- Kwakkenbos, L., Coyne, J. C., & Thombs, B. D. (2014). Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(6), 485–486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.103>
- Lakhtakia, R. (2014). A brief history of breast cancer: Part I: Surgical domination reinvented. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(2), 166–169.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d>
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.

- Mcdonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors : the role of social support and stress, *120*(August 2013), 114–120.
- Metelková, A., Skálová, A., & Fínek, J. (2017). Karcinom prsu u mladých žen – korelace klinických, histomorfologických a molekulárně-genetických nálezů karcinomu prsu u žen mladších 35 let. *Klinická Onkologie*, *30*(3), 202–209. <https://doi.org/10.14735/amko2017202>
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Park, C. (2004). The notion of growth following stressful life experiences Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 69–76.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Petráková, K. (2016). Lobulární karcinom prsu. *Onkologie (Czech Republic)*, *10*(4), 166–169.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, *14*(5), 364–388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Prausová, J. (2010). Karcinom prsu – problém i v 21 . století. *Interní medicína*, *12*(1), 26–32.
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro Praxi*, *10*(1), 12–18. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/01.pdf>
- Skovajsová, M. (2011). *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta.
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, *24*(3), 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.04.007>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth : Conceptual Foundations and Empirical Evidence of North Carolina Charlotte circumstances. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres , Eustres a Distres. *Interní Medicína Pro Praxi*, 10(4), 188–192. Získáno z <http://www.internimedicina.cz>
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733–746. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>
- Yalom, D. I. (2014). *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti* (3.). Praha: Portál.

Seznam příloh

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

Příloha č. 2: Seznam tabulek, grafů a obrázků

Příloha č. 3: Seznam použitých zkratek

Příloha č. 4: Dotazník posttraumatického rozvoje (vč. průvodního dopisu a doplňujících otázek pro respondentky)

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

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu

Autor práce: Jana Kutarňová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Počet stran a znaků: 67, 113 238

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 42

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá posttraumatickým rozvojem u žen po rakovině prsu. V teoretické části je popsána diagnóza rakoviny prsu: data o jejím výskytu v ČR i ve světě, rizikové faktory, rozdíly v typech nádorů podle věku a současné způsoby léčby. Druhá kapitola je věnována teoretickému popisu konceptu posttraumatického rozvoje a faktorů, které jsou s ním spojeny. Třetí kapitola reflektuje současné zahraniční výzkumy posttraumatického rozvoje u žen po rakovině prsu. Ve výzkumné části byla využita kvantitativní metodologie. Výzkumný soubor zahrnoval 87 respondentek – žen po rakovině prsu. Zvolenou metodou byl Dotazník posttraumatického rozvoje (PTGI). Stanovené hypotézy ověřovaly vztah věku a posttraumatického rozvoje, dále rozdíl v dosaženém skóre u věřících/nevěřících respondentek a u žen, které podstoupily/nepodstoupily chirurgické odstranění prsu. Byla nalezena statisticky významná negativní korelace mezi věkem respondentky v okamžiku vyslechnutí diagnózy a posttraumatickým rozvojem. Respondentky, které se považují za věřící, dosáhly signifikantně vyššího skóre v subškále Spirituální změna ve srovnání s respondentkami, které se za věřící nepovažují.

Klíčová slova: rakovina prsu, posttraumatický rozvoj, PTGI

ABSTRACT OF THESIS

Title: Posttraumatic Growth in Women after Breast Cancer

Author: Jana Kutarňová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Number of pages and characters: 67, 113 238

Number of appendices: 4

Number of references: 42

Abstract: Bachelor thesis deals with posttraumatic growth in women after breast cancer. The theoretical part describes diagnosis of breast cancer: its incidence in the Czech Republic and worldwide, risk factors, differences of tumor types according to the age of the patient and current types of treatment. The second chapter explains concept of posttraumatic growth and associated factors. The third chapter reflects results of contemporary research focused on posttraumatic growth in women after breast cancer. The quantitative methodology was used in the empirical part. Final sample contained 87 respondents - women after breast cancer. As a method was used the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI). Hypotheses verified the correlation between age and posttraumatic growth and also the difference in achieved score among religious/ non-religious respondents and among women who underwent / did not undergo mastectomy. Research revealed statistically significant negative correlation between the lower age of respondent at time of diagnosis and her score in PTGI. Religious respondents achieved a significantly higher score compared to non-religious respondents in the subscale "Spiritual Change".

Key words: breast cancer, posttraumatic growth, PTGI

Příloha č. 2: Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tab. 1 Skóre dosažené v PTGI a doba uplynulá od diagnózy 1	27
Tab. 2 Skóre dosažené v PTGI a doba uplynulá od diagnózy 2	28
Tab. 3 Faktory dotazníku PTGI	35
Tab. 4 Rozložení pohlaví v souboru	38
Tab. 5 Věková struktura souboru (aktuální věk)	39
Tab. 6 Respondentky podle věkových skupin	39
Tab. 7 Věková struktura respondentek (věk v okamžiku diagnózy)	40
Tab. 8 Doba uplynulá od diagnózy podle počtu let	41
Tab. 9 Doba uplynulá od diagnózy podle kategorií.....	41
Tab. 10 Doplnující informace o respondentkách.....	42
Tab. 11 Typ prodělané léčby rakoviny prsu	44
Tab. 12 Popisné statistiky dotazníku posttraumatického rozvoje.....	45
Tab. 13 Výsledky vybraných zahraničních výzkumů.....	46
Tab. 14 Průměrné skóre v PTGI podle věkových skupin	47
Tab. 15 Korelace mezi věkem diagnózy a průměrným skóre v PTGI.....	48
Tab. 16 Průměrné skóre v PTGI podle doby uplynulé od diagnózy (kategorie).....	49
Tab. 17 Průměrné skóre v PTGI podle skupin věřící/nevěřící	50
Tab. 18 Srovnání skóre v subškálách mezi skupinami věřící/nevěřící	51
Tab. 19 Průměrné skóre v PTGI podle skupin ablace/neablace	51
Tab. 20 Srovnání skóre v subškálách mezi skupinami ablace/neablace.....	52
Graf 1 Incidence a mortalita zhoubných nádorů v prsu u žen v ČR	10
Graf 2 Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubných nádorů v prsu u žen v ČR	10
Graf 3 Incidence zhoubných nádorů v prsu u žen podle věkové struktury v ČR	11
Graf 4 Incidence nehmavných nádorů v prsu u žen podle věkové struktury v ČR.....	11
Graf 5 Histogram aktuálního věku respondentek	39
Graf 7 Korelace mezi věkem diagnózy a průměrným skóre v PTGI.....	48
Obr. 1 Rizikové faktory rakoviny prsu	12
Obr. 2 Reakce na traumatickou zkušenost.....	21

Příloha č. 3: Seznam použitých zkratk

SD = Směrodatná odchylka (Standard Deviation)

PTGI = Dotazník posttraumatického rozvoje (Posttraumatic Growth Inventory)

PTSP = Posttraumatická stresová porucha

Příloha č. 4: Dotazník posttraumatického rozvoje

Dobrý den,

ve své bakalářské práci zkoumám možnou pozitivní stránku náročných událostí v lidském životě. Přesněji to, jak ženy po rakovině prsu s odstupem času hodnotí svou zkušenost s nemocí a změny, které jim nemoc přinesla.

Následující dotazník je zcela anonymní a vyplnění zabere jen pár minut. U každé otázky prosím vyberte jednu možnost, která vás nejlépe vystihuje. Jde o váš osobní pohled: nejsou tedy „správné“ ani „špatné“ odpovědi.

Děkuji za vaši ochotu odpovídat, moc si vážím věnovaného času.

Jana Kutarňová

studentka psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci

PTGI - Dotazník posttraumatického růstu

Instrukce: Zaměřte se na traumatickou událost nebo událost, která vám změnila život a kterou jste v životě prožil/a.

A. Označte obecněji událost, kterou máte na mysli.

ztráta milované osoby	finanční potíže
chronická nebo akutní nemoc	změna pracovní pozice nebo stěhování
násilný zločin	změny odpovědnosti v rodině
nehoda nebo zranění	rozvod
přírodní katastrofa	nástup do důchodu
invalidita	válka
ztráta zaměstnání	jiné

B. Označte čas, který od události uplynul

6 měsíců – 1 rok	2 – 5 let
1 – 2 roky	více než 5 let

C. Odpovězte na následující otázky

Určete u každého tvrzení stupeň, ve kterém došlo ve vašem životě ke změně jako důsledku krizové situace, s použitím této škály:

0 = nepocítila jsem žádnou změnu v důsledku této krize

1 = prožila jsem změnu ve velmi malé míře v důsledku této krize

2 = prožila jsem změnu v malé míře v důsledku této krize

3 = prožila jsem změnu ve střední míře v důsledku této krize

4 = prožila jsem změnu ve značné míře v důsledku této krize

5 = prožila jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize

	Udělejte X podle míry změny	Žádná změna	Velmi malá změna	Malá změna	Střední změna	Značná změna	Velmi značná změna
1.	Změnila jsem priority ohledně toho, co je v životě důležité.						
2.	Více oceňuji hodnotu mého vlastního života.						
3.	Našla jsem si nové zájmy.						
4.	Mám silnější pocit sebedůvěry.						
5.	Lépe rozumím duchovním záležitostem.						
6.	Zřetelněji vidím, že mohu v případě potíží s lidmi počítat.						
7.	Našla jsem si novou životní cestu.						
8.	Mám pocit větší blízkosti s druhými lidmi.						
9.	Více vyjadřuji svoje city.						
10.	Více si uvědomuji, že dokáži zvládat potíže.						
11.	Dokáži lépe nakládat se svým životem.						
12.	Mohu lépe přijmout, jak se věci dějí.						

13.	Dokáži si lépe vážit každého dne.						
4.	Objevují se nové příležitosti, které by jinak nebyly.						
15.	S druhými více soucítím.						
16.	Vztahům s ostatními věnuji více péče.						
17.	Nyní se spíše pokusím o změnu toho, co změnit potřebuje.						
18.	Moje víra je silnější.						
19.	Zjistila jsem, že jsem silnější, než jsem si myslela.						
20.	Zjistila jsem, jak skvělí lidé existují.						
21.	Snáze přijímám potřeby druhých.						

D. Vyplňte, prosím, tyto doplňující otázky.

1. Kolik je vám nyní let?
2. Kolik vám bylo let, když vám lékaři diagnostikovali rakovinu prsu?
.....
3. Měla jste děti předtím, než vám byla diagnostikována rakovina prsu?
 - a) Ano
 - b) Ne
4. Měla jste v průběhu léčby nějaký podporující vztah? (partner, kamarád/ka, rodiče...

a) Ano a jednalo se o:

.....

b) Ne

5. Jste věřící?

a) Ano a byla jsem i před léčbou

b) Ne a nebyla jsem ani před léčbou

c) Ano, ale víru jsem našla až během léčby

d) Ne, víru jsem ztratila během léčby

Nepovinné: Pokud jste věřící, k jakému náboženskému směru se hlásíte?

.....

6. Jaký typ léčby rakoviny prsu jste podstoupila? (i více možností)

a) Chirurgické odstranění nádoru

b) Radioterapie

c) Chemoterapie

d) Hormonální léčba

e) Biologická léčba

f) Chirurgické odstranění celého prsu

g) Alternativní léčba

h) Jiná léčba