

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2016

Vendula Hančovská

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Kvalita života žen s rakovinou prsu

Bakalářská práce

Autor: Vendula Hančovská

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Vendula Hančovská
Studium:	P131390
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Kvalita života žen s rakovinou prsu
Název bakalářské práce AJ:	Quality of life for women with breast cancer

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřuje na popis kvality života žen s diagnózou rakoviny prsu. V teoretické části budou uvedeny základní informace o onkologickém onemocnění, o aspektech vzniku, trendech v diagnostice a léčbě. Práce se především zaměří na způsoby podpory nemocných žen v době vyrovnávání se s nemocí, představí techniky řešení náročné životní situace, systém péče a možnosti vlivu pracovníků pomáhajících profesí. V praktické části bude pomocí metody dotazníku realizované výzkumné šetření, jehož cílem je zjistit, jak se nemocné ženy vyrovnávají se zátěžovou situací, jaké využívají copingové strategie a jakou podporu a služby potřebují od pracovníků pomáhajících profesí.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Co byste měli vědět o rakovině prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 143 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4730-639. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Rakovina prsu. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000, 37 s. Vím víc. ISBN 80-725-4136-6. DIENSTBIER, Zdeněk. Rakovina prsu u žen: prevence a poléčebná péče. Praha: Liga proti rakovině, 24 s. ISBN 978-80-239-3625-4. SAWICKI, Silvester, Iva WEDLICHOVÁ a Otakar FLEISCHMANN. Osobnost jedince a náročné životní situace. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008, 158 s. ISBN 978-80-7414-068-6.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne ...

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem dotazovaným, od kterých jsem mohla čerpat do své praktické části. Poděkovala bych jim především za spolupráci a vstřícnost, bez které by realizace bakalářské práce nebyla možná. Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za její odborné vedení a její vstřícný přístup a trpělivost.

Poděkování také patří mé rodině a přátelům za jejich trpělivost a obětavý přístup v době mého studia.

V Hradci Králové dne..... Podpis studenta:

Anotace

HANČOVSKÁ, Vendula. Kvalita života žen s rakovinou prsu. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 84 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na popis kvality života žen s rakovinou prsu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje základní informace o nádorovém onemocnění o příčinách vzniku, léčbě, diagnostice a prevenci. Dále jsou zde popsány strategie a způsoby zvládání životních těžkostí. V této kapitole zde najdete popsané techniky pro lepší zvládání těžkostí, strategie zvládání a také obranné mechanismy. Posledním tématem teoretické části je podpora žen s karcinomem prsu, která obsahuje popis kvality života s tímto onemocněním, faktory působící na kvalitu života a péči o pacientky. V poslední části se práce zabývá tématem vztahu lékaře a pacienta.

Praktická část na základě analýzy dat získaných z dotazníkového šetření, které byly předloženy ženám s rakovinou prsu, hodnotí kvalitu života těchto žen, způsoby vyrovnávání a využívanou služeb od pomáhajících profesí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se nemocné ženy vyrovnávají se zátěžovou situací, jaké využívají copingové strategie a jakou podporu potřebují od pracovníků pomáhajících profesí.

Klíčová slova: kvalita života, rakovina prsu, copingové strategie, pomáhající profese.

Annotation

HANČOVSKÁ, Vendula. Quality of life for women with breast cancer. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2003. 84 pp. Bachelor Thesis.

The thesis focuses on the description of the quality of life for women with breast cancer. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part contains basic information about the treatment of the disease on the causes, treatment, diagnosis and prevention. Furthermore there are described the strategy and ways of coping with life's difficulties. In this chapter you will find the techniques described here for better coping with difficulties, coping strategies and defence mechanisms. The last topic of the theoretical part is to support women with breast cancer, which contains a description of the quality of life with this disease, the factors affecting the quality of life and care of the patient. In the last part of the work deals with the theme of the relationship of doctor and patient.

The practical part on the basis of the analysis of data obtained from the questionnaire survey, which were presented to women with breast cancer, evaluates the quality of life of these women, the ways of balancing.

The aim of my bachelor work was to find out how sick women are coping with stress situations, what use the coping strategies and what kind of support they need from the helping professions.

Keywords: quality of life, breast cancer, coping strategies, helping professions.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č.
1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly UHK) .

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. JEDINEC S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM.....	11
1.1. Jedinec a nemoc	11
1.2. Nádorové onemocnění.....	13
2. DIAGNÓZA KARCINOM PRSU	15
2.1. Ženy s diagnózou karcinom prsu	16
2.2. Prevence a včasný záchyt.....	17
2.3. Léčba	18
3. STRATEGIE A ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ.....	21
3.1. Strategie zvládání těžkostí.....	22
3.2. Techniky pro lepší zvládání těžkostí.....	23
3.3. Obranné mechanismy	25
3.4. Jak se vyrovnat se závažnou diagnózou	27
4. PODPORA ŽEN S KARCINOMEM PRSU	34
4.1. Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu.....	34
4.2. Péče o pacientky.....	38
4.3. Lékař a pacient	43
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
1. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
1.1. 1. Dílčí cíl.....	46
1.2. 2. Dílčí cíl.....	46
1.3. 3. Dílčí cíl.....	47
1.4. 4. Dílčí cíl.....	48
2. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	48
3. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	51
4. Shrnutí výsledků dotazníkového šetření.....	77
5. Závěr.....	80
5. Seznam použitých zdrojů:	82
5.1. Internetové zdroje:.....	84
6. Seznam příloh:.....	84

Úvod

Téma „rakovina prsu“ jsem si vybrala především z toho důvodu, že je velmi diskutabilní a v poslední době velmi aktuální. Počet žen s touto diagnózou je v současnosti velmi četný a proto bych chtěla svým výzkumem přispět k informacím ohledně problematiky kvality života s touto nemocí.

Tyto ženy se velmi často registrují do neziskových organizací, které pořádají různé akce a já měla možnost na několika z akcí působit jako dobrovolník. Když se setkáte s někým, kdo je vážně nemocný donutí Vás to přemýšlet. Já jsem měla tu možnost setkat se s pacientkami s touto těžkou diagnózou, a proto jsem si také toto téma zvolila. Měla jsem možnost navázat s těmito ženami kontakt na osobní úrovni a rozhodla jsem se sesbírat materiál a jejich výpovědi vyhodnotit s ohledem na moji budoucí profesi. S většinou respondentek jsem se znala, tudíž jim nedělalo problém zacházet do témat, která byla velmi intimní. Jako ženu mě téma rakovina prsu donutilo přemýšlet a zkusit něco udělat pro zlepšení kvality ať už informovanosti nebo povědomí společnosti o tomto onemocnění.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřuji ze začátku na obecné téma jedince s nádorovým onemocněním. Vlivu nemoci na osobnost. Další kapitoly směřují k obecným informacím ohledně tohoto onemocnění. Popisují léčbu, diagnostiku, vznik a příčiny vzniku rakoviny prsu. V těchto prvních kapitolách se také zabývám prevencí a vyšetřením, které nevyhnutelně k tématu rakovina prsu patří. V druhé kapitole práce zmiňuji strategie zvládání, které jedinci využívají v boji s nemocí a těžkou životní situací. Další informace se zaměřují na techniky, které umožňují lepší zvládání situace, nebo obranné mechanismy, kterých ženy využívají.

Boj s touto nemocí není lehkým bojem a ženy v této situaci potřebují podporu, ať už je jakákoliv. Třetí kapitola se tedy věnuje podpoře žen, zahrnuje témata jako kvalita života žen s rakovinou prsu, kde jsem se snažila popsat faktory, které tuto kvalitu života ovlivňují. Dále už zmiňuji péči o pacientky, do které zahrnuji psychologickou rehabilitaci, fyzikální rehabilitaci a sociální rehabilitaci. V rámci sociální rehabilitace se zmiňuji i o sociální opoře, která je u žen s touto

nemocí velmi důležitá. Mezi poslední témata této kapitoly zařazují skupinovou terapii a skupiny pro vzájemnou pomoc, které hrají v této práci velkou roli. Většina respondentek, které přispěly do mého výzkumného šetření do takovéto skupiny nebo neziskové organizace patří nebo patřily. Proto mi přišlo vhodné zařadit do kapitoly informace o neziskových organizacích. Podrobnější informace o těchto organizacích se pak nacházejí v příloze B. Posledním tématem mé teoretické části je vztah lékaře a pacienta. Popisuji zde vztah mezi těmito osobami a zároveň to, jak by se k sobě měli chovat a jaká pravidla by mezi nimi měly platit.

Praktická část se zabývá výzkumným šetřením, které mělo za cíl zjistit, jak se ženy s nemocí rakovina prsu vyrovnávají s touto zátěžovou situací, jaké používají copingové strategie a jakou podporu potřebují od pracovníků pomáhajících profesí. Ve výzkumném šetření jsem použila metodu kvantitativního výzkumu- dotazník. Měla jsem možnost pracovat s 32 dotazníky od respondentek různého věku, které buď byly členkami organizací, nebo ne.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část na svém začátku obsahuje témata obecnějšího rázu jako je rakovinné onemocnění, vymezení pojmu nemoc a zdraví, protože toto s tématem velmi úzce souvisí. Poté se zabývá léčbou, příčinami vzniku a například možnou prevencí tohoto onemocnění. Dále směřuje k užším tématům, jako jsou strategie zvládnání u jedince s touto nemocí, obranné mechanismy, které jedinec využívá a techniky pro lepší zvládnání zátěže jako je těžké onemocnění. V této části najdete i kapitolu zabývající se podporou směřovanou na ženy s rakovinou prsu, kde zmiňují psychologickou, fyzikální a sociální podporu.

1. JEDINEC S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

První kapitola teoretické části se bude zabývat obecnými informacemi o onemocnění o jedinci s tímto onemocněním, příčinami vzniku, prevencí, včasné diagnostice a léčbě. Tuto kapitolu pokládám za nezbytně nutnou pro uvedení do tématu, kterým se práce zabývá.

1.1. Jedinec a nemoc

Pokud se zabýváme nemocí a kvalitou života jedince, je nutné, abychom zde definovali a vysvětlili pojem zdraví. Zdraví nedílně souvisí s tématem nemoci a pojmem kvality života.

„Zdraví je slovo, které v běžné mluvě užívá v přerůzném významu. Proto je třeba snažit se pochopit ideu, která tvoří jádro tohoto pojmu a je- třeba i jen skrytě- nedílnou součástí různých významů tohoto slova.“ (D. Seedhouse in Křivohlavý, s. 27, 2001)

Zdraví můžeme definovat hned několika způsoby. Tímto pojmem můžeme rozumět nepřítomnost nemoci, úrazu a choroby. Zdravý člověk je takový, který je schopen dobře fungovat ve svých sociálních rolích a ve svém okolí. Je schopen pozitivně se vyrovnávat s úkony, které mu život připraví, a které se před ním

naskytnou. Zdravý člověk se cítí dobře jak tělesně, tak duševně, duchovně i sociálně. (Křivohlavý, 2004)

Oficiální definice zdraví dle WHO: *„Zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti“* (WHO, 1947)

Nemoc představuje pro člověka velmi zátěžovou životní situaci. Jedinec se s touto situací musí vyrovnat, individuálně reagovat a mnohdy ve velmi krátkém časovém úseku. Míru vlivu, schopnost odolnosti a obranné reakce můžeme odvodit od jedincových osobních vlastností, úrovně zdravotního uvědomění, sociální podpory od rodiny a blízkých, postoji ke zdraví. Na zvládnutí závažné životní situace jako je těžká nemoc se tedy podílí mnoho faktorů, který průběh a vnímání nemoci mohou zlepšit nebo naopak zhoršit. (Vágnerová, 2004)

Nemoc můžeme chápat jako *„Narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného jedince“* (Vágnerová, s. 75, 2004).

Nemoc také nese svůj objektivní obraz, který zahrnuje hodnocení lékařů. Subjektivní obraz pak nese prožívání a hodnocení choroby nemocného. Na tomto hodnocení závisí jeho míra utrpení a reagování. Jedinec s onemocněním svou chorobu subjektivně přijme hůře, čím více se mu zhoršuje kvůli nemoci kvalita jeho života. (Vágnerová, 2004)

V práci se zabývám tématem rakovina prsu. Onkologické onemocnění je onemocnění chronické, které představuje dlouhodobé až trvalé znevýhodnění. Definici chronického onemocnění uvádí Vítová (1998, s. 34) *„ Chronické onemocnění řadíme do skupiny tělesných postižení, pro něž je charakteristický jejich dlouhodobý nepříznivý vliv na celou osobnost člověka“*. Chronické onemocnění vymezuje i Zámečnicková (2007, s. 48), která jej popisuje jako onemocnění léčitelné, ale (alespoň v kratším časovém intervalu) ne vyléčitelné. Chronické onemocnění má velký vliv na člověka. Tento vliv se dá dělit do dvou rovin a to primární a sekundární. Primárním vlivem rozumíme to, jak se dopad chronického onemocnění promítá v jedincově tělesné stránce. Sekundární rovina označuje vliv na duševní stránku osobnosti. (Monátová, 1994)

V případě chronického onemocnění je pak na jedincovi, aby nemoc přijal jako svou identitu a naučil se s ní také žít. U tohoto onemocnění jde o velmi závažnou životní situaci. Na tuto skutečnost lidé různě reagují, využívají různých obranných mechanismů (viz. Kapitola č. 3.3) a všechny tyto strategie se pak mohou promítnout do jedincovy osobnosti. Prožívání nemoci má velký vliv na psychiku jedince a psychické prožívání může také ovlivňovat aspekty zlepšení a zhoršení nemoci. Pokud je člověk pozitivně naladěný, pak dobrý psychický stav dokáže odstranit, nebo zlepšit některé příznaky onemocnění. (Vágnerová, 2004)

Podle Vágnerová (2003) můžeme každé onemocnění posuzovat ze tří hledisek.

1. Somatický aspekt, který vymezuje všechny příznaky onemocnění. Spadají sem tělesné potíže, které s určitou nemocí souvisí. Každá nemoc má své konkrétní problémy a specifická omezení. Závažnost nemoci a aktuální problémy mají velký vliv na psychické prožívání jedince.

2. Psychický aspekt zahrnuje veškerá emoční prožívání jedince, která vyvolávají změny související s chorobou. To, jak reaguje jedinec na nemoc, nezávisí pouze na závažnosti a specifčnosti choroby, ale také na jeho osobnostních vlastnostech jedince, jeho zkušenostech, to jak chápe svou nemoc pro svůj další průběh života a například i to jak má jedinec zafixované způsoby zvládnání těžkostí.

3. Sociálním aspektem rozumíme to, jaké je dáno nemoci hodnocení a jaký je dán status chorobě laickou veřejností. (Vágnerová, 2004)

1.2. **Nádorové onemocnění**

V dnešní době o žádné jiné chorobě neexistuje tolik spekulací, diskuzí a názorů jako právě o nádorovém onemocnění. Jedno z pojetí rakoviny je především pouhé slovo, které ve většině lidí vyvolává strach a spojení s druhým nepříjemným pojmem, a to je smrt. Žádné jiné slovo se tak často nepojí se smrtí a strachem jako právě rakovina. Umí pacienta vyčlenit z duševní rovnováhy jako žádné jiné. Netýká se to ovšem jenom pacienta samotného, ale diagnóza zasáhne i rodinu a blízké okolí, které sdělení velmi zasáhne.

Druhým významem hovorového označení, je medicínský význam a to, že rakovina je „onemocnění, které vzniká v důsledku nekontrolovaného růstu buněk. Zdravá tkáň je potlačována a je také částečně ničena.“(Heuper, s. 53,2010) Rakovina tedy zahrnuje veškerá onemocnění, které spojuje nekontrolovatelný růst buněk a odstraňování zdravé tkáně. Spadá sem nespočet různých onemocnění.

Pojem rakovina a její význam není pouze záležitostí tohoto století ani století předtím. Je to nemoc, která je řešena už dávno před časem, než z ní lidé začali mít takový strach. Touto chorobou se zabýval již Hippokrates, který ji spojoval s „černou žlučí“ tedy podle jeho typologie s „melancholií“, neboli duševní nerovnováhou jedince.

Nádorové onemocnění se dělí na dva různé typy nádorů:

Benigní nádor

Tento pojem označuje nezhoubný nádor, který způsobuje útlak tkání z okolí. Tento typ má většinou kolem sebe pouzdro a má přesné ohraničení.

Maligní nádor

Opakem nezhoubného nádoru je právě tento, zhoubný. Nebývá přesně ohraničený jako první typ. Proniká do cév a tvoří tzv. metastázi, druhotná ložiska nádoru. Jeho buňky umí vrůstat do mezer jiných buněk anebo vrůstají přímo do buněk zdravých tkání, rozšiřují se v nich a tím rozšiřují i je.(Dostálová, 2003)

Příčiny vzniku

Jaké jsou příčiny vzniku a jak rakovina vzniká? Touto otázkou se již po desetiletí zabývá několik výzkumů medicíny. I přes všechny vymoženosti a pokroky moderní společnosti a doby se ale stále nedá říci, co přesně je příčinou nádorového onemocnění. Nikdo nedokáže tedy zodpovědět jednu jednoduchou otázku: Proč jediná buňka v celém zdravém organismu v jednom určitém okamžiku začne nekontrolovatelně růst? Odpovědi můžeme najít v různých faktorech jako je například dědičnost, oslabení imunity, vliv prostředí, nedostatek vitamínů apod. (Heuper, 2003)

Například velký vliv na vznik rakoviny v těle je viděn ve stravovacích návycích a v nedostatku vitamínů a minerálů. Hodně spekulovaným společností

nejznámějším faktorem je dědičnost. Není divu, tento názor se sám vnucuje, pokud se po několik generací v jedné rodině vyskytuje ten samý typ rakoviny. Možných a zkoumaných příčin vzniku je mnoho, a pokud bychom se chtěli vyvarovat všech faktorům podněcujících vývoj rakovinných buněk, zjistili bychom, že bychom nemohli absolutně v dnešní společnosti žít. (Heuper, 2003)

2. DIAGNÓZA KARCINOM PRSU

Do této kapitoly jsem čerpala především z publikace: Co byste měli vědět o rakovině prsu (Abrahámová a kol. 2009). Tuto knihu jsem si vybrala z důvodu, že je to aktuální publikace na toto téma a je v ní mnoho informací, které jsem uváděla v této kapitole.

Jak jsem již zmínila, nádorové onemocnění pod sebou skrývá mnoho chorob, které jsou způsobeny nezhoubným bujením.

Maligní nádor v prsu vzniká úplně totožně jako jiný typ rakoviny a to nekontrolovatelným dělením buněk. Rakovina prsu je tedy nádorové onemocnění prsních žláz. Prsní buňky mutují hned z několika příčin. Tato činnost mutace se děje při špatném dělení buňky, kdy se má vytvořit přesná kopie molekuly DNA. Pokud se v procesu dělení vyskytne chyba, může dojít k mutaci. Hlavním a zásadním stimulem pro dělení prsních buněk je hormon zvaný estrogen.

Benigní nález v prsu nemusí být vždycky karcinogenní. Existuje typ benigní choroby prsu, u kterého lékaři nevědí zcela jistě, jestli je neškodný. Nazývá se dysplazie. Je to abnormální změna, která může ženě naznačit, že se u ní v budoucnu může vyskytnout rakovina prsu. Většina nálezů, na které se přijde při samovyšetření či pohmatem u pacientek, nejsou nálezy karcinogenní a mají jiný charakter. Jsou to například cysty, tukové bulky apod. (Michnovicz, Klein, 2002.1994?)

2.1. **Ženy s diagnózou karcinom prsu**

Nejvíce se vyskytujícím nádorovým onemocněním u žen je právě rakovina prsu. V České republice onemocní ročně karcinomem prsu přes 5000 žen. (Dienstbier, 2010)

Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu

Nádorové onemocnění patří k nemocem, kde příčina vzniku nebyla doposud plnohodnotně vysvětlena. I přes všechny provedené výzkumy a pokusy, stále nejsme schopni s určitostí říci, jaké osoby jsou tímto onemocněním ohroženy, a u koho je naopak obava neopodstatněna. Veškeré studium rizikových faktorů vzniku karcinomu prsu a jeho vývoji rozšiřuje další možnosti prevence a snižování úmrtnosti.

Rizikové faktory dělíme na faktory ovlivnitelné změnou životního stylu a faktory dispoziční. (Abrahámová, 2009)

Faktory ovlivnitelné změnou životního stylu se dále dělí na návyky (kouření, alkohol, strava), fyzickou aktivitu (pohyb, denní režim, obezita), ostatní (vzdělání, bydliště, živ. prostředí, psychologické aspekty).

Faktory dispoziční se dále dělí na osobní anamnézu (věk, tělesná výška, krevní tlak, nezhoubné onemocnění prsu), hormonální a gynekologické faktory (menarche, věk menopauzy, věk prvního porodu, počet porodů, kojení, gynekologická operace, hormonální léčba a antikoncepce), genetické faktory (nádorové onemocnění v rodině). (Abrahámová, 2009)

Příznaky karcinomu prsu

Nejčastější příznaky, které mohou být zapříčiněny zhoubným nádorem, jsou:

Vtahování kůže - zde jde většinou o bulku (rezistenci kůže), která při svém pohybu, vtahuje kůži

Důlkovatění - bulka v prsu vtahuje tkáň tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru-důlek.

Váznutí při souhybu - asymetrie prsu, která se projevuje při pohybech paží (při pomalém zdvihání paží do upažení a vzpažení). U nemocného prsu dochází k překážce a vtahování.

Nepravidelnosti bradavky - oploštění nebo vztažení, které je způsobené fixací (přichycením) uloženého nádoru.

Pomerančová kůra – infiltrace (zaplnění) drobných lymfatických cév. Pripomíná na pohled pomerančovou kůru.

Asymetrie a zvětšení - Asymetrie prsu bývá u části populace žen normálním jevem. Pokud ale dochází postupně ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu, je zde možná přítomnost nádoru.

Sekrece z bradavky- jde o jakýkoliv výtok (většinou krvavý) nebo jakoukoliv změnu bradavky.

Zarudnutí a oteplení kůže - je to projev, připomínající zánět a může být opravdu zánětem. Zarudnutí „teplejší kůže“ bez jasné rezistence, připomínající růži, může být zánětlivým karcinomem.

Rozšířená žilní pleteň - tento příznak může svědčit o tom, že v prsu postiženém tumorem je zvýšená aktivita.

Exulcelace - zvrhedovatění, příznak velice pozdní, ale bohužel dosud se u nás vyskytující. (Abrahámová, 2009)

2.2. **Prevence a včasný záchyt**

Zhoubný nádor v prsu z počátku nebývá většinou bolestivý a nezpůsobuje žádné jiné potíže. Proto se na včasnou prevenci klade obrovský důraz. Většina žen ani neví, že u ní v těle dochází k nekontrolovatelnému bujení.

V boji proti rakovině je stále prioritní včasná detekce a efektivita léčby. Rakovina prsu není tak preventabilní jako třeba rakovina plic, kdy je velmi účinná prevence např. přestat kouřit. Není tedy vysloveně určená metoda, která by se považovala za stoprocentní prevenci proti karcinomu prsu. Jsou zde možnosti metod, kterými lze včasné odhalit výskyt tumoru. Jsou jimi například samovyšetření

prsu, screening něž kterého spadá například mamografie, ultrasonografie, magnetická resonance apod. (Abrahámová a spol., 2009)

Samovyšetření prsu

Toto vyšetření by mělo být samozřejmostí u každé ženy a dívky od 20 let. Provádí se jednou měsíčně, nejlépe týden po skončení menstruace, kdy už nejsou prsy oteklé a bolestivé. Tuto techniku provádí jen malé procento žen správně. Může být některým ženám nepříjemné. Toto vyšetření může odhalit nehmatné léze, které nemusí být vždy karcinogenní. *„Ženy, které dobře a pravidelně provádějí samovyšetřování, přicházejí s menšími nádory“* (Abrahámová a kol., 2009, s. 46)

Screening

Hlavním cílem screeningu je odhalit v prsu karcinom ve fázi, kdy je ještě velmi malý. Od podzimu 2002 u nás platí bezplatné screeningové vyšetření prsu pro ženy od 45 let, které se řídí metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví ČR. (podle Dienstbier, 2010) Celý systém má především snahu ochránit vyšetřovanou ženu před možnými riziky. Tato metoda zaštiťuje hned několik druhů dalších metod, které pod ní spadají, jako je například: Ultrasonografie, Magnetická resonance a Mamografie.

Mamografie není laciná, potřebuje se na ni speciální přístrojová technika (mamograf), specializovaný tým rentgenologů a speciální tým pro další péči. *„Detekuje však 95% všech karcinomů v populaci bezpříznakových žen prošlých screeningem. Je to zatím nejefektivnější způsob pro včasnou detekci karcinomu prsu u bezpříznakových žen a jediná účinná screeningová metoda“*. (Abrahámová a kol., 2009, s. 52)

2.3. Léčba

Zhoubný nádor prsu je léčitelná nemoc. To, jak bude pacientka léčena, se odvíjí od zjištění rozsahu onemocnění neboli stagingu. O léčení pacientky se skládá, rozhoduje kolektiv odborníků, který se skládá z klinického onkologa, chirurga, rentgenologa, radiačního onkologa, patologa a dalších specializovaných odborníků. (Abrahámová a kol., 2009).

Lékař má pak za povinnost pacientce sdělit postup jejího léčení. Tento postup může mít více variant. Lékař sdělí tyto možnosti pacientce včetně všech pozitivních i negativních důsledků a ta si může sama rozhodnout, jakou metodu a postup léčby zvolí.

Existuje mnoho způsobů a postupů, jak karcinom prsu léčit. Tyto postupy se mohou kombinovat a doplňovat navzájem.

Chirurgická léčba

Nejobvyklejším prvotním léčebným zásahem je operační výkon. Rozsah operačního výkonu záleží na mnoha okolnostech, a to zejména na velikosti a umístění nádoru. Radikálním výkonem je amputace prsu, tedy odebrání celé žlázy, nebo částečný výkon, kdy prs zůstane zachován. Součástí operačního výkonu je i odstranění podpažních uzlin.

„Chirurgické léčbě se stále důvěřuje nejvíce a , i když je léčbou místní nebo okrskovou(podle toho, zda se vyjme pouze nádor, nebo i spádové mízní uzliny v nejbližším okolí), je stále dosud u většiny nádorů léčbou prvořadou a nejeftivnější“ (Dostálová, 1993, s.61)

Existují čtyři druhy operačních zákroků. Abrahámová a kol., 2009 zmiňuje tyto:

- a) Lumpektomie – odstranění chorobného ložiska s lemem prsní tkáně
- b) Kvadrantektomie – parciální výkon
- c) Totální mastektomie – odstranění prsu včetně bradavky
- d) Mastektomie a vynětí mízních uzlin

Léčba zářením

Neboli radioterapie. Tato forma léčení se volí po operaci prsu, nebo kde operace nebyla doporučena. Patří mezi nejstarší neoperační metody léčení rakoviny prsu. Tato léčba využívá záření, které se uměle vyrábí v moderních přístrojích anebo využívá paprsků, které vycházejí z tzv. zářičů. Paprsky z přístrojů působí změny v nádorových buňkách. Tyto buňky pak následkem působení buď zahynou, nebo

ztratí schopnost nekonečného množení a po určité době zahynou. Ozáření ideálně doplňuje operaci, ale nemůže ji nikdy zcela nahradit.

Nejčastějším způsobem radioterapie je ozařování zevní. Aby byla dávka pro pacientku snesitelná a zároveň účinná, je rozdělena do menších dávek tzv. frakcí. Celková léčba činí 5-7 týdnů. (Abrahámová a kol., 2009)

Systémová léčba

Zatímco radioterapie a léčba chirurgická jsou léčby místní, systémová léčba se skládá z léčby chemické, hormonální a biologické. Je to teda léčba celková. Léky podávané pacientovi se dostávají do krevního oběhu a jsou tak rozvedeny po celém těle a tudíž působí na veškeré buňky lidského organismu. (Abrahámová a kol., 2009)

Systémovou léčbu dělíme na tři indikační skupiny:

- a) Adjuvantní – je aplikována u žen po předchozí chirurgické léčbě, která odstranila celý nádor.
- b) Neadjuvantní – u žen s pokročilým, ale technicky operabilním nádorem s přadným postižením uzlin.
- c) Paliativní – u nemocných s metastatickým karcinomem prsu.

Nejčastějším podáním systémové léčby je nitrožilní způsob, a to ve formě infuzí či injekcí.

Chemoterapie

Chemoterapie je systémová léčba, používaná buď místo radioterapie, nebo místo pokračování přímé chirurgické léčby. Tato léčba spočívá v aplikaci cytostatik (protinádorových léků). V současné době existuje čtyřicet druhů cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Účinnost těchto cytostatik je značně zvýšena, pokud se různě kombinují, což se v klinické praxi velmi často děje. Léčba trvá zhruba 6 měsíců.

Hormonální léčba

Tato léčba patří opět k nejstarším léčebným postupům při diagnóze karcinomu prsu. Je založena na průkazu hormonálních receptorů. Jakmile nejsou v nádorové tkáni přítomny receptory, hormonální léčba se nepodává, protože by byla neúčinná.

„Hormonální závislost, kdy můžeme předpokládat, že růst nádoru souvisí s přímým působením hormonů, kolující v těle, se udává asi u třetiny žen“ (Dienstbier, 2010, s. 8)

Podle Abrahámové, 2009 můžeme hormonální léčbu rozdělit na 3 druhy:

a) *Ablativní hormonální léčba*, která spočívá v odstranění zdroje produkujícího hormonu se stimulačním účinkem na karcinom prsu. Patří sem například trvalé vyloučení funkce vaječníků. (Dienstbier, 2010)

b) *Kompetitivní hormonální léčba*, která spočívá v soupeření přirozeného hormonu s antihormonem o místo na receptorech. Nejdůležitějšími hormonálními léky jsou antiestrogeny.

c) *Inhibiční hormonální léčba*, kdy se uplatňují látky, blokující tvorbu estrogenu v periferních tkáních, nadledvinách, a to u pacientek s již vyřazenou ovariální tvorbou po menopauze.

Biologická léčba

Tato léčba se vyznačuje podáváním látek, které ovlivňují děje v určitých receptorech nezbytných pro přežívání, růst a množení buněk. V současnosti jsou u nás registrovány léky:

- a) Herceptin – protilátka proti receptoru Her-2
- b) Avastin – protilátka proti cévnímu růstovému faktoru
- c) Tyverb – navazuje na části receptoru Her-2 a způsobuje zastavení růstu nádoru. (Abrahámová, 2009, s. 86)

Tato léčba je velmi nákladná, avšak např. pro nositelky znaku Her-2) je plně hrazena pojišťovnou. Biologické léky se podávají dlouhodobě (až rok či déle). (Abrahámová a kol., 2009)

3. STRATEGIE A ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ

Kapitola, která se zabývá strategiemi a způsoby zvládání pojednává a vysvětluje, co je to strategie zvládání a proč je pro jedince důležitá. Copingové strategie jsou velmi důležitým tématem mé bakalářské práce, proto jsou v této

kapitole charakterizovány. Jsou zde charakterizovány a vyjmenovány různé techniky pro lepší zvládnání těžkostí.

Další podkapitola se zabývá obrannými mechanismy, které nemocní lidé v těchto situacích využívají.

3.1. Strategie zvládnání těžkostí

Závažné onemocnění představuje negativní zásah do psychiky jedince, do jeho sebeúcty a sebepojetí. To jak člověk vnímá sama sebe, může ovlivnit mnoho faktorů. Konkrétně zásah, odebrání prsa, či jeho kus, může sebepojetí ženy velmi ovlivnit. Už se sobě nemusí líbit, může si myslet, že není úplná. Je to zátěž, kterou člověk musí zvládnout a vypořádat se s ní. Aby se osobnost ubránila, existují různé strategie, jimiž se řeší rozpory a vyrovnávání se zkušenostmi, které jsou neslučitelné s naším sebepojetím a pocity. Typické strategie využívané lidmi se nazývají coping. Tyto strategie mohou být různé a mohou mít různorodou efektivitu. (Vágnerová, 2004)

Strategie zvládnání (coping) můžeme rozdělit do dvou skupin:

Zvládnání (coping) zaměřené na řešení problému

Tento přístup spočívá ve vyvinutí své vlastní aktivity. Je to aktivní přístup jedince k jeho nemoci. Pokud si nemocný zvolí tuto možnost, je přesvědčený, že má jakoukoli možnost se svou nemocí stále něco dělat. Spadá sem hledání konkrétního řešení, hledání pomoci ať už lékařů či jiných specialistů. Patří sem i vyhledávání a usilování o emoční a sociální podporu z jeho okolí. V tomto přístupu se potřebuje nemocný ujistit, že jeho situace není beznadějná a že se dá stále cokoliv zlepšit. (Vágnerová, 2004)

Sawicki, 2008 doplňuje tuto strategii ještě o „*změnu aspirační úrovně jedince. Nalezení alternativních způsobů uspokojení a osvojení nových dovedností. Míra úspěšnosti aplikace této strategie závisí především na zkušenostech jedince a jeho schopnosti sebeovládání.*“ (Sawicki, s. 40, 2008)

Zvládání (coping) zaměřené na obranu vlastních pocitů

V této strategii se už jedinec nezaměřuje na zlepšení nebo jakoukoli změnu situace nemoci. Cílem této strategie je zmírnění dopadu choroby na situaci. Jde zde o zvládnutí nemoci emočně a změnu přístupu nemocného k nemoci. Tato strategie se objevuje v těžko řešitelných situacích nebo silně stresujících situacích, ke kterým dochází například při progradujícím nevyléčitelném onemocnění. Míra úspěšnosti této strategie je různá. Cílem této strategie je přinést nemocnému změnou jeho přístupu úlevu. (Vágnerová, 2004)

Tyto strategie můžeme dále rozdělit na dva různé druhy. V prvním případě jsou to **behaviorální strategie**, zahrnující různé prostředky, které zmírňují naléhavost nemoci a problémů. Spadají sem například různá cvičení nebo vyhledávání podpory u přátel. Nesou s sebou ale i negativní dopady, jako je například pití alkoholu nebo braní drog. Druhým typem jsou **kognitivní strategie**, které zahrnují zpravidla odsunutí problémů z mysli, pouze ale dočasně. (Sawicki, 2008)

3.2. Techniky pro lepší zvládání těžkostí

K obraně osobnosti slouží kromě strategií zvládání i určité techniky, díky kterým je jedinec schopný situaci zvládat lépe a sebejistěji.

Mezi techniky zvládání řadí Křivohlavý, 2001 :

Relaxace

Pod tímto pojmem si většina lidí představí určitý odpočinek, uvolnění nebo odpoutání se od běžných denních povinností a aktivit.

„Relaxace znamená tělesné i duševní uvolnění. Jejím prováděním uvolňujeme své svalové napětí (tenzi) a zároveň i své napětí duševní. Oba typy napětí spolu totiž úzce souvisejí.“ (Míček, 1988)

Technika relaxace se zaměřuje na postupné uvolňování celého člověka. Všechny relaxační tréninky, které nemocný podstoupí, vedou k jeho uvolnění a uvolnění jeho svalů. Jedinec si to uvědomuje, a tudíž by se spolu se svaly měla uvolňovat postupně i psychika jedince. Uvolnění psychického prožívání pak může napomoci například ke zmenšení bolestí. (Křivohlavý, 2001)

Meditace

Všechny soudobé meditační techniky jsou odvozené od meditativních forem z původních náboženství, jako je například buddhismus. Meditace se zaměřuje na to, co člověka trápí a tím uvolňuje jedincovu psychiku. Existuje i druhá forma meditace, která na problém přímo nepoukazuje. Jedná se o opakování slova ve dvaceti minutách a to tak, že na každý dech se pomalu slovo řekne jednou. Tato forma meditace má za cíl člověka uvolnit a přivést na jiné myšlenky než na jeho těžkosti. (Křivohlavý, 2001)

Imaginace

„Pojem imaginace (z lat. Imago, obraz, představa) znamená obrazovost, v širším smyslu představivost a tvořivou schopnost člověka vůbec. Odtud také pochází slovo imaginární, (pouze) myšlený, neskutečný, iluzorní.“ (www.psychology.estranky.cz)

Další relaxační formou je forma imaginace, která obsahuje záměrné zobrazování například uklidňujících scénérií, obrázků, kdy jedinec zapomene na jeho nemoc, těžkost a představí si sebe v situaci jemu příjemné. Velmi často se snaží člověk dostat během imaginace do situací, které mu byly v minulosti motivací nebo oporou. Jiným opačným druhem je pak soustředění se na negativní situaci, kterou už jedinec prožil a viděl znovu, jak se s ní vyrovnal. (Křivohlavý, 2001)

Biofeedback

Mezi další techniky zvládání těžkostí patří biofeedback neboli biologická zpětná vazba. *„Biofeedback- možnost zpětné informace o tom, co se fyziologicky v člověku děje.“* (Křivohlavý, 2001, s. 90) Tímto názvem se označují i přístroje, který tento biofeedback zprostředkovávají. Přístroje se zaměřují například na sledování záznamu teploty kůže, kožního galvanického odporu, napětí podkožního svalstva (EMG), krevního tlaku atd. (Křivohlavý, 2001)

Náboženská víra

Další technikou, kterou si nemocní lidé volí je náboženská víra. Vliv náboženské víry se ubírá spíše kognitivním směrem, kdy člověk dočasně zapomene na své trápení, nebo se smíří se situací. Člověk s vírou vidí svět v širších a hlubších

souvislostech, očekává, že vyústění jeho krizové situace bude pozitivní, nalézá smysluplnost v utrpení a očekává pomoc od vyšší moci. (Křivohlavý, 2001)

Další techniky zvládání těžkostí zmiňuje ve své publikaci i Sawicki, 2008 a doplňuje je o:

Humor

Mezi poslední relaxační metody bych zařadila nezanedbatelnou složku osobnosti a to je humor, který má velký vliv na psychiku člověka. Každý si pak vybírá humor, který je pro jedince blízký. (Sawicki, 2008)

Beletrie

„Beletrie z franc. Belles lettres- krásné listy, přeneseně krásné písemnictví. Dnes se pojem beletrie používá pro oblast umělecké prózy.“ (www.atrslexikon.cz)

Léčebný a relaxační vliv má i samotné čtení nebo předčítání, kdy jedinec naslouchá, uvolní se a odpočine si. (Sawicki, 2008)

Hudba

Hudba jako relaxační metoda je velmi oblíbená hlavně pro jedince, kteří hudbou žijí, nebo jsou s ní v kontaktu každý den. Relaxační vliv na ně může mít jakýkoliv druh hudby ať už klasická nebo jiná, kterou má jedinec rád. Existují i speciální nahrávky, které jsou přesně určené pro zklidnění, uvolnění nebo usnutí člověka. (Sawicki, 2008)

3.3. Obranné mechanismy

V ohrožujících situacích, jako je závažné onemocnění jedinec reaguje voláním o pomoc, útekem nebo vytvářením vlastní aktivity. Od strategií (viz kapitola č. 3. 1.) se odvozují druhy obranných mechanismů, které člověk využívá podobně jako strategie zvládání životních těžkostí.

Člověk si neuvědomuje, že obranný mechanismus využívá, kdežto u výběru a použití strategie si je člověk vědom. *„Avšak určité nevědomé obranné mechanismy dovedené do krajnosti mohou přivést jedince k tomu, že použije některé maladaptivní vědomé strategie zvládání“* (Sawicki, 2008, s. 41)

Obranné mechanismy jsou způsoby, které nezmění vývoj nemoci, či situace v jaké se jedinec nachází, ale dokážou změnit postoj a způsob vnímání, jakým osoba na svou situaci nahlíží.

Čím více jsou silnější obranné mechanismy, tím více se musí vyrovnat Ego v osobnosti jedince. Určitá míra obranných mechanismů je nutná pro každého člověka ve společnosti pro jeho život. (Kern ,2006)

Sawicki, (2008) dělí obranné mechanismy na:

Vytěsnění – tímto obranným mechanismem člověk většinou zapomíná obsah. Tento obsah je většinou pro jedince nepřijatelný, bolestný. Patří sem vzpomínky, zážitky, které v jedinci vyvolávají např. pocit studu, viny nebo vedou k podceňování sebe sama.

Racionalizace – jedná se o chybné nebo špatné myšlení a hodnocení situace. Racionalizace může fungovat pro dva cíle, a to na zmírnění zklamání jedince, nebo poskytuje přijatelné motivy pro jedincovo chování.

Reaktivní výtvar - „*Přání vzbuzující obavy jedinec nejen potlačuje, ale vytvoří si způsoby chování, které jsou protikladné k potlačenému*“ (Kern, 2006, s. 196)

Projekce – obranný mechanismus často nazýván také „podle sebe, soudím tebe“. Nevědomý mechanismus, při kterém do druhého člověka jedinec promítá své vlastnosti, které jsou pro něj nežádoucí. Tento mechanismus pak chrání člověka před poznáním jeho vlastností, které se mu nelíbí.

Identifikace – identifikace funguje jako přesný opak projekce. Jedinec se ztotožňuje s tím, co je většinou vlastní někomu jinému a vnitřně to přijme. Může dosáhnout až fixace, kdy se dospělý jedinec fixuje na něco nebo někoho, což bývá projev nezralosti.

Intelektualizace – jedinec se vyrovnává se zátěžovou situací pomocí intelektuálních a abstraktních pojmů.

Popření – jedinec se zaměřuje na určité jevy a ignoruje tím jiné, které by ho mohly zneklidňovat. Co se jedinci nelíbí, to zkrátka nevidí. Svou chorobu neberou vážně, dokud na tom nejsou velmi špatně.

Kompenzace – v tomto mechanismu jde o prožívání, myšlení a jednání, díky němuž se jedinec vyrovnává s nějakým nedostatkem nebo nežádoucí situací. Spadá sem např. denní snění, přes které může získat vše, co je pro jeho duševní rovnováhu důležité.

Somatizace – úzkost jedince bývá nahrazena nějakým tělesným symptomem. Většinou se tento mechanismus pojí s vytěsněním nějaké nežádoucí pohnutky z jedincova vědomí.

Regrese – Tento proces se netýká pouze myšlení, ale týká se celé osobnosti. Jedincovo chování neodpovídá jeho věku a je vývojově daleko mladší. Jedinec se vrací na dřívější vývojové stádium.

Fixace – jedinec zůstane u určitého chování a v tom nadále setrvává. Tento způsob opět odpovídá nižšímu vývojovému stupni vývoje. Může to být ustrnutí na osobě, situaci či věci.

Negativismus – posledním mechanismem, který Sawicki popisuje je negativismus. Jinak také nazývám vzdorovitost. Tímto způsobem si většinou jedinec chrání svou svobodu, názor a myšlení když se mu snaží okolí vnuknout něco jiného.

Obranné mechanismy fungují automaticky a jsou používané bez našeho vědomí. Přiměřeně a pozitivně fungují jenom tehdy, pokud jedinci ulevují od úzkosti, depresí a úniku ze situací, které jsou jedinci nepříjemné. Pokud ale prohlubují depresi, úzkost a psychické napětí, fungují negativně a nepřiměřeně.

3.4. **Jak se vyrovnat se závažnou diagnózou**

Na závažnou diagnózu lidé reagují různě. Jejich postoj k nemoci a reakce se odvíjí od mnoha faktorů ať už charakterových nebo faktorů, které na jedince působí z okolí. Mezi faktory může patřit i to, jak se rychle nemoc vyvíjí. Člověk, kterému sdělí lékař diagnózu, na ni musí reagovat, přijmout ji a vypořádat se s ní. Pacient se závažným onemocněním prochází několika fázemi, které popisují jeho chování.

Tyto fáze popisuje Elisabeth Kübler Rossová. První fází je fáze **šoku**. Je to vlastní příchod nemoci. Tento šok, nazýváme počátečním. Jedná se o fázi, kdy člověk pocítuje první příznaky a rozhoduje se, zda jít či nejít k lékaři. Tato fáze může nastat i tehdy, kdy je pacientovi už diagnóza sdělena.

Druhou fází, kterou popisuje je **popření** nemoci, kdy se člověk stáhne do izolace. Nemocný své diagnóze nevěří a pořád si opakuje, že se nějak vysvětlí.

Po fázi popření nastává fáze **hněvu a agrese**. Jedinec se hněvá nejen sám na sebe ale především na své okolí a ošetřující personál. Dává své onemocnění za vinu někomu jinému a může být i agresivní.

Po fázi, kdy je pacient agresivní na své okolí, přichází umírněnější fáze **smlouvání**. Pacient si začíná upravovat žebříček svých hodnot a začne tušit, že jeho nemoc není nic lehkého. Mezi hlavní potřeby se u jedince dostává potřeba uzdravit se, za kterou je ochoten zaplatit jakýkoliv dluh.

Po smlouvání nastává období **deprese**. Reakce jako je deprese, je zcela pochopitelná, pokud člověk prožívá takovouto zátěž. Člověk často v této fázi prožívá strach z budoucnosti, strach z toho, co přijde, strach z bolesti a strach ze smrti.

Závěrečnou fází je **akceptace pravdy**, kdy jedinec se naprosto a plně smíří se svým onemocněním a sžije se s ním. Bere ho jako součást sebe a je smířen se všemi možnostmi, které mohou nastat. Přijetí pravdy může probíhat dvěma způsoby a to buď smířením, či rezignací a zoufalstvím. Na to, aby se člověk dostal do fáze smíření místo rezignace, má největší vliv okolí a blízcí nemocného.

Podle M. Svatošové 1995 in Jankovský 2003 je důležité si uvědomit také to, že všemi výše popsanými fázemi, prochází sám pacient, prochází i okolí a blízcí nemocného. Průběh toho jak se vyrovnává s nemocí pacient, není nikdy lineární s tím, jak se vyrovnává s touto zátěží blízcí a okolí.

Velmi podobné dělení konkrétně popisuje Dostálová, 1993, která dělí průběh vyrovnávání se s nemocí u pacientů s maligním onemocněním. Rozděluje ho na 5 období:

Bezpriznakové období

V tomto období pacient ještě jistě neví, zda je jeho nádor maligní či ne. Například karcinom může být ještě tak malý, že ho pacient ani nevnímá a z jeho velikosti se nedá určit, zda je maligní, či ne. V tomto stádiu má většinou pacient postoj k rakovině takový, jako by ji v těle neměl, jako by se ho toto téma netýkalo. Cítí se zdravý. Někteří lidé se o toto téma zajímají velmi, protože v tom spatřují tajemno, ale pořád si toto tajemno nespojují s vlastní osobou. Jiní se na téma rakovina bavit nechtějí, protože je jim toto téma nepříjemné a nechtějí si ho se svou osobou spojovat.

Jiné reakce v tomto období mají lidé, kteří se s rakovinou už v minulé době setkali ať už u svých příbuzných, nebo v blízkém okolí. Tito lidé berou nemoc jako zlo, které si nevybírání a které je spojeno se smrtí. Rakovinu neberou jako pojem, ale jako závažnou nemoc. Tato skupina lidí ale svou úzkost nedává najevo a nechává si ji pro sebe, často potlačenou v podvědomí.

Část lidí si strach z rakoviny přiznává a otevřeně ho ventiluje. Poslední skupinou jsou tzv. „karcinofobici“, kteří naopak vyšetření u doktora vyžadují velmi často a tím se ujišťují, že karcinom nemají.

Období prvních příznaků

V tomto období už člověk pocítuje něco z počátečních příznaků onemocnění jako je například únava, která ale může být spojena se spoustou dalších onemocnění. Mezi prvotní příznaky, které na sobě lidé pozorují s maligním onemocněním je např.: ztráta váhy, pocit tlaku na určitém místě, nehojitelný vřidek, či nahmatatelný nárůstek v prsu. Všechny tyto příznaky jsou ale velmi individuální a člověk na ně reaguje různými způsoby.

Většina pacientů si tyto příznaky na začátku nepřipouští, bere je jako něco, co časem odezní, přejde nebo se vyléčí. Druhá skupina lidí si sice diagnózu rakovinného onemocnění připouští, ale bere ji velmi pozitivně a s nadhledem. V obou případech se ale u lidí objevuje strach, úzkost, strach z budoucnosti a určité znepokojení. Třetí skupina lidí si příznaky připouští, diagnózu přijme a je rozhodnuta bojovat a léčit se.

V tomto období také můžeme dělit reakce podle toho, jaký typ charakteru u člověka převládá. Člověk, flegmatik si nějakou dobu příznaků nevšímá nebo je hodí za hlavu a počítá s tím, že to nějak dopadne. Cholerik má většinou pasivní přístup k nemoci, odmítá podstoupit vyšetření a nepřipouští, že by se špatná diagnóza mohla potvrdit. Melancholik je hned ze začátků prvotních příznaků přesvědčen, že je nemocen. Všechno vidí v černých barvách a neví jak postupovat dál. Většinou převládá rozhodování, zda jít k lékaři nebo ještě chvíli počkat. Takového člověka pak k lékaři většinou musí dovést někdo z blízkých. Sangvinik své uvažování o nemoci umí zklidnit a jednat věcně. Informuje se a až poté jde k lékaři.

Žádný z lidí ale není vyhraněný typ, podle kterého by se dalo určit, jak jedinec na nemoc bude reagovat. Většinou jsou to typy smíchané a tak jsou jejich reakce individuální.

Celé toto období je ale období znepokojení, neklidu, vážných rozhodnutí a strachu.

Období rozvinutých příznaků

V této fázi už jedinec má výrazné příznaky, kdy diagnóza je potvrzená diagnóza. Pacient v tomto období prožívá strach z nemoci a úzkost. Se strachem bývá hlavně spojen strach o život, který se v tomto období objevuje u části nemocných. Většina pacientů se necítí být ohrožena smrtí. Chování v tomto období se opět liší individuálně. Někteří pacienti si snaží udržet zdravý odstup od nemoci. Spolu s ním ale udržují i odstup od svého okolí a dění.

V tomto období se setkáváme s využíváním různých obranných mechanismů a výše popsaných strategií, které napomáhají jedinci k obraně před tím, čeho se bojí. (Dostálová, 1993)

Období léčby

V této fázi často dochází ke stejným způsobům vyžívání obranných mechanismů, ale veškerá obrana už začíná selhávat. Všechna vodítka, která jim byla nějakou nadějí, v tomto období upadají a jedinec prožívá jen nepříjemné a nepříznivé skutečnosti. V období léčby je člověk velmi omezen. Ať už se lékař

rozhodne pro jakoukoliv variantu léčby, každá z nich člověka velmi omezí v různých oblastech jeho života.

Chemoterapie je známa svou účinností, ale také neodmyslitelnými vedlejšími účinky. Mnoho pacientů se kvůli chemoterapii musí vzdát několika věcí ve svém životě, jež po této léčbě nemohou již dále provozovat. Vedlejší účinky, které s sebou tato léčba nese, jsou například kožní změny, pocety na zvracení, vypadávání vlasů, alergické reakce atd. To je taky častým důvodem, proč lidé tuto léčbu odmítají a dávají se na alternativní léčení. (www.lecba-rakoviny.cz)

V tomto čase se podle Dostálová, 1993 dělí toto období dále na:

Reakce na léčbu neproduktivní: do těchto reakcí spadá odmítnutí léčby ze vzdoru, zlosti nebo pomyslné snahy trestat své okolí včetně zdravotníků, přijetí léčby s projevy nespokojenosti a negativistického přístupu, neustálé poučování, nedůvěřivý postoj k práci lékařů a personálu, lhostejný postoj k léčbě a stížnostní postoj.

Reakce na léčbu produktivní: Kam spadá přetrpění léčby, odosobnění, pacient spolupracující, odmítnutí léčby při pokročilém onemocnění po zralém uvážení.

Přechod mezi produktivními a neproduktivními způsoby reagování na léčbu: vymýšlení a rady, občasné odreagování agrese, hluboké prožívání léčby a angažovanost. (Dostálová, 1993)

Období zlepšení nebo ústupu nemoci

Posledním obdobím, které definuje Dostálová je období zlepšení nebo ústupu nemoci, kdy za zlepšení nebo ústup bereme to, že karcinom ustoupil nebo úplně vymizel.

Po léčbě se pacienti většinou hned necítí dobře. Vedlejší účinky z léčby přetrvávají ještě dny týdnů nebo měsíce po ukončení léčby. Část lidí po sdělení, že nádor ustoupil, lékařům nevěří a tato fakta si musí ověřit i u jiných lékařů a odborníků. Naděje se tak díky tomu k pacientovi nevrací a přetrvává strach a úzkost. Uvolnění a navrácení naděje přichází většinou tehdy, až se pacient aspoň

trochu cítí lépe a vedlejší účinky už přestávají působit. Tehdy se vrací naděje k životu a strach s úzkostí pomalu mizí.

Je třeba říci, že každý člověk tyto fáze může prožívat jinak, individuálně. Některá období může přeskocit nebo si naopak vytvořit své vlastní období, které se ani jednomu z uvedených nebude podobat. Je ale však s určitostí jasné, že prožívání a reakce nemocného člověka nemůže zcela pochopit zdravý člověk. Všechno to, co si neprožijeme jako bychom zcela nepoznali. Proto je důležité se snažit alespoň vcítit do situace nemocného a být mu oporou a doprovázet ho v jeho těžké životní etapě. (Dostálová, 1993)

Prožívání nemoci v čase

„Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději“
(Svatošová, s. 82, 2011)

Člověk, který potřebuje zpracovat zátěž jeho závažného onemocnění, prochází v čase různými fázemi. Tyto fáze rozdělila Vágnerová 2004, na:

Fáze nejistoty před stanovením diagnózy. Tato fáze je velmi podobná dvěma obdobím- bezpříznakovému a období prvních příznaků (viz výše). Jedinec si uvědomuje, že jeho somatická stránka není v pořádku. Objevují se první příznaky, které ale nemusí nutně značit závažné onemocnění. V této fázi se člověk rozhoduje, zda jít či nejít k lékaři.

Fáze šoku a popření. V této fázi se jedinec dozví svou diagnózu od lékaře. Jde tedy o přijetí a vyrovnání se s diagnózou v úplném počátku. Většina lidí není schopna se s diagnózou hned vyrovnat, proto to odsouvají do pozdějších hodin a dní. Představa pravdy a přiznání si své nemoci jim působí úzkost a depresi. Proto se často stává tato situace pro jedince nereálnou, neskutečnou, něco, co nemůže být pravda. V této fázi mají také lidé tendenci uchýlovat se do sebe sama, stranit se okolí. Využívají různé obranné mechanismy (Viz. Kapitola 3.3).

Fáze generalizace negativního hodnocení. Tato třetí fáze je velmi spojována s dezorientací. Nemocný jedinec si začíná uvědomovat svou nemoc. Příznaky, které

s sebou nemoc nese, už nejsou potlačitelné a nedají se přehlédnout. V této fázi člověk neví, co s ním bude, co bude dál a co ho čeká. V této fázi opět lidé využívají obranných mechanismů a strategií zvládnání. Volba obranného mechanismu závisí na charakteru a zkušenostech jedince a také se odvíjí od jeho situace. Je tedy jasné, že to jak dlouho bude trvat, než se člověk vyrovná se svou zátěží, je zcela individuální. Velmi často se u těžce nemocných lidí objevuje tzv. tendence ke generalizované negaci, kdy podle nemocného je všechno špatně, nic nemá smysl a ani on a jeho život nemá smysl. Postupně, když si člověk začne uvědomovat, vážnost své nemoci objeví se u jedince i smutek, hněv a agrese. V případě, kdy se objeví smutek a hněv, znamená to, že jedinec bude bojovat a bude aktivní v přístupu k nemoci. V opačném případě pak nastává rezignace, která se pojí s depresí a smutkem.

Fáze postupné adaptace. Než dojde na tuto fázi, předchází jí fáze smlouvání. Jedinec slevuje ze svých přání, už ví, že není možné všeho dosáhnout a snaží se dosáhnout aspoň něčeho. Tato fáze může být jakkoliv dlouhá a většinou se po ní dostane jedinec do fáze postupné adaptace, kdy se stává nemoc jeho součástí a začíná se s ní ztotožňovat. Tato fáze se může nazývat i fází reorientace, protože jestliže jedinec měl v předešlých fázích velmi negativní postoj tak v této ho zcela změní. Nemoc je brána jakou součástí osobnosti, a to mění i postoje a reakce na ni. (Vágnerová, 2003)

Poslední fáze se nazývá smířením. Ať se to týká nemoci a jejích důsledků, nebo možné ztráty existence, jedinec v této fázi je s nemocí absolutně smířen.

Je třeba opět zmínit, že prožívání fází, jak postupně jdou za sebou, je velmi individuální a vždy záleží na několika faktorech. Fáze se mohou prohazovat, nebo jedinec může jednu z nich vynechat. Pokud ale člověka dobře známe, měli bychom dokázat odhadnout, do jaké fáze se dostane. (Vágnerová, 2003)

4. PODPORA ŽEN S KARCINOMEM PRSU

Poslední kapitola teoretické části se zabývá tématy podpory žen s nádorovým onemocněním. První téma, které je v této kapitole popsáno je kvalita života s nádorovým onemocněním. Je to hlavní téma mé bakalářské práce a od něj se poté odráží možná podpora pacientkám. Je zde popsána kvalita života a různé faktory, které kvalitu ovlivňují. Dále jsou zde vymezeny podkapitoly, jako je péče o pacientky, kde jsou popsány základní rehabilitace pro tyto ženy. Poslední téma, kterým se tato kapitola zabývá, jsou skupiny vzájemné pomoci.

4.1. Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu

„Nejen obohatit život o léta, ale i léta o život“ (Křivohlavý, s. 162,2002)

Tématem kvality života se lidstvo zabývá už odedávna. Kvalita života je u každého jedince posuzována velmi individuálně. V souvislosti s onemocněním je posuzován hlavně průběh onemocnění, kvalita života, léčba a přístup blízkého okolí k jedinci.

Kvalita života zahrnuje psychickou podporu, pocit psychického zdraví, sociální oporu, pocit duševního zdraví, uspokojování potřeb nemocného, partnerské vztahy, společenské zázemí. U žen s diagnózou rakovina prsu zahrnuje toto téma například to jak moc je léčba bolestivá, jaké s sebou nese vedlejší účinky a jak moc je stabilní a úspěšná.

Kvalitu života můžeme posuzovat ze dvou hledisek, a to:

a) Objektivní hodnocení kvality života, které sleduje celkové zdraví pacienta, sociální status jedince, materiální zabezpečení. Jsou zde faktory, které člověka ovlivňují ekonomicky a sociálně.

b) Subjektivní hodnocení kvality života, které je založeno zejména na pocitech, prožívání, zájmech a očekávání jedince. Toto hodnocení se zaměřuje na fyzický a psychický stav člověka. (Vaňurová, Mulpachr, 2005)

Další dělení možného přístupu ke zkoumání kvality života představují Engel a Bergsma (In Křivohlavý, s. 163-164,2002):

- makro-rovina: kvalita života se posuzuje z pohledu na velké společenské celky. Do této roviny spadá i smysl života, rozhodování se (například při velkých politických rozhodnutích, investicích apod.).
- mezo-rovina: zde jde o posuzování kvality života v malé sociální skupině. Spadají sem sociální kontakty, sociální zázemí jedince, sociální vztahy ve skupině a jejich uspokojování, sociální klima působící na jedince apod.
- personální rovina: zde jde o individuum člověka. Jde o úzkou rovinu, která se zabývá jedincovým prožíváním, uspokojováním jeho potřeb, zvládání bolesti při nemoci, působení mnoha faktorů na jeho osobnost a prožívání.
- fyzická existence: zde se posuzuje kvalita života okolí. Způsob jakým jedinec své okolí vnímá, jak se s ním ztotožňuje, jak ho hodnotí, porovnává ho apod.

Kvalitu života můžeme hodnotit velmi snadno s ohledem na několik oblastí a to je: funkční zdatnost, fyzický stav pacienta, spokojenost s léčbou, sociální stav a jeho psychický stav. (Klener, 2002)

Sociální faktory ovlivňující kvalitu života

Sociální faktory zahrnují především blízké okolí jedince. Tyto faktory se odrážejí od toho, v jaké situaci se pacient právě nachází. Pozitivně působící okolí jedince má značný vliv na překonání této náročné životní situace. Projevuje se hned v několika oblastech. Například hned v počátečních stádiích nemoci, kdy jedinec odmítá navštívit lékaře a připustit si, že je nemocný. Okolí v tomto sehrává velmi důležitou roli. Většinou je to právě rodina, která přesvědčí pacienta, aby k lékaři zašel. U nádorového onemocnění je s tímto spojený počátek velmi důležitý, protože čím dříve je diagnóza zjištěna, tím větší je naděje na uzdravení.

Mezi sociální faktory patří sociální skupiny, do kterých jedinec spadá a to, jaký s nimi má vzájemný vztah. Veškeré pozitivní vztahy s okolím mají velmi kladný vliv na jedincovo uzdravení, průběh léčby a hodnocení nemoci. (Křivohlavý, 2002)

Nedílnou součástí okolí pacientky je její **rodina**.

„Pacientem není výlučně tzv. identifikovaný pacient, tedy nositel potíží, symptomů, nemoci, ale i rodina jako celek“ (Vymětal, s. 42, 1994)

Lidský jedinec už od svého počátku až do smrti je vždy součástí nějakého společenství. Většinou je to nejužší primární skupina, a to je rodina. Pokud rodina chybí, stále v podvědomí člověka zůstává pocit k tzv. nukleární rodině, která zásadním způsobem člověka vychovala a formovala jeho osobnost a chování.

Pozitivní působení rodiny se promítá nejen do zlepšení psychiky nemocného jedince, ale v oblasti prevence, léčby a rehabilitace. Působení rodiny ale nemusí být vždy pozitivní. Rodina může působit i neutrálně, kdy způsob ovlivnění jedince není ani pozitivní a zároveň ani negativní. Opačným způsobem je pak nežádoucí vliv, kdy rodina působí proti záměrům lékaře. V tomto případě je pak na jedinci, zda se rozhodne podle lékaře, nebo podle svých blízkých. (Vymětal, 1994)

V souvislosti s nádorovým onemocněním jde například o přerušení léčby. S tímto krokem žádný lékař nesouhlasí a chce provádět léčbu dál. Pokud se ale pacient rozhodne, ať už na základě svého, nebo jiného rozhodnutí, že ukončí léčbu, lékař ho nutit k pokračování nemůže.

Mnoho žen s rakovinou prsu, docházející na chemoterapii, předčasně léčbu ukončují. Zejména z důvodů silných vedlejších účinků, nebo pokud chtějí zkusit jiný alternativní způsob léčby.

Další součástí pacientčina okolí je **partnerský vztah**. Soužití s manželem či partnerem má důležitý vliv na prožívání nemoci. Záleží také na tom, jak je vztah stabilní, jak dlouho trvá a jak je intenzivní. (Dienstbier, 2001)

Operativní zásah, ablace prsu nese nejen zátěž fyzickou ale také psychickou. Mnoho žen tento zákrok přináší trauma a vyhýbání se sexuálnímu styku. I když se jedná o porušení prsu a ne genitálií ženy, tento blok velmi často nastává.

Odejmutí prsu pro ženy může znamenat ztrátu ženskosti a krásy jejího těla. Po operaci se ženy velmi často stydí před partnerem svlékat nebo obnažovat. Stydí se za to, jak vypadají. Není divu když „*Ňadra jako atribut ženství a ženské krásy a jakožto symbol plodivé síly zdroje výživy byla zobrazována od nepaměti*“ (Abrahámová, s. 11, 2009)

Ablace prsu ale není jediný důvod proč, ženy v tomto období ztrácí zájem o sexuální život. Podílí se na tom i unavenost, všudypřítomné starosti, vyčerpanost z léčby. Všechny tyto důvody nezájem jen podtrhují.

Jelikož sexuální styk mezi partnery vztah umocňují a díky tomu je vztah intenzivnější, mnoho manželství a partnerských vztahů se po operaci a při léčbě rozpadá. (Dienstbier, 2001)

Hussainová ženám radí, aby si nejdříve společně se svým partnerem odbourali a vyzkoušeli, jaké překážky je třeba v intimní oblasti odebrat a aby spolu otevřeně mluvili o svých problémech, obavách a pocitech. Je nutné, aby k sobě oba partneři byli upřímní, vstřícní a citliví. (Hussainová, 1993)

V některých případech nemusí mít nemoc na kvalitu sexuálního života žádný vliv.

V souvislosti s nemocí jsou jako další sociální faktor ovlivňující nemoc zmiňovány **duchovní potřeby**. V dnešní době je téma spirituálních potřeb řešeno čím dál tím více. Mnoho lidí je přesvědčeno, že spirituální potřeby se týkají pouze lidí věřících. Není tomu tak. Jedná se o uspokojování potřeb mnohých lidí, kteří prochází závažnou nemocí, těžkým životním obdobím či krizí. Tito lidé se začínají zabývat otázkou smysluplnosti života. Chtějí vědět, že jejich život měl, má a bude mít smysl.

V souvislosti s nádorovým onemocněním má pacient v hlavě mnoho myšlenkových pochodů. S tímto onemocněním úzce souvisí strach ze smrti, strach z budoucnosti. Nemocní hodnotí zpět svůj život, hodnotí realitu a chtějí vědět, jaká bude jejich budoucnost.

Zhoršení kvality života důsledkem nemoci

Každé onemocnění s sebou nese symptomy, které ovlivňují subjektivní hodnocení kvality života. Je třeba si uvědomit, do jaké míry nemoc člověka a jeho prožívání omezuje a ztěžuje jeho život.

Vágnerová, 2004 vymezuje oblasti, ve kterých onemocnění omezuje, limituje a znevýhodňuje:

- Míra soběstačnosti a nezávislosti – tato míra je důležitá například v sebeobsluze a intimní hygieně. Pokud jde o ženy s karcinomem prsu, soběstačnost není zcela omezena. Jedná se spíše o období po operaci, kdy je hybnost žen omezena a odkázána na pomoc zdravotníků.
- Míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání. Toto omezení s sebou nese mnoho onemocnění. Při léčbě rakoviny prsu se to týká hlavně období, kdy žena začíná léčbu, prochází medikací a různými vyšetřeními. Mnoho léčebných postupů při této diagnóze pacientku vyčerpává, unavuje a zeslabuje (Např. chemoterapie)
- Míra schopnosti sociálního kontaktu.
- Úroveň zachovaného celkového pocitu pohody. Sem patří jak tělesný tak duševní stav pacientky, který může být narušený několika vlivy jako je bolest, nemohoucnost.

4.2. Péče o pacientky

Žena, která se léčí s rakovinou prsu nepotřebuje pouze péči při léčbě a sdělení diagnózy, ale dále po ukončení léčby probíhá tzv. následná péče. Spadá sem mnoho oblastí a prostředků, které se starají o následnou péči o pacientku.

Do této péče patří například rehabilitace. Léčebná rehabilitace nezačíná probíhat po léčbě pacientky, ale začíná hned jak je pacientce sdělena diagnóza karcinom prsu. Rehabilitaci dělíme na tři oblasti. Psychologickou, fyzikální a sociální.

Psychologická rehabilitace

Tato rehabilitace začíná ihned při podezření na závažné zhoubné onemocnění. Diagnóza karcinom prsu je závažné onemocnění, které po jeho sdělení zasáhne osobnost a život ženy. Přináší s sebou mnoho obtíží, negativ, a to velmi negativně působí na psychickou stránku jedince.

Nádorové onemocnění označuje velmi závažnou životní situaci a proto je důležité aby tato informace byla pacientce sdělena šetrně a profesionálně. Je třeba, aby lékař tuto informaci sděloval pravdivě, srozumitelně a šetrně.

Lékař by ale neměl být pouze tím, kdo jenom sdělí diagnózu. Měl by být zároveň lékařem, odborníkem a zároveň lidskou bytostí. Pacientce by měl zodpovědět všechny její otázky ohledně diagnózy, nastávající léčby, vedlejších účinků, možností rehabilitace apod. Psychickou oporu lékař ze své strany může poskytnout zodpovězenými otázkami, aby u pacientky nevznikla obava z neznámého v důsledku mála informací.

V této rehabilitaci se uplatňuje velmi zásadně blízké okolí pacientky, se kterým by měla komunikovat a mít v něm oporu. Měla by se zapojit do rodinného života a nenechat se nemocí izolovat. Je dobré neopouštět své aktivity a dále se jim věnovat. Něco jiného je, když žena kvůli svému zdravotnímu stavu zásadně v aktivitách pokračovat nemůže. Například žena, která je zvyklá každý den sportovat, může přijít o sportování kvůli léčbě, operativnímu zákroku. Je pak důležité, aby se od této aktivity zcela neizolovala a hledala adekvátní náhradu. (Abrahámová, 2009)

Pokud pacientka nezvládá svou nemoc ani s pomocí lékařů a blízkého okolí, není nutné se za to stydět. Je však potřeba aby žena svůj stav sdělila lékaři a ten by měl poskytnout možnosti další podpory jako je například psychologická poradna či opakovaná konzultace u psychologa. (Abrahámová, 2009)

Tuto pomoc však mohou využít i lidé z pacientčina blízkého okolí. Například když partner skutečnost nemoci není schopen zvládnout, může i on konzultovat a navštěvovat psychologa. (Abrahámová, 2009)

Fyzikální rehabilitace

Další z možností rehabilitace je fyzikální rehabilitace. Ta má za cíl předejít negativním symptomům léčby, předejít tělesnému omezení po léčbě následkem chirurgických zákroků. (Abrahámová, 2009)

Tato rehabilitace je většinou zahájena po operaci. Obsahuje soustavu doporučených cvičení, která má za cíl prevenci omezení hybnosti horní končetiny a zmírnění bolestí. Patří sem i správné využití a nošení prsních náhrad neboli tzv. epitéz. Ty přispívají nejen ke kompenzaci ztraceného orgánu, ale ke správnému držení těla a správné dynamice páteře. (Abrahámová, 2009)

Cvičení je doporučeno hned po operaci. Odborný rehabilitační pracovník ženám ukáže cviky, se kterými pak žena pokračuje v domácím prostředí.

Sociální rehabilitace

Třetí oblastí rehabilitace je rehabilitace sociální. Rehabilitace v sociálním smyslu znamená opětovné navrácení ženy do společnosti. Nádorové onemocnění s sebou nese ve svém průběhu mnoho sociálních omezení. Žena je například distancována od práce, čímž se jí snižují finanční prostředky na zabezpečení rodiny. Mnohdy je odkázána na pomoc druhé osoby.

Hlavním bodem této rehabilitace je navrácení ženy do původního zaměstnání. Pokud pacientka nemá takové obtíže jako při léčení a není plně odkázána na invalidní důchod pak není důvod se do práce nevrátit. Žena se tak vrací k aktivitě, která jí opět zvýší finanční prostředky, vrací se k něčemu, co zná, do kolektivu, který zná. (Abrahámová, 2009)

Žena po úplném odejmutí prsu může být ale omezena pracovně i po léčbě. Nesmí vykonávat práce, které jsou příliš fyzicky náročné a zatěžují tak její rameno. Veškerý návrat do „starých kolejí“ by měl probíhat pozvolna a neuspěchat ho. Návrat do práce musí být doporučen lékařem. (Hussainová, 1993)

„Sociální rehabilitace je velmi individuální. Závisí na fyzickém i psychickém stavu každého nemocného. Napomoci by měly sociální pracovnice. Nezanedbatelná je úloha svépomocných spolků pacientek.“ (Abrahámová, s. 133, 2009)

Sociální opora

„O sociální opoře nejčastěji mluvíme tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní nejbližší.“ (Křivohlavý, s. 95, 2001)

Na sociální oporu můžeme nahlížet z několika rovin. V nejširším slova smyslu jde o sociální oporu celospolečenskou. Jde o formu pomoci potřebným například při přírodních katastrofách, haváriích apod. Středním pojetím sociální opory se označuje většinou sociální skupina, která se snaží napomoci jednomu členovi této skupiny. Nejužším pojetím sociální opory je myšlena pomoc od nejbližšího člověka. Tato podpora probíhá mezi dvěma jedinci, kdy se jeden ze dvojice nachází v těžkém životním období a ten druhý mu je oporou a pomáhá mu. Poslední typ neboli tzv. mikroúroveň sociální opory se nejvíce uplatňuje u žen s diagnózou rakovina prsu. Nejde jenom o samotnou oporu, ale pomoc, motivování, promlouvání a přítomnost druhé osoby při zvládání těžké nemoci. (Křivohlavý, 2001)

Sociální opora je tvořena tzv. sociální sítí dané osoby. Tato síť je tvořena z lidí, kteří se nacházejí kolem nemocné osoby, a jedinec od nich může očekávat určitou pomoc v tíži. (Křivohlavý, 2001)

„Psychosociální pomoc nemocným rakovinou by měla bezpodmínečně zahrnovat doprovázející sociální oporu prostřednictvím důležité vztahové osoby. Bez této- přirozeně a paralelně se odehrávající- pomoci a podpory nemůže být pravděpodobně profesionální pomoc příliš úspěšná“ (Tschuschke, 107, 2004)

Nádorové onemocnění však může působit negativně na jedincovy sociální vztahy. Můžou nastat pocity osamění z důvodu kdy osoby, se kterými jedinec udržuje vztah, nejsou schopny tolerovat bolestné pocity. Druhým případem je například to, když pacient vnímá své odlišnosti natolik, že se mu pak jeho okolí vyhýbá. (Benioff a Vinograd, 1993, in Tschuschke, 2004)

Křivohlavý, 2001 rozlišuje čtyři druhy sociální opory.

1. Instrumentální opora - zde jde o velmi konkrétní formu pomoci, kam spadá například zařízení záležitostí místo nemocného, finanční a materiální podpora.
2. Informační opora – do této pomoci spadá podání informace nemocnému tak, aby mu mohla být nápomocna v jeho situaci. Jedná se o informaci, díky které se člověk ve své situaci lépe orientuje. Při informační opoře se nejedná pouze o podání informace, ale spadá sem i umění naslouchat a být člověku tzv. „vrbou“.

3. Emocionální opora – do emocionální opory zařazujeme veškeré empatické a emocionální cítění ze strany okolí. Patří sem podání ruky, neverbální komunikace, pozitivní motivace pacienta nebo uklidňování před závažným rozhodnutím.
4. Hodnotící opora – při této opoře by mělo být posilováno jedincovo sebehodnocení a sebevědomí. Mělo by být jasné, že nemocný i když je upoután na lůžko, stále může věci kolem sebe korigovat. Spadá sem i respekt vůči pacientovi jak ze strany blízkého okolí, tak i zdravotnického personálu. (Křivohlavý, 2001)

Skupiny vzájemné pomoci

Člověk se díky onemocnění dostává do těžké životní situace. Poslední věcí, co by v této situaci člověk nechtěl, je být sám. Někteří pacienti mají kolem sebe rodinu, okolí, které je podporuje. Někteří na druhou stranu nemají nikoho, kdo by jim byl oporou v těžkých chvílích. Pro tyto jedince pak působí zdravotnický personál nejen jako odborná pomoc, ale i jako někdo, kdo jim dokáže naslouchat a ulevit ze stránky psychické.

Pro případy, aby se člověk necítil sám a věděl, že není jediný, kdo má závažné onemocnění, existují svépomocné skupiny. Všechno, co se v těchto skupinách odehrává je skupinová terapie založená na sdílení poznatků, zkušeností lidí, co mají podobný nebo stejný problém.

Existují tzv. **Explorativní skupiny**, které se zaměřují hlavně na emocionální zkušenosti pacienta, podporují katarzi, diskuzi o existenciálních aspektech. Může se stát, že skupina se ze začátku těmto tématům vyhýbá, proto jsou zde přítomni i terapeuti, kteří zasahují svými poznámkami a směřují skupinu určeným směrem. Druhým typem těchto skupin jsou **podpůrné skupiny**. Tyto skupiny svá témata zaměřují na zvládnání nemoci, následky onemocnění, posilují a podporují pacientovi obrany. V této skupině směr a tempo korigují pacienti. (Tschuschke, 2004)

Dostálová, 1993 definuje tyto skupiny jako homogenní., které se dělí buď na ty, kde scházejí lidé s jedním typem nádoru anebo s různými typy nádorů. Funkce a cíle skupin jsou stejné jako v podpůrných skupinách.

První skupiny pro pacienty s rakovinou prsu byly založeny v Německu. Začaly je zakládat sami pacienti. Svépomocné skupiny navštěvovaly v největší míře ženy po operaci rakoviny prsu. (Hussainová, 1993)

Tyto skupiny většinou patří pod organizace, jež sdružují tyto pacientky. V České republice jich máme několik. Cílovou skupinou pro tyto organizace nejsou jenom pacientky s diagnózou rakovina prsu, ale i jejich blízké okolí. Tyto organizace mohou působit a vytvářet tlak na úřady, pojišťovny a mohou hájit práva pacientek.

4.3. Lékař a pacient

„Jak to, že lékaři nepoznají, že právě okamžik, kdy již nemají co nabídnout, je okamžikem, kdy je potřebujeme nejvíce?“ (Yalom in Tschuske, s. 9, 2004)

Lékař je pro pacienta první osobou od které slyší poprvé svou diagnózu. V tuto chvíli se mezi pacientem a lékařem vytváří vztah. Vztah mezi těmito dvěma osobami je určován hlavně vzájemnými očekáváními z obou stran. Lékař od pacienta očekává, že bude pacient vděčný a podřízený. Očekává spolupráci ze strany pacienta a snahu s nemocí bojovat. Pacient od lékaře očekává větší míru empatie, zájem o svou osobu nejenom o jeho nemoc a očekává, že mu lékař okamžitě pomůže a odstraní tak symptomy nemoci. (Vymětal, 1994)

Na vztahu se promítá také hodnocení osob. Lékař většinou bývá hodnocen jako odborník, specialista a mnoho pacientů si ke svému lékaři vytvoří osobní vztah. Proto od něho pacienti v tomto případě očekávají pochopení, osobní zájem a velkou aktivitu. (Vymětal, 2004) *„Vztah mezi lékařem a pacientem je asymetrický. Donedávna se u nás uplatňoval paternalistický model, který je orientovaný na lékaře a na nemoc“* (Vymětal, s. 125, 2003). Dnes už neuznávaný model paternalistický popisoval roli lékaře jako nadřazenou nad pacientem. Lékař se choval direktivně vůči pacientovi. Rozhovor byl krátký, kdy lékař krátce informoval o nemoci a postupu léčby a dále jen poradil a nakázal co dál.

Nový model náhledu na vztah lékaře a pacienta se opírá o psychologické poznatky. Tento nový model je nazýván jako partnerský, kdy je lékař v projevu k pacientovi nedirektivní a nevnímá pacienta pouze jako objekt péče ale zajímá se o jeho rodinu, okolí, domlouvá se na spolupráci, nabízí možnosti apod.

Psychologická a psychoterapeutická pomoc ženám s rakovinou prsu

Rakovina prsu není jenom nemoc a diagnóza, která se vyléčí pouze lékařskými a medicínskými postupy. Tato nemoc s sebou nese i psychosociální aspekty, které jsou pro ženy velmi značné a závažné. Tato nemoc zasáhne život mnoha žen na velmi dlouhou dobu a mnohdy nikdy nezmizí.

Jakákoliv psychologická nebo psychoterapeutická pomoc ženám není ale náhradou léčebným postupů, ale pouze jejím doplněním. Velmi příznivý vliv na psychickou stránku pacientky má to, jak svou nemoc vnímá a na motivaci, se kterou k nemoci přistupuje. (Tschusche, 2004)

Angenendt poukazuje na to, že 25-45% osob s nádorovým onemocněním potřebuje k tomu, aby se mohlo vyrovnat se svou nemocí, se zátěží, kterou s sebou nemoc nese, a kterou s sebou nese i léčba, profesionální pomoc pomáhajícího pracovníka. (Angenendt, 2010)

Pomáhající profese je mladý pojem ale má neuvěřitelný rozmach. To, co pomáhající profese spojuje je že: *„jde o obecně o profese, jež jsou orientovány na potřeby člověka a jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování podpory a pomoci.“* (Michalík, s. 14, 2011)

Tyto profese mají své specifické činnosti. Patří sem například: diagnostika, terapie, řešení problémů, záznam problémů, poradenství atd. Díky tomu pojem pomáhající profese zahrnuje obrovské spektrum pracovníků z různých odvětví a sektorů. (Michalík, 2011)

Lidé s nádorovým onemocněním velmi často využívají služeb psychoonkologa. Psychoonkologie je velmi mladý obor, který se skládá z průniku

několika disciplín jako je psychologie, onkologie, psychoterapie, sociologie, fyziologie, endokrinologie atd. (Vymětalík in Tschuschke, 2004)

Kouhoutek 2005 definuje psychoonkologii jako interdisciplinární obor, který se zabývá psychologickými a sociálními aspekty prevence, zvládnání a vzniku nádorového onemocnění a dále studuje tzv. karcinogenní osobnosti, sociální a rodinné okolí pacienta.

Cílem psychoterapeutických léčebných opatření z hlediska onkologa je:

- Redukovat strach z léčby
- Snížit míru zoufalství a deprese
- Pomoc při objasňování a nedorozumění a chybných informací
- Zmírnit pocity izolace pacienta a zmírnit pocit opuštěnosti
- Zlepšit spolupráci mezi lékařským týmem a pacientem
- Zmírnit pocity osamělosti prostřednictvím rozhovoru s lidmi, kteří si procházejí, nebo si prošli tím samým obdobím. (Tschuske, 2004)

Druh této intervence obsahuje řadu různých metod a postupů.

Fawzy in Tschuske, 2004 popisuje například vzdělávací a na informacích založené metody. Dále zmiňuje behaviorální metody, metody skupinové terapie a naopak metody individuální terapie. Mezi metody, založené na informacích můžeme řadit různé vzdělávací semináře, sezení nebo přednášky. Mezi metody behaviorálního typu řadíme např. biofeedback nebo hypnózu. Mezi skupinové metody můžeme zařadit podpůrné skupiny nebo skupiny vzájemné pomoci. Individuální metoda intervence spočívá v setkávání terapeuta s pacientkou a díky těmto sezením dochází k postupnému plnění stanovených cílů jako je například dobrá motivace, či zvládnání nemoci.

Angenend, 2010 vidí jako největší přínos psychologicko-psychoterapeutické intervence u žen s karcinomem prsu přispívat k emočnímu přizpůsobení, ke zvýšení sociálního fungování a v odstraňování stresu, který je způsoben onemocněním a následnou léčbou. Zároveň za neúspěšnější formu psychologicko-psychoterapeutické intervence považuje skupinovou terapii.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumné šetření v praktické části se zabývá získáním informací o kvalitě života patientek s karcinomem prsu. Jde o velmi intimní téma, kdy se snažím zhodnotit životní situaci a zkušenosti, které mají ženy s diagnózou rakovina prsu.

Tímto výzkumem bych chtěla přinést poznatky o životě s tímto onemocněním, zaměřit se na to jak nemoc ženy ovlivňuje. Jak moc jim brání prožívat svůj život naplno.

Hlavním cílem mého výzkumu v bakalářské práci je zjistit pomocí metody dotazníku, jak se nemocné ženy vyrovnávají se zátěžovou situací, jaké využívají copingové strategie a jakou podporu potřebují od pracovníků pomáhajících profesí.

1. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

1.1. 1. Dílčí cíl

Prvním dílčím cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jak se nemocné ženy vyrovnávají se zátěžovou situací, jakou je rakovina prsu a jaké používají copingové strategie v boji s touto nemocí.

Na základě studia odborné literatury jsem zjistila četnost copingových strategií (viz kapitola č. 3.1) a mým cílem je ověřit, zda tyto ženy copingové strategie využívají a pokud ano, tak jaké.

Tento cíl bude ověřen v dotazníkovém šetření otázkou č. 13 a 15.

1.2. 2. Dílčí cíl

Druhým dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, kdo je těmto ženám největší oporou v této těžké životní situaci.

V jedné z posledních kapitol teoretické části se zabývám sociální oporou obecně a sociální oporou pro pacientky s nádorovým onemocněním.

Zajímalo mě, zda ženy jako největší oporu v této životní situaci berou rodinu, nebo z tohoto tématu rodinu vynechávají a jejich největší oporou jsou přátelé.

Rodina je primární skupinou, na kterou se jedinec v těžkých chvílích upíná. Pozitivní působení rodiny může způsobit zlepšení pacientovy psychiky, ale má pozitivní vliv na průběh léčby, pacientovu motivaci apod. (Vymětal, 1993)

U žen s nádorovým onemocněním se uplatňuje hlavně sociální opora v nejužším slova smyslu. Tato mikroúroveň je založena na vztahu jedinec-jedinec, kdy ve většině případů je to pacientka a partner. (Křivohlavý, 2001) Co se ale stane, pokud pacientka partnera nemá?

Na druhou stranu pokud je žena matkou může se stát, že tyto problémy s nemocí nechce do rodiny vnášet, nechce tím rodinu zatěžovat. V tomto případě pak využije opory od přátel a blízkých.

Tento cíl bude ověřen v dotazníku otázkou č. 14.

Výzkumná otázka č. 2 : Bude těmto ženám největší v těžké chvíli oporou rodina nebo přátelé?

1.3. 3. Dílčí cíl

Třetím a zároveň posledním dílčím cílem bych chtěla zjistit, zda tyto ženy využívají služeb od pracovníků pomáhajících profesí.

Nemoc jakou je rakovina prsu s sebou nese i psychosociální aspekty, které jsou pro ženy velmi značné a závažné.

Na základě studia odborné literatury k poslední kapitole v teoretické části (Podpora žen) že tyto ženy služby od pomáhajících profesí potřebují a využívají jich. Nejedná se pouze o pomoc lékařskou, ale spadá sem například psychoterapeutická nebo psychologická pomoc. Pro tyto ženy a obecně všechny onkologické pacienty vznikla poměrně nová disciplína psychoonkologie (viz kapitola č. 4.3) která se pomocí těmto ženám věnuje.

Angenendt 2010 poukazuje na to, že 25-45% osob s nádorovým onemocněním potřebuje k tomu, aby se mohlo vyrovnat se svou nemocí, se zátěží, kterou s sebou nemoc nese a kterou s sebou nese i léčba, profesionální pomoc pomáhajícího pracovníka.

Tento cíl bude v dotazníku ověřen otázkami č. 17, 18.

Výzkumná otázka č. 3 : Využívají pacientky služby pomáhajících profesí, a pokud ano, tak jaké?

1.4. 4. Dílčí cíl

Posledním dílčím cílem mého výzkumu bude, ověřit, zda pacientky něco postrádají v informovanosti a péči od pracovníků pomáhajících profesí.

Jestli je tato pomoc ženám nabídnuta, nebo si jí musí vyhledat samy a pokud je, jak moc jsou se službami spokojené.

Tento cíl bude v dotazníku ověřen otázkami č. 12, 18, 19.

2. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

K výzkumnému šetření mé bakalářské práce jsem využila kvantitativní výzkum, který jsem realizovala pomocí dotazníku.

Kvantitativní výzkum

Kvantitativní šetření znamená to, že je uzpůsobeno tak aby získalo numerická data jeho výsledek je zaměřen na četnost a kvantum. Šetření se může zabývat malým rozsahem, může být průřezové, založené na sledování jednotlivých osob jako jednotku analýzy nebo například šetření provedené pomocí dotazníků vyplněné respondenty. Poslední uvedený způsob jsem si vybrala pro svůj výzkum. Šetření, které se zabývá malým rozsahem je charakteristické například pro projekt studenta nebo pro výzkum, který je limitován zdroji, velikostí a rozsahem šetření. Výzkum, který je postavený na dotaznících, které vyplňují cíloví respondenti, představují zjednodušení toho, jak je možná různá data sbírat. (Punch, 2008)

Kvantitativní výzkum zahrnuje mnoho metod, kterými se dají zjistit různá data. Dotazník je nejvyužívanější formou šetření. Strategie pro vytvoření kvalitního kvantitativního výzkumu je určit si cíl a výzkumné otázky. Tudíž se musíme rozhodnout, jaký účel a cíl bude mít náš výzkum. Kolik proměnných a v jakém počtu je budeme měřit. Jakým způsobem, budeme data získávat. Jakou cílovou skupinu ke sběru dat zvolíme a jak posbíraná data vyhodnotíme. Všechny tyto

rozhodnutí jsou klíčovými prvky k vytvoření správného kvantitativního výzkumu (Punch, 2008)

Disman, 2011 dále tento způsob šetření doplňuje o tzv.: předvýzkum. Tento předvýzkum můžeme chápat jako test nástrojů, které hodláme v hlavním výzkumu použít a je nezbytné ho před výzkumným šetřením použít. Cílem tohoto počátečního šetření by měla být například kontrola srozumitelnosti otázek. (Disman, 2011)

Dotazník

Kvantitativní výzkum jsem realizovala pomocí dotazníku. Tato metoda spadá mezi metody kvantitativního výzkumu a charakterizuje se, jak už z názvu vyplývá „dotazováním“.

„Dotazník je především určen pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících. Proto se dotazník považuje za velmi ekonomický výzkumný nástroj a v možnosti získávat velké množství při malé investici času má zřejmě přednost před jinými výzkumnými metodami.“ (Gavora, s. 53, 1996)

Dotazník se skládá z otázek, které vyplňuje osoba, která je nazývána jako respondent. Dotazník by měl být promyšleně strukturovaný. Problém, na který se potřebujeme zaměřit, by měl být rozdělen do různých okruhů (podokruhů), které by měly být naplněny pomocí otázek v dotazníku. (Gavora, 1996)

Správný dotazník by měl obsahovat tři části. První část by měla mít hlavičku, kde se seznamují respondenti s problematikou, kterou se šetření zabývá. Dále tato část obsahuje vysvětlení cílu, proč je tento dotazník vytvořen a po případě jsou zde vysvětleny pokyny, jak dotazník vyplnit. Tato část je nazývána jako „vstupní“. Druhá část už obsahuje vlastní otázky autora. Z počátku otázky bývají lehčí z důvodu toho, aby se respondent hned ze začátku neodradil. Uprostřed dotazníku pak bývají otázky těžší, méně zajímavé a ke konci jsou pak většinou umístěny otázky, které mají důvěrnější charakter. (Gavora, 1996)

V dotazníku můžeme použít tři typy otázek, které se od sebe liší svou otevřeností.

1. Uzavřené otázky – jsou ty, na které respondent odpovídá stručně, a odpovědi jsou mu nabídnuty. Většinou má tyto odpovědi podtrhnout či zakroužkovat.
2. Otevřené otázky – dávají respondentovi volnou ruku při odpovídání na danou otázku. Není mu odpověď nabídnuta a tak odpovídá na tuto otázku zcela sám neomezeně.
3. Polouzavřené otázky – nabízejí nejdříve odpověď určenou autorem dotazníku a poté ještě žádají po respondentovi vysvětlení, proč danou odpověď zvolil.
4. Škálové otázky – poskytují odstupňované hodnocení jevu.

Cílová skupina

Cílovou skupinou průzkumného šetření jsou ženy, pacientky s diagnózou rakovina prsu.

Respondentky jsem získala díky neziskovým organizacím, které jsem kontaktovala za účelem vyplnění dotazníku. Kontaktovala jsem dvě nejnámější organizace a to Bellis young and cancer a Mamma Help. Obě dvě tyto organizace sdružují pacientky a ženy s rakovinou prsu. (Charakteristika organizací příloha č.)

Do každé z organizací jsem odeslala 50 dotazníků. Tudiž 100 dotazníků. Abych neměla respondentky pouze z těchto neziskových organizací, rozdala jsem dotazníky i ženám, které znám z okolí a které si prošly nebo prochází touto nemocí. Těchto žen bylo 10. Návratnost dotazníků byla mizivá. Z celkového počtu rozeslaných dotazníků (110) se mi jich vrátilo 32. Z počtu (100), které jsem rozeslala do organizací, se mi jich vrátilo 26. Od žen, kterým jsem dávala dotazník z ruky do ruky se mi jich z rozdaného počtu (10) vrátilo 6 (Respondentka č. 11,12,13,14,15,16). I když návratnost dotazníků byla mizivá, přesto chápu, že většina žen odmítla odpovídat na otázky v šetření. Téma rakovina prsu je pro ženy velmi citlivým tématem a ne každý je schopný se o něm bavit.

První otázky v dotazníku byly obecné. Ptala jsem se žen na základní informace týkající se jejich osoby. Protože jsem vzhledem k počtu dotazníků

nedělala procentuální vyjádření, prvních 6 otázek shrnu v této kapitole, protože se týkají cílové skupiny a informací o ní.

První otázka dotazníku: 1. Jaký je Váš věk?. Respondentky, od kterých jsem měla možnost získat dotazník vyplněný zaškrtnutými jako nejčtenější odpověď za c) 36-60 let. Druhou nejpočetnější věkovou skupinou byla skupina za b) 19-35. A měla jsem zde i dvě respondentky, které se zařadily do skupiny za c) 60 a více let. Můžu zde říci, že jsem měla velmi různorodou skupinu žen, které odpovídaly na otázky.

Otázka č. 2 byla: Jste matka? Na tuto otázku odpověděla většina (25) že matkou je. 7 žen pak odpověděly, že matkou nejsou. Všechny tyto ženy, které odpověděly, že matkou nejsou, byly ženy ve věku 19-35 let, tudíž ženy mladé.

Třetí otázka se žen dotazovala, zda jsou v partnerském vztahu. Většina žen (28) odpovědělo, že v partnerském vztahu jsou. Pouze 4 z celkového počtu (32) zvolily odpověď za b) Ne.

Otázkou číslo 4 jsem se ptala na dosažené vzdělání. V této otázce byly zaškrtnuty pouze dvě varianty odpovědí. 20 žen zvolilo odpověď e) Vysokoškolské a 12 žen odpověď za d) Střední s maturitou.

Poslední obecná otázka se zaměřovala na to, jestli je respondentka v současné době studentem, pracujícím člověkem, nebo nezaměstnaná. 20 žen z celkového počtu (32) zaškrtnulo odpověď za b) Zaměstnaná. Studentek jsem měla mezi respondentkami pět. 4 ženy byly jsou nezaměstnané a 4 ženy zvolily odpověď za d) Jiné, kde uváděly tyto odpovědi: „asistentka jednatele“ (Respondentka č. 1), „rodičovská dovolená“ (Respondentka č. 5), „nemocenská“ (Respondentka č. 3, 29)

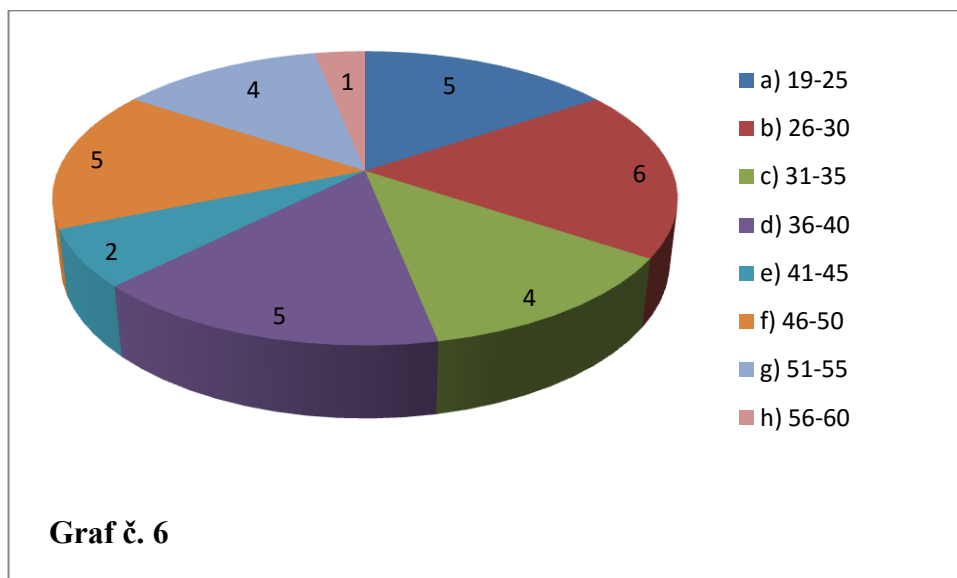
3. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

V této části bakalářské práce jsou shrnuty výsledky dotazníkového šetření. Po shromáždění všech 32 vyplněných dotazníků, jsem provedla jejich zkompletování a zpracování a celkové vyhodnocení. Výsledky tohoto vyhodnocení jsou obsaženy v následující části.

Otázky č. 1-5 jsem shrnula v kapitole cílová skupina, tudíž vyhodnocení výsledků začíná od otázky č. 6.

Otázka č. 6, tabulka č. 6, graf č. 6: V jakém věku Vám byla diagnostikována rakovina prsu?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) 19-25	5
b) 26-30	6
c) 31-35	4
d) 36-40	5
e) 41-45	2
f) 46-50	5
g) 51-55	4
h) 56-60	1



V Otázce č. 6 jsem se žen dotazovala, v kolika letech jim byla diagnóza určena. V celkovém počtu (32) se věk velmi lišil. Mohu říci, že jsem měla velmi různorodou skupinu respondentek, co se týče věku.

Nejpočetnější skupinou byly ženy (6), kterým nemoc byla diagnostikována ve věku mezi 26-30 lety. V poslední době rakovina prsu postihuje velmi mladé ženy a tento fakt se mi potvrdil bohužel i ve výzkumu. Další početnou skupinou byly ještě

mladší ženy, kterým bylo při sdělení diagnózy pouze mezi 19-25 lety. Těchto mladých žen v mém výzkumu bylo 5.

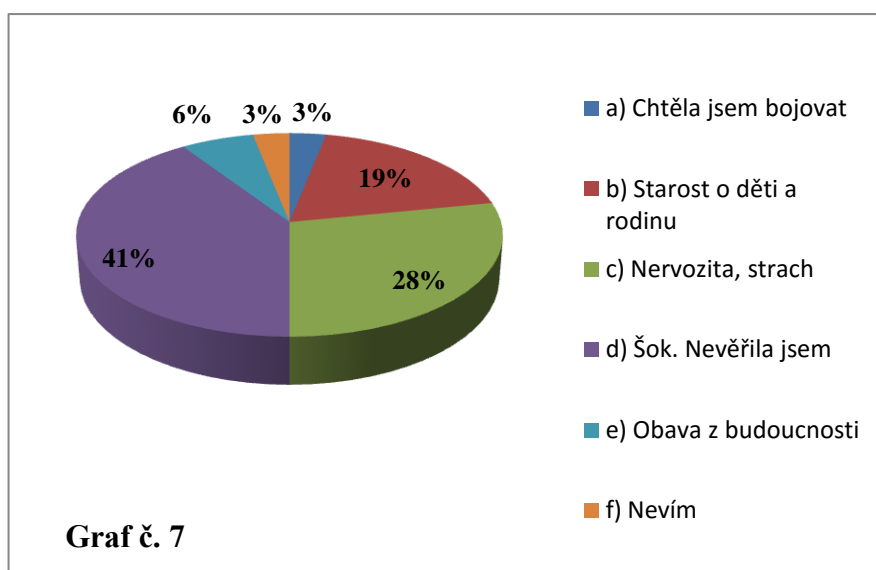
Stejný počet žen (5) bylo mezi 46-50 lety a 36-40 lety.

4 repondentky odpověděly, že při sdělení diagnózy jim bylo mezi 31-35 a stejný počet žen vypsalo svůj věk, který spadal do skupiny mezi 51-55 let.

Ve výzkumu jsem měla i dvě respondentky, kterým byla diagnostikována nemoc mezi 41. až 45. rokem věku. Nejstarší ženou v mém výzkumu byla respondentka č. 29. Které při sdělení diagnózy bylo 59 let, teda spadala jako jediná do skupiny mezi 56-60. rokem věku.

Otázka č. 7, tabulka č. 7, graf č. 7 : Jaká byla Vaše první myšlenky při sdělení diagnózy?

Odpovědi:	četnost odpovědí
a) Chtěla jsem bojovat	1
b) Starost o děti a rodinu	6
c) Nervozita, strach	9
d) Šok. Nevěřila jsem	13
e) Obava z budoucnosti	2
f) Nevím	1



Otázka č. 7 byla otevřená, tudíž jsem se snažila seskupit odpovědi do větších celků. Každá uvedená odpověď obsahuje několik individuálních odpovědí podobného rázu.

U otázky č. 7 z 100% (32) respondentek na otázku: Jaká byla Vaše první myšlenka při sdělení diagnózy? Zvolilo mnoho žen v 41% (13) odpověď typu: Šok. Nevěřila jsem tomu. U této odpovědi jsem se setkala například s reakcí: „*Nechtěla jsem tomu věřit a první dny jsem tomu opravdu nevěřila a dělala, jako by se nic nedělo*“ (Respondentka č. 10). Tato reakce přesně odpovídá fázi šoku v krizové situaci, kterou popsala Kubler-Rossová, kdy první co pacient po zjištění diagnózy zažívá šok. (viz. Kapitola č. 3.4)

Další obsáhlou oblastí odpovědí byly nervozita a strach z nemoci. Tyto odpovědi se objevily v 28% (9). První myšlenky u některých žen také vyvolaly starost o rodinu a děti. Tuto odpověď zvolilo 19% (6) žen. Objevila se například odpověď typu: „*Kolik mám ještě času a co všechno musím naučit dceru?*“ (Respondentka č. 4). 6% (2) respondentek napsalo, že se bojí budoucnosti a co bude dál. Respondentka č. „*Jedna z prvních myšlenek bylo, že to určitě nevzdám a budu bojovat, za to abych byla opět zdravá*“ (Respondentka č. 2).

Otázka č. 8, tabulka č. 8, graf č. 8 : Jaké a z čeho byly největší obavy v době zjištění diagnózy?

Odpovědi:	Četnost odpovědí
a) Obava z budoucnosti	29
b) Obava ze smrti	31
c) Obava z léčby	20
d) Obava z chování okolí	13
e) Obava z poškození vzhledu	23
f) Obava z bolesti	12
g) Další myšlenkové pochody	1

U otázky č. 8 mohly respondentky zaškrtnout více odpovědí. Všechny dotazované zaškrtnuli více než 2 odpovědi. Pro zhodnocení jsem nepoužila graf

s procentuálními výsledky, ale vytvořila jsem pouze tabulku s četností u každé odpovědi.

Největší obavou, podle zaškrtnutí žen, byla obava ze smrti. Jelikož je téma rakovina nejčastěji spojována s tématem smrt a úmrtí, tato obava byla z celkového počtu (32) žen, zaškrtnuta většinou, tedy 31. Druhou nejpočetnější obavou byla obava z budoucnosti, kterou z celkového počtu (32) zaškrtnulo 29 respondentek.

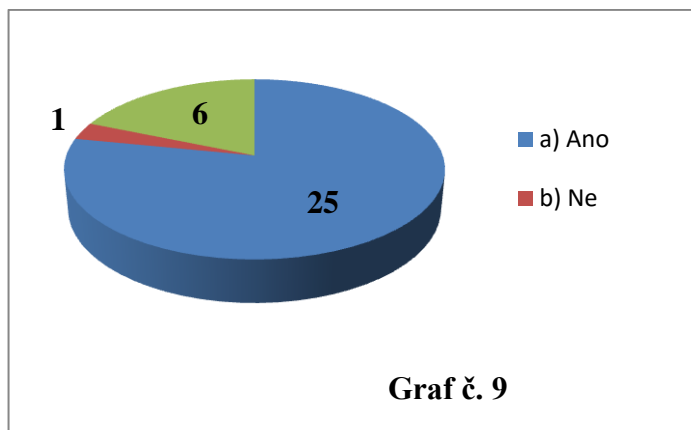
S tímto onemocněním souvisí i jeho léčba, která nejčastěji obsahuje chemoterapii. S touto léčbou je spojeno hned několik nepříjemností a mezi ně patří například změna vzhledu, vypadávání vlasů, lámavost nehtů apod. Obavě z poškození vzhledu se věnovala třetí nejpočetněji zaškrtnutá odpověď. Tuto odpověď zaškrtnulo 23 žen. Myslím si, že většina žen o své tělo pečuje a rádo ho prezentuje. Najednou jsou postaveny před něco, co by jim jejich vzhled mohlo poškodit. Myslím si, že u žen se tato obava dala ve velkém měřítku čekat.

Jak už jsem zmiňovala, léčba rakoviny s sebou nese mnohá rizika, vedlejší účinky a nepříjemnosti. Další často vybranou odpovědí byla odpověď za c) Obava z léčby. Tuto odpověď z celkového počtu (32) zvolilo 20 žen.

Další odpověď, kterou byla obava z chování okolí, zvolilo 13 žen. Jedna z posledních odpovědí, kterou mohly ženy zvolit byla obava z bolesti, kterou zvolilo z celkového počtu (32) 12 žen. Poslední možnou odpovědí byla odpověď volná, která byla nazvaná: Další myšlenkové pochody. Tuto odpověď vyplnila pouze jedna žena, respondentka č. 8 a nazvala jí jako „bezmoc“.

Otázka č. 9, tabulka č. 9, graf č. 9 : Pociťovala jste v sobě, že docházelo ke změnám Vašeho sebevědomí?

Odpovědi:	Četnost odpovědí
a) Ano	25
b) Ne	1
c) Nedokážu popsat	6

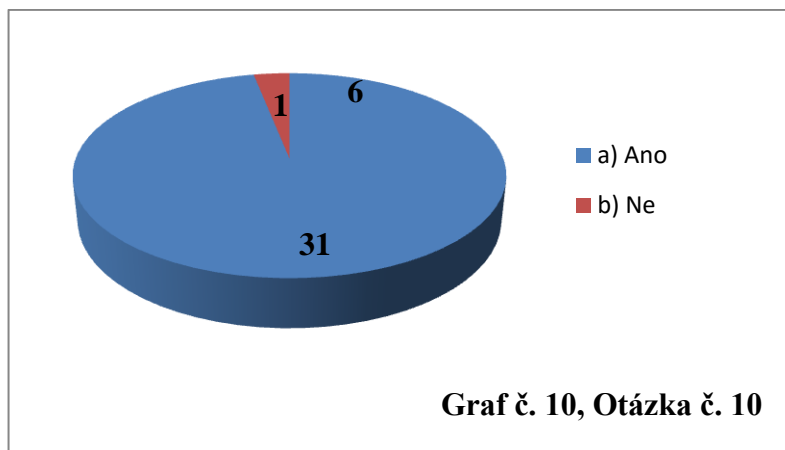


Otázka č. 9 byla uzavřená. Respondentky mohly zvolit pouze jednu odpověď. Otázka týkající se změny sebevědomí je nedílnou součástí tématu rakovina prsu u žen. Operace prsu, která je jedním ze způsobů léčby nese poškození těla ženy. Tuto operaci musí podstoupit s touto nemocí většina žen (viz. Otázka č. 10). Ztrátu sebevědomí, nebo jeho poškození může také způsobit poškození vzhledu, které může zavinit léčba, stres, únava (viz. Otázka č. 8, kdy odpověď obavu z poškození vzhledu zaškrtno z celkového počtu (32) 23 respondentek).

Z celkového počtu žen, jich 25 zvolilo odpověď za a) Ano. Tedy, že pociťovaly, že docházelo ke změnám jejich sebevědomí. Naproti tomu, odpověď b) Ne, zvolila jedna z 32 respondentek. Třetí možnou odpovědí byla odpověď za c) Nedokážu popsat, kterou zvolilo 6 dotazovaných.

Otázka č. 10, tabulka č. 10 graf č. 10 : Podstoupila jste operaci prsu? Jak těžký dopad to byl z hlediska Vašeho sebevědomí? Jak jste vnímala své tělo po zásahu?

Odpovědi:	Četnost odpovědí
a) Ano	31
b) Ne	1

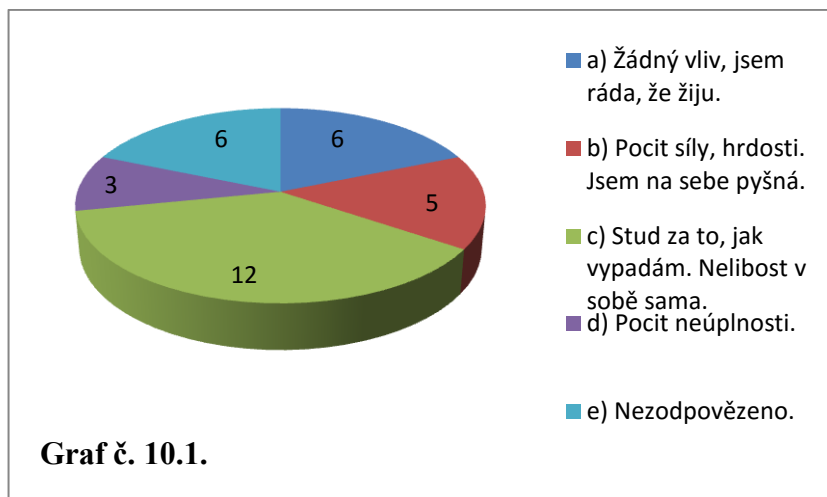


Otázka č. 10 se zabývá tím, zdali žena podstoupila operaci prsu a pokud ano, tak jak těžký to byl dopad na její sebevědomí. Protože je tato otázka polouzavřená v první části jsem zpracovala četnost žen, které podstoupily operaci a v druhé části jsou zpracované odpovědi o dopadu operace na jejich sebevědomí.

Z celkového počtu (32) dotazovaných operaci prsu podstoupilo 31. Pouze jedna žena uvedla, že operaci prsu nepodstoupila. Skupina respondentek, která mi odpovídala na otázky v dotazníku, ve většině podstoupila operaci prsu, a tudíž se nachází v pokročilém stádiu léčby. Jediná žena, která odpověděla, že operaci prsu nepodstoupila, byla respondentka č. 12.

Otázka č. 10, tabulka č. 10.1 graf č. 10.1 : Jak těžký dopad to byl z hlediska Vašeho sebevědomí? Jak jste vnímala své tělo po zásahu?

Odpovědi:	Četnost odpovědí
a) Žádný vliv, jsem ráda, že žiju.	6
b) Pocit síly, hrdosti. Jsem na sebe pyšná.	5
c) Stud za to, jak vypadám. Nelibost v sobě sama.	12
d) Pocit neúplnosti.	3
e) Nezodpovězeno.	6



Druhý graf a tabulku jsem vytvořila k otázce č. 10 proto, že byla polootevřená. Tudiž v této druhé části otázky je zhodnocena ta, která byla pro ženy otevřená, a byly zde individuální odpovědi. Tyto odpovědi jsem shrnula do pěti větších celků a vyhodnotila je. Každý celek tedy obsahuje množství odpovědí respondentek, které mají stejnou myšlenku, základ apod.

Nejvíce žen na otázku: „Jak těžký dopad to byl z hlediska Vašeho sebevědomí? Jak jste vnímala své tělo po zásahu?“ odpovědělo, že se za své tělo stydí a nelíbí se samy sobě. Tímto způsobem odpovědělo 12 z celkového počtu (32) žen. Například respondentka č. 21: „*Nelíbila jsem se sama sobě. Doted' se sama sobě nelíbím. Chybí mi pŕulka prsa. To není nic hezkého*“.

Dalším způsobem, co ženy volily, jako odpověď, byla, že operace neměla žádný vliv na jejich sebevědomí a že jsou rády, že žijí. Tuto odpověď zvolilo 6 žen. Například tuto odpověď napsala respondentka č. 1: „*Své tělo vnímám pořád stejně a po zásahu cítím minimální vztek na vzhled mého prsu. Jsem ráda, že jsem živá*“. Stejný počet žen se rozhodl na tuto otázku neodpovědět. Mezi nimi je započítána i respondentka č. 12, která nepodstoupila operaci prsu, tudíž se na ní navazující otázka nevztahovala.

Dalších 5 žen odpovědělo na tuto otázku tak, že se po operaci cítí silné, hrdé a pyšné samy na sebe.

Poslední odpovědí, kterou volily 3 ženy, byla odpověď, že se po operaci cítí neúplně.

Otázka č. 11, tabulka č. 11 : V Jakých oblastech, dle Vašeho názoru, Vás diagnóza omezila či omezuje?

Odpovědi:	Četnost odpovědí
a) Fyzická zdatnost- cestování, sport, koníčky	18
b) Studium a zaměstnání	19
c) Péče o rodinu a děti	5
d) Partnerský vztah, sexuální život	4
e) Špatná psychika	3
f) Nevyplněno	2

Otázka č. 11 je opět otevřená a respondentky zde vyjmenovávaly více odpovědí. Tudiž jsem nezpracovala graf četnosti, ale pouze tabulku, kde ke každé odpovědi je uvedena četnost odpovědí z celkového počtu (32).

Největší počet (19) žen u této otázky uvedl, že je diagnóza omezila hlavně ve studiu a v zaměstnání. Mnoho žen uvádí, že musely práci změnit nebo jí úplně opustit. Mnoho žen v odpovědích uvádí, že toto omezení bylo způsobeno hlavně nadměrnou fyzickou zátěží, kterou po operaci a dále pak při léčbě pacientka musí vynechat. Většina žen při léčbě i po léčbě bývá často unavenější, než u nich bývalo zvykem. Častěji spí, častěji musí odpočívat. Respondentka č. 26 například odpověděla: „*Musela jsem prodlužovat studium kvůli léčbě a operaci. Pracovala jsem brigádně ve fabrice a musela jsem toho nechat. Moc toho nesmím dělat hlavně ohledně fyzické náročnosti*“.

Druhou nejvíce volenou odpovědí u pacientek bylo omezení v oblasti sportu, koníčků a cestování. Tuto oblast volily ženy opět z důvodu fyzické náročnosti těchto činností. Tuto odpověď zvolilo 18 žen z celkového počtu (32). Například respondentka č. 20: „*Hodně jsem sportovala a to teď nemůžu, jen zlehka. Hrála jsem dřív tenis a toho jsem se musela bohužel vzdát vzhledem k rameni, které po operaci neskutečně bolelo*“.

Další častou odpovědí žen byla omezení v péči o děti, rodinu a domácnost. Toto omezení zdůraznilo 5 žen. Skoro stejný počet žen zvolil omezení v partnerském vztahu a v sexuálním životě. Tuto odpověď napsaly 4 ženy.

3 ženy odpověděly ve smyslu omezení psychiky. Zmínily, že jim diagnóza omezovala či omezuje psychiku a pozitivní myšlení a dvě ženy odmítly jakkoliv odpovědět na otázku.

Jedna z respondentek odpověděla velmi originálně a nešlo její odpověď zařadit do jedné z oblastí. Proto jí uvádím na konec. Respondentka č. 4 odpověděla na tuto otázku: „*Já se nenechám omezovat*“.

Otázka č. 12, tabulka č. 12 : Byla Vám nabídnuta pomoc od někoho z těchto profesí? Ohodnoťte číslem kvalitu této pomoci. (1-výborná, 5- nedostatečná)

Odpovědi a hodnocení	1	2	3	4	5
a) Lékař	18	3	5	4	x
b) Psycholog	26	x	x	1	x
c) Psychoterapeut	11	x	x	1	x
d) Sociální pracovník	5	1	x	x	x
e) Ergoterapeut	5	x	1	x	x
f) Dramaterapeut	1	1	x	x	x
g) Arteterapeut	13	x	x	x	x
h) Duchovní pomoc	15	1	x	x	x

Otázka č. 12 zahrnuje opět více odpovědí. Respondentky zde mohly zvolit mnoho odpovědí, tudíž jsem zvolila vytvoření tabulky bez grafu.

Tyto profese jsem použila do dotazníku proto, že jsem je považovala za důležité v poskytování pomoci v těžké životní situaci. Podle výsledků otázky č. 17, tyto ženy pomoc pomáhajících profesí potřebují hned z několika důvodů. (viz. Otázka č. 17)

V tabulce je seznam profesí, které byly ženám v dotazníku nabídnuty a ony měly ohodnotit služby, které jim byly poskytnuty těmito profesemi. 30 žen z celkového počtu (32) hodnotilo lékařskou pomoc. 18 pacientek tuto pomoc ohodnotilo jako výbornou. 3 pacientky hodnotily tuto pomoc číslem 2. Dalších 5 žen z celkových 30, co hodnotily lékaře, hodnotilo tuto pomoc jako dobrou avšak ne jako vynikající a 4 ženy z 30 hodnotily pomoc od lékaře číslem 4, tedy dostatečnou.

Velmi velkou četnost zaujala i profese psychologa, kterého ohodnotilo 27 žen. Většina žen pomoc od psychologa ohodnotila číslem 1 tedy výborně. Mezi těmito 27 ženami se vyskytla jedna, která tuto pomoc ohodnotila číslem 4 tedy dostatečnou. Pomoc lékaře a psychologa ohodnotila většina žen z celkového počtu dotazovaných.

Další možností pomoci byl psychoterapeut, kterého zvolilo 12 žen. Tyto ženy využily pomoci tohoto pracovníka a ohodnotily jí ve většině (11) jako výbornou tedy číslem 1. Jediná respondentka pak tuto pomoc ohodnotila jako dostatečnou, číslem 4.

Služby sociálního pracovníka využilo, podle četnosti zaškrtnutých odpovědí, 6 žen. 5 z těchto šesti žen uvedlo tuto pomoc jako výbornou. Jedna žena tuto pomoc ohodnotila číslem 2. Této samý počet využil služeb ergoterapeuta. Opět většina tuto službu hodnotila kladným číslem 1 a jedna žena ergoterapii ohodnotila jako dobrou, číslem 3.

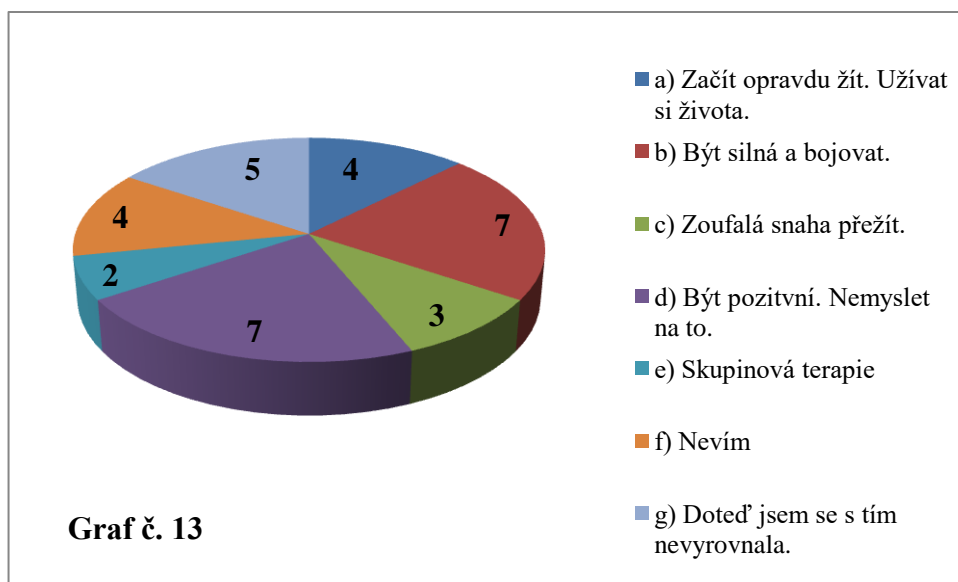
Mezi další terapie zde byly zahrnuty drama terapie a arteterapie, které tyto ženy taky využívaly nebo využívají. Dramaterapii z celkového počtu (32) využily 2 ženy. Jedna tuto službu ohodnotila číslem 1 a druhá číslem 2.

Poslední položkou v nabídce služeb byla duchovní pomoc. Tato pomoc podle dotazovaných byla /je velmi využívána. Duchovní pomoc hodnotilo 16 dotazovaných. 15 z těchto 16 žen tuto pomoc ohodnotilo číslem 1, tedy výborně a jedna žena jí ohodnotila číslem 2 tedy chvalitebně.

Z celkového počtu (32) respondentek byly dvě, které tuto otázku nevyplnily.

Otázka č. 13, tabulka č. 13, graf č 13 : Jakým způsobem u Vás probíhal způsob vyrovnávání se s touto životní situací?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Začít opravdu žít. Užívat si života.	4
b) Být silná a bojovat.	7
c) Zoufalá snaha přežít.	3
d) Být pozitivní. Nemyslet na to.	7
e) Skupinová terapie	2
f) Nevím	4
g) Doteď jsem se s tím nevyrovnala.	5



Otázka č. 13 byla otevřená. Zde jsem opět rozdělila individuální odpovědi do obecnějších celků. Každá oblast obsahuje několik sobě podobných odpovědí s podobným významem.

Nejvíce početné odpovědi byly za b) Být silná a bojovat. A za d) Být pozitivní. Nemyslet na to. Tyto odpovědi měly stejný počet respondentek. Ke každé této odpovědi se přiklonilo 7 žen z celkového počtu 32. Podle tohoto zjištění tyto pacientky patří do skupiny lidí, kteří si diagnózu rakovinného onemocnění připouštějí, ale berou jí velmi pozitivně a s nadhledem. Ty ženy, které odpovídaly odpovědi podobné: chci bojovat, patří do skupiny lidí, které si také příznaky připouští, diagnózu přijímají a jsou rozhodnuti bojovat a léčit se. Tyto dvě odpovědi

přesně spadají do dělení podle Dostálové, 1993. Která lidi s touto diagnózou dělí do tří skupin.

5 žen z dotazovaných přiznalo, že se s diagnózou nevyrovnaly doteď. Například respondentka č. 26 : „Doposud jsem se s tím nevyrovnala. Může se to kdykoliv vrátit. Jak se mám vyrovnat s něčím, co může přijít kdykoliv a zabít mě?“.

O něco méně pak ženy nevěděly, co na tuto otázku odpovědět. Ženy, co napsaly, že nevědí, jak se vyrovnávají se svou životní situací, byly 4. Stejný počet žen (4) při sdělení diagnózy začalo žít a užívat si života. V této oblasti se vyskytovaly například tyto odpovědi: „Začala jsem opravdu žít. Žádné opatrujte se, nechod'te mezi lidi atd. Právě naopak, začala jsem o to víc žít a užívat si“.
(Respondentka č. 1)

3 pacientky odpověděly na tuto otázku různými způsoby, které však měly jeden význam a tvrdily, že se snaží zoufale přežít. Poslední 2 respondentky uvedly, že se vyrovnávají s touto nemocí, pomocí skupinové terapie a neziskových organizací.

Otázka č. 14, tabulka č. 14 : Kdo pro Vás byl největší oporou?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Rodina	30
b) Přátelé	15

Otázka č. 13 byla polouzavřená. Zde mohly dotazované zakroužkovat více odpovědí. Respondentky měly zodpovědět, kdo jim byl v době nemoci, léčby a následné péče největší oporou.

Zde neuvedu graf, jelikož 4 ženy z celkového počtu (32) uvedly obě dvě varianty. K výběru nebyly pouze tyto dvě možnosti. Dále byla rozvedena opora rodiny, kdy respondentky volily mezi dětmi a partnerem.

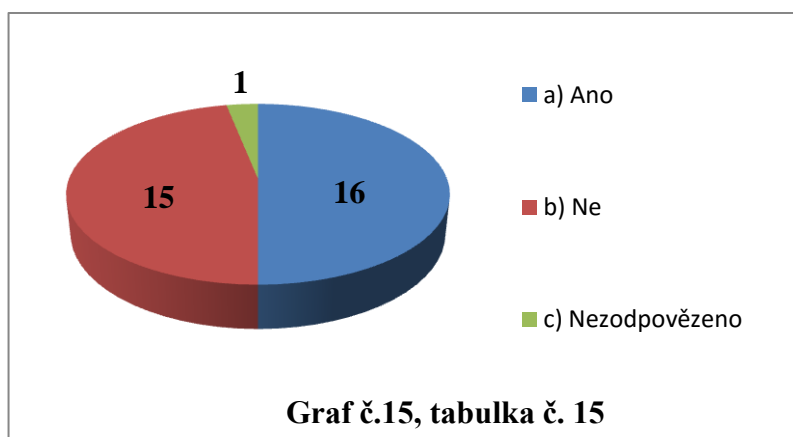
Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Děti	19
b) Partner	14

Z celkového počtu 30 žen, které odpověděly, že jim největší oporou byla rodina, řekly, že z rodiny to byly hlavně děti. Takto odpovědělo 19 dotazovaných. Většina těchto žen byly matky (viz. Otázka č. 2), tudíž je pochopitelné, že jako velkou oporu v rodině vidí děti. Možnost partnera zvolilo z 30 žen 14. Byly případy, kdy ženy zaškrtnuly oba dva typy, jak děti, tak i partnera a proto opět neuvádím grafické znázornění ale pouze četnost odpovědí.

Jedna respondentka uvedla i jiný způsob opory. Jmenovala zde psychologa.

Otázka č. 15, tabulka č. 15, Graf č. 15 : Vyhledala jste i jiné podpůrné metody pro vyrovnání se s diagnózou?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	16
b) Ne	15
c) Nezodpovězeno	1

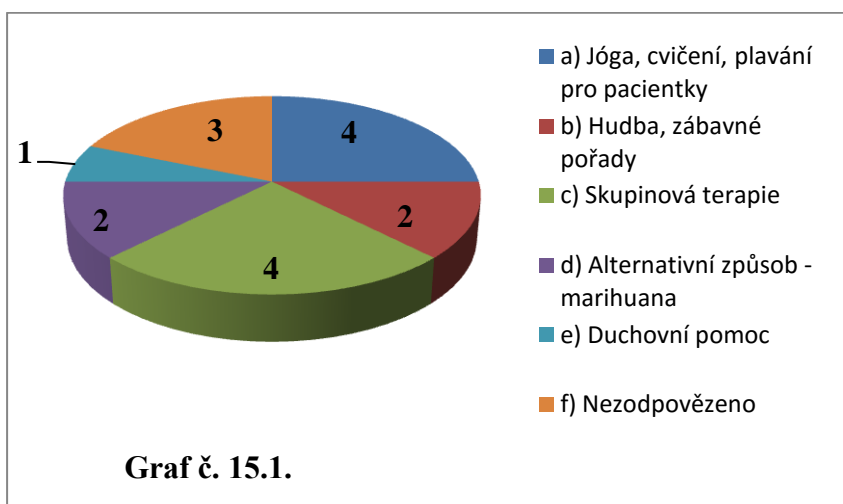


Otázka č. 15 byla polootevřená. Ženy měly odpovědět, zda použily jiné podpůrné metody k vyrovnání se se svou diagnózou. V první části odpovídaly buď ano, nebo ne. Z celkového počtu (32) žen odpověděla půlka (16) že jinou podpůrnou metodu využily. 15 dotazovaných odpovědělo, že žádnou metodu nepoužily a jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla.

Druhá část otázky se vztahovala pouze na ženy, které odpověděly, že jinou podpůrnou metodu využily. Dotazovala jsem se, zdali tuto metodu využily, tak jakou?

Otázka č. 15, tabulka č. 15. 1., graf č. 15.1. Pokud ano, Jaké?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Jóga, cvičení, plavání pro pacientky	4
b) Hudba, zábavné pořady	2
c) Skupinová terapie	4
d) Alternativní způsob - marihuana	2
e) Duchovní pomoc	1
f) Nezodpovězeno	3



K druhé části otázky se vyjadřovalo pouze 16 žen z celkového počtu (32). Uváděly druhy podpůrných metod, které využily nebo využívají. Mnohdy se metody hodně podobaly, a proto jsem je seskupila do větších celků. Nejvíce ženy uváděly cvičení, jógu nebo plavání, které je určeno konkrétně pro pacientky s nádorovým onemocněním. Tuto podpůrnou metodu zmínily 4 ženy. Stejný počet žen uvedl, že jako podpůrnou metodu využívají skupinovou terapii. Uváděly hlavně neziskové organizace jako je Bellis young and cancer. (viz. Příloha č. 2)

O něco menší počet žen (3) tuto otázku nezodpověděl, ačkoliv zaškrtnly v první části, že tyto podpůrné metody využívají.

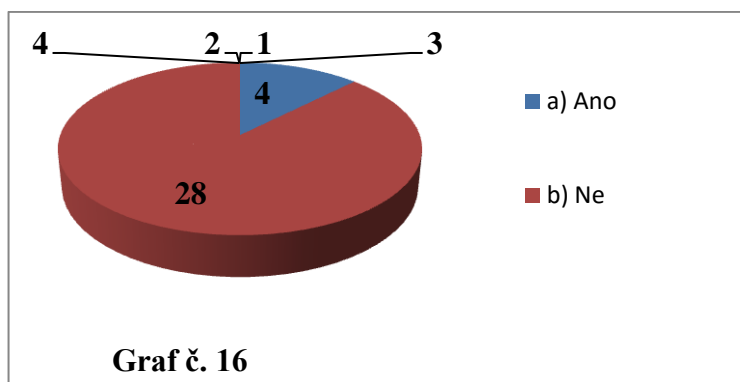
Mezi další metody, které ženy uvedly, patří například hudba nebo zábavné pořady. Tuto možnost uvedly 2 ženy. Konkrétně hudba je řazena do technik zvládání těžkostí. Považuje se za relaxační metodu, ať už se jedná o hudbu jakoukoliv. (Sawicki, 2008) (viz. Kapitola.č. 3.2)

Další odpovědí, která mě překvapila, byla metoda alternativního rázu. Dvě respondentky uvedly, že jako podpůrnou metody mají marihuanu. Jelikož mě tato odpověď velmi zaskočila, uvedu zde oba dva příklady odpovědí obou respondentek. První žena, respondentka č. 16 uvedla: „ *Na bolesti si doma pěstuji marihuanu. Sousedka z ní dělá mast a já si jí občas zakouřím. Velmi mi to pomáhá.*“. Tato respondentka na začátku dotazníku uvedla, že její věk je 60 a více. Proto jsem tuto odpověď uvedla jako příklad. V dnešní době jsou s marihuanou spojovány mladí lidé, kteří jí využívají pro omamné účely. Není to ale pouze opíat pro mladistvé, ale i pro lidi starší, kterým tato bylina pomáhá například proti bolestem. Tento fakt uvádí i druhá žena, která tuto možnost zvolila. „ *Nikdy jsem nebyla zastáncem drog ani lehkých ani tvrdých. V této době, kdy jsem byla zoufalá, jsem vyzkoušela marihuanu. Zjistila jsem si o ní, že by to mohlo mít pozitivní vliv na mou nemoc. Zkusila jsem to. Když jsem měla bolesti v rameni, u jizvy, na bolest mi vždy tato metoda pomohla...*“ (Respondentka č. 6). Tato respondentka uvedla svůj věk mezi 19-35 let. Fascinovalo mě, že obě dvě zvolily tu samou odpověď bez ohledu na jejich věk, diagnózu, čas léčby v jakém se nacházejí apod.

Poslední z těchto 16 žen jako jediná uvedla jako podpůrnou metodu duchovní pomoc. Přesto, že v otázce č. 12 jí zvolilo a ohodnotilo 16 žen, nyní jí zvolila pouze ona.

Otázka č. 16, tabulka č. 16, Graf č. 16 : Docházelo u Vás k nějakému sociálnímu vyloučení ze strany okolí?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	4
b) Ne	28



Otázka č. 16 byla polouzavřená. V první části této otázky bylo na výběr z odpovědí ano či ne. Většina žen (28) uvedla, že se se sociálním vyloučením ze strany okolí nesetkaly.

4 ženy z celkového počtu (32) uvedlo, že u nich se sociální vyloučení vyskytlo. Pro tyto ženy byla otázka polootevřená a v druhé části měly popsat z jakého důvodu a jak toto vyloučení u nich probíhalo. Z těchto čtyř žen důvod neuvedla pouze jedna. Pro malou četnost odpovědí je zde uvedu všechny.

Respondentka č. 3 : „Rodina nechápala, proč jsem se po léčbě tak stala závislá na pomoci a ohleduplnosti a proč je to semnou tak těžké, protože si nedokázali představit, co nemoc obnáší. Časem změnu ale přijali.“

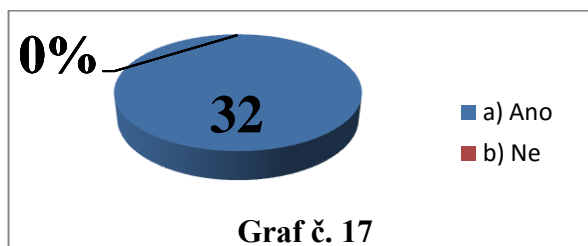
Respondentka č. 8 : „Měla jsem spoustu kamarádek, se kterými jsem sportovala. Po operaci jsem sportovat nemohla a nemůžu moc ani doted'. O většinu kamarádek jsem díky tomu přišla.“

Respondentka č. 22 : „Když jsem byla v průběhu léčby, nemohla jsem nikam se svými přáteli. Byla jsem úplně mimo. První měsíce přátelé chodili za mnou domů. Potom se ten okruh přátel, co mě navštěvoval, zmenšil a teď mě navštěvuje pouze hrstka mých přátel.“

Důvody sociálního vyloučení u respondentek bych rozdělila do dvou oblastí. Prvním důvodem byla léčba, vytíženost léčbou a časová náročnost léčení. Druhým důvodem bych viděla nepochopení ze strany okolí, konkrétně v případě respondentky č. 3 rodiny.

Otázka č. 17, tabulka č. 17, Graf č. 17 : Domníváte se, že člověk v této náročné situaci potřebuje pomoc od odborníka pomáhající profese?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	32
b) Ne	0



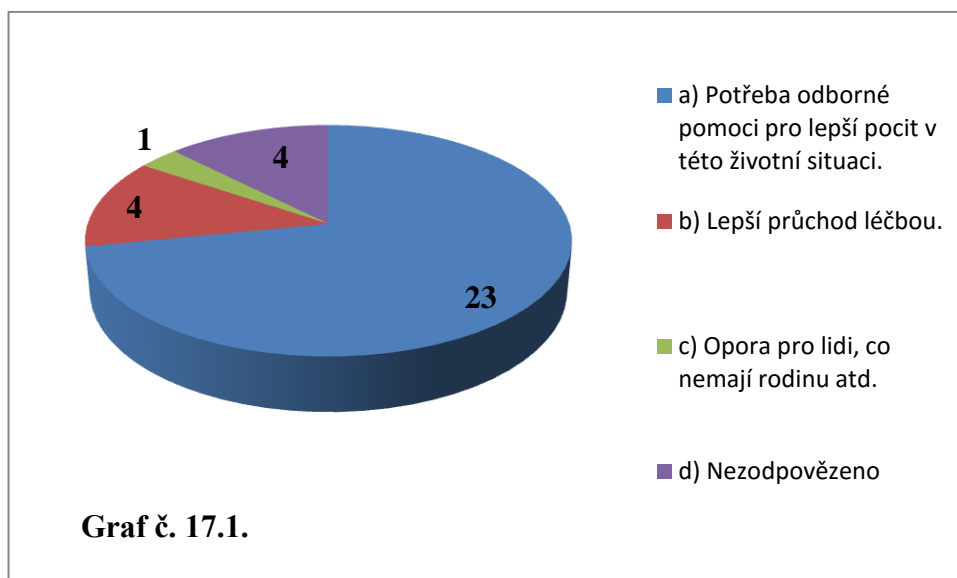
Otázka č. 17 byla opět polouzavřená a tudíž mě dvě části. První část je jednoduše orientovaná na zjištění, zda potřebují tyto ženy pomoc od pracovníků pomáhajících profesí. Veškerý počet (32) žen odpovědělo, že tuto pomoc potřebují.

V druhé části byly respondentky dotazovány na důvod. Proč si myslí, že tuto pomoc potřebují a proč?

V druhé části byly respondentky dotazovány na důvod. Proč si myslí, že tuto pomoc potřebují a proč?

Otázka č. 17. 1., tabulka č. 17. 1., graf č. 17. 1. : Důvod?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Potřeba odborné pomoci pro lepší pocit v této životní situaci.	23
b) Lepší průchod léčbou.	4
c) Opora pro lidi, co nemají rodinu atd.	1
d) Nezodpovězeno	4



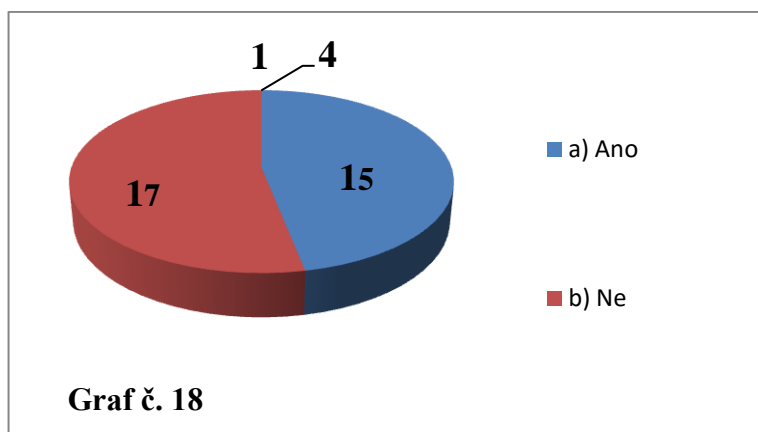
Důvod, který měl největší četnost (23) byl ten, že pomoc od pracovníka pomáhající profese je potřeba z důvodu lepšího pocitu v této náročné životní situaci. Například respondentka č. 1 : „*Přesto, že kolem sebe máte lidičky a podporu, potřebujete informace a „pomoc“ i odbornou- uklidní Vás to.*“

Druhou častou odpovědí, kterou napsaly 4 ženy, byl, že tato pomoc zlepšuje průchod léčbou. Tento důvod konkrétně uvedla například respondentka č. 2 : „*Lepší, jednodušší průchod léčbou i rekonvalescenci. Není to jen v lékařské sféře, ale i např. sociální pomoc jak peněžní, tak i služby např. úklid, nákup, hlídání apod.*“ Stejný počet (4) žen důvod pomoci nenapsaly.

Jedna žena z celkového počtu (32) odpověděla velmi individuálně a její odpověď jsem musela zařadit jako samostatný důvod. „*Potřebuje. Mnohdy ti lidé, kteří tu podporu například v rodině nemají. Někoho potřebují, kdo je vyslechne a pomůže jim.*“

Otázka č. 18, tabulka č. 18, graf č. 18 : Byla Vám tato pomoc nabídnuta?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	15
b) Ne	17

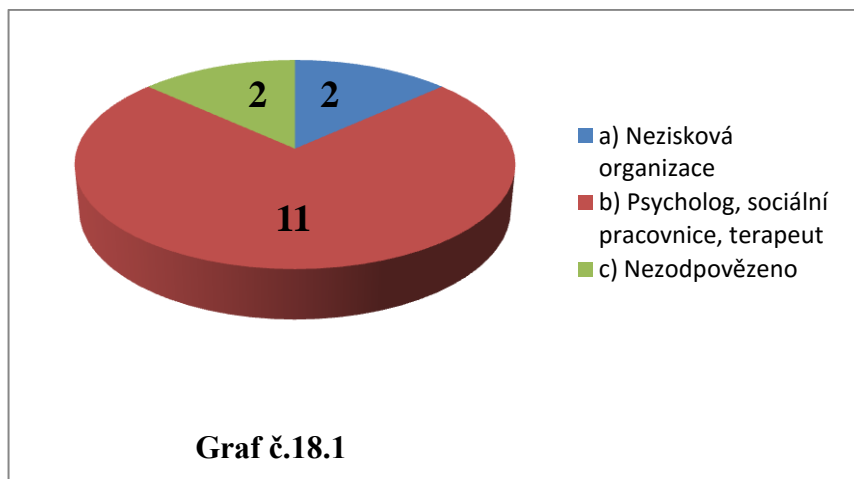


Otázka č. 18 byla polouzavřená otázka, kdy ženy odpovídaly, zdali jim byla pomoc od pracovníků pomáhající profese nabídnuta. Pokud ano, tak v druhé části měly jmenovat, kdo jim tuto pomoc nabídnul. Z celkového počtu (32) dotazovaných žen odpovědělo 15, že jim pomoc nabídnuta byla. 17 zbylých žen odpovědělo, že tato pomoc jim nabídnuta nebyla.

I když druhá část byla určena pouze pro respondentky, které zvolily typ odpovědi za a) Ano, a měly uvést, kdo jim pomoc nabídnul, do této části psaly i ženy, které odpověděly, že jim tato pomoc nabídnuta nebyla. Z těchto 17 žen, které odpověděli za b) Ne, 9 uvedlo, že si tuto pomoc musely vyhledat samy. Některé z nich uváděly literaturu a internet.

Otázka č. 18, tabulka č. 18.1, graf č. 18.1 : Pokud jste této pomoci využila, kdo Vám jí poskytl?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Nezisková organizace	2
b) Psycholog, sociální pracovníce, terapeut	11
c) Nezodpovězeno	2



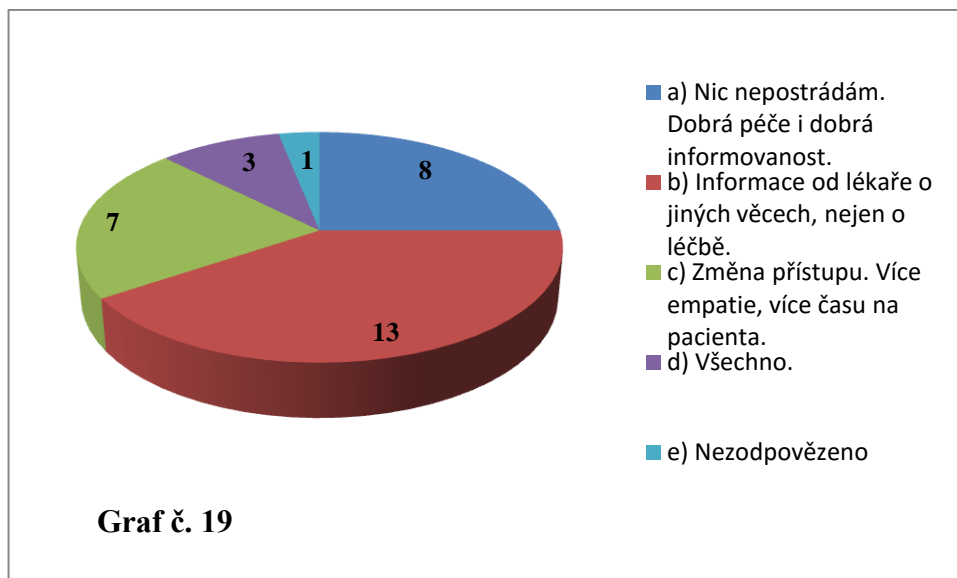
Druhá část otázky je určena pro ženy, které v předešlé otázce použily odpověď za a) Ano. V této části se těchto žen ptám, pokud této pomoci využily, kdo jim tuto pomoc poskytnul, nebo nabídnul. Z celkového počtu (15) žen, co odpověděly ano, jich 11 jako odpověď uvedlo psychologa, sociální pracovníci nebo terapeuta. Jako příklad bych uvedla respondentku č. 20, která k této otázce napsala následující odpověď: „*Jedna sociální pracovníce mi vzhled do všech různých možností od jógy, přes psychology a různé terapie až po duchovní pomoc.*“

Další odpověď zvolily dvě ženy, které se shodly na tom, že jim pomoc byla nabídnuta neziskovou organizací. Byly zde vyjmenované organizace jako je např. Bellis young and cancer, Amélie nebo Mamma help.

Poslední dvě ženy z počtu na otázku neodpověděly.

Otázka č. 19, tabulka č. 19, graf č. 19: Popište, co postrádáte v péči a informovanosti u žen s karcinomem prsu, ze strany lékařů či jiných odborníků.

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Nic nepostrádám. Dobrá péče i dobrá informovanost.	8
b) Informace od lékaře o jiných věcech, nejen o léčbě.	13
c) Změna přístupu. Více empatie, více času na pacienta.	7
d) Všechno.	3
e) Nezodpovězeno	1



Otázka č. 19 byla otevřená. Opět jsem veškeré individuální odpovědi seskupila do celků. Každý celek obsahuje několik odpovědí, které nesou stejný význam.

Nejčtenější odpověď, kterou zvolilo 13 žen, byla, že informace od lékaře postrádají. Nepostrádají však informace o léčbě či jiných lékařských postupech, ale jsou to informace o terapiích neziskových organizací apod., které tyto ženy od doktorů postrádají. Například respondentka č. 6 uvedla, že: „Postrádala jsem včasnou informaci o možnosti psychologické péče onkopsychologa v nemocnici, dále finanční pomoci, o pomocných skupinách- pravděpodobně mě mohl informovat lékař.“

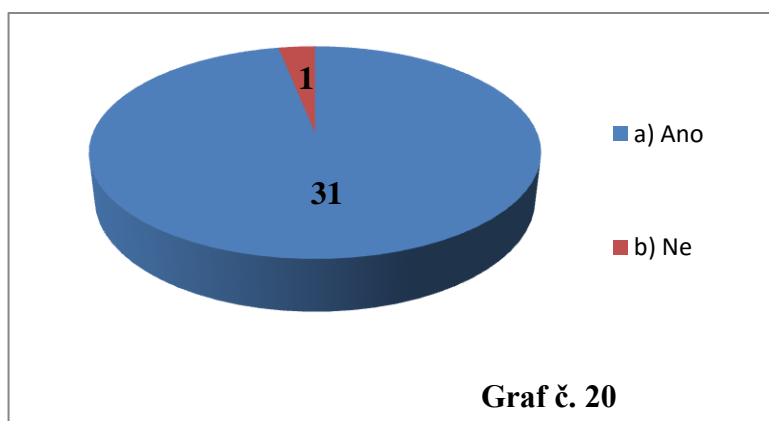
8 žen uvedlo, že jsou se svým lékařem spokojené a veškerou péčí také. Byla jsem velmi překvapená, že je to tak malé číslo oproti dalším nespokojeným pacientkám.

7 žen z celkového počtu (32) si stěžovalo na strohý přístup lékařů a mnohdy i zdravotnického personálu. Tento fakt mě velmi udivil. V nemocnici by měli fungovat odborníci, kteří pracují s lidmi, a tudíž by pro tuto práci měli být školeni. Toto číslo mi přišlo vysoké a v nezávislosti na sobě tyto ženy odpovídaly skoro totožně.

Další odpověď byla, že ženy postrádají od lékařů všechno. Takto odpověděly 3 pacientky. Opět tu byla jedna respondentka, která tuto otázku nezodpověděla.

Otázka č. 20, tabulka č. 20, graf č. 20: Víte, že existuje organizace, která pomáhá ženám v této náročné životní situaci?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	31
b) Ne	1



Otázka č. 20 byla uzavřená a dotazovala se respondentek, zda vědí, že existuje nějaká organizace, která pomáhá a sdružuje ženy s touto diagnózou.

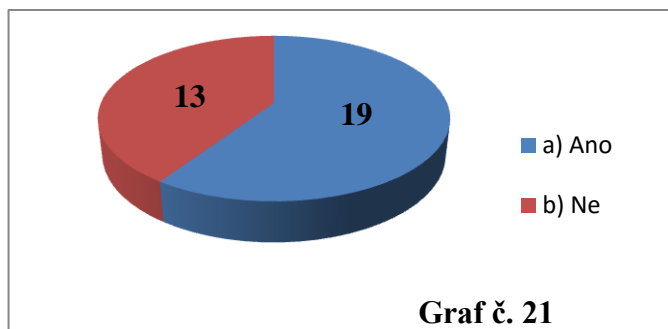
Z četnosti vyplněných odpovědí vyšlo, že 31 jen žen z celkového počtu (32), tedy většina, vědí, že tato organizace existuje.

Jelikož jsem oslovila hlavně ženy ze dvou neziskových organizací (Bellis young and cancer, Mamma Help) bylo zřejmé, že tuto odpověď zvolí většina žen. Dotazované ale nebyly pouze ženy z organizací, měla jsem zde i respondentky, které nepatřily do žádné neziskové organizace a nestýkaly se s žádnými pomocnými skupinami.

Poslední dobou jsou tyto organizace velmi zveřejňovány, publikovány, medializovány a tak si myslím, že informovanost o těchto skupinách je velmi dobrá. Proto mě překvapilo, když jedna z respondentek zaškrtnula, že o této organizaci neví.

Otázka č. 21, tabulka č. 21, graf č. 21: Ještě členkou, nějaké organizace/skupiny?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Ano	19
b) Ne	13



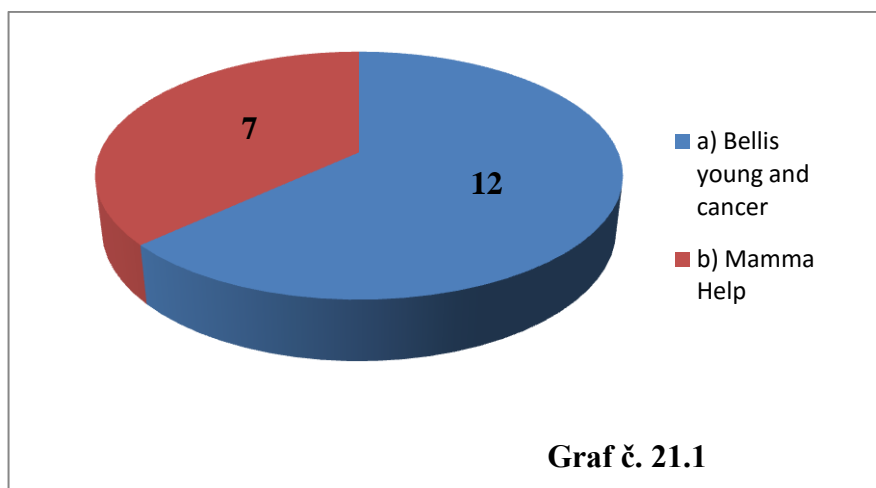
Otázka č. 21 byla polouzavřená. V první části jsem se dotazovala respondentek na to, zdali jsou členkou v nějaké organizaci či skupině. Z celkového počtu žen, které odpověděly, že vědí, že tato organizace existuje (31) (viz. Otázka č. 20) jich má pouze 19 členství v nějaké takovéto organizaci.

Zbýlých 13 žen odpovědělo, že členkami nejsou ale povědomí o existenci těchto skupin/organizací mají.

Druhá část otázky byla směřována pouze pro členky těchto organizací, tedy pro ženy, které zaškrtnuly v první části odpověď za a)Ano.

Otázka č. 21, tabulka č. 21.1, graf č. 21.1: Pokud ano, jaké?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Bellis young and cancer	12
b) Mamma Help	7



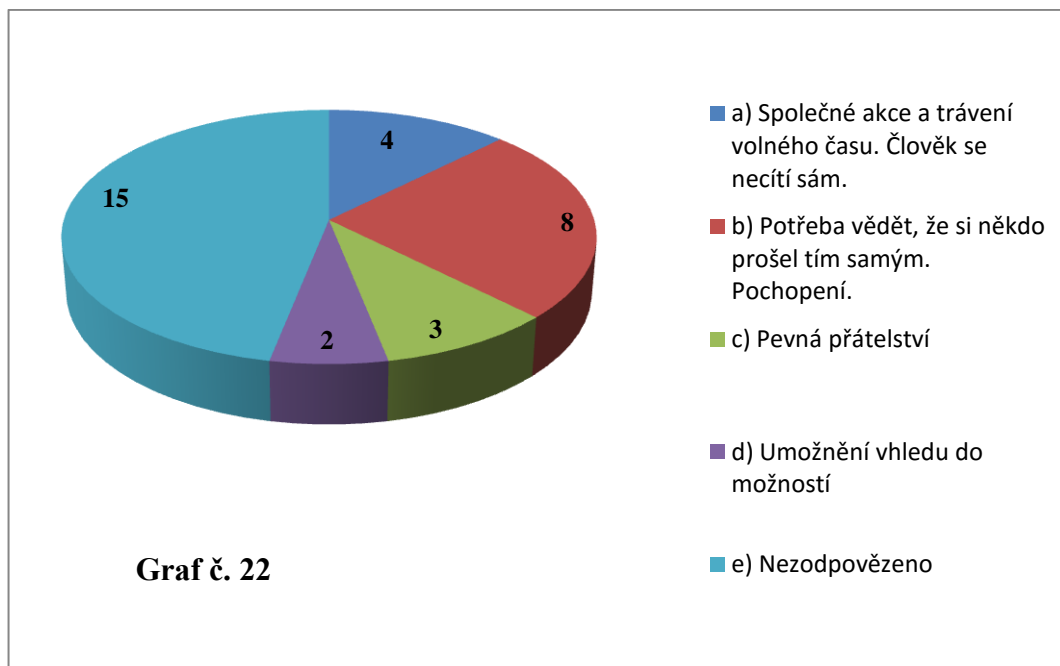
Ze skupiny žen (19), které zaškrtnly, že jsou členkami nějaké organizace, jich 12 odpovědělo, že mají členství v neziskové organizaci Bellis young and cancer (viz Kapitola.).

Zbýlých 7 z nich uvedlo členství v druhé nejznámější neziskové organizaci Mamma Help.

Obě tyto organizace jsem měla jako cílovou skupinu pro rozeslání dotazníků pro výzkum. Proto se mi v této otázce objevily pouze tyto varianty. Organizací a spolků však existuje několik (viz. Příloha č. 2)

Otázka č. 22, tabulka č. 22, graf č. 22: Byla Vám tato organizace/skupina nápomocna? Jakým způsobem?

Odpovědi:	Četnost odpovědí:
a) Společné akce a trávení volného času. Člověk se necítí sám.	4
b) Potřeba vědět, že si někdo prošel tím samým. Pochopení.	8
c) Pevná přátelství	3
d) Umožnění vzhledu do možností	2
e) Nezodpovězeno	15



Otázka č. 22 byla otevřená, tudíž zde mohly respondentky napsat individuální odpověď. Všechny odpovědi jsem pak roztřídila do celků, ve kterých se odpovědi významově shodovaly.

I když v předešlých otázkách výzkum ukázal, že členkami v těchto organizacích je pouze 19 žen z celkového počtu (32), na tuto otázku odpovídaly i ženy, které zaškrtnuly, že členkou nejsou. Zjistila jsem, že, aby se žena mohla zúčastňovat libovolných akcí s těmito organizacemi, nemusí být nutně členkou. Proto na tuto odpověď odpovídaly i ženy, které členství nemají ale na pár akcích, výletech a sezeních byly.

Největší počet žen (15) z celkového počtu (32) nezodpověděl tuto otázku.

Druhou nejvíce četnou odpovědí byla oblast kdy, ženy popisovaly, jim organizace pomohla hlavně v tom, že věděly, že v tom nejsou samy, že si někdo prošel tím samým a tudíž v druhých pacientkách nacházejí i pochopení. Mnohdy si tyto ženy zažívají stejné léčby, postupy a tudíž si o tom mohou popovídat, sdělit si zkušenosti a to si myslím, že je nesmírně důležité a ulevující. Například respondentka č. 14 uvedla: „*Když se setkáte s lidmi, co si prošly tím samým, co ty, pomůže Vám to.*“

Velmi častou odpovědí, která se objevila u 4 žen, byly společné akce a výlety, kdy trávení volného času člověku pomůže necítit se sám. Respondentka č. 8 odpověděla: „*Velice. Začala jsem se setkávat s ženami, co mají stejný problém jako já. Povídaly jsme si, chodily na kafe, je to super. Člověk potřebuje vědět, že v tom není sám.*“

3 ženy odpověděly, že si díky těmto organizacím našly pevná přátelství. Diagnóza je sblížila natolik, že jsou velmi dobrými přítelkyněmi a velmi si pomáhají.

Poslední odpovědí, kterou ženy volily, byl vzhled do možností. Tato odpověď souvisí s otázkou č. 18, kdy jsem se dotazovala, kdo těmto ženám nabídnul pomoc. 2 ženy zde uvedly, že to byla právě nezisková organizace. Do těchto možností bylo popisováno hlavně poskytnutí kontaktu na psychologa, odkázání na cvičení a plavání a plánování společných akcí pro pacientky.

Mohu říci, že pro svůj výzkum jsem měla velmi různorodou skupinu žen.

4. Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Z celkového počtu 110 oslovených žen, se jich stalo respondentkami 32. Na základě získaných dat jsou zpracována tyto fakta.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se ženy vyrovnávají se zátěžovou situací a jaké používají copingové strategie v boji s touto nemocí. Na tento cíl se zaměřovala v dotazníku otázka č. 13 a 15. Na základě výzkumu jsem zjistila, že tyto ženy mají různé způsoby, jak se s touto diagnózou vyrovnávají. Tyto způsoby se u nich mění v časové proměně nemoci. Mnoho žen mi v dotazníku odpovědělo, že se snaží mít k nemoci pozitivní přístup a snaží se na to nemyslet. Potlačují tedy negativní myšlenky a snaží se nad nemocí zvítězit pozitivním úsudkem a pozitivním myšlením. Tuto odpověď volilo 7 žen. Poté se hodně objevoval způsob, kdy ženy nejen pozitivně myslí, ale jsou odhodlané s touto nemocí bojovat. Tento přístup se vyskytl u 7 respondentek. Když jsem se snažila zjistit, zda tyto ženy jsou spíše mladšího věku, nebo staršího, vyšel mi věk různorodý. Mezi mými respondentkami nedošlo k rozdílným postojům v závislosti na věku. Pacientky ve věku 19-25 a 36-60 let shodně odpověděly, že se soustředí na

pozitivní myšlenky a snaží se s nemocí bojovat. Některé ženy popsaly způsob jako, že si po sdělení diagnózy začaly vážit života a začaly naplno žít. Tímto způsobem odpověděly 4 ženy z celkového počtu (32). Myslím si, že toto uvědomění nastane v každém případě po sdělení diagnózy, když člověk zjistí, že je nemocný. Svého zdraví si začínáme vážit až potom, co jej ztratíme. Na druhou stranu vyrovnat se s touto diagnózou není rychlý proces. Proto několik žen uvedlo, že se s touto nemocí nevyrovnaly doteď. Těchto žen bylo 5 a patřily do skupin věku mezi 19-35 let, 36-60 let a 60 a výše let.

Druhým cílem, který jsem si vytkla, bylo zjistit kdo poskytuje oporu v této těžké a náročné životní situaci. Tento cíl měla naplnit otázka č. 14. Na základě studia odborné literatury jsem zjistila, že první, na koho se jedinec v náročné životní situaci upne, je rodina. Hledá u ní jak psychickou, fyzickou tak i sociální oporu. Pro zvládnutí takto těžké nemoci je opora pro jedince velmi potřebná a mnohdy velmi přispívá ke zlepšení stavu pacientovi psychiky nebo průběhu samotné léčby. Toto tvrzení se mi v šetření potvrdilo, kdy většina žen (30) odpověděla, že jejich největší oporou byla rodina. V této otázce mohly ženy zvolit i více odpovědí, tudíž volily i odpověď za b) přátelé. Tuto odpověď jsem k výběru poskytla proto, že jsem chtěla zjistit, zda například mladé ženy využijí opory u rodiny, nebo v okruhu svých přátel a naopak, jestli ženy, které žijí v partnerském vztahu nebo jsou matkami, tuto oporu budou hledat ve své rodině, nebo jí tím nebudou chtít zatěžovat a obrátí se na přátele. Jednoznačně vyšlo, že největší oporu pacientky hledají v rodině a přátelé jsou až na druhém místě. Dále mě zajímalo, kdo konkrétně z rodiny, těmto ženám poskytoval nesilnější pouto opory, jestli to byl jejich partner, nebo děti.

V souvislosti s prvním cílem ženy uváděly, že s nemocí začaly bojovat už kvůli jejich dětem. Chtěla jsem se dozvědět, zdali jsou jim děti největší oporou, nebo motivací pro zvládnutí nemoci anebo je to jejich partner a děti z toho vynechají. Děti zvolilo žen 19 a partnera 14. Na nižší počet odpovědí, partnera, mělo vliv postoj muže vůči ženě při této nemoci. Několik z těchto žen uvedlo v otázce č. 11, že je partner v době léčby a procházení nemocí opustil.

Na výzkumnou otázku č. 1 výzkumné šetření odpovědělo, že největší sociální oporou pro pacientky byla rodina.

Třetím dílčím cílem, který jsem si vytkla zjistit ve výzkumném šetření, bylo to, zda ženy využívají služeb od pracovníků pomáhajících profesí.

Angenendt 2010 poukazuje na to, že 25-45% osob s nádorovým onemocněním potřebuje k tomu, aby se mohlo vyrovnat se svou nemocí, se zátěží, kterou s sebou nemoc nese a kterou s sebou nese i léčba, profesionální pomoc pomáhajícího pracovníka. Toto tvrzení jsem směřovala na ženy s diagnózou karcinom prsu a chtěla jsem zjistit, zda je to pravda nebo těchto služeb nevyžívají.

Tento cíl byl splněn. Všechny dotazované ženy (32) potvrdily, že služby pracovníků pomáhajících profesí potřebují a využily jich. Když jsem se ptala na důvody, proč tyto služby potřebují, mnoho žen odpovědělo na způsob, že jim tyto služby zlepšují průchod léčby a že je tato pomoc potřeba už jenom to lepší pocit v této těžké životní situaci. U této otázky byla zmíněna i odpověď typu, že tyto služby mohou napomoci jako opora pro lidi, které nemají oporu jinde, tudíž v rodině nebo blízkém okolí.

Na výzkumnou otázku č. 2 jsem si tedy odpověděla a dle mého výzkumu tedy mohu říci, že tyto ženy služeb pracovníků pomáhajících profesí využívají a nejen pouze od lékaře a zdravotnického personálu.

Jako poslední cíl jsem si stanovila zjistit, zda tyto ženy něco postrádají v informovanosti a přístupu od těchto pracovníků. K tomuto určené byla v dotazníku otázka č. 19. 23 žen z celkového počtu (32) dotazovaných uvedlo, že určitě něco postrádají. Pouze 8 žen uvedlo, že si myslí, že je informovanost i přístup těchto pracovníků dobrý a bezchybný. 13 žen uvedlo, že v informovanosti jim chybí poskytnutí informací lékařem nejen o léčbě. Postrádají tak jakýsi vhled do jejich možností, do toho jakých služeb po sdělení diagnózy mohou využít apod. 7 žen napsalo, že postrádají lidský přístup od lékařů a obecně od zdravotnického personálu. Diagnóza jim je sdělena necitelně a rychle. Proto několik z nich uvedlo, že by ocenily změnu přístupu na více empatický. Některé uváděly, že by bylo dobré, kdyby na takovéto sdělení měl lékař více času a vše jim podrobně vysvětlil.

Dále mě v souvislosti s tímto cílem zajímalo, zda pacientkám byla tato pomoc nabídnuta. Skoro polovina dotazovaných (17) volila odpověď, že jim tato

pomoc nabídnuta nebyla a zbytku žen (15) tato pomoc nabídnuta byla. Ženy, kterým pomoc nabídnuta nebyla, odpovídaly, že si jí musely najít samy a to buď pomocí internetu, či odborné literatury. Ženám, kterým pomoc nabídnuta byla, byly s těmito službami seznámeny v rámci sezení s psychologem, terapeutem, sociálním pracovníkem nebo kontaktem s neziskovými organizacemi.

S tímto cílem souvisela v dotazníku i otázka č. 12, kde měly respondentky zakroužkovat pracovníka pomáhající profese, u kterého jeho služby využily a následovně je měly ohodnotit číslem 1-5, kdy 1 bylo výborné a 5 nedostatečné. Nejvíce vyskytnutou (27x) odpovědí byly služby psychologa, které ženy hodnotily většinou (26) výborně. S výjimkou dvou žen, všechny zvolily odpověď, kde byl uveden lékař. Tuto službu tedy využilo 30 žen. U lékaře se objevilo různorodé hodnocení s výjimkou 5, nedostatečně lékaře nikdo nehodnotil. Další profese, které se vyskytovaly v odpovědích, byly psychoterapeuti (12), sociální pracovníci (6), ergoterapeuti (6), dramaterapeuti (2), arteterapeuti (13) a duchovní pomoc (16).

Hlavní cíl, který jsem si stanovila hned na začátku, se mi ověřil a přinesl mnoho zajímavých fakt a názorů. Tyto fakta a názory obohatily vhled do situace takto nemocných žen, ať už v souvislosti s pomáhajícími profesemi, nebo sociální oporou nebo copingovými strategiemi, které tyto ženy využívají.

5. Závěr

Tématem mé práce bylo popsat kvalitu života žen s diagnózou rakovina prsu. V první části teoretické části se zabývám tímto onemocněním. Pokusila jsem se charakterizovat, co je nádorové onemocnění, jak se léčí, jaká je prevence a diagnostika. Od obecného vymezení nádorového onemocnění jsem přešla na vymezení konkrétního onemocnění, rakoviny prsu. Druhá hlavní kapitola pojednává o strategiích a způsobech zvládnání. Vymezuji zde techniky pro lepší zvládnání těžkostí, obranné mechanismy a copingové strategie. V poslední hlavní kapitole teoretické části je uvedena podpora žen s rakovinou prsu. Popisuji zde kvalitu života pacientek a faktory, které kvalitu života ovlivňují. Do této kapitoly jsem zařadila i podkapitoly péči o nemocné ženy, kde vymezuji nejen rehabilitace ale i sociální oporu a svépomocné skupiny. Jako poslední téma jsem do této kapitoly zařadila

vztah lékaře a pacienta, kde se snažím popsat tento vztah, to jaký by měl být a jak by lékař s pacienty měl jednat.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se ženy s nádorovým onemocněním vyrovnávají, jaké volí copingové strategie. Dále jsem chtěla zjistit jaké služby od pomáhajících pracovníků tyto ženy potřebují a jestli jich využívají.

Dílčí cíle se zaměřovaly na zjištění, jaké konkrétně používají copingové strategie, kdo je ženám největší oporou, zda je to rodina či přátelé, jestli využívají služeb od pracovníků pomáhajících profesí a jestli něco nepostrádají v informovanosti a přístupu ze strany těchto pracovníků.

Všechny cíle se v mém výzkumu naplnily a na všechny výzkumné otázky jsem si odpověděla. Zjistila jsem, že copingové strategie se u každé ženy individuálně liší a že se tyto strategie během času mění. Velmi často ženy zmiňovaly jako copingovou strategii pozitivní myšlení a pozitivní postoj. Jiné ženy zmiňovaly odhodlání k boji s touto nemocí jako způsob vyrovnání. Třetím voleným způsobem bylo, že si ženy začaly vážit svého života a začaly si ho mnohem více užívat. Tyto odpovědi byly nejčtenější. Vzhledem k druhému stanovenému cíli jsem zjistila, že největší podporu ženy měly, nebo mají v rodině a to ať konkrétně ve svých dětech, nebo v partnerovi. Na třetí dílčí cíl mi odpovědělo všech 32 žen, že služby pomáhajících pracovníků využívají. Pracovníci, které ženy volily, byly psychologové, psychoterapeuti, arteterapeuti, dramaterapeuti, sociální pracovníci a duchovní pomoc. Poslední cíl se zaměřoval na informovanost a péči. Z šetření vyplynulo, že většina žen nebyla spokojena s informovaností od svého lékaře. Další, co by změnilo, byl zmiňován přístup, kdy by požadovaly milejší přístup a více empatie od zdravotnického personálu a lékaře samotného.

V návaznosti na poslední dílčí cíl bych chtěla tímto výzkumem upozornit a přispět ke zlepšení informovanosti v ordinacích těmto ženám. Navrhovala bych propagaci pomoci formou, ať už letáku v čekárně, nebo zprostředkování různých kontaktů na další služby od lékaře. Dále, na základě výsledků výzkumného šetření, se pokusit o zlepšení přístupu k těmto pacientkám. Zvýšit míru empatie a lidského přístupu, který vzhledem k odpovědím žen, chybí.

5. Seznam použitých zdrojů:

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 143 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
- ANGENENDT, Gabriele, SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN: 978-80-7367-781-7
- BAZALOVÁ, B. Recenze publikace OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9. *Komenský*, Brno: Pedagogická fakulta MU v Brně, 2007, roč. 131, č. 1, s. 38-77. ISSN 0323-0449.
- DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina prsu u žen: prevence a léčebná péče*. Praha: Liga proti rakovině, 2001, 24 s. ISBN 80-239-3625-5.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.7
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada, 1993, 205 s. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-040-6.
- GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-15-X.
- HEUPER, Bert. *Rakovina jako řeč duše: když duše hovoří skrze tělo : základy psychosomatické rezonanční terapie*. Vyd. 1. Olomouc: Fontána, c2010, 213 s. ISBN 978-80-7336-563-9.
- HUSSAIN, Maria. *Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu*. 1. vyd. v čes. překl. Praha: Erika, 1993, 149 s. Zdraví pro každého (Erika). ISBN 80-85612-26-7.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006, 287 s. ISBN 80-7367-121-2.
- KOHOUTEK, R. Pojem psychoonkologie.[online].[cit. 2010-02-12]. Dostupné na .

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- MICHNOVICZ, Jon J a Diane KLEIN. *Rakovina prsu a zdravá výživa*. Praha: Pragma, 2002, 216 s. ISBN 8072059106.
- MÍČEK, L. Co je relaxace a jaký význam má pro moderního člověka. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1988. s 164
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1994. ISBN 8021010096
- PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- SAWICKI, Silvester, Iva WEDLICOVÁ a Otakar FLEISCHMANN. *Osobnost jedince a náročné životní situace*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008, 158 s. ISBN 978-80-7414-068-6.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
- VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 8021019530
- VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 185 s. Psychoterapie. ISBN 80-901601-3-1.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-x.

5.1. Internetové zdroje:

- www.psychology.estranky.cz
- www.atrslexikon.cz
- www.lecba-rakoviny.cz
- www.mammahelp.cz
- www.breastcancer.cz
- www.youngnadcancer.cz
- www.lpr.cz

6. Seznam příloh:

- A. Dotazník
- B. Organizace sdružující pacientky s nádorovým onemocněním

Příloha A: Dotazník

Vážené klientky,

Jmenuji se Vendula Hančovská a studuji třetí závěrečný ročník bakalářského studia na Pedagogické fakultě, katedry speciální pedagogiky v Hradci králové.

Součástí ukončení studia je bakalářská práce, ve které se zaměřuji na kvalitu života žen s rakovinou prsu.

Prosím o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí šetření v bakalářské práci. Vaše názory, zkušenosti a postřehy mohou dopomoci k poznatkům týkajících se pomoci a péče Vám ze stran pracovníků pomáhajících profesí.

Děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Vendula Hančovská

1. Jaký je Váš věk?
 - a) 15-18
 - b) 19-35
 - c) 36-60
 - d) 60 a výše

2. Jste matkou?
 - a) Ano
 - b) Ne

3. Jste vdaná nebo žijete v partnerském vztahu?
 - a) Ano
 - b) Ne

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Neukončené základní
 - b) Základní
 - c) Střední bez maturity

- d) Střední s maturitou
 - e) Vysokoškolské
5. V současné době jste:
- a) Student
 - b) Pracující
 - c) Nezaměstnaná
 - d) Jiné.....
6. V jakém věku Vám byla diagnostikována rakovina prsu?
-
7. Jaká byla Vaše první myšlenka při sdělení této diagnózy?
-
-
-
8. Jaké a z čeho byly největší obavy v době zjištění diagnózy? (Zde můžete zakroužkovat více odpovědí)
- a) Obava z budoucnosti
 - b) Obava ze smrti
 - c) Obava z léčby
 - d) Obava z chování okolí
 - e) Obava z poškození vzhledu
 - f) Obava z bolesti
 - g) Další myšlenkové pochody.....
-
-
9. Pociťovala jste v sobě, že docházelo ke změnám Vašeho sebevědomí?
- a) Ano

- b) Ne
- c) Nedokážu popsat

10. Podstoupila jste operaci prsu?

- a) ano
- b) ne

Jak těžký dopad to byl z hlediska Vašeho sebevědomí? Jak jste vnímala své tělo po zásahu?

.....
.....
.....
.....

11. V jakých oblastech, dle Vašeho názoru, Vás diagnóza omezila či omezuje?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Byla Vám nabídnuta pomoc od někoho z těchto profesí? Ohodnoťte číslem kvalitu této pomoci. (1- výborná. 5-nedostatečná)

- a) Lékař 1 2 3 4 5
- b) Psycholog 1 2 3 4 5
- c) Psychoterapeut 1 2 3 4 5
- d) Sociální pracovník 1 2 3 4 5
- e) Ergoterapeut 1 2 3 4 5
- f) Dramaterapeut 1 2 3 4 5
- g) Arteterapeut 1 2 3 4 5
- h) Duchovní pomoc 1 2 3 4 5

- i) Jiná forma pomoci.....
.....

13. Jakým způsobem u Vás probíhal způsob vyrovnání se s touto životní situací?

.....
.....
.....
.....

14. Kdo pro Vás byl největší oporou?

- a) Rodina (celá)
- b) Děti
- c) Partner
- d) Přátelé
- e) Jiný způsob.....

15. Vyhledala jste i jiné podpůrné metody pro vyrovnání se s diagnózou?

- a) Ano
 - b) Ne
- Pokud ano, jaké?.....

16. Docházelo u Vás k nějakému sociálnímu vyloučení ze strany okolí?

- a) Ano
 - b) Ne
- Pokud jste zaškrtnla ano, z jakého důvodu?
.....

17. Domníváte se, že člověk v této náročné situaci potřebuje pomoc od odborníka pomáhající profese?

- a) Ano (Důvod)
- b) Ne (Důvod).....

18. Byla Vám tato pomoc nabídnuta?

- a) Ano a využila jsem jí.

b) Ne

Pokud jste této pomoci využila, kdo Vám jí poskytnul?.....

19. Popište, co postrádáte v péči a informovanosti u žen s karcinomem prsu, ze strany lékařů či jiných odborníků.

.....
.....
.....

20. Víte, že existuje nadace, která pomáhá ženách v této náročné životní situaci?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevím.

22. Jste členkou nějaké organizace/skupiny?

- a) Ano,
Jaké?.....
- b)Ne

23. Byla Vám tato organizace/ skupiny nápomocna? Jakým způsobem?

.....
.....
.....
.....

Příloha B: Podpůrné organizace pro ženy s rakovinou prsu

Aliance žen s rakovinou prsu

Obecně prospěšná společnost, sídlící v Praze, která působí celostátně byla založena devatenácti organizacemi pacientek s onkologickým onemocněním. Mezi cíle, které si klade tato společnost, patří poskytování metodické pomoci jiným organizacím pro onkologicky nemocné pacienty. Další cílem této společnosti je vytvořit edukační a informační centrum pro veřejnost nebo blízké osoby onkologických pacientů. Aliance žen s rakovinou prsu dále koordinuje projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu a zastupuje české onkologické pacientky v mezinárodních strukturách.

Příkladem nedávné pořádané akce Aliancí žen s rakovinou prsu byla výroba a výstava tzv. prsní stěny, kde si pacientky nechávaly od umělce odlévat svá prsa ze sádry. Tato prsa pak byla vystavena na prsní stěně, která byla přesouvána z různých měst po celé České Republice. Tato akce byla velmi úspěšná, kdy postupem času si svá prsa nenechávaly odlévat pouze pacientky ale i zdravé ženy, které patřily buď do rodiny nemocné, nebo se jim pouze líbil tento projekt a chtěly ho podpořit. V rámci tohoto projektu tedy bylo za cíl zaujmout veřejnost a seznámit jí s tímto problémem. Součástí prsní stěny byl i stánek, kde se provádělo samovyšetření prsu a jak ho provádět. (www.breastcancer.cz)

Bellis young and cancer

Bellis young and cancer, sídlící také v Praze, je projektem společnosti Aliance žen s rakovinou prsu. Tento projekt, jak už z názvu vyplývá, se soustřeďuje a seskupuje mladé pacientky s rakovinou prsu do 45 let. Tento projekt má za cíl tyto ženy a dívky sdružovat a pomáhat jim tam v jejich nelehké situaci. Diagnóza rakoviny v mladém věku s sebou přináší hodně specifických problémů a tyto problémy tuto situaci ještě více stěžují. Proto je těmto mladým pacientkám umožněno setkávat se s dalšími, staršími ženami, které už mají zkušenosti se svou nemocí a mohou tak předat zkušenosti a moudra dál.

Další cílem projektu Bellis Young and Cancer je informovat společnost o této nemoci, o prevenci a možnostech pro ženy s touto nemocí.

I tento projekt se připojil k vyvážení výše zmiňované prsní zdi. Mladé pacientky jezdily spolu se zdi po městech a zprostředkovávaly osvětu veřejnosti. Vyprávěly své příběhy a seznamovaly s prevencí a samovyšetření prsu. (www.youngandcancer.cz)

Mamma help

Mamma help je nevládní neziskovou organizací, která také sdružuje ženy s diagnózou karcinom prsu a jejich blízké, lékaře, sestry a veřejnost. Tato organizace provozuje celou síť svých center. Najdete je v Praze, Brně, Olomouci, Hradci králové, Přerově, Zlíně, Plzni a Českých Budějovicích. Tato organizace má tedy celostátní působnost a veškeré služby jsou poskytovány ženám bezplatně.

Za cíl si kladou hlavně zlepšení kvality života žen s karcinomem prsu, prosazují se o zlepšení následné péče o tyto pacientky a snaží se opět přispět k informovanosti veřejnosti o této nemoci.

Jejich motto zní: „Kdyby byl život jako tanec, protančila bych celou noc. Kdyby byl tanec jako život, nenaučila bych se tančit.“(
<http://www.mammahelp.cz/o-nas/mamma-help/nas-cil/>)

Liga proti rakovině

Další nezisková organizace je Liga proti rakovině, která vznikla před 25 lety a sídlí v Praze. Má za cíl snížit úmrtnost na zhoubné nádory, tudíž se snaží o zlepšení informovanosti veřejnosti o prevenci a výchovu ke zdravotnímu stylu života. Další o co se snaží tato organizace je zlepšení kvality života onkologických pacientů. Na rozdíl od předešlých jmenovaných organizací tato nezisková organizace sdružuje všechny pacienty s různým onkologickým onemocněním. (www.lpr.cz)