



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Psychologie

Bakalářská práce

Způsoby vyrovnávání se s onkologickým onemocněním

Patterns of coping with cancer

Vypracovala: Barbora Homulková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Plachá, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponenta práce, záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16.4.2022

.....

Homulková Barbora

Poděkování

V první řadě bych touto cestou ráda poděkovala paní Mgr. Veronice Plaché, Ph.D. za její čas, trpělivost, vřelý a ochotný přístup a cenné rady, které mi velice pomohly při psaní této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentům a respondentkám, jež byli ochotni věnovat mi svůj čas a zúčastnili se výzkumu.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za její neskutečnou podporu nejen během psaní mé bakalářské práce, ale i po celou dobu studia.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá onkologickým onemocněním jako náročnou životní situací. Prostřednictvím hloubkových rozhovorů je zjišťována zkušenost bývalých onkologických pacientů s touto nemocí a vyrovnávání se. Teoretická část pojednává o důležitých aspektech týkajících se onkologického onemocnění a zvládacích strategiích, které se dají využít během tohoto náročného období. Nakonec popisuje proces zpracovávání nemoci od sdělení diagnózy po případnou recidivu. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem. Cílem práce je zmapovat zkušenost lidí, kteří si prošli onkologickým onemocněním a následně se z něj vyléčili. Data jsou získávána pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondenty a následně analyzována výzkumnou metodou IPA. V rámci výzkumu se odhalilo prožívání onkologických pacientů při zjištění nemoci a během léčby. Dále se zjistily zvládací strategie, které tito lidé používali a dopad onemocnění na jejich posttraumatický život.

Klíčová slova: zátěž, zvládání, onkologické onemocnění, vyrovnávací strategie, pacienti

Abstract

This bachelor thesis deals with cancer as a challenging life situation. Through in-depth interviews, the experience of former cancer patients with this disease and coping is assessed. The theoretical part deals with important aspects related to cancer and coping strategies that can be used during this challenging period. Finally, it describes the process of disease processing from diagnosis to relapse. The practical part consists of qualitative research. The aim of the work is to map the experience of people who have undergone cancer and subsequently recovered from it. Data are obtained through in-depth semi-structured interviews with five respondents and subsequently analyzed by the IPA research method. The research revealed the experience of cancer patients at the time of diagnosis and during treatment. Furthermore, coping strategies were used by these people and the disease affected their post-traumatic lives.

Key words: burden, coping, cancer disease, coping strategies, patients

Obsah:

Úvod	8
I. Teoretická část	9
1. Onkologické onemocnění jako náročná životní situace	9
1.1 Krize	9
1.2 Nádorové onemocnění	9
1.2.1 Vznik a rozvoj nádorů	10
1.2.2 Příčiny vzniku nádorů	11
1.2.3 Druhy nádorů	12
1.2.4 Psychologické příčiny onkologického onemocnění	12
1.2.5 Psychoonkologická léčba	13
2. Vyrovnávání se s onkologickým onemocněním (coping).....	16
2.1 Studie zaměřené na strategie zvládnání onkologického onemocnění.....	17
2.2 Psychická odolnost	20
2.3 Coping Osobnosti typu C vs. fighting spirit	22
2.4 Obranné mechanismy	23
2.5 Sociální opora	25
3. Proces zpracovávání nemoci	28
3.1 Podezření	28
3.2 Zjištění diagnózy	28
3.3 Reakce na průběh léčby	30
3.4 Zotavování neboli remise.....	32
3.4.1 Posttraumatický rozvoj.....	32
3.5 Recidiva	34
II. Empirická část	35
4. Metodologie výzkumu	35
4.1 Výzkumný problém	35
4.1.1 Cíl výzkumu	35
4.1.2 Výzkumné otázky	36
4.2 Výzkumný design	36
4.3 Výzkumný soubor.....	36
4.4 Metoda sběru dat.....	38
4.5 Výzkumná etika	38
4.6 Zpracování a analýza dat	39

4.7	Reflexe výzkumníka	40
5.	Analýza rozhovorů	40
5.1	Monika	41
5.2	Jiří	44
5.3	Dana	46
5.4	Marie	48
5.5	František	50
6.	Výzkumná zjištění	52
7.	Diskuze	69
Závěr	73	
Seznam použitých zdrojů a literatury	76	
Seznam obrázků	81	
Seznam použitých tabulek	81	
Seznam příloh	81	
Přílohy	82	

Úvod

Každá závažná nemoc představuje v životě člověka náročnou životní situaci. Mezi závažné nemoci se řadí i onkologické onemocnění. Jedinci se během něho musí vypořádávat se spoustou fyzických, ale i psychických problémů. Již samotné sdělení diagnózy je psychicky náročné a vyvolává v člověku mnoho pocitů, kterými může být například šok, strach či bezmoc. Následně se musí vyrovnávat se spoustou bolesti a negativních pocitů během léčby. Proto pacienti využívají k vyrovnávání se svou nemocí řadu copingových strategií. Nemoc ale většinou ovlivňuje život jedince i po úspěšném vyléčení se z ní. Na onkologické onemocnění lze ale mimo jeho strašlivou podstatu nahlížet i jako na transformační příležitost. Mnoho lidí totiž zažívá po nemoci posttraumatický růst a začne se na život dívat jiným způsobem.

Dle statistik postihne každého 3. člověka v České republice v jeho životě onkologické onemocnění. Dohromady u nás v zemi žije asi 600 000 osob s aktuálním nádorem ve svém těle nebo jím byli v minulosti zasaženi (Národní onkologický program, 2022).

S touto skutečností se setkávám i ve svém každodenním životě. Mnoho přátel mých rodinných příslušníků trpělo, nebo nyní trpí touto nemocí. Tito lidé si museli projít náročným obdobím a využívali během něho své nejhlubší síly, aby ho překonali. Proto si myslím, že je důležité vzít v potaz jejich zkušenost.

Tato bakalářská práce se zabývá právě zmapováním zkušenosti lidí, kteří v minulosti onemocněli onkologickým onemocněním a následně se z něj vyléčili. Nahlíží na tuto zkušenost jako na náročnou životní situaci a snaží se pochopit, jakým způsobem prožívají lidé její jednotlivé fáze a jak se s ní vyrovnávají. Práce se skládá z části teoretické a praktické.

Část teoretickou tvoří tři kapitoly a je vstupní cestou do dané problematiky onkologického onemocnění. Nejprve jsou uvedeny důležité aspekty související s onkologickým onemocněním. Dále jsou vyjmenovány jednotlivé zvládací strategie, které lze při vyrovnávání se s rakovinou uplatňovat. Nakonec je popsán samotný proces vyrovnávání se s touto nemocí od sdělení diagnózy až po případnou recidivu.

Praktická část představuje výzkum bakalářské práce. Popisuje cíl výzkumu, stanovené výzkumné otázky a vzniklé výsledky. Ve výzkumu byl použit kvalitativní design. V rámci něho jsem uskutečnila rozhovory s pěti lidmi majícími vlastní zkušenost s onkologickým onemocněním.

I. Teoretická část

1. Onkologické onemocnění jako náročná životní situace

Onkologické onemocnění se řadí mezi náročné životní situace. V rámci náročných životních situací o něm můžeme hovořit jako o krizi.

1.1 Krize

Pojmem krize se obecně pojmenovávají situace, ve kterých nastává rapidní změna, na niž musíme určitým způsobem reagovat. Přičemž naše dosavadní strategie zvládání úplně nefungují, což s sebou přináší negativní emoce. Jedinec krizi hodnotí jako velmi nepříznivou situaci, protože její nároky převyšují jeho schopnosti zvládání (Špatenková et al., 2017). Situační krize znamená událost, která je spuštěna nepředvídatelným stresem, vyvolaným většinou vnějšími faktory. Může se jednat například o krize spojené se ztrátou, například ztrátu zdraví, blízkého člověka či nemohoucnost pokračovat v různých činnostech, dále potom o změnu a volbu. Rahe a Holmes (1967) sestavili tabulku stresových událostí, kde se vážné onemocnění umísťuje na šestém místě (in Vodáčková, 2012).

1.2 Nádorové onemocnění

Nemoc

Zdraví se dle WHO definuje jako: „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen nepřítomnost nemoci či vady“ (Masarykova univerzita, 2016, s. 1). V lidovém pojetí se nemoc považuje za opak zdraví (Křivohlavý, 2002). Avšak skutečná definice nemoci zní takto: „Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů“ (Masarykova univerzita, 2016, s. 1). Onkologické onemocnění se považuje za nemoc.

Nádorové onemocnění se obecně označuje jako rakovina (Tschuchke, 2004). Pojem rakovina je odvozen od řeckého slova karkinos neboli rak, či onkos neboli krab. (Hofmanová, 2013). „Poprvé zvířecí metaforu raka jako označení pro toto onemocnění použil Galen, který si údajně všiml, že ženám s karcinomem prsu se na prsou objevuje

obraz podobný rakovi.“ (Bahnson, 1997 in Tschuchke, 2004, s. 13). Onkologie je poté věda zabývající se nádory.

Jedná se o onemocnění, které je nejobávanější ze všech lékařských diagnóz. Pokud se totiž, ať již jde o jakékoliv formy, nebude léčit, povede nepochybně k předčasné smrti organismu (Tschuchke, 2004).

Dle WHO je rakovina jednou z hlavních příčin úmrtnosti na celém světě, v roce 2020 způsobila přibližně 10 milionů úmrtí (Valand et al., 2022).

Přestože existují i jiná těžká chronická onemocnění vedoucí k zániku člověka, pojem rakovina téměř vždy vyvolává metaforickou asociaci představující právě konečnost života. Z pohledu medicíny se jedná o nejrůznější formy zhoubného buněčného bujení, které mají většinou velmi různé prognózy a pravděpodobně i rozdílné příčiny vzniku (Tschuchke, 2004).

Zároveň má každé onemocnění i odlišný průběh. Záleží na tom, o jaký druh nádoru se jedná, na věku, stavu a jakým způsobem je pacient léčen (Tschuchke, 2004).

V současné době je rakovina závažným problémem na celém světě. Předpokládá se, že výskyt onkologického onemocnění se bude nadále zvyšovat. Do roku 2025 by měl roční přírůstek činit 20 milionů nových případů rakoviny. Lékaři v celé Evropě nejčastěji diagnostikují rakovinu prsu u žen, tlustého střeva, prostaty u mužů a plic. Poslední zmiňovaný druh rakoviny je současně i hlavní příčinnou úmrtnosti ve světě (Zugazagoitia et. al., 2016).

1.2.1 Vznik a rozvoj nádorů

Proces vzniku a rozvoje nádorového onemocnění se nazývá karcinogeneze, kancerogeneze, onkogeneze či tumorigeneze. Nádory vznikají z vlastní tkáně člověka. Tkáň zodpovědná za rakovinu je však abnormální, tj. nemá fyziologickou funkci a roste nekontrolovatelným způsobem. Zdravá buňka má daný tvar a strukturu a ve společnosti dalších buněk správně funguje. Maligní buňka již nemá přesný tvar, nereaguje na vnější signály a nekontrolovatelně se dělí. Buňky maligní jednak poškozují i zdravé buňky okolo sebe, ale také můžou pronikat do orgánů a zde metastazovat tzv. osidlovat i tkáně v jiných částech těla. Onkologickému onemocnění mohou podlehnout až na výjimky všechny tkáně v těle. Nebezpečnou se stává situace, kdy nádory maligních buněk narušují tkáně a orgány, které jsou důležité pro přežití organismu (Hofmanová, 2013).

1.2.2 Příčiny vzniku nádorů

Jednou z příčin vzniku mutací je dědičnost genů způsobujících rakovinu. Obvykle totiž uplynou desítky let předtím, než lidé nasbírají dostatečně mnoho mutací k malignímu růstu. U jedinců, kteří mají zděděné geny způsobující rakovinu, je tato doba kratší. V případě, že zárodečná buňka rodiče obsahuje mutaci, tutéž mutaci obsahují u dítěte všechny buňky těla. Následná pravděpodobnost vzniku nádoru je vysoká (Hofmanová, 2013). Existuje tzv. familiární výskyt určitého nádoru. To znamená, že stejný typ nádorů se opakuje vícekrát v rámci rodiny. Zjištění familiárního výskytu je prospěšné, jelikož na jeho základě lze včasné zahájit preventivní kontroly (Vorlíček et al., 2012).

Studie, které se zabývaly vznikem nádorů, zjistily, že genetika má vinu jen z části. Na vzniku se společně s ní podílí i faktory okolního prostředí. Dokonce se předpokládá, že za vznik a rozvoj některých nádorů můžou až z 80 % právě externí faktory a pouze z 20 % faktory genetické a spontánní mutace (Hofmanová, 2013).

Vnější příčiny nádorového onemocnění je možné ve svém životě omezovat, a tím pádem ovlivňovat jeho vznik. Mezi externí faktory patří prostředí, ve kterém člověk žije a v něm obsažené škodlivé látky jako polutanty, chemické látky a viry. Ohroženi jsou například pracovníci, kteří dlouhodobě pracují s azbestem, chlorovanými uhlovodíky atd. Nebezpečné je také ionizující a UV záření. Rizikovým faktorem může být nezdravý životní styl. Převážně požívání alkoholu, drog a kouření cigaret. Konkrétně kouření je nepochybně zásadní příčinou vzniku nádorů. V Evropě je 29-38 % nádorů způsobeno právě kouřením. Nejčastěji rakovina plic, u mužů je to 87-91 % a u žen 57-86 %. Dále potom ale i rakovina prsu. Tvoření nádorů však způsobuje i kouření pasivní (Fiala, 2011). Neodmyslitelnou roli hraje také výživa tvořená vyváženým složením vitamínů, vlákniny získané především ze zeleniny a ovoce, a tuků. Spekuluje se, že určitou roli by v příčinách vzniku nádorů mohly mít i látky, které vznikají při výrobě, zpracování a uchovávání potravin. Výrobci přidávají do potravin různé látky jako modifikované škroby, přidané cukry, umělá sladidla atd. při jejich zpracovávání. Z výsledků různých studií je však patrné, že nelze těmto faktorům karcinogenitu přisuzovat (Fiala, 2011). Důležitá je pohybová aktivita, jelikož zvyšuje imunitu jedince, a to může snižovat výskyt nádoru. Kombinace nesprávného stravování projevujícího se převážně nadměrnou konzumací jídla a nedostatek volného pohybu má většinou za následek

obezitu. Obezita je dalším faktorem, který zvyšuje riziko vzniku nádorů (Vorlíček et al. 2012).

1.2.3 Druhy nádorů

Obecně se nádory dělí na dva základní, jimiž jsou benigní a maligní. Nádor benigní neboli česky nezhoubný, připomíná svým vzhledem zralou tkáň, avšak ve skutečnosti tomu tak není. Buňky jsou velmi namnoženy a ostře ohraničeny od okolní tkáně. Nádory maligní se česky nazývají zhoubné. Jak jsem již zmiňovala v předešlé podkapitole, jsou to nádory, které se krví nebo lymfou dostávají do různých míst po celém těle. Zde tvoří tzv. sekundární nádory, tedy metastázy. Častější jsou nádory zhoubné. Tyto nádory jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v rozvojových zemích (Hofmanová, 2013).

1.2.4 Psychologické příčiny onkologického onemocnění

Již ve starověku se objevoval názor, že existuje určitý vztah mezi povahou osobnosti a vznikem rakoviny. Tato domněnka měla však na pacienta negativní vliv, jelikož vedla k tomu, že lidem byla za vznik jejich onemocnění připisována vina (Tschuchke, 2004).

Lidé ve svých úvahách nacházejí úzkou souvislost mezi vznikem onkologického onemocnění a psychickým stavem člověka. Hodně lidí nachází zpětně vysvětlení pro vznik svého onemocnění například traumatickými zážitky a událostmi, které se jim v životě staly. Mezi tyto události se řadí rozvod či opuštění partnerem, ztráta blízkého člověka nebo ztráta zaměstnání. Prováděla se řada retrospektivních studií, které dokázaly, že 60 % onkologicky nemocných lidí trpělo několik let před vznikem psychickým přetížením. Převážně se jednalo o pocity vlastní viny a nedostatečné zpracování události (Angenendt et al., 2010).

Jak jsem již zmiňovala, mezi psychosociální příčiny vzniku onkologického onemocnění patří bezesporu narušená sociální opora. K narušení sociální opory může dojít kvůli ztrátě blízké osoby, která vede často k depresi. Nezáleží přitom na tom, zda se tato bolestivá zkušenost stala již v dětství či těsně v době před vznikem onemocnění (Blatný, 2008).

Kebza a Šolcová (2006) zmiňují studii, ve které se přišlo na to, že zejména ženy jsou v tomto ohledu náchylnější, a to konkrétně ke vzniku rakoviny prsu. Velký vliv na její vznik u nich má kombinace negativních životních událostí a málo emoční sociální podpory.

Angenendt et al. (2010) udávají, že psychická a sociální zátěž nepřímo, prostřednictvím lidských zlovyků, podporuje vznik onemocnění. Za tyto zlovyky je považována nadměrná konzumace alkoholu, kouření, drogy, špatné stravování, nedostatek odpočinku a pohybu. Ty potom způsobují psychický stres, který vede k závislostem, narušenému spánku a rychlému stravování.

Jinou psychosociální příčinou je stres. Je vědecky dokázáno, že emoční stav ovlivňuje imunitní systém. Veškeré emoční procesy se totiž ihned odrazí na organismu (Angenendt et al., 2010).

Osobnost typu C

Osobnost typu C je osobnostní typ, který je považován za rizikový pro vznik rakoviny, horší průběh onemocnění a vyrovnávání se s ním než jiné osobnostní typy (Blatný, 2008). „V anglicky psané literatuře se též používá pojem „cancer-prone personality“, tedy k rakovině disponovaná osobnost.“ (Blatný, 2008, s. 639). Vyznačuje se depresivitou, malým emočním vyjadřováním, tedy sklon potlačovat v sobě negativní emoce jako jsou úzkost a hněv, těžkým vyrovnáváním se se stresem a prožívání bezmoci a beznaděje. Téměř už půl století se zkoumá souvislost mezi osobností a vznikem onkologického onemocnění. Nejspíše nelze hovořit přímo o cancer personality, protože se nedokázal vztah mezi specifickou osobností a vznikem rakoviny. Nemělo by se však úplně zanevřít na zmíněné osobnostní vlastnosti, které mohou být rizikovými faktory (Blatný, 2008).

1.2.5 Psychoonkologická léčba

Pacient

Člověk se pacientem stává až v průběhu života. Změna ze zdravého člověka v pacienta s sebou nese mnoho fyzických i psychických obtíží. Ve chvíli, kdy se jedinec stane pacientem, se předpokládá, že bude se svou nemocí bojovat (Křivohlavý, 2002).

Medicínská léčba rakoviny zahrnuje chirurgický zákrok, chemoterapii, radioterapii, léčbu hormonální a biologickou (Hoffmanová, 2013; Coufal, 2011). Tyto druhy medicínské léčby s sebou však nesou mnoho závažných nežádoucích účinků a dochází k zhoršování kvality života pacienta (Vorlíček et al., 2012). Proto Hoffmanová (2013) tvrdí, že důležitou roli hraje i podpůrná léčba, jejímž cílem je, aby měl pacient i přes problémy vyvolané nádorem a léčbou co nejlepší kvalitu života. Z toho důvodů existuje psychoonkologie.

„Psychoonkologie je profesionální doprovázení a léčba psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm.“ (Angenendt et al., 2010, s. 20). Základem psychoonkologických intervencí je snaha porozumět tomu, jaké copingové strategie mohou být využívány při boji s onkologickým onemocněním (Bahcivan et al., 2021).

Psychologická pomoc pro lidi trpící onkologickým onemocněním je poměrně nová záležitost. Její vznik se datuje od roku 1984, kdy v USA byl inspirován objevem, že sociální podpora má silný vliv na průběh nemoci. Proces od sdělení diagnózy až po samotnou léčbu, kterým musí každý pacient projít, je sám o sobě velmi náročnou situací především po psychické stránce. Proto zpravidla pacient sám vyhledá psychologickou pomoc, nebo mu ji doporučí jeho onkolog, pokud cítí, že mu s jeho psychickými a tělesnými stavy nedokáže pomoci (Brezinová et al., 2015; Tschuchke, 2004).

Skutečnost, že psychoonkologické metody jsou nápomocné ve zlepšování duševní a tělesné stránky pacienta, není zcela vědecky prokázána z důvodu nedostatečných podmínek pro výzkum. Avšak existuje mnoho případů lidí, u kterých jsou účinky psychoonkologického poradenství viditelné, hlavně u pacientek s rakovinou prsu (Angenendt et al., 2010).

Například v Německu je psychosociální poradenství a intervence součástí moderní terapie onkologického onemocnění (Weis, 2007).

Cílem psychoonkologického poradenství je zlepšení psychické situace, osvojení obranných strategií, zvládání krizí, zlepšení sociálních vztahů a aktivit, podpora při hledání nových životních cílů. Jak zmiňuji výše, vliv psychoonkologického poradenství na duševní zdraví pacienta se sice zatím nemůže považovat za evidentní, ale vybrané kvalitní studie dokazují, že má příznivé výsledky v redukci stresu a úzkosti (Angenendt et al., 2010).

Tschuchke (2004) rozděluje dva druhy psychoonkologické léčby. Když je člověku sdělena diagnóza rakoviny, v podstatě každý zažije životní krizi. V tomto případě může být poskytnuta forma léčby, jíž je krizová intervence. U ní je snaha o co nejrychlejší vrácení pacienta do původního stavu. Druhá forma léčby je psychoterapeutická. Jejím úkolem je vyslechnout pacientovy pocity jako je strach a myšlenky ohledně toho, jak léčba dopadne. Může být jak individuální, tak skupinová.

Bahcivan et al. (2021) tvrdí, že nejúčinnější formou psychoterapie je kognitivně-behaviorální terapie, která se ukázala jako nejúčinnější v boji proti stresu a úzkosti, souvisejícími s rakovinou.

2. Vyrovnávání se s onkologickým onemocněním (coping)

Coping (česky zvládání) se obecně týká kognitivního a behaviorálního úsilí vyvinutého ke zvládnutí situací, které jsou vyhodnoceny jako namáhavé či přesahující osobní zdroje (Soderstrom, 2000). Lazarus (1966) definoval zvládání jako: „Proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (in Křivohlavý, 2001, str. 69). Lovašová (2018) popisuje coping jako určitý boj, ve kterém jedinec nemá mnoho znalostí o tom, jak řešit životní krize, a tak zkouší nacházet přijatelná řešení.

Konkrétně zvládací strategie nemoci dělíme podobně na aktivní a pasivní. Aktivní strategie jsou zaměřeny na řešení problémů, tedy činění něco pro to, aby se změnila hrozba nemoci. Je nutno podotknout, že pacient podniká jednotlivé kroky na základě vlastních rozhodnutí. Mezi aktivní strategie se řadí návštěva lékaře, vyhledávání rad a informací, přijetí nemoci, podstupování vhodné léčby, např. rozhodnutí jít na operaci, vyhledávání podpory, bojové nastavení a zvládání emocionální tísně, jež je spojena s nemocí (Křivohlavý, 2002; Angenendt et al., 2010; Chen & Chang, 2012).

Křivohlavý (2002, s.35) popisuje ještě i pasivní strategie a nazývá je konkrétně „únikové či vyhýbavé“, které jsou charakteristické únikem před řešením, ale dodává, že i ty mohou být někdy prospěšné v případě sbírání psychické síly vůči očekávané zátěži. Řadí mezi ně obranné mechanismy, a to potlačení či represi.

Lazarus a Folkman (1984) stanovují seznam strategií zvládání těžkostí:

- „konfrontační způsob zvládání,
- snaha vyhnout se situaci,
- plánované hledání řešení problémů,
- uklidnění emocí,
- hledání pozitivních stránek,
- distancování se od situace,
- hledání sociální opory,
- přijetí osobní odpovědnosti za situaci“ (in Dostálová, 2018, s. 47)

Lazarus (1993, 1994) stanovil dva typy copingu. Coping zaměřený na problém (problém-focused coping), prostřednictvím, něhož se člověk snaží zlepšit situaci pomocí

změny vlastního chování a okolností. Druhým typem je coping zaměřený na emoce (emotion-focused coping), při kterém se jedinec pokouší zvládnout emoce tak, aby nezasahovaly negativním způsobem do vztahů s ostatními lidmi (in Paulík, 2017). Coping zaměřený na emoce se připodobňuje právě k obranným mechanismům (Lazarus, R. & Folkman, S., 1984).

2.1 Studie zaměřené na strategie zvládání onkologického onemocnění

V tomto případě se zabýváme zvládáním náročné životní situace, jež je nemoc, a to konkrétně onkologické onemocnění. Studie ukazují, že coping hraje významnou roli v psychosociální adaptaci na chronická onemocnění a postižení, včetně rakoviny. Lidé používají širokou škálu snah o zvládání a tyto snahy jsou přímo i nepřímo spojeny s psychosociální adaptací (Ginossar et al., 2015).

Křivohlavý (2002) upozorňuje na fakt, že pacient se musí bezprostředně vyrovnat jak nejprve se zjištěním diagnózy, tak poté s celkovým procesem nemoci. Proces zvládání začíná tedy již samotným zpracováním diagnózy. Dle Visser (2010) klade rakovina na pacienta značné nároky, jako je nutnost vypořádat se s fyzickými symptomy, vedlejšími účinky léčby, změnami ve vztazích a sebeobrazu, nejistotou ohledně budoucnosti a zranitelností.

Antoni & Lutgendorf (2007) ve svých studiích objevili skutečnost, že vývoj a výsledek onkologického onemocnění lze ovlivnit psychosociálními faktory. Stres, depresivní nálada a absence sociální podpory mají negativní vliv na vývoj rakoviny. Naproti tomu pozitivní zvládání, které zahrnuje postoj bojového ducha, optimismus, přijetí, vyjádření pocitů, používání humoru, nalezení pozitivních přínosů nemoci a sociální podpora souvisejí s delším přežitím rakoviny. Angenendt et al. (2010) vysvětluje, že tyto faktory totiž způsobují redukci úzkosti, zoufalství, stresu a deprese.

Kilbane et al. (2021) zkoumali copingové strategie u pacientů, kteří trpěli rakovinou jícnu. Zjištěné strategie rozdělili na adaptivní a maladaptivní. Mezi strategie adaptivní patřilo přijetí nemoci, aktivní zvládání, emocionální podpora. Do maladaptivních strategií přidali mimo popírání i zneužívání návykových látek. Ve výsledcích jim vyšel významně vyšší počet používání adaptivních strategií. Nejvíce zastoupenou adaptivní strategií bylo přijetí, kterou využilo 97 % pacientů. Hned poté se

umístila emocionální podpora, identifikovaná u 79,1 %. Dalším bylo pozitivní přerámování používané 70 %, aktivní zvládání 60,5 %, náboženství a stejně tak plánování 53,5 %, 46 % instrumentální podpora a 30, 2 % humor. Maladaptivní strategie jako sebeobviňování, popírání a zneužívání látek se vyskytovaly vždy maximálně u 20 % pacientů.

Brunault et al. (2015) prováděli výzkum s pacientkami postiženými rakovinou prsu v časovém rozmezí 7 měsíců od sdělení diagnózy. Zjistili, že vyhýbavé neboli pasivní strategie, které vedou jedince k činnostem a duševním stavům bránícím přímému řešení stresových událostí jako například malé přijetí diagnózy, sebeobviňování a pesimismus, jsou spojeny s nižší kvalitou života nemocných. Mezi přímé řešení související s vyšší kvalitou života patří plné přijetí diagnózy a pozitivní přerámování.

Výzkumy prokázaly, že mezi pozitivní strategie zvládání se řadí převážně vyjádření emocí. Současně také ukázaly, že ženy kladou na emoční zvládání větší důraz. Jako příklad můžeme uvést studii, ve které se zkoumaly copingové strategie žen s rakovinou prsu a vaječníků. Ženy s oběma typy diagnózy připisovaly vysokou důležitost emocionální podpoře a poskytování informací od lékařů. Pacientky trpící rakovinou prsu využívaly o něco více strategie zaměřené na problém (Ginossar et al., 2015).

Bahcivan et al. (2021) zkoumali copingové strategie na turecké populaci postižené rakovinou a naopak zjistili, že neexistuje rozdíl mezi strategiemi zvládání podle pohlaví ani typu rakoviny, vždy je velmi účinné pozitivní zaměření pacientů, které vede ke snižování stresu. Tyto výsledky byly v souladu s předchozím výzkumem, jenž poukázal na posilující účinek pozitivních emocí, nálady, psychické odolnosti.

Osobnost

Kreitler (2019) také poukazuje na studie, které ukazují, že coping je do určité míry ovlivněn osobnostními dispozicemi a rysy.

Například studie od Carver & Smith (2010), jež konstatuje, že osobnostní rysy jako optimismus, extraverte, svědomitost a otevřenost ke zkušenosti souvisí s více angažovaným zvládáním. Naopak neuroticismu, který předpovídá méně pozitivních účinků, více úzkosti a deprese, bylo připisováno menší zapojení se do copingu s nemocí.

Dále však Kreiter (2019) upozorňuje, že optimismus může být považován jak za osobnostní rys, tak samotný mechanismus zvládnání. Pozitivními rysy osobnosti se dále zabývám v kapitole psychické odolnosti.

Chen & Chang (2012) ve své studii došli k závěru, že lidé trpící rakovinou využívají různé vyrovnávací procesy vytvořené ze silných osobnostních stránek a postojů, jako například pozitivní přijetí diagnózy, díky nimž jsou schopni lépe se vyrovnávat s životem s rakovinou.

Optimismus

Jak již bylo zmíněno, optimismus patří mezi zvládací strategie a zároveň je součástí osobnosti. Carver a Scheier (2002) mluví o tzv. „dispozičním optimismu“, který považují za stálou osobnostní charakteristiku (in Slezáčková, 2012, s. 70). O optimismu hovoří v souvislosti se zvládnáním náročných životních situací. Ti, kteří jsou optimističtí, věří, že vše dopadne dobře, a tak se u nich projevuje méně stresu, úzkosti a deprese než u pesimistů (Slezáčková, 2012).

Carver & Connor-Smith (2010) vyzkoumali, že optimismus široce koresponduje s aktivním zvládnáním, a tudíž strategiemi zaměřenými na problém jako je plánování či hledání instrumentální podpory. Dále potom také s reakcemi zaměřenými na emoce jako například přijetí těžké události. Optimismus tedy podle očekávání předpovídá aktivní pokusy o změnu a přizpůsobení se stresovým okolnostem.

Hodges & Winstanley (2012) zjistili přímé působení optimismu na kvalitu života během rakoviny, neboť udržuje dobrou náladu. Optimističtí jedinci projevují větší bojovnost během léčby. Bojovně nastavení jedinci více vyhledávají sociální podporu a léčba má u nich pravděpodobně pozitivnější účinek, i když pravý důvod připisují pacienti klinické léčbě, spíše než vlastnímu nastavení.

Humor

Křivohlavý (2002, s. 104) řadí humor mezi „taktiky“, tedy drobnější postupy zvládnání životních těžkostí. Myslí si, že humor hraje velice podstatou roli ve zlepšování psychiky pacienta. Každý člověk má určitý smysl pro humor, a právě ten, který je pro něho typický, mu pomůže nejvíce. Angenendt et al. (2010) udává příklady humoru z onkologické praxe. U pacientů se projevoval v podobě úsměvných poznámek o nemoci, avšak i přesto si svoji nemoc uvědomovali a nebrali ji na lehkou váhu. V některých publikacích se humor považuje za obranný mechanismus.

Komunikace

Pacienti, kteří dokáží vyjádřit své vlastní pocity, zvládají lépe svou nemoc (coping). Na zvládání má naopak špatný vliv vyhýbání se a potlačování myšlenek týkajících se rakoviny (Tschuchke, 2004).

Ukázalo se, že styly zvládání charakterizované otevřenou a konstruktivní komunikací související s rakovinou mají dobrý vliv i na vztahové fungování během zvládání této náročné situace (Traa et al., 2014).

2.2 Psychická odolnost

V souvislosti se zvládáním stresu ohledně rakoviny se hovoří i o tzv. psychické odolnosti (Dostálová, 2018).

Paulík (2017) se zabývá konceptem psychické odolnosti a uvádí, že se jedná o vrozenou nebo získanou vlastnost, díky níž jedinec lépe zvládá zátěž. Můžeme na ni nahlížet jako na osobnostní rys nebo jako na proces. Pro přizpůsobení se zátěži je klíčové vzájemné působení dispozic osobnosti a prostředí. V těchto procesech osobnost aplikuje své dovednosti, schopnosti, zkušenosti a možnosti v situaci k řešení problémů a redukování stresu týkající se zátěžových situací. S psychickou odolností se spojují také pojmy resilience, hardiness, locus of control a self-efficacy.

Resilience

V některých publikacích se pojem resilience zaměňuje s konceptem odolnost, někdy se spíše považuje za druh nadřazené odolnosti. Při definování resilience je důležité zmínit její plasticitu, pružnost a flexibilitu, díky které je jedinec schopen efektivně se adaptovat na zátěžové situace. Z toho mnozí autoři nepovažují v tomto ohledu zátěžovou situaci za něco špatného, ale za výzvu. Hlavními atributy resilience jsou obnovení zdraví, cesta zpět do normálního stavu, pozitivní interpersonální vztahy a sociální opora, sebevědomí, smysl pro humor a self-efficacy (Paulík, 2017).

Odolnost je schopnost jedince udržet nebo obnovit relativně stabilní psychické a fyzické fungování, když je konfrontován se stresujícími životními událostmi a nepřízní osudu (Seiler & Jenewein, 2019).

Dostálová (2018, s. 48) ji formuluje tak, že „resilience je unikátní individuální způsob, jakým se člověk vyrovnává a vypořádává pozitivním způsobem s negativními okolnostmi, jimž musí čelit.“

Hardiness

Hardiness je pojetí odolnosti, nazývané také nezdolnost, označující osobnostní předpoklady, které zvyšují schopnost vzdorovat onemocnění (Kebza & Šolcová, 2008).

Obsahuje tři složky, kontrolu, výzvu a závazek. Při kontrole má člověk víru v to, že existuje možnost situaci zvládnout a na základě toho činí jednotlivé kroky ke zvládnání. Pomocí závazku se jedinec hluboce ponoří do činnosti a flexibilitou se má na mysli pružný postoj k případné změně chování (Dostálová, 2018).

Ve výzkumech se dokázalo, že lidem, kteří mají vysoké hardiness, snadnějším způsobem zvládají zdravotní komplikace, disponují lepším psychickým stavem, používají spíše efektivní copingové strategie a nebrání se přijímání sociální podpory (Slezáčková, 2012).

Locus of control

Locus of control neboli ohnisko kontroly, který původně objevil Julian Rotter, je považován za pozitivní rys osobnosti. Jedná se o způsob, jakým jedinec zaujímá postoj k problémům. Rozlišují se dva typy locus of control, konkrétně interní a externí. Osoby vykazující interní locus of control jsou přesvědčeny o vysoké úrovni svých schopností a dovedností, přistupují k řešení problémů z vnitřní iniciativy. Naproti tomu externí locus of control se projevuje sklonem lidí předpokládat, že není v jejich moci, nýbrž v moci vnějších faktorů situaci ovlivňovat (Slezáčková, 2012).

Self-efficacy

Self-efficacy se zabýval Albert Bandura, který také samotný pojem zavedl. V češtině se pro něj nejvíce používá výraz vnímaná osobní zdatnost. Znamená víru ve své vlastní schopnosti ovlivňovat a regulovat události kolem sebe (Slezáčková, 2012).

Ziętalewicz et al. (2016) prováděli studie u onkologických pacientů, jejichž cíli bylo zkoumání role self-efficacy ve vztahu k adaptaci na rakovinu a chronickou bolest. Vyšší self-efficacy může být spojena s lepší adaptací na chronické onemocnění. Dle Bandurovy teorie tento faktor umožňuje předpovědět, zda bude člověkem zahájen aktivní způsob zvládnání, kolik úsilí vynaloží na jeho realizaci a jak dlouho si chování

navzdory nepřízní osudu udrží. Nízká self-efficacy by měla být spojena s horší adaptací na nemoc. Navíc, čím nižší je pocit vnímání osobní zdatnosti, tím negativnější jsou pacientovy emoce a silnější bolest. Ve studii se tato očekávání potvrdila. Výsledky studie provedené na 152 pacientech trpících rakovinou plic ukázaly, že nízká self-efficacy je opravdu spojena s vyšší bolestí, únavou, depresí a úzkostí. Dále například studie na 87 ženách s rakovinou prsu dokazuje, že vysoká vnímaná zdatnost podmiňuje nižší intenzitu negativních emocí. Jiná studie zahrnovala 42 pacientů s rakovinou a potvrdilo se v ní spojení vysoké self-efficacy s lepší adaptací na nemoc. Lepší adaptace obsahovala nižší intenzitu negativních emocí a bezproblémové každodenní fungování týkající se pečování o sebe, přípravy jídla a udržování sociálních vztahů bez ohledu na onemocnění.

2.3 Coping Osobnosti typu C vs. fighting spirit

Je důležité říci, že každý člověk je jiný, má jinou osobnost, a proto vnímá, reaguje a zvládá stres jiným způsobem. Na základě rozdílů v struktuře osobnosti je možné ji rozdělit na typ osobnosti A, B, C a D (Lovašová, 2018). Pro nás je důležitý typ osobnosti C, jelikož se často dává do spojitosti s copingem nádorového onemocnění.

Lovašová (2018) nadále popisuje příznačné charakteristiky copingu osobnosti typu C. Hlavním znakem copingu této osobnosti je snaha ubezpečit ostatní lidi o tom, že je dotyčný člověk v pořádku, namísto zajímání se o reagování svého těla na právě prožívaný stres. Proto se stává, že jedinec tímto způsobem plýtvá svými silami, které potom nepoužívá na zvládnání situace.

Další charakteristikou osobnosti typu C je využívání obranných mechanismů, zejména potlačení a popření, které vedou k neschopnosti verbalizace a projevení negativních emocí jako například hněvu. Zároveň také kontrola všech emocí a touha potěšit ostatní i na úkor vlastních potřeb. Kvůli narušeným endokrinním a imunitním reakcím na chronický stres spojený s diagnózou rakoviny je pro tento typ osobnosti obtížné bránit se onemocnění již při jeho nástupu (Zetu et al., 2012).

Osobnost typu C se staví ve způsobu zvládnání naproti tzv. fighting spirit neboli bojovému nastavení. Tyto dvě formy nastavení se dají považovat za protiklady, tzv. aktivní a pasivní reakce na přijetí nádorového onemocnění. U osobnosti typu C můžeme očekávat pasivní přijetí, jelikož má sklon k depresivnímu, beznadějnému

a bezmocnému reagování. Naopak osoby s bojovým nastavením jsou typické optimistickým přístupem, rozhodností a sebevědomím (Tschuchke, 2004).

Studie Yeung & Lu (2013) sledovaly postoj bojového ducha u 238 pacientů trpících rakovinou. Došly k závěru, že kvalita života pacientů byla pozitivně ovlivněna právě bojovým nastavením, které někteří vykazovali. Horší kvalitu života měli ti pacienti, již se klonili k fatalismu. Fatalismus lze připodobnit pesimismu, jelikož pokud člověk preferuje takovýto pohled na událost, nepokouší se zvrátit negativní situaci, ve které se nachází (Housepsych.com).

2.4 Obranné mechanismy

Kreitler (2019) upozorňuje na skutečnost, že obranný mechanismus je konstrukt, který je potřeba odlišit od copingu. Rozdíl mezi obrannými a copingovými mechanismy je takový, že obranné jsou procesy aktivované nevědomě, zatímco copingové vědomě, většinou pod kontrolou jednotlivce.

Koncept obranných mechanismů má kořeny v psychoanalýze, konkrétně se jimi zabíral Sigmund Freud, který přišel na deset a posléze k nim jeho dcera Anna dodala další. Jsou od toho, aby vytěsnily negativní pocity a fantazie do nevědomí a ochránily jedince před narušením sebepojetí, tj. před strachem, úzkostí, ztrátou duševní rovnováhy (Angenedt et al., 2010; Paulík, 2017; Vymětal, 2003). „Jejich základem je změna (mnohdy zkreslení) hodnocení a prožívání vnímané reality.“ (Paulík, 2017, s. 115).

Lidé, kteří trpí život ohrožujícím onemocněním, jako například v našem případě rakovinou, si nevědomě tvoří různé obranné mechanismy (Angenedt et al., 2010). Giuseppe et al. (2018) souhlasí, když říkají, že konfrontace s důkazem diagnostikované rakoviny vede k silnému rozrušení. Ke snížení úzkosti vyvolané bolestivými emocemi spojenými s nemocí aktivuje člověk nedobrovolně automatické psychologické procesy, tedy obranné mechanismy.

Na druhé straně Angenedt et al. (2010) tvrdí, že obranné mechanismy jsou typické při rychlém nástupu onemocnění, aby posloužily k ochraně psychiky nemocného. V průběhu by se měly postupně vytrácet, jelikož mohou spíše zotavení stěžovat.

Giuseppe et al. (2018) se ve své studii zaměřili na obranné mechanismy používané pacienty s rakovinou. Konstatují, že hojně používaným obranným mechanismem u těchto pacientů je **popírání (denial)**. Pacienti používající popírání

odmítají, ignorují a minimalizují důležitost informací, které jim jsou o nemoci poskytovány, v některých případech dokonce popírají znalost diagnózy. Křivohlavý (2002, s. 106) ho popisuje tak, že: „Pacient si zakazuje o určité věci myslet, hovořit, slyšet.“ Navzdory důkazům, že ignorování nebo minimalizace vážného onemocnění může způsobit zpoždění při hledání léčby a špatné dodržování lékařských doporučení, bylo prokázáno, že souvisí s lepším fyzickým a duševním zdravím a nižší úrovní úzkosti. Je však nutno podotknout, že odpovědi byly získávány pomocí subjektivního názoru nemocného, takže je možné, že popírání jim znemožnilo vnímat správně jejich zdravotní stav. Popírání bylo zjištěno zejména jako první reakce na zprávu o diagnóze rakoviny (Giuseppe et al., 2018).

Dalším významným mechanismem byla **represe (potlačení)**, která je charakterizovaná tak, že se z vědomí vytěsňují věci, které se ve skutečnosti dějí. V praxi se projevuje například tak, že člověk zapomene na důležitou schůzku s lékařem. Represe také umožňuje osobě zažít konkrétní afekty, impulsy a touhy, aniž by si uvědomovala, co je způsobilo (Giuseppe et al., 2018; Křivohlavý, 2002).

Známým obranným mechanismem je **projekce**. Vymětal (2003, s. 65) ji definuje tak, že: „Do druhého člověka promítáme, tedy přisuzujeme mu vlastnosti, motivy, úmysly, názory apod., a tak se jich zároveň zbavujeme.“ Většinou se jedná o věci, které jsou negativní a nepříjemné. V souvislosti s onkologickým onemocněním se může jednat o situace, kdy pacient přesune svoji úzkost na lékaře (Angenedt et al., 2010).

Do kategorie obran popřením patří kromě popírání a projekce také **racionalizace** (Angenedt et al., 2010). Hartl (2004, s. 221) ji popisuje jako „realitě neodpovídající rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřijatelné.“ Vymětal (2003) uvádí pacientku, která používala racionalizaci, když se léčila na radioterapii a namlouvala si, že vše podstupuje kvůli prevenci.

V kontextu s racionalizací je vhodné zmínit i **intelektualizaci**, která je jí celkem podobná. Hartlova (2004, s. 97) definice intelektualizace zní: „obranný mechanismus, kdy problémy jsou analyzovány s použitím neosobní intelektuální terminologie, přičemž emoce, prožívání a pocity jsou přehlíženy.“

Důležitým obranným mechanismem je **suprese** neboli **vytěsnění**. V rámci tohoto mechanismu si člověk oproti popírání alespoň částečně uvědomuje, co se stalo, avšak aktivně se této informaci snaží zbavit (Křivohlavý, 2002; Vymětal 2003). Dostálová

(2018) dává příklad, kdy se pacient domnívá, že by mohlo jít o rakovinu, avšak vědomě tuto myšlenku vytěsni a záměrně nevyhledá lékaře.

Jako další je potřeba zmínit **disociaci**, která se velmi často objevuje jako reakce na sdělení diagnózy. „Představuje ztrátu integrity vlastního vnímání, myšlení, cítění a jednání. Může se projevit např. derealizací (situace je prožívána jako ve filmu), depersonalizací (postižený má pocit, že se celá situace týká někoho jiného).“ (Angenendt et al., 2010, s. 93).

Giuseppe et. al. (2018) představuje ještě obranu nazývanou **autistickou fantazií**, s níž se člověk pomocí denního snění uchýlí do snů namísto skutečných sociálních vztahů.

Na závěr je ještě možné zmínit **reaktivní výtvor** jinak nazývaný opačné reagování, který je příznačný tím, že nepříjemný pocit vyměníme za jeho pravý opak. Typickou ukázkou reaktivního výtvoru u nemocného rakovinou je situace, kdy má sice velký strach, ale chová se vesele. Pokud si člověk říká, že vždy všechno zvládl, tak toto zvládne taky, využívá **omnipotenci** (Vymětal, 2003, Angenendt et al., 2010).

2.5 Sociální opora

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“ (Křivohlavý, 2001, s. 94). Zkoumáním lidí v kritických životních situacích se prokázalo, že díky pozitivním sociálním vazbám se lidé lépe přizpůsobí obtížným podmínkám a jejich zdravotní stav je pozitivně ovlivňován (Paulík 2017).

Stejně tak tomu je i při onkologickém onemocnění. Je dokázáno, že sociální opora může prodloužit dobu bez recidivy. Schopnost úspěšně mobilizovat copingové zdroje, jako např. vyhledávání informací a přítomnost sociální podpory po stresující životní události souvisí se snížením negativních symptomů duševního a fyzického zdraví, snížení deprese a stresu a zvýšení pohody (Ingen & Wright, 2016).

Nejen po ale samozřejmě i v době onemocnění je sociální opora velmi důležitým faktorem, který má pozitivní vliv na daného člověka a jeho vyrovnávání se s nemocí. Působení sociální opory u pacienta s diagnostikovanou rakovinou zkoumal Goodwin, jehož studie prokázaly, že pacienti se stabilním rodinným zázemím měli kvalitnější

a delší život. Snažil se i o představení svých domněnek ohledně příčin pozitivního vlivu sociální opory. Realitou je, že rodina dostane v mnoha případech člověka brzy k lékaři a lidé, kterým je rakovina včas diagnostikována, mají větší šanci úspěšného překonání nemoci. Podstatnou roli hraje také kvalita mezilidských vztahů v manželství a rodině. Ti, již mají vysokou kvalitu vztahů, přežívají delší dobu (Goodwin et. al., 1987, in Křivohlavý, 2002).

Kebza (2005) dělí sociální oporu na očekávanou a získanou. Očekávaná opora znamená, že předpokládáme pomoc od blízkých osob v nouzi. Získaná opora obsahuje určité projevy podpory a pomoci (in Slezáčková, 2012).

Křivohlavý (2001) rozlišuje čtyři formy získané sociální opory. První podporou je instrumentální, a děje se například v podobě finanční podpory nebo obstaráním potřebných věcí. Další se nazývá informační a jde o pomoc prostřednictvím sdělování informací, díky kterým by se jedinec mohl lépe orientovat v jeho neobvyklé situaci. Většinou se jedná o lidi, kteří mají s onemocněním vlastní zkušenosti či profesionálně vzdělané. Emocionální podporou je člověku prokazována láska a soucítění. Stačí k ní laskavé chování a podání pomocné ruky. Poslední druh podpory je hodnotící, při níž se další osoby dělí o náročné úkoly společně s nemocným člověkem a také je mu dodáváno sebevědomí. Dále zmiňuje, že o sociální podpoře můžeme v době zvládání životních těžkostí, a to zejména v nemoci, hovořit jako o tzv. nárazníku. Kebza (2005) používá též tuto metaforu a vysvětluje ji tím, že sociální opora tlumí působení stresorů a vážných problémů (in Slezáčková, 2012).

Mareš (2012) tvrdí, že přirozeným zdrojem sociální opory pro člověka, který se ocitl v tísní, bývají jeho nejbližší lidé, a to zejména rodina.

Nejdůležitější sociální oporou je partnerský vztah, tedy manžel či manželka (Blatný et al., 2010). Bylo vyzkoumáno, že konkrétně příznivé vztahy s druhou osobou v páru a její podpora jsou velmi účinné v situaci, kdy jedinec trpí onkologickým onemocněním (Dakof & Taylor, 1990, in Křivohlavý, 2001).

Sociální oporu nám mohou poskytnout i přátelé (Matějček, 2000, in Křivohlavý, 2001). Jsou to lidé, kterým se můžeme svěřit s čímkoliv, aniž by nás soudili, a ne nadarmo se říká, že právě v nouzi poznáš přítele.

Brunault et al. (2015) zkoumali kvalitu života lidí s onkologickým onemocněním a přišli na to, že sociální podpora, ať už se jedná o její jakýkoliv druh, souvisela s vyšší kvalitou života.

Traa et al. (2014) ukázali důležitost pozitivního dyadického zvládnání, komunikace, podpůrného chování, společného řešení problémů, které souvisely s vyšším vztahovým fungováním.

3. Proces zpracování nemoci

Proces, který pacient podstupuje během svého onemocnění, se dělí na tři části. Nejdříve se člověk dozví diagnózu, poté podstupuje léčbu a potom, pokud má štěstí a vyléčí se, nastává zotavování. Jednotlivé fáze působí na psychický stav nemocného a každá klade specifické problémy (Angenendt et al., 2010; Dostálová, 2018).

Důležitý faktor, který má vliv na reakce pacienta, efekt léčby a spolupráci ve všech fázích rakoviny, je vztah pacienta s onkologem (Raudenská, 2011).

3.1 Podezření

Ještě předtím, než se skutečně potvrdí diagnóza rakoviny, někteří jedinci si přijdou na příznaky onemocnění sami. Většinou narazí na bulku ve svém těle, často se to stává například u žen s rakovinou prsu. I při této příležitosti se může projevit buď aktivní, nebo pasivní coping. Pokud člověk zvolí aktivní coping, vyhledá pomoc všeobecného nebo specializovaného lékaře. Klasickým příkladem pasivního copingu je oddalování návštěvy lékaře a doufání, že se bulka nezvětší (Angenendt et al., 2010).

3.2 Zjištění diagnózy

Ve chvíli, kdy se jedinec dozví, že jeho diagnóza zní rakovina, zažije určitou krizi (Tschuchke, 2004). Sdělení velmi negativní informace, že má člověk rakovinu, vyvolá v každém člověku bouřlivou reakci. Tato reakce má určité fáze (Adam et al., 2020).

Uvádí se několik reakcí, jimiž pacient reaguje na sdělení diagnózy. Běžnými reakcemi bývají šok, strach, úzkostné projevy, zoufalství, smutek, hněv, hostilita, popírání až deprese (Dostálová, 2018; Raudenská, 2011).

Mnohdy se také stává, že člověk zažije tzv. disociaci. Jedinec si v této chvíli přestane uvědomovat své vnímání, cítění, myšlení a jednání. Disociace se může dostavit ve formě derealizace, kdy si člověk připadá, jako by se náhle ocitl ve filmu, necítí se tudíž jako reálná osoba, ale pouze jako postava hrající určitou roli. Nebo také ve formě depersonalizace, projevující se dojemem, že lékař právě sdělil informaci o někom jiném. Jedinec může mít také posunuté povědomí o čase, tedy že situaci vnímá buď zpomaleně, nebo zrychleně. Dá se říci, že výše popsané reakce jsou obranné

mechanismy, díky nimž si pacient v okamžiku sdělení diagnózy chrání psychiku. Tato fáze se považuje za důležitou, jelikož se při ní formuje pacientův vztah k nemoci (Angenendt et al., 2010).

Adam et al. (2020) tvrdí, že informování člověka o tom, že trpí smrtelnou diagnózou, vede ke změně identity pacienta. Už to totiž není ten, kdo má svůj život pevně pod kontrolou, nýbrž ten, kdo je nemocný a může zemřít.

Zdravý coping by se v této fázi měl projevovat přijetím diagnózy, i přes to, že pacient cítí strach a úzkost. Přijetí je klíčové pro následující podstoupení léčby a s ní spojených povinností. Zcela normální je i reakce zahrnující potřebu slyšet názor dalšího lékaře. Nezdravou reakcí, kterou pacient může vyjádřit, je zcela popřít, že by onkologickou diagnózou mohl trpět a na základě toho odmítnout léčbu. Vyloučené není ani dostavení se deprese (Angenendt et al., 2010; Raudenská, 2011).

Elizabeth Kübler-Rossová popsala fáze reakcí na sdělení nepříznivé diagnózy nádorového onemocnění.

- První reakcí je popření, kdy dochází k šoku a mnohdy také k akutnímu stresu. Lidé jednájí v šoku buď aktivně, například běhají po místnosti nebo inhibovaně, kdy na druhou stranu úplně znehybní.

- Druhou fází je agrese, ve které pacient reaguje nespecifickou obranou. Nespecifická obrana je automatický způsob reagování, jenž je příznačný pro daného člověka. Někdo chce být sám, někdo obviňuje osoby kolem sebe, někdo vyhledává společnost.

- Fáze třetí je vyjednávání, týkající se již specifických obran. V této době dojde člověk většinou klidu a začne nad celou situací racionálně přemýšlet. Snaží se vyhledávat dostupné formy léčby, může zkoušet i různé typy alternativní léčby.

- Ve fázi čtvrté dochází k depresi. Často se jedná o reaktivní depresi, která se dostavuje kvůli vyčerpání a pocitu nepřekonatelnosti nemoci. Pokud však léčba probíhá dobře, bez větších komplikací a zdá se být vše v pořádku, nemusí se ani fáze deprese dostavit.

- Poslední fází je smíření, ve kterém jedinec přijímá novou identitu. I zde se najdou rozdíly mezi adaptivními způsoby lidí na náročnou životní situaci. Jedni se nemoci přizpůsobí, druzí jsou zničeni jak fyzicky, tak psychicky (in Adam et al. 2020).

3.3 Reakce na průběh léčby

Nejméně třetina pacientů s rakovinou pocítuje v průběhu léčebného procesu emocionální a psychické problémy (Bahcivan et al., 2015).

Rakovina a její léčba může mít za následek celou řadu fyzických a psychických problémů, které časem neustupují. Některé z těchto problémů se objevují během nebo po léčbě a přetrvávají chronicky, tedy dlouhodobě (Stein et al., 2008).

Když je rakovina diagnostikována a léčena, pravděpodobně způsobí obrovské narušení života pacientů. Míra, v jaké přetrvávají emocionální nebo psychosociální potíže, může částečně záviset na míře narušení životních rolí, cílů a očekávání (Meyerowitz et al., 2008).

Onkologičtí pacienti jsou nejvíce postiženi úzkostí, strachem, patologickou únavou, depresí a posttraumatickou stresovou poruchou. Úzkost je tvořena seskupením emocí, zejména strachem a obavami. Její hlavní příčina však není známá. Navenek se projevuje fyzickými příznaky, tedy tak, že jedinci začne bušit srdce, obtížně se mu dýchá a chvějí se mu ruce. Strach se již vyvíjí na základě očekávání konkrétní události, většinou nějakého nebezpečí. Deprese se většinou objevuje u pacientů až ve 4. fázi po šoku, stresu a úzkosti. Vzniká ve chvíli, kdy pacient dojde na dno svých sil a možností a nemá již více nadějí. Na základě výzkumu v Německu zjistili 25 % lidí s depresí během podstupování léčby onkologického onemocnění. Psychologové na základě těchto zjištění apelují na snižování depresivity u jedinců s rakovinou, jelikož deprese může působit na imunitu organismu, a tím způsobit další komplikace ve zdravotním stavu pacienta (Klimeš, 2020).

Poté, co pacient již zná svoji diagnózu, je potřeba, aby se svým onemocněním a jeho léčbou sžil. Jeho povinností je rozhodování se o průběhu léčby a vyrovnávání se s fyzickými a psychickými těžkostmi, které s sebou přinášejí. Již operativní zákrok s sebou přináší jisté obavy. Hlavní obavy se týkají toho, zda pacient operaci vůbec přežije, zda ji zvládne, zda přijde o nějakou část těla a jak bude jeho život po zákroku vypadat. Maladaptivním copingem v této době je odkládání operace, uchýlování se jen k alternativním možnostem (Angenendt et al., 2010; Raudenská, 2011).

Lidé během léčby běžně zažívají strach z nadcházející bolesti, anestezie, změny těla, samoty, odloučení a vedlejších účinků, které doprovázejí chemoterapii a radioterapii. Na řadu také přichází obavy týkající se sociální oblasti. Pacienti, kteří

jsou již rodiči, mají strach o osudy vlastních dětí, změnu rolí v rodině či ztrátu atraktivity pro svého druha, roste význam sounáležitosti v rodině, lidé potřebují komunikovat, být pochopeni a k někomu patřit. Mění se také vztahy v zaměstnání a společnosti (Dostálová, 2018; Raudenská, 2011).

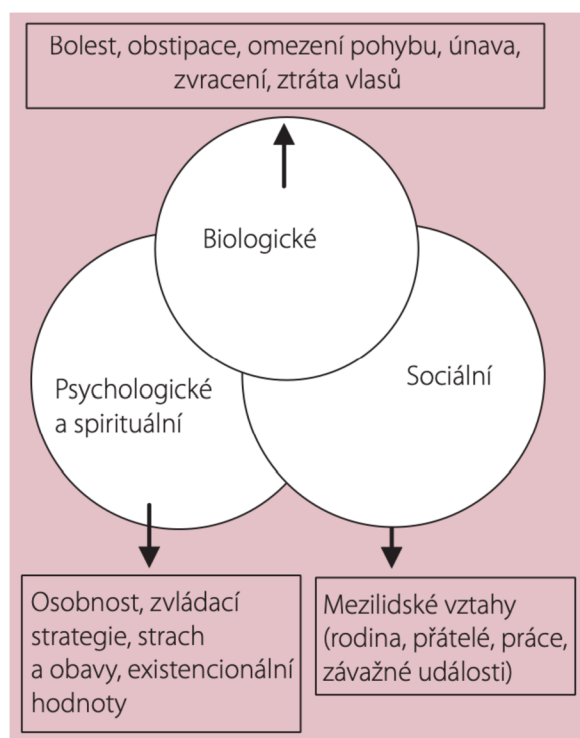
Nemocný člověk se tedy musí vyrovnat s tělesnými změnami, jakou může být ztráta části těla, či vedlejšími účinky chemoterapie a radioterapie vyvolané změny pleti, úbytek vlasů, zvracení a únava. Tyto faktory působí na emoční reakce nemocných. Dále potom se vzniklou bolestí, neschopností provozovat nadále aktivity, jež dříve bez problémů vykonával. Ženy s nasazenou hormonální léčbou se potýkají s nástupem uměle vytvořeného přechodu a mohou se obávat dopadu na intimní život (Angenendt et al., 2010; Raudenská, 2011).

Ve fázi léčebného procesu tedy pacient podstupuje řadu bolestivých výkonů, jež doprovází řada nepříznivých pocitů, obav, strachu a bolesti. Je potřeba, aby se pacient na tyto bolestivé zákroky psychicky připravoval, například informováním o postupu operace, seznámením se s prostředím, kde bude probíhat a relaxací (Křivohlavý, 2002).

Ovlivňování důsledků léčby se děje biopsychosociálním způsobem, viz obrázek 1.

Obrázek 1

Vzájemné ovlivnění důsledků rakoviny dle biopsychosociálního přístupu



(Raudenská, 2011).

3.4 Zotavování neboli remise

Jen málo lidí dokáže žít po skončení léčby jako by žádné onemocnění neprodělali a tato zkušenost je nijak neovlivnila (Adam et al. 2020).

Avšak mnoho pacientů, kteří rakovinu přežijí, se po ukončení léčby vrátí k normálnímu fungování a jsou schopni žít život relativně bez příznaků (Stein et al., 2008).

Objevují se běžné reakce zastoupené lehkou úzkostí, depresí, a převážně strachem z recidivy. Závažným problémem je těžká deprese a úzkost (Raudenská, 2011).

V době, kdy pacienti dospějí ke konci léčby a remisi, se u nich může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Jedná se o nezdravé psychické projevy, které nastávají po překonání život ohrožující nemoci, v tomto případě maligního onemocnění bez ohledu na jeho druh. Je charakterizován jako důsledek snahy sladit šok z traumatické události se základními přesvědčeními o sobě a o světě. U pacientů, kteří přežili onkologické onemocnění, se posttraumatický stres projevuje nejčastěji opakujícími se úzkostnými myšlenkami nebo sny o rakovině, bezsmyslým přemýšlením o této nemoci a úzkostnou reakcí ve chvíli, kdy někdo nemoc připomene (Heather et al., 2008; Klimeš, 2020).

I u přeživších, kteří uvádějí vynikající emoční adaptaci a nízkou úroveň úzkosti, téměř vždy existují pokračující potíže i po skončení léčby. Strach z recidivy je pravděpodobně nejčastěji uváděným přetrvávajícím problémem doprovázeným zvýšeným pocitem zranitelnosti. Avšak i přes to mnoho jedinců popisuje pozitivní emocionální a psychosociální reakce na přežití rakoviny (Meyerowitz et al., 2008).

3.4.1 Posttraumatický rozvoj

Slezáčková (2009) říká, že posttraumatický rozvoj, někdy nazývaný jako posttraumatický růst, spojuje dvě protichůdné události. Jedinec sice prožije trauma a ztratí cosi osobně významného, ale i přesto může po nějakém čase dospět k tomu, že zároveň získal něco nového a hodnotného. S tímto jevem se setkáváme u velkého počtu skupin lidí, kteří si prošli určitým traumatem. Mnoho těchto lidí bylo konfrontováno s ohrožením zdraví či života v důsledku somatického onemocnění, a to zejména rakovinou. Výzkumy posttraumatického vývoje onkologického onemocnění

u dospělých se zaměřují zejména obecně na pacienty s touto nemocí či konkrétně na pacienty s rakovinou prsu. Co tedy posttraumatický rozvoj znamená?

Tadeschi & Calhoun (2004) popisují posttraumatický vývoj jako zkušenost jednotlivce, jehož vývoj, alespoň v nějakých oblastech překonal to, co bylo přítomno před bojem s krizí. Není to tedy jen návrat ke stavu, který byl před traumatickou událostí, ale jedná se o rozvoj osobnosti vedoucí ke zlepšení.

Kevin et al. (2008) mluví v souvislosti s posttraumatickým růstem onkologického onemocnění o zvýšeném sebevědomí, větším ocenění a smysluplnosti života, zvýšené spiritualitě a pocitech míru a cílevědomosti.

Calhoun & Tadeschi (2006) rozdělili možnosti posttraumatického rozvoje na 5 oblastí. První oblastí je pocit vnitřní síly, kam patří zjištění své zranitelnosti nebo naopak vnímání osobní zdatnosti. Další je rozvoj nových zájmů a aktivit, způsobený uvědoměním si dalších možností. Třetí oblastí je změna v interpersonálních vztazích, vyjádřená převážně větší blízkostí, intimitou a vstřícností. Do oblastí úcty k životu spadá situace, kdy si člověk začne více vážit života a změní se mu priority a celkově žebříček životních hodnot. Poslední je spiritualita, jelikož se často stává, že lidé naleznou nový smysl života či přejdou k víře (in Slezáčková, 2009).

Sears et. al. (2003) přidávají ještě šestou oblast. Objevuje se hlavně u lidí, jejichž trauma souviselo s ohrožením zdraví nebo života. Po překonání se chovají více tak, aby své zdraví ochránili (in Slezáčková, 2009).

Aspinwall & MacNamara (2005) uvádějí studii životních změn u pacientů, kteří přežili rakovinu. Skládala se z rozhovorů s pacienty s různými typy rakoviny. Většina respondentů, tedy cca 74 %, uvedla jak pozitivní, tak negativní změny v životě po prodělání onemocnění. Sdělovali například, že se nyní vidí silnější, ale také zranitelnější. 20 % respondentů přiznalo pouze pozitivní změny.

Výzkumy potvrzují, že více než polovina žen, které prodělaly rakovinu prsu, přehodnotila hodnoty, které dosud považovaly za důležité a celkově se začnou dívat na život jinýma očima (Křivohlavý, 2002).

Výzkum porovnávající pacienty přeživší rakovinu s jedinci, které rakovina nikdy nepostihla odhalil vyšší úroveň vnímání osobního růstu právě u skupiny přeživších onemocnění (Meyerowitz et al., 2008).

Yalom (2006, s. 169) říká, že „rakovina léčí psychoneurózu.“ Dále dodává, že mnoho pacientů s rakovinou si díky konfrontaci se smrtí uvědomí, že život nejde odsunout na později a je potřeba žít hlavně v přítomnosti. Pokud má člověk příležitost setkat se s hrozbou smrti, zjistí, že dokud žije, má mnoho možností, například změnit svůj život. Další věc, ke které většinou dochází, je změna ve vnímání světa kolem sebe. Člověk se začne více zaměřovat na dobré věci okolo něho, jako je příroda či láska.

Pozitivní psychologie tedy odsunuje v rámci rakoviny předpojatý názor, který klade důraz na trauma a dlouhodobé negativní psychologické důsledky zničující nemoci, ale naopak vyzdvihuje skutečnost, že mnoho diagnostikovaných lidí nachází výhody a pozitivní význam v této zkušenosti, a dokonce i psychický růst (Coyne & Tennen, 2010).

3.5 Recidiva

Předpokládá se, že čím déle žije člověk bez recidivy, tím větší je šance, že se opravdu onemocnění již nevrátí (Dostálová, 2018).

I přesto si však v životě nemůžeme být plně jisti ničím, takže ani skutečností, že se již s nemocí pacient nikdy neseťká (Angenendt, 2010).

Pokud nastane recidiva, pacient pociťuje velký stres a zklamání. Dochází ke stejným reakcím, jako při předchozím sdělení diagnózy, avšak jsou o mnoho silnější (Raudenská, 2011).

II. Empirická část

4. Metodologie výzkumu

4.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem, jímž se ve své bakalářské práci zabývám je zkušenost lidí, kteří se potýkali s onkologickým onemocněním a následně se z něj vyléčili.

Dle statistik postihne každého 3. člověka v České republice ve svém životě onkologické onemocnění. Dohromady u nás v zemi žije asi 600 000 osob s aktuálním nádorem ve svém těle nebo jím byli v minulosti zasaženi (Národní onkologický program, 2022).

Jakákoliv závažná nemoc je v životě člověka náročným životním obdobím. Onkologické onemocnění je navíc téměř vždy spojováno s předsudkem konečnosti života. Vzhledem k novým výzkumům a postupům je však dnes mnoho druhů rakovin, které medicínský obor dokáže úspěšně vyléčit. Během nemoci se pacienti potýkají s velkým množstvím fyzických i psychických problémů a využívají k boji se svou nemocí mnoho copingových strategií. Onkologické onemocnění je bezesporu náročné, zároveň však příležitostí k transformaci. Všechny tyto aspekty jsou ve výzkumu zohledňovány a snaží se o co nejautentičtější pohled lidí na jejich zkušenost.

4.1.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat, jak lidé, kteří onemocněli onkologickým onemocněním, svou nemoc prožívali a jakým způsobem se s ní vyrovnávali. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké byly pro pacienty začátky zjištění vážného onemocnění. Dále potom jak tito lidé prožívali samotnou léčbu, tedy jaké pocity a obavy během ní měli. Jedním z cílů bylo také objevit, jaké zdroje a zvládací strategie jim při onemocnění nejvíce pomohly. Ve výzkumu se také věnuji tomu, jaké dopady onemocnění vnímá respondent na svůj současný život.

4.1.2 Výzkumné otázky

Ve výzkumu jsem si stanovila čtyři výzkumné otázky, které vycházejí ze zvolených cílů práce. Stanovené výzkumné otázky jsou následující:

- 1. Jakým způsobem prožívají onkologičtí pacienti zjištění nemoci?**
- 2. Jak onkologičtí pacienti prožívají průběh léčby?**
- 3. Jaké zvládací strategie pacienti během onkologického onemocnění uplatňují?**
- 4. Jaký dopad má onkologické onemocnění na posttraumatický život pacienta?**

4.2 Výzkumný design

V rámci zpracování bakalářské práce byl využit kvalitativní design, jenž byl zvolen s ohledem na výzkumný problém. Výhodou kvalitativního přístupu je dosažení hloubkového popisu jednotlivých případů. Umožňuje provádět jejich detailní porovnání, sledovat, jak se vyvíjejí a prohlédnout náležité procesy (Hendl, 2005).

V psychologii se kvalitativní přístup vyznačuje uplatňováním principů neopakovatelnosti, jedinečnosti, dynamiky a vnitřních souvislostí. Důležitým znakem tohoto přístupu je i reflexivita výzkumníka, který svým způsobem působí na vznikající procesy a tyto procesy zároveň působí i na něj (Miovský, 2006).

Kvalitativní výzkum nám umožňuje získat o komplexním jevu vyčerpávající řadu informací (Švaříček et al., 2007).

4.3 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru se použil nepravděpodobnostní výběr, konkrétně se jednalo o metodu sněhové koule. Tato metoda může být tvořena kombinací záměrného a příležitostného výběru. Princip je takový, že v nulté fázi se nejprve naváže kontakt s první skupinou respondentů. Tito lidé poté zprostředkují zase další osoby pro fázi první. Poté se mohou účastníci vybírat například metodou prostého záměrného výběru. Principem je cílené vyhledávání respondentů na základě jejich konkrétních vlastností. Respondent je vybrán, pokud splňuje dané vlastnosti, v našem případě

prodělání onkologického onemocnění a dospělý věk a potvrdí svou účast ve výzkumu (Miovský, 2006).

O účast ve výzkumu mé bakalářské práce byli respondenti požádáni mými rodinnými příslušníky a nejbližšími přáteli. Jednalo se též o jejich přátele a známé. Na základě jejich souhlasu se s nimi poté uskutečnil rozhovor. V potaz byla brána náročnost probíraného tématu, proto byl výzkumný soubor vybrán právě tímto způsobem, aby respondenti znali alespoň osobu, která rozhovor zprostředkovávala. Myslím si, že se tím o něco více prohloubila blízkost i mezi mnou a respondentem.

Do výzkumu byly vybrány osoby, které prodělaly onkologické onemocnění a následně se z něj vyléčily. Podmínkou byla doba od uplynutí léčby minimálně 2 roky. Respondenti již nejsou v nejsilnější fázi léčby a mají tedy už od nemoci určitý odstup. Je tudíž možné předpokládat, že již neprožívají tak silné emoce týkající se léčby. I přestože není možné vědět, v jaké životní etapě se zrovna nacházejí a jaký postoj zaujímají k nemoci nyní. Konečný počet respondentů se stanovil na 5. Výzkumný soubor byl pohlavně heterogenní, zahrnuje jak ženy, tak muže. Konkrétně se jednalo o 3 ženy a 2 muže. Cílem výzkumu bylo získat náhled na vyrovnávání se s onkologickým onemocněním v dospělosti, proto se věk, ve kterém jedinci onemocněli rakovinou pohyboval v rozmezí 30 až 72 let. V době sběru dat bylo respondentům od 43 do 76 let.

Poslední dva rozhovory jsem uskutečnila s manželi, kteří si oba prošli tímto onemocněním. Rozhovory probíhaly individuálně s každým partnerem zvlášť, občas však do rozhovoru vstoupil i partner druhý, jelikož byli v přítomnosti u vyprávění druhého. Stručnou charakteristiku respondentů zachycuje Tabulka 1.

Tabulka 1: Charakteristiky respondentů

Respondent/ka	Věk nyní	Věk v době onemocnění	Druh rakoviny	Doba léčby
Jiří	76	72	Rakovina tlustého střeva	1 rok
Monika	43	41	Rakovina prsu	půl roku
Dana	54	30	Rakovina prsu	půl roku
Marie	68	58 a 63	Rakovina dělohy a tlustého střeva	1 rok a 1 rok
František	71	67	Rakovina lymfatických uzlin	1 rok

4.4 Metoda sběru dat

Data jsem sbírala prostřednictvím polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Dává možnost zaznamenat výpovědi a slova respondentů v přirozené podobě (Švaříček et al., 2007).

Typ rozhovoru byl zvolen i s ohledem na používanou metodu analýzy dat (IPA). Pro tuto metodu analýzy dat je nejběžnější metodou sběru dat právě polostrukturované interview. Umožňuje respondentovi hovořit volně o daném tématu, formulovat své myšlenky a postoje, jehož se týkají. Zároveň je vhodná i pro výzkumníka, který může pozorovat, jaké skutečnosti vyplývají v rozhovoru na povrch, co je pro respondenta důležité, a zabránit v případnému odchýlení se od tématu (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Rozhovory byly dlouhé okolo jedné hodiny. Všechny rozhovory měly příjemný charakter, respondenti byli rádi, že o svém onemocnění mohou pohovořit a někdo je vyslechne. Ženy se obecně otevíraly více, muži byli také velmi sdílní, ale neprojevovali navenek mnoho pocitů. Někteří respondenti se soustředili spíše na popis medicínské léčby, pokoušela jsem se je tedy nasměrovat k vyprávění o psychickém prožívání.

Místo i čas rozhovoru bylo určeno dopředu respondentem. Zajistilo se tak jeho větší emoční pohodlí a jistota, což bylo velmi důležité vzhledem k hovoření o náročné životní zkušenosti.

Na začátku rozhovoru jsem respondenty poprosila, zda by mi vyprávěli, jak jejich onemocnění probíhalo a jak jim změnilo život. Dále jsem se doptávala na otázky, které z jejich vyprávění vplynuly, a také jsem měla připravený seznam otázek, podle něhož jsem se v případě potřeby inspirovala.

Celý rozhovor byl pokaždé nahráván na elektronický záznamník a uložen pro nadcházející transkripci a analýzu dat.

Otázky, které mi sloužily jako inspirace při rozhovoru, jsou znázorněny v Tabulce 2, jež je součástí příloh práce.

4.5 Výzkumná etika

Všem respondentům bylo sděleno téma a účel bakalářské práce. U každého respondenta byl uveden informovaný souhlas, který je nahraný na elektronickém

záznamníku. Informovaný souhlas zahrnoval představení mé osoby a výzkumu, upozornění na fakt, že respondent může rozhovor kdykoliv přerušit, nemusí odpovídat na otázky, jejichž zodpovězení by mu bylo nepříjemné, a ujištění o anonymizaci osobních údajů. Všichni respondenti s ním souhlasili. Na vyžádání jsem schopna souhlas poskytnout.

Účast všech respondentů byla dobrovolná, nikdo nebyl do rozhovoru nucen.

Veškeré osobní informace byly během přepisování rozhovorů pozměněny, a v textu se tudíž vyskytují pouze jejich změněné formy. Jednalo se o jména respondentů a dalších zmiňovaných osob, názvů měst, vesnic, budov a podobně.

4.6 Zpracování a analýza dat

Pro zpracování dat byla použita **Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)**. Tato metoda se jevila jako nejvíce vhodná vzhledem ke zvolenému výzkumnému problému a cíli. IPA totiž poskytuje možnost porozumět žité zkušenosti člověka. Napomáhá podrobně prozkoumat, jakým způsobem člověk formuje význam své zkušenosti. Také se jedná o přístup zajišťující větší prostor pro kreativitu a svobodu při výzkumném procesu. Propojuje fenomenologii, hermeneutiku a idiografii. (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Při zpracovávání dat jsem postupovala následujícím způsobem. Nahrané rozhovory jsem přepsala do textové podoby na počítači, jelikož přepisy jsou výslednými zdroji pro analýzu a interpretaci dat (Švaříček et al., 2007).

Následně jsem si rozhovory vytiskla na papír a četla opakovaně za sebou. Také jsem zároveň při čtení poslouchala samotné nahrávky pro lepší vžití se do respondentovy situace. Analýza každého rozhovoru probíhala samostatně. Do textu jsem vždy připsala kódy, vlastní poznámky a komentáře. Snažila jsem se o zachycení všeho, co bylo v rozhovoru významné a zajímavé. Soustředila jsem se jak na sémantický obsah, tak respondentův jazyk, podobnosti i rozdíly. V další fázi probíhalo vytváření témat zachycujících podstatu výzkumného jevu, jež vzešly z dat a vlastních poznámek. Následovalo propojování témat, hledání souvislostí i rozdílů mezi nimi a zařazování určitých témat pod témata jim nadřazená. Dále byly sepsány kazuistiky zahrnující mimo naleznutá témata i mé komentáře a přímé citace respondentů. Na závěr

se hledaly podobnosti a rozdílnosti témat skrze všechny případy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

4.7 Reflexe výzkumníka

Před zpracováním dat v rámci metody IPA je důležité, aby si výzkumník položil otázku, jakou motivaci má pro práci na konkrétním tématu. Následná reflexe napomůže v efektivním zpracování dat a zaručení jeho validity. Reflexe je vůbec prvním krokem, který výzkumník činí ještě před samotnou analýzou (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Sama jsem se setkala s onkologickým onemocněním zprostředkovaně, nemocní byli přátelé mých blízkých příbuzných. Osudy těchto lidí na mě emočně zapůsobily. Cítila jsem, jak náročné období to pro ně musí být, a přemýšlela jsem, jak celou situaci prožívají a vyrovnávají se s ní. Tato myšlenka mě inspirovala k zabývání se podrobněji problematikou onkologicky nemocných v rámci výzkumu mé bakalářské práce. Chtěla bych však upozornit na to, že jsem před vedením rozhovorů neměla přímou zkušenost s onemocněním ve vlastní rodině. Rozhovory jsem uskutečňovala s vědomím, že v jejich rámci se pro respondenty opět otevírá toto pro ně jistě citlivé téma s možným návratem prožitků spojených s prodělanou nemocí. Zpočátku jsem proto měla obavy ohledně toho, jak se respondentů dotazovat. Teprve na základě jejich reakcí jsem u každého z nich volila trochu jiný způsob kladení otázek. S každým dalším rozhovorem jsem si více uvědomovala jednotlivé přístupy respondentů a jejich současné reakce na dobu, ve které prožívali svoje onemocnění. Vnímala jsem, že pro každého z nich bylo toto období obzvláště náročné, i přestože každý z nich je jiná osobnost s jedinečným prožíváním.

5. Analýza rozhovorů

V následující kapitole představuji příběhy jednotlivých respondentů se zkušeností s tématem onkologického onemocnění. Všichni respondenti hovořili o tom, jaké pocity zažívali během zjištění nemoci, průběhu léčby, o zvládacích strategiích a dopadu nemoci na jejich současný život.

5.1 Monika

Paní Monika se potýkala s rakovinou prsu, onemocněla v 41 letech. Bulku v prsu našla sama a vystrašila se, že by se mohlo jednat o rakovinu. Jak před stanovením diagnózy, tak v procesu rozhodování o léčbě se jí kvůli neshodě lékařů neustále měnilo povědomí o nemoci. Lékařka, kterou navštívila jako první, ji uklidnila, že se pravděpodobně nejedná o nic vážného, takže se vracela domů s pocitem „*že to jako fakt nic není.*“ Druhý lékař však už nevyloučil přítomnost rakoviny, proto tušila, „*že to asi nebude jen tak nějaká malá uzlinka jako.*“ V tomto období popisuje nejistotu, zároveň však víru, že vše bude dobré. Teprve když ji volali z nemocnice a chtěli, aby rychle přijela, aniž by jí chtěli sdělit výsledky, se polekala. O cestě do nemocnice pro oficiální sdělení diagnózy říká, že ji „*semlela*“ a že „*řvala jako želva*“ a „*ten den, ten byl blběj*“. Reagovala tímto způsobem, protože se jednalo o zatím nejtěžší okamžik v jejím dosavadním životě. Zároveň ale zjistila, že se jedná o nejnižší stupeň rakoviny. Tato zpráva ji lehce uklidnila („*Ale zase mě tam jako by uklidnila, v tom smyslu, že je to ten nejnižší stupeň.*“)

Samotné rozhodování lékařů o léčbě, bylo také „*jak na houpačce.*“ Nejvíce se bála chemoterapie, převážně ztráty vlasů z ní. Měla strach z dlouhodobého procesu, chtěla se nádoru co nejrychleji zbavit, tudíž jít jen na operaci a „*mít to co nejdřív venku*“. V souvislosti s operací měla obavy z toho, zda se probudí z anestezie, jinak se o bolest s ní spojenou nestrachovala („*Jo, to jsem jako měla obavy, jestli se probudím z narkózy. A potom ty bolesti a tohletoho jsem se nebála. Za mě bylo prioritní, když se vzbudím, tak budu vědět, že je všechno OK.*“) Po operaci obdržela výsledky z histologie, které potvrdily, že nádor nemetastazoval. Tím pádem nemusela podstupovat chemoterapii ani ozařování („*No tak našťestí teda jako, že ta chemoterapie by pro mě přínosem jako by nebyla, že je pro mě vlastně zbytečná.*“) Lékaři jí nasadili pouze léčbu hormonální. V rámci této léčby užívá léky a dojíždí do nemocnice na aplikaci injekcí.

Velkou podporou pro ni byl přívětivý přístup onkoložky, jež ji po celou dobu uklidňovala a předpovídala, že se vyléčí. Díky tomu i sama Monika zaujímala optimistický postoj k nemoci a nepřipouštěla si nezdár („*Já jsem si ale jako nikdy nepřipouštěla, že to nezvládnu.*“) Obrovské zdroje opory nacházela v pomoci od rodinných příslušníků a přátel („*V té době mi jako by hodně pomáhali všichni.*“) Konkrétně u manžela, který se „*k tomu postavil jakoby dobře nebo teda výborně a v tom jsem teda měla zase velkou oporu, to jo*“, i přes to, že na tom byl psychicky ještě hůře

než Monika, protože se o ni strachoval („*Ale prostě měl strach že jo, to na něm bylo vidět, jo. To z toho byl možná ještě víc psychicky na dně než já.*“). Nebyl pro něho problém ji kamkoliv odvézt. Velmi ji podporovala i její matka, jež s ní celou situaci prožívala od začátku a doprovázela ji po všech vyšetřeních. Pomoc od rodiny byla podmíněna dobrými vztahy, které mezi sebou měli už před nemocí, a tak ji od nich Monika víceméně očekávala. V rodině měli s rakovinou zkušenost, jelikož si jí prošlo mnoho členů, proto možná už věděli, jak se zachovat. Přátelé jí zase podporu vyjadřovali návštěvami v době rekonvalescence. Dobu po operaci, kdy se půl roku zotavovala doma, si tedy v podstatě užívala, říká, že „*to bylo fajn*“ a že si „*defakto odpočimula*“. S vyrovnáváním se s nemocí jí pomáhalo i o nemoci hovořit, protože „*nejsem takovej typ, že bych si to nechávala všechno pro sebe*“. Tuto formu zvládnutí uplatňovala i díky svému zaměstnání v kadeřnictví, kde měla možnost si o nemoci pohovořit se svými zákaznicemi. Domnívá se, že psychologická pomoc by jí nejspíše nepomohla. Uvažovala by o ní jen v případě nevyřešeného problému, s nímž bojovala v minulosti, ale ani tak se nechystá tuto formu pomoci vyhledat. Říká: „*Nakonec si myslím, že jsem se s tím poprala sama, i když si myslím, že s tím trochu zápasím*“.

Po úspěšné operaci si nese do života břímě udržovací hormonální léčby, prostřednictvím které přechází do umělého přechodu („*To jsou prášky, který vlastně ti regulujou ten proces, že přecházíš do umělého přechodu.*“). Z čeho má nyní v době remise největší strach je recidiva („*Furt jako ten červíček tam je.*“). Paradoxně čím delší čas od prodělání rakoviny uběhl, tím větší je její obava z navrácení nemoci. Tento strach se snažila zahnat a celkově vyrovnat se s rakovinou pomocí péči o sebe, hlavně zařazením zdravé stravy do jídelníčku, docházením na masáže, procházkami se psem a hledáním alternativní léčby. Vyzkoušela několik cest alternativní léčby jako například bioresonanci či přírodní léčitele, ale až čtvrtý způsob jí nejvíce vyhovoval, a to užívání vitamínů. Má díky tomu „*vnitřní klid, že alespoň něco pro sebe dělám*“. Jak však čas plyne, vrací se zpět do normálního života a postupně na opatřeních kvůli prevenci rakoviny tolik nelpí. Celkově se na nemoc ohlíží v pozitivním slova smyslu. Přijde jí, že se rodina díky ní ještě více sblížila a už se tolik nehádají. Jak ona, tak ostatní členové rodiny si začali více vážit zdraví („*Už to nebereme jako samozřejmost, že jsme prostě jakoby zdraví.*“). Nemoc jí také umožnila posttraumatický růst („*Že mi to ukázalo, jakože se na ten život mám koukat úplně jinak. V podstatě mi ta nemoc ukázala, jakým směrem jít*“). Myslí si, že příčinou vzniku rakoviny u ní byl nevyřešený problém, kvůli kterému se často litovala. Nemoc jako by jí ukázala, že se nemá dívat zpět do minulosti,

ale „*hodit všechno za hlavu, že jo, a začít prostě znova, jako no*“. Také tvrdí, že už se z věcí ve svém životě tolik nestresuje a užívá si ho více než před nemocí („*Jako mám takový motto užívat si života, každýho dne.*“). Netráví tolik času v zaměstnání, peníze pro ni již nejsou prioritou („*Prostě peníze nejsou všechno.*“), ale snaží se být spíše častěji s rodinou, a cítí se lépe („*Takže teď jsem spokojenější.*“). Myslí si, že onemocnění mělo vliv na její dva syny, převážně na toho staršího („*Tam si myslím, že třeba u Tadeáše, tak ten to nes jakoby těžce on nebo tam na něm bylo znát asi, je takovej citlivější. U Tomáše, ten ještě jak byl takovej menší, tak to ani asi neuměl pořádně pobrat, co to všechno má za následek, jo. Ale u Tadeáše, i když o tom nikdy jako by nemluvil, tak tam si myslím, že se taky hodně bál, kor, když jsem byla na tý operaci, tak ten tejdén byl taky takovej přešlej.*“). Monika zastává názor, že ji nemoc v životě měla potkat, aby si uvědomila, co je v životě důležité („*Asi jsem potřebovala dostat nějakou tu ránu přes hubu.*“). Vznik nemoci si tím pádem odůvodňuje psychosomaticky, tedy, že tělo nemohlo dále fungovat pod velkým množstvím stresu, hněvu a přepracování, a tak si o změnu řeklo. Další věc, kterou jí nemoc přinesla, je nové přátelství. Nová kamarádka prodělala stejný typ rakoviny, a tak navzájem mohou sdílet i těžkosti, jež proces onemocnění provázejí. Jednou z těžkostí jsou pravidelné kontroly, na které jezdí společně, a tím pádem se podporují („*My si vždycky ty doktory užijeme.*“). Spojuje je i optimistický přístup k nemoci a smysl pro humor. Zároveň jí nemoc umožnila poznat pravá přátelství, velmi si vážila přátel, kteří ji ani v těchto těžkých chvílích neopustili a navštěvovali ji („*Vždycky jak se říká, že v nouzi poznáš přítele, že jo. Tak si myslím, že to jakoby fakt platí. A jako tady fakt ty přítele poznáš, tady se ukázalo, jako komu na tobě záleží, jo tak to funguje.*“)

- Příznaky nemoci objevila sama. Prožívala nejistotu během neochoty lékařů sdělit diagnózu přes telefon. Reakcí na sdělení diagnózy byl u Moniky smutek a pláč.
- Operace, obava z neprobuzení se z anestezie, hormonální léčba.
- Zvládacími strategiemi byla sociální opora, optimismus, humor, alternativní léčba, zaměstnání.
- Dopadem na současný život je přehodnocení životních priorit, sblížení rodiny, nové přátelství, hledání příčiny nemoci, strach z recidivy, vliv na syna.

5.2 Jiří

Pan Jiří bojoval s rakovinou tlustého střeva v 72 letech. O své diagnóze rakoviny se dozvěděl tak říkajíc za pět minut dvanáct. Pozdní objevení zapříčinilo selhání doktorů, kteří na preventivní kontrole nádor neobjevili. Možná i z toho důvodu chová jisté antipatie k lékařům („*Já ty doktory zase tak moc nemusim.*“) Když se zpětně ohlíží, kritizuje svůj tehdejší postoj „*byl jsem generál, byl jsem v pořádku*“. Rakovinu mu zjistili až náhodou při vyšetření prostaty. Zjištění diagnózy ho „*psychicky nalomilo*“. Kvůli pozdnímu nálezu už nebylo možné zachránit konečník a místo něho bylo nezbytné zavést břišní vývod, který mu v životě způsobuje jisté komplikace („*To jsem měl štěstí, ale smůlu, vid.*“) Říká, že sdělení této skutečnosti pro něj bylo těžkým okamžikem v životě („*To mě teda psychicky hodně zdeptalo.*“) Musel se totiž rozhodovat buď mezi touto nepříjemností a životem s ní, nebo následnou smrtí. Bylo to velmi těžké rozhodnutí („*Bylo takový rozhodnutí hrozný pro mě. Samozřejmě radost jsem neměl.*“)

Před operací podstupoval ozařování po dobu jednoho měsíce, aby se nádor ještě více nezvětšil. Následné obavy se týkaly toho, zda se probudí z anestezie a jak dopadne výsledek operace. Člověk má podle něho „*určitou psychiku narušenou do té doby, než ví, že už je to dobrý.*“ Náročné je tedy snášet nejistotu, jak to celé dopadne. Zásadní bylo, že mu operaci sdělili, že nádor odebrali celý, a nemusí se tudíž obávat okamžitého vzniku dalšího. Myslí si, že měl v tomto ohledu „*psychickou výhodu*“ oproti jiným pacientům, kteří musí i po operaci podstupovat další léčbu. O to náročnější bylo hojení vývodu, kvůli kterému byl rozladěný („*Po operaci ten stav mě dost psychicky ničil.*“) Musel se vypořádávat s bolestmi, krvácením a novou záležitostí, jímž byl boční vývod na břicho, a to mu způsobovalo potíže („*Ono mě to zlobilo strašně.*“) Jeho nálada byla špatná a neměl v tom případě myšlenky na cokoliv jiného kromě nemoci („*Takže já jsem ani jako myšlenkově, nějaký nálady, ani mi to nešlo v té době.*“)

Snažil se co nejrychleji věnovat každodenním činnostem. Za dva měsíce se tedy „*dostal tak nějak do normálního stavu*“ a během půl roku se naučil s novým handicapem žít. Vše si i přes veškeré komplikace zajišťuje sám („*Čili já nepotřebuju nikoho na výměnu té stomie. Opravdu, bez problémů si to ošetřovat.*“) Do normálního stavu se musel dostat i kvůli tomu, že ve stejném roce onemocněla jeho manželka („*Tak manželka v tom samém roce, jí přestaly fungovat ledviny a od té doby jezdí na dialýzu.*“) Žije nadále aktivním životem a přistupuje k handicapu tak, jako kdyby ho měl již od

narození („*Já žiju jako normálně. Všechny ty akce, co jsou pro mě, dneska je to většinou myslivost, tak s těma se vyrovnám. Stavím se k tomu tak, jako když jsem to měl od malička*“). Myslí si, že: „*Člověk by se s tím měl vyrovnat a chovat se, jako kdyby nebyl nemocnej*.“ Považuje se za snaživého, psychicky odolného člověka, který se dokáže vypořádat s veškerými těžkostmi, jež mu život připraví („*Já nejsem, že by mě to jako psychicky zdeptalo na celej život*.“) Manželka ve stejnou dobu také závažně onemocněla, a tak místo toho, aby se mu od ní dostávalo podpory, musel být spíše on oporou pro ni („*Manželka má svejch starostí dost s tou dialýzou*.“) Při životě ho udržovali jeho malý vnuk a motivace, že bude opět moci provozovat svůj největší koníček, kterým je myslivost. O myslivosti tvrdí, že je jedním z nejlepších koníčků pro udržování dobrého psychického stavu člověka a že při něm zapomene na své problémy. Také mu pomáhalo chodit do společnosti lidí, mezi kterými přišel na jiné myšlenky. Celou záležitost ohledně nemoci se snaží brát spíše s humorem, například si za cíl kladl „*bejt tu do 100 let*“ a vypořádává se s ní přílišným nepřemýšlením nad její existencí.

Za handicap, který mu zůstal po prodělání nemoci, se nestydí, naopak o něm mezi lidmi často hovoří („*Já jsem zrovna typ, kterej se s tím jako neskrejvá*.“) Jedince, jež své onemocnění skrývají, považuje za „*psychicky slabší*“. Jeho odvalu bojovat a neochotu se vzdávat vnímám v tom, že se nenechal odbýt při žádosti o ZTP a odvolal se, když mu průkaz nepřidělili. Svou schopnost postarat se o stomii a životu s ní využívá i v podpoře a poskytování rad příteli, který onemocněl stejným typem rakoviny. Při ohlížení se na nemoc nejvíce lituje toho, že se na rakovinu nepřišlo dříve. Později hledal příčinu nenalezení nádoru při prvotní kolonoskopii. Kdyby nádor tehdy byli objevili, nemuselo by dojít k úplné amputaci konečníku („*No a já jsem se ptal, jak je to možný a oni říkali, že tím, že jsem to měl v tom samým konci, tak že on, když tam tu kameru v těch střevěch má, tak ten konec asi vytáh rychle, nebo si toho nevšiml*.“) Dlouhou dobu oddaloval vyšetření zjišťující případnou recidivu rakoviny, protože z ní měl strach („*Měl jsem tak psychicky nahnáno, aby mi něco nenašli*.“) Kvůli pečlivému přístupu onkoložky, který si chválí, vyšetření nakonec podstoupil. Cítil obrovskou úlevu, když se potvrdilo, že je čistý („*A v pátek následně na to mi paní doktorka sdělila, že přišly výsledky a že to je všechno v pořádku. Tak jako jsem měl z toho radost*.“)

- Objevení příznaků rakoviny na poslední chvíli, zklamání z lékařů.
- Radioterapie před operací, obavy ohledně neprobuzení se z anestezie, tíživý stav po operaci, nemoc manželky ve stejnou dobu.

- Absence sociální opory, naopak on musel být oporou pro manželku a přítele. Zvládacími strategiemi byl humor, chození do společnosti, psychická odolnost, popírání.

5.3 Dana

Paní Daně bylo 30 let, když se začala potýkat s rakovinou prsu. Než jí stanovili diagnózu rakoviny, prošla si velmi dlouhým procesem. Bulku v prsu si nahmatala sama, avšak první lékař určil, že se jedná o cysty. Přestože se bulka zvětšovala a bolela Danu na sebemenší dotyk, tento lékař její stížnosti bagatelizoval („*Víceméně mě zařadil mezi hysterky.*“). Jelikož neznala skutečnou diagnózu, přišla do jiného stavu („*Přišla jsem do jiného stavu a čekala jsem chlapečka.*“). Syn se narodil v pořádku, ale bulka narostla do obrovských rozměrů a dělala jí veliké problémy. Dana už byla tak nešťastná, že se rozhodla vyhledat pomoc u jiného lékaře. Ten ji hned poslal na operační zákrok, ale diagnózu rakoviny také nestanovil, takže Dana byla stále v nejistotě. Po první operaci byla neskutečně šťastná, jelikož byl její strach z rakoviny zažehnán. Když se totiž probudila z narkózy a zjistila, že jí prso lékaři neodstranili a tvrdili jí, že rakovina to skutečně není. Popisuje svá tehdejší první slova: „*úžasný, úžasný, úžasný*“. Situace se ale záhy otočila, za dva dny na ni telefonicky naléhali, aby se okamžitě vrátila, ale nechtěli sdělit důvod. Diagnózu jí sdělili po příjezdu. Dokonce se dozvěděla, že se jedná o nejagresivnější formu rakoviny prsu. V první chvíli zažívala Dana disociaci („*Měla jsem pocit, že jsem slyšela nějaký příběh někoho. Vůbec jsem to nedokázala vstřebat, že se to týká mě.*“). Po nějakém čase se jí podařilo tuto informaci vstřebat („*Samozřejmě, že ti to pak dojde.*“), a tak ji sdělila rodičům, kteří na ni reagovali rozdílným způsobem. Otec se s oznámením této zničující zprávy vyrovnával únikem do přírody, aby mohl být sám se svými myšlenkami. Matka se naopak potřebovala o trápení podělit se svými příbuznými. Obava o její život byla silná, protože měla v době sdělení diagnózy čtyřměsíčního syna. Z toho důvodu začala smlouvat s bohem, aby nemoc kvůli synovi přežila: „*Prosila jsem boha, ať prostě mi dá tolik času, abych ho jednou slyšela, jak mi řekne, mámo.*“

Dana musela absolvovat druhou operaci, tentokrát i s odejmutím prsu. Po operaci ji tížily silné negativní pocity, že je „*ošklivá*“ a „*úplně strašně moc neženská*“. Na základě výsledků z histologie se lékařka domnívala, že šlo o abnormalitu, ale ani tak si Dana nemohla být jistá tím, že nádor nikam nemetastazoval. Z toho důvodu jezdila

dalších 18 let na vyšetření, jež zkoumala výskyt dalších nádorů v těle. Byla pod neustálým stresem, zda se nějaký nádor v těle nenajde (*„Takže jsem vždycky žila, jak se říká toho půl roku, a pak jsem se strašně bála, že jo.“*) Před každým vyšetřením měla *„noční můry“*. Největší obavy měla jakožto matka dvou nedospělých dětí ohledně toho, co by se s nimi stalo, kdyby zemřela (*„Vždycky to bylo spojený s tím, co oni si tady počnou. Je to takový, prostě nesdělitelná zkušenost nebo prostě nesdělitelnej pocit, dokud nepoznáš, co to je mít strach o svý vlastní dítě.“*) Tyto obavy převýšily strach o sebe samotnou. Přes všechnu bolest a nejistotu se ale snažila věnovat každodenním činnostem, takže si vše obstarávala sama bez cizí pomoci (*„A snažila jsem se po tý operaci dostat co nejrychleji zase zpátky do normálního režimu, ne mamí, pojď mi pomoci.“*)

Po celou dobu jí v psychickém stavu pomáhala paní onkoložka svým velice empatickým a vstřícným přístupem. Dostávalo se jí obrovské sociální opory, jak sama říká: *„V tom neštěstí jsem měla štěstí na lidi kolem sebe.“* Zejména od své matky a tehdejšího manžela, protože se oba starali o jejich malého syna. Dále také od tety a strýce, kteří byli podle ní *„fakt zlatý“*, jelikož ji rok doprovázeli při vyšetřeních. Poznala také mnoho dalších žen se stejnou diagnózou. Ve vyrovnávání jí pomáhalo dělat *„malé kručky“*, díky kterým se vracela zpět do normálního života. Zásadním krokem ke zlepšení psychického stavu byla rekonstrukce prsu (*„Už mi potom dovolili tu rekonstrukci, tak to byl takovej ten obrovskej krok, že se uzdravím.“*) Nejvíce jí ve vypořádávání se s nemocí pomáhalo vrátit se k činnostem, které vykonávala před onemocněním (*„To, co jsem dělala kdysi, to, co jsem měla ráda“*). Mezi tyto činnosti patřil například společenský život zahrnující posezení s kamarády (*„Takže zase nějakej ten společenskej život, nebo se scházet s těma lidma, který člověk měl rád. Zkrátka nebejt zavřená doma ve čtyřech zdech.“*) Patřilo sem také konzumování návykových látek, převážně alkoholu a cigaret (*„Ježíš, tak jsem vykouřila dvě nebo tři cigarety, tak jsem vypila jako půl litr vína.“*) Návrat do zaměstnání, který byl dalším krokem do normálního života, jí také pomohl ve vyrovnávání se s nemocí. Měla díky němu zodpovědnost a nesoustředila se na myšlenky ohledně nemoci (*„Ale tím, že jsem se vrátila do práce, tak se člověk zase rychlejc vracel do těch kolejí. Prostě mám zodpovědnost, mám práci, musím vydělávat peníze.“*) Potřebovala o své nemoci s někým mluvit, ale neměla tolik možností (*„Já bych byla asi tenkrát vděčná za to mluvení, ale moc to nefungovalo.“*) Tehdy psychologickou péči zavrhovala (*„Mně to*

prostě přišlo zbytečný.“) Zpětně ale tohoto rozhodnutí lituje a myslí si, že by se díky této formě pomoci zlepšil rychleji její psychický stav.

Dana vnímá, že onemocnění mělo vliv na vývoj její prvorozené dcery, protože neměla čas se jí věnovat. Musela se starat o mladšího syna Matěje a řešit svoji nemoc (*„Asi byla okolnostma donucena hodně rychle dospět. Prostě postarat se o sebe. Já nevím, at' už to byly svačiny do školy, úkoly, at' to bylo cokoliv.“*) Dále ovlivnilo intimitu v manželství, jež se v důsledku této změny rozpadlo (*„Tatínek Matěje odešel, protože prostě, když se ženě stane tohlencto, tak z nás se stali za tu dobu kamarádi.“*) Měla poté i další vztahy, ale strachovala se před partnery svléknout kvůli operací zničenému tělu (*„Bála jsem se před někým jiným jakoby odhalit nebo úplně svlíknout, protože samozřejmě to slečený tělo, jako je to vidět.“*) Naštěstí ale nenarazila na žádného muže, který by její tělo kritizoval. Zpětně vnímá, že ji nemoc brzdila v osobnostním růstu, například ve vysněném studiu (*„Nemusela jsem mít tolik strachu a mohla jsem žít intenzivněji.“*) Obecně to pro ni bylo těžké období (*„Ale v té době to bylo těžký, no.“*) Dana kvůli nemoci ztratila několik přátel, protože nevěděli, jak s ní komunikovat (*„Měla jsem spoustu přátel a spoustu známých. A když vlastně se dozvěděli, co mi je, tak dokázali přecházet na druhou stranu ulice. Ale bylo to o tom, že ten člověk neví, co ti má říct.“*) Příčinu vzniku nemoci si vysvětluje psychosomatickým způsobem. Myslí si, že ho vyvolaly neřešené problémy a stres.

- Prošla si dlouhým procesem před stanovením diagnózy. V době onemocnění otěhotněla.
- Operace a následné dojíždění 18 let na vyšetření, ze kterých měla strach kvůli případnému nálezu. Největší obavy měla jakožto matka o své malé děti. Starala se o malého syna během léčby. Nenávist k tělu po odstranění prsu.
- Zvládacími strategiemi byly sociální opora, chození do společnosti, zaměstnání, návykové látky, rychlý návrat do normálního života.
- Nemoc ji znemožňovala osobní rozvoj, měla vliv na rozchod s partnerem a vývoj její dcery. Příčinu vzniku si vysvětluje psychosomaticky.

5.4 Marie

Paní Marie se potýkala hned se dvěma rakovinami. V 58 letech onemocněla rakovinou dělohy a v 72 letech rakovinou tlustého střeva. První rakovinu

objevila při preventivní kontrole praktická lékařka. Po odebrání vzorku Marii lékaři zatelefonovali a naléhali, aby se okamžitě dostavila do nemocnice. Zde ji sdělili diagnózu rakoviny dělohy. Pro Marii byly první chvíle po sdělení diagnózy těžké („*To víte, ten první okamžik byl hroznej.*“). Jediná otázka, kterou měla v hlavě, zněla: „*Umřu?*“. Měla právě odjet na dovolenou se svým synem, takže ji navíc mrzelo, že jí nemoc překazila plány.

Největší obavy ohledně operace měla z toho, zda se podaří a zda se probudí z anestezie („*Ale bylo to teda fakt ouvej, protože člověk nevěděl a tý operace se fakt bál, že jo. Jestli se vůbec vzbudim po narkóze.*“) Po absolvování operace docházela rok na ozařování. Veškeré pozdější kontroly potvrdily, že je v pořádku, a tak pocítila úlevu („*Tak to jsem si pak jako oddychla.*“) Na druhou rakovinu přišli lékaři náhodou v rámci preventivního vyšetření („*Takže to bylo štěstí v neštěstí, jak se říká.*“) Druhé sdělení diagnózy pro ni bylo ještě těžší, protože si představila, jak bude celý proces opět probíhat („*To víte, psychika to byla hrozná. A už jsem z toho byla zase taková hín. Jsem si představila, že to bude zase znova, a řekla bych, že tohle bylo jako ještě horší.*“) Zkušenosti, které již měla z první léčby, jí nebyly oporou, naopak průběh byl skutečně ještě horší, protože při operaci nastaly komplikace. Ve chvíli, kdy si Marie myslela, že má vše zdárně za sebou, zjistila, že se lékům zákrok nepovedl a musí jít tím pádem okamžitě na další operaci. Toto zjištění ji velice rozrušilo („*To byl hroznej můj šok jako. Z toho jsem fakt byla špatná.*“) Nejhorším obdobím pro ni bylo 5 týdnů strávených v nemocnici, kde nesměla vůbec jíst, pouze pít vodu („*Pocity to byly taky hrozný. Kor, když tam ležíte, že jo.*“) Po operaci obdržela výsledek z histologie, který potvrdil přítomnost dalších dvou nádorů v těle. Z toho důvodu musela podstupovat řadu chemoterapií, jejichž vedlejší účinky se u ní neobjevovaly („*Tak potom jsem chodila na ty chemoterapie. Ty jsem jakžtakž snášela dobře.*“) Po léčbě se snažila odpočívat („*No, nic těžkýho jsem nemohla dělat. Takže to jsem většinou odpočívala.*“)

Při vyrovnávání se s oběma nemocemi jí pomohla široká sociální opora, již měla jak v manželovi, tak v dětech, vnoučatech i přátelích („*Rodina mi taky opravdu pomáhala, jak při tý první, tak při tý druhé.*“) Manžel ji doprovázel na všechna vyšetření a dodával odvalu, zejména při zjištění druhé diagnózy („*Jedno jsi přežila, nepoddávej se tomu.*“) Děti a vnoučata ji navštěvovaly a podávaly pomocnou ruku, pokud něco potřebovala. Marie se proto snažila být tu zase na oplátku pro rodinu. Snažila se nemoci tolik „*nepoddávat*“. Také jí pomáhalo o nemoci mluvit převážně

s rodinou a kamarádkami z práce („...*tak je to fakt lepší to někomu říct...vypovídat se...uleví se člověku.*“) Myslí si, že pokud by neměla rodinu nebo blízké lidi ve svém okolí, uvažovala by o psychologovi („*Když člověk nemá nějakou rodinu nebo nějaký bližší příbuzný, známý, aby opravdu jim to mohl říct, aby ho vyposlechli. Tak opravdu ten psycholog je dobřej.*“)

Nyní po prodělání nemoci dbá více na své zdraví, snaží se více udržovat v dobré kondici, už jen kvůli obavám z recidivy („*Ted'kon si člověk opravdu dává víc bacha. Nebo se snaží tak nějak se udržovat. Protože jednou tady nějaká nemoc byla a může se opakovat.*“) Po léčbě byla oporou pro svého muže Františka, který onemocněl rakovinou půl roku poté. Když se zpětně ohlíží na celý proces, myslí si, že ho zvládli i s mužem Františkem obstojným způsobem („*Takže jsme se s tím i s mužem vyprávěli, bych řekla fakt dobře.*“)

- Onemocnění dvěma druhy rakoviny. Příznaky zjistili lékaři při preventivní prohlídce. Sdělení druhé diagnózy bylo horší, protože si již představila následný průběh léčby.
- Po obou operacích následná léčba, při prvním onemocněním radioterapie, při druhém chemoterapie. Po absolvování druhé operace nastaly komplikace, muselo dojít k jejímu opětovnému provedení.
- Zvládacími strategiemi byla sociální opora od manžela, dětí, vnoučat a přátel.
- Rakovinou onemocněl i její manžel. Pomáhala mu se s nemocí vyrovnávat.
- Onemocnění ji přimělo k větší péči o své zdraví.

5.5 František

Pan František, manžel paní Marie, bojoval s rakovinou lymfatických uzlin v 70 letech. V tu dobu byla Marie několik měsíců po léčbě druhé rakoviny. Bulku na krku si našel sám, když se holil. Sdělení diagnózy pro něj znamenalo těžký životní okamžik („*Bylo to špatný.*“) František již věděl, jak náročné životní období ho čeká, protože měl zkušenost s tímto onemocněním v rodině. S rakovinou se v minulosti potýkala jeho manželka a otec. Sdělení diagnózy v něm také vyvolalo myšlenky na smrt („*Člověk hned myslel na to nejhorší.*“) Tyto myšlenky mohla způsobit skutečnost, že jeho otec na rakovinu zemřel.

Podstoupil tedy operaci. Než mu však vyndali stehy, objevily se mu další dvě bulky, a nakonec nádor metastazoval do celého těla. František se však snažil přistupovat k celé situaci ohledně přítomnosti nádorů v těle s humorem („*Tam jsme si ještě dělali legraci, že ani Vietnamci nemají tolik světylek.*“). Od té doby musel absolvovat chemoterapie. Dva měsíce strávil v nemocnici a další rok ho na chemoterapie dopravoval sanitní vůz. Ztráta vlasů mu nevadila („*Že přijdu o vlasy, vem to čert. Hlavně že nepřijdu o život.*“). Začátky chemoterapie byly těžké, ale když se postupně jeho stav zlepšil, cítil se pozitivněji („*... už to bylo dobré, když už jsem viděl, že to mizí a že to nemám.*“). Výhodou pro něj bylo, že snášel chemoterapii bez vedlejších účinků („*Mně to teda naštěstí nedělalo vůbec nic, jako.*“)

Po celou dobu se mu dostávalo sociální podpory od manželky a dětí, které ho například navštěvovaly v nemocnici („*Ale dětičky a tady manželka mi pomohly hodně.*“). S rakovinou se snažil vyrovnávat tak, že se jí „*tolik moc nepoddával*“. Nepřipouštěl si, že by nějakou nemoc měl a myšlenky na ni „*odstrčil někam jinam*“. S tímto způsobem vyrovnávání měl zkušenost u manželky Marie („*Že jsem věděl, že když se tomu člověk nepoddává, tak je to lepší*“). Při rekonvalescenci ho omezovala skutečnost, že nesměl chodit na slunce. Ve vyrovnávání mu pomáhalo chodit do společnosti za kamarády, jelikož díky tomu na chvíli zapomněl na svou nemoc („*Se člověk jako rozptýlil.*“). Velkou výhodou pro něj bylo, že ho nikdo nelitoval, protože by ho to přimělo zbytečně nad nemocí přemýšlet („*Já měl jako dobrý, že tady kolem nikdo nelitoval člověka, protože on pak začne myslet na kdejakou blbost, a to není dobré.*“). Domnívám se, že by mu lítost od ostatních snižovala míru optimismu a naději, že se úplně vyléčí a navrátí k normálnímu způsobu života. Soucit od zdravých lidí může být někdy hraný či falešný. Avšak o nemoci bez problémů se všemi hovořil. Hlavně mu pomáhalo si o nemoci povídat převážně s pacienty na pokoji, kteří měli stejné onemocnění. Tito lidé dokázali skutečně pochopit jeho potíže. Jako určitý cíl si v době rekonvalescence stanovil dožít se narození vnučky. Psychickou oporou mu byly i vstřícné přístupy lékařů („*A na ty doktory a všechno jsem měl štěstí.*“).

Nemoc nějakým zásadním způsobem nezměnila jeho život („*Jako jinak je to pořád ve stejnejch kolejích, jako to bylo.*“). Když našel již v době vyléčení další bulky, obával se recidivy („*Ježišmarjá, ono se mi to vrátilo zas.*“), naštěstí se však o rakovinu nejednalo.

- Příznaky nemoci si zjistil sám. Zkušenosti s nemocí měl již od otce a manželky.

- Podstoupil operaci, následně mu nádor metastazoval, takže docházel na chemoterapie. Obavy měl hlavně o svůj život.
- Zvládacími strategiemi byla sociální opora od manželky, která měla též toto onemocnění. Dále chození do společnosti, sdílení nemoci s lidmi, kteří měli stejné onemocnění.

6. Výzkumná zjištění

V této kapitole se snažím o sumarizaci vzniklých témat z jednotlivých rozhovorů. Témata jsou označena tučným písmem a jejich podtémata podtržením. Prostřednictvím těchto témat a podtémat hledám odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si na začátku stanovila. Porovnávám shodnost a zároveň i rozdílnost témat.

1. Jakým způsobem prožívají onkologičtí pacienti zjištění nemoci?

Celý proces začíná již samotným zjištěním nemoci. Pacienti v tuto chvíli zažívají mnoho pocitů, proto by tato fáze neměla být opomíjena. V rámci zjištění nemoci popisovali respondenti čtyři témata a několik podtémat, která se u některých z nich opakovala, jiná jsou naopak rozdílná.

Prvním tématem zmiňovaným všemi respondenty bylo **zjištění příznaků**. Na příznak rakoviny se přišlo dvěma způsoby. Buď ho objevil jejich ošetřující lékař, nebo ho objevili oni sami. Když lékař najde pacientovi útvar, pacient není připraven na tuto skutečnost a je to pro něj velká rána, na kterou nebyl připraven. Najde-li si útvar sám, má čas o celé situaci přemítat a mít naději, že se jedná o něco jiného než karcinogenní útvar.

Paní Monika, Dana a pan František si bulku nahmatali sami.

Monika: „*Takže vlastně jsem si to zjistila sama pohmatem.*“

Dana: „*Nahmatala jsem si bulku v prsu.*“

František: „*Tak jsem se šel holit a přišel jsem na to, že mám na krku bulku.*“

U pana Jiřího a paní Marie to bylo naopak, nádor objevili lékaři. U obou se totiž nádor nevyskytoval na povrchu, z toho důvodu je bylo možné objevit pouze medicínským vyšetřením.

Jiří: „*A tam vlastně ten urolog zjistil, že tam je nějaký nádor.*“

Marie: „*A tam právě mi na tý kolonoskopii zjistili, že mám v tlustém střevě nádor.*“

Často se ve výpovědích respondentů v souvislosti se zjištěním nemoci objevovaly vyděšení a nejistota ve chvíli, kdy jim lékař **nechtěl sdělit diagnózu rakoviny prostřednictvím telefonického hovoru**, ale naléhal, aby se okamžitě dostavili do nemocnice. Vyděsili se, protože měli tušení, že výsledky histologie potvrdily rakovinu, ale zároveň si nemohli být stoprocentně jistí.

Monika: „*No a pak teda mi volali, ale nechtěli mi to ještě říct.*“

Dana: „*Za další dva dni mi telefonovali, že se musím okamžitě vrátit a co se děje, to mi nesdělej.*“

Marie: „*Mi paní doktorka volala, abych se okamžitě dostavila.*“

Další zkušeností, která se týkala konkrétně paní Moniky, Dany a pana Jiřího, bylo **dlouhé oddalování stanovení diagnózy**, jelikož si jí lékaři nebyli stoprocentně jistí. Z toho důvodu prožívali velkou nejistotu, bezmoc a zklamání.

U Moniky to byla nejistota: „*Nejdřív paní doktorka si myslela, že to jako nic není. No, takže já jsem jela domu s tím, že to jako fakt nic není. Jinej pan docent zase řekl, že se mu to jako nelíbí, takže jsem si říkala, že to asi nebude jen tak nějaká malá uzlinka jako. Takže ten tejden byl takovej nejistej.*“

U Dany bezmoc, protože upozorňování na příznaky nemoci nebylo lékaři bráno na zřetel: „*Pan doktor mě víceméně zařadil mezi hysterky. Nikdo tomu nevěnoval nějak extra pozornost. Vlastně závěr z mamární poradny byl cysty. Mi řekli, že to karcinom není a pustili mě domů.*“

Jiří pociťoval zklamání či lítost: „*Přesto, že jsem absolvoval několik vyšetření kolonoskopie, nikdo nezjistil tenhle ten nádor. Mě nejvíc mrzelo, že kdyby se na to přišlo dřív, tak že to nemuselo skončit úplnou amputací. Samozřejmě radost jsem neměl. To mě teda psychicky hodně zdeptalo.*“

Téměř všichni se shodují na tom, že pro ně sdělení diagnózy onkologického onemocnění znamenalo **jedno z nejnáročnějších zážitků**.

Monika: „*Ten den, ten byl blbej.*“ „*Ta cesta mě semlela.*“

Jiří: „*Zaprvý to zjištění, to mě psychicky nalomilo.*“

Marie: „*To víte, ten první okamžik byl hroznej.*“

František: „*Bylo to špatný.*“

Posledním tématem byla **reakce na sdělení diagnózy**. Tyto reakce můžeme dle odpovídání respondentů rozdělit na obranný mechanismus disociaci a silné emoce jako strach ze smrti, smutek a úlek.

Disociaci ve formě depersonalizace, tedy dojem, že lékař sdělil člověku informaci o někom jiném, zažívala Dana: „*Měla jsem pocit, že jsem slyšela nějaký příběh někoho. Vůbec jsem to nedokázala vstřebat, že se to týká mě.*“

Mariina a Františkova první reakce byla strach ze smrti.

Marie: „*Ty chvíle, kdy se to člověk dozví, tak opravdu jako máte jedinou otázku: „Umřu?“*“

František: „*Člověk hned myslel na to nejhorší.*“

Smutek nejspíše pociťovala Monika a svým způsobem i Marie. Marie z toho důvodu, že jí nemoc překazila plány ohledně odjezdu na dovolenou: „*Měla jsem zrovna jet na dovolenou, tak jsem z toho byla dost taková špatná.*“

Monika reagovala silným pláčem, ale nevíme, zda kvůli smutku, strachu nebo otřesení: „*To jsem řvala jako želva.*“

Dana byla vyděšená hlavně kvůli tomu, že neuvidí vyrůstat své dítě: „*Tak když jsem se to dozvěděla, tu diagnózu, jsem ležela nad ním v noci a brečela jsem a prosila jsem boha, ať prostě mi dá tolik času, abych ho jednou slyšela, jak mi řekne, mámo.*“

Úlek zažívala paní Marie ve chvíli, kdy jí sdělili diagnózu druhé rakoviny: „*Tak povídám: „Ježíši!“ A už jsem z toho byla zase taková špatná. Jsem si představila, že to bude zase znova a řekla bych, že tohle bylo jako horší.*“

Rozdíl v prožívání při sdělení diagnózy byl diametrálně odlišný u Moniky a Dany, přestože onemocněly stejným druhem rakoviny. Záleželo na **stupni progresu rakoviny**. Monice bylo lékaři sděleno, že v jejím případě se jedná o nejnižší stupeň onemocnění, z toho důvodu se její obavy ohledně diagnózy zmenšily: „*Ale zase mě tam jako by uklidnila, v tom smyslu, že je to ten nejnižší stupeň.*“

Daně naopak oznámili nejagresivnější formu rakoviny. Tato zpráva její obavy ještě více prohloubila: „*Že je to nádor, který se normálně v ženském prsu nevyskytuje, že je to vlastně jeden z nejagresivnějších nádorů.*“

Jiří měl sice jiný druh rakoviny, ale nádor byl již v pokročilém stádiu. Z toho důvodu se konečník musel amputovat a místo něho se zavedl břišní vývod: „*S tím, že ten nádor je bezprostředně u svěrače, což znamená amputaci svěrače, a tudíž i boční vývod na břicho. Což mě teda psychicky hodně zdeптalo.*“

2. Jak onkologičtí pacienti prožívají průběh léčby?

V této výzkumné otázce se pokouším nahlédnout na prožívání respondentů v době léčby. Léčba byla pro respondenty náročným obdobím, ve kterém prožívali mnoho negativních ale zároveň občas i pocity pozitivní.

Běžným pocitem byly **obavy**. Nejvíce se obavy týkaly operace, konkrétně probuzení z anestezie.

Monika: „*Jo, to jsem jako měla obavy, jestli se probudím z narkózy.*“

Jiří: „*A já půjdu na operaci, a jestli se vzbudím, když mi dají narkózu.*“

Marie: „*A ty operace jsem se fakt bála. Jestli se vůbec vzbudím po narkóze.*“

Jiné obavy se týkaly další léčby chemoterapie a s ní spojených nežádoucích účinků jako je vypadávání vlasů. Tato obava se objevila u paní Moniky: „*Hodně jsem se bála teda jakože přijdu o ty vlasy, že jo.*“ Františkovi naopak ztráta vlasů nevadila, pokud se tím zajistila větší šance, že přežije: „*Že přijdu o vlasy, vem to čert. Hlavně že nepřijdu o život.*“ Zde je vidět genderový rozdíl, kdy ženám více záleží na vzhledu a mají tím pádem větší strach o ztrátu vlasů než muži. Může se ale také jednat o rozdíl věkový. Monice v té době bylo čtyřicet let, oproti tomu Františkovi necelých sedmdesát. Navíc pro Moniku profesí kadeřnice je otázka vzhledu prioritní, zatímco u Františka v důchodovém věku již není tolik podstatný.

Dále se u některých respondentů objevovala obava o nejbližší členy rodiny.

Dana měla jakožto matka malých dětí největší obavu o osud svých dětí: „*O sebe ne. Ale prostě ženská se o ty děti bojí asi úplně ze všeho nejvíc. Co s nima bude. Vždycky to bylo spojený s tím, co oni si tady počnou. Je to takový, prostě nesdělitelná zkušenost nebo prostě nesdělitelný pocit, dokud nepoznáš, co to je mít strach o svý vlastní dítě.*“

Jiřímu v průběhu léčby vážně onemocněla manželka. Z toho důvodu prožíval obavy nejen o sebe, ale také o život své manželky: „*Tak manželka v tom samém roce, jí přestaly fungovat ledviny a od té doby jezdí na dialýzu.*“

Františkova žena měla v té době již po léčbě rakoviny, měl o ni však stále obavy, protože jezdila na kontrolní vyšetření.

Jiné obavy se vztahovaly k dalším vyšetřením, která měla prokázat přítomnost nádoru v těle, a respondenti měli strach o případný nález:

Jiří: „*Měl jsem tak psychicky nahnáno, aby mi něco nenašli.*“

Dana: „*Takže jsem vždycky žila, jak se říká toho půl roku, a pak jsem se strašně bála. Strašně jsem měla vždycky, než jsem jela na nějaký vyšetření, tak jsem měla noční můry.*“

Respondenti také často zmiňovali **pocity během stavu po operaci**. Lišili se ale v tom, o jaké pocity se jednalo.

Pan Jiří popisoval bolest: „*Ta nemoc v té první fázi po operaci byla dost jako bolestivá. Ono mě to zlobilo strašně. Jsem jako dost trpěl.*“

Dále pociťoval rozladění, právě z důvodu bolesti: „*Takže já jsem ani jako myšlenkově, nějaký nálady, ani mi to nešlo v té době. Po operaci ten stav mě dost psychicky ničil.*“

Stejně tak paní Marie, která ležela po operaci v nemocnici: „*To víte pocity to byly taky hrozný. Kor, když tam ležíte, že jo.*“

Dana a Jiří pociťovali odpor ke změně těla.

Daně odstranili prso. Kvůli tomu se cítila méně jako žena: „*A když říkám všechno, tak to bylo jako nejenom prso jako takový, ale všechno maso, který člověk vlastně na sobě má na té straně. Protože prostě když se ženě stane tohle, tak samozřejmě si připadá*

hrozně ošklivá, úplně strašně moc neženská.“ Z toho důvodu pociťovala stud: „Taky jsem se bála. Bála jsem se před někým jiným jakoby odhalit nebo úplně svlíknout.“

Jiřímu museli amputovat konečník a zavést břišní vývod. Nějakou dobu trvalo, než si zvykl na novou podobu svého těla: *„Samozřejmě po operaci ten stav mě dost psychicky ničil, protože za prvý, tohleto na břicho, tím, že vlastně vyříznou ten svěrač, tak zašijou ten konečník.“*

Marie pociťovala také šok, protože jí po jedné operaci sdělili, že musí jít okamžitě na operaci druhou: *„To byl hroznej můj šok jako. Z toho jsem byla fakt špatná.“*

Psychický stav pacientů se lišil podle výsledků operace. U některých se nádor podařil vyoperovat celý, nemuseli proto podstupovat další složitou léčbu. Jiní byli povinni docházet například na chemoterapii a radioterapii. U pacientů, kterým byl při operaci nádor zcela odstraněn došlo k částečnému zklidnění. Druhá skupina pacientů si uvědomovala, že je ještě čeká náročná cesta.

Monice bylo po operaci sděleno, že by pro ni chemoterapie nebyla prospěšná. Byla jí doporučena léčba hormonální, která je méně agresivní: *„No, tak našťestí teda jako, že ta chemoterapie by pro mě přínosem jako by nebyla, že je pro mě vlastně zbytečná. Takže vlastně mi nasadili hormonální léčbu a injekce. Každý den беру prášek a jednou za měsíc jezdím na injekce.“*

Dana neměla po operaci dalších 18 let jistotu, zda nádor nemetastazoval. Neměla sice další léčbu, ale jezdila na vyšetření: *„A pak když jsme spolu seděly po čtyřech měsících, tak mi řekla, že když mi nic nenajde, tak tu chemoterapii nedostanu a budeme čekat dál. Takže já jsem vlastně potom chodila po měsíci na vyšetření, pak po dvou měsících, pak po čtyřech měsících a pak po půl roce. Pak se to zvedlo na rok.“*

Marii při operaci u rakoviny dělohy nebyl odstraněn nádor celý, takže musela podstupovat ozařování: *„No, takže od té doby jsem potom chodila na ozařování.“* Po operaci u rakoviny tlustého střeva měla v těle také ještě zbytky nádoru, takže docházela na chemoterapii: *„A na to konto jsem potom chodila na onkologii na chemoterapii.“*

Františkovi po operaci nádor metastazoval do pŕlky těla, takže musel absolvovat chemoterapie: *„No, a ještě předtím mi udělali PET, jako rentgen a tam mi přišli na to, že od krku až po pas jsem toho byl plnej. Tam právě mi přišli na tohleto, tak mi to dělali, jako tu chemoterapii.“*

Jiří naopak podstupoval ozařování před operací, aby se mu nádor nezvětšil: „*Já jsem ozařování měl před operací. Protože celá operace je záměrná, tak oni vám ozařují to místo, aby se to zapouzdřovalo, aby se to nerozšiřovalo.*“

U respondentů se objevovala **nejistota** z toho, jak bude léčba probíhat a jaký bude její výsledek.

Monika: „*No, tak pak následovaly různý vyšetření, že jo. Tam to bylo jak na houpačce.*“

Jiří: „*Člověk má určitou psychiku narušenou do té doby, než ví, že už je to dobrý. Pocit je takovej jako, že člověk přemejšlí, co bude, jak to bude.*“

Marie: „*Tenkrát člověku do smíchu nebylo, protože nevěděl, bude to dobrý, nebude to dobrý. To víte, byly to taky nervy, protože člověk nevěděl, co bude, nebude, že jo.*“

František: „*Ale předtím to člověk přemejšlí na všechno, nad celým tím. Co bude nebo nebude, nebo jak to bude.*“

V průběhu léčby se dále u respondentů projevíly **důvody pro uzdravení**, kterými byly převážně přežit kvůli rodině.

Dana měla největší touhu přežit pro své malé děti a vidět je vyrůstat: *Brečela jsem a prosila jsem boha, ať prostě mi dá tolik času, abych ho jednou slyšela, jak mi řekne, mámo.*“

František měl také největší touhu přežit, aby se dočkal narození své vnučky: „*A největší touhu jsem měl, abych přežil, protože jsme čekali vnučku.*“

Marie: „*Člověk se snažil tady pro tu rodinu a pro to všechno bejt, že jo.*“

Monika: „*Takhle bejt ještě víc s tou rodinou.*“

Jiným důvodem bylo provozování zájmové činnosti. Jiřího touha uzdravit se souvisela mimo rodinu i s myslivostí.

Zásadní obrat k dobrému přišel po ujištění, že nádor je zcela odstraněn a bez metastází. Toto zjištění doprovází silná **úleva**.

Monika: „*Že naštěstí teda jako nemusím podstupovat to ozařování ani chemoterapii. Asi po té operaci, když prostě přišly ty výsledky, tak jsem si řekla, že ano, tak už to mám zdárně za sebou.*“

Jiří: „*Takže já jsem měl po té stránce psychicky výhodu, že jsem to měl čistý. Takže po té stránce to bylo dobrý. A v pátek následně na to mi paní doktorka sdělila, že přišly výsledky a že to je všechno v pořádku. Tak jako jsem měl z toho radost.*“

Marie: „*Tak řekla, že je všechno v pořádku, všechno dobrý. Tak to jsem si pak jako oddechla.*“

František: „*Už to bylo dobrý, když už jsem viděl, že to mizi a že to nemám.*“

3. Jaké zvládací strategie pacienti během onkologického onemocnění uplatňují?

V této výzkumné otázce jsem se snažila zjistit, jaké okolnosti respondentům nejvíce pomáhali při zvládnutí onkologického onemocnění.

Zvládací strategií, jež se objevovala u všech respondentů, byla **sociální opora**.

Zmiňuje ji všech mých pět respondentů. Aktéry sociální opory byli převážně členové rodiny. Monika, Dana a Marie uvádějí jako velkou pomoc od rodiny doprovod při lékařských vyšetřeních.

Monika jmenuje celou rodinu. Převážně manžela a matku, která ji doprovázela při vyšetřeních: „*V té době mi jako by hodně pomáhali všichni jakoby, jo. Pak teda samozřejmě manžel, v tom jsem měla velkou oporu jo. Mamka ta se mnou prožívala od začátku všechno, protože ta se mnou jezdila po doktorech, na ty prvotní mamografy.*“

Daně pomáhala matka a minulý přítel, kteří se starali o malého syna. Dále zmiňuje členy širší rodiny, tetu a strýce, kteří ji doprovázeli při vyšetřeních: „*V tom neštěstí jsem měla štěstí na lidi kolem sebe. Strejda s tetou se mnou jezdili po všech různých vyšetřeních prakticky rok, ty se o mě strašně hezky starali. O Matěje se mi starala mamka a Matějův tatínek.*“

Marie jmenuje manžela, děti a vnučata. Manžel ji doprovázel při vyšetřeních, děti a vnučata Marii navštěvovaly a pomáhaly s každodenními činnostmi: *Rodina mi taky opravdu pomáhala, jak při té první, tak při té druhé. Manžel mě tam vozil, tak to bylo jediný nějak to... A děti chodily, navštěvovaly nás, jestli něco nepotřebujem. Takže se z toho člověk opravdu tak nějak dostal dobře, no.*“

František uvádí svoji manželku, děti a vnučata, jež ho navštěvovaly při pobytu v nemocnici: „*Ale dětičky a tady manželka mi pomohly hodně. Děti, ty za mnou jezdili do nemocnice.*“

U Jiřího absentovala podpora od manželky, protože ve stejnou dobu také vážně onemocněla. Musel být tedy on oporou pro ni: *Tak manželka v tom samém roce, jí přestaly fungovat ledviny a od té doby jezdí na dialýzu.*“ Na druhou stranu mu byl zdrojem opory vnuk: „*Nejvíce mi psychicky pomáhalo vnuče pětiletý.*“

Dalšími zdroji opory byli přátelé. Od přátel vnímali podporu v podobě návštěv, vyslechnutí a nelitování.

Moniku přátelé podporovali prostřednictvím návštěv v době rekonvalescence: „*Kamarádi taky jezdili jako za mnou se vždycky kouknout na kafe a takhle, jo.*“

Dana: „*Scházet se s těma lidma, který měl člověk rád.*“

Marie: „*Jsem vždycky zašla do práce, tak tam mě vyposlechly holky.*“

František: „*Jsem se šel podívat za kamarádama. Nikdo nikoho nelitoval, to jsem měl dobrý.*“

Skoro všichni respondenti se také shodli na tom, že jim pomohl skvělý přístup jejich onkologů.

Monika: „*Já mám vlastně tu moji onkoložku, ona je taková strašně lidská. Takže jako ta taky hodně pomáhá.*“

Jiří: „*No a ta pani onkologická doktorka je opravdu pečlivá a ona jako se snaží, aby všechno furt kontrolovala.*“

Dana: „*Já jsem teda měla štěstí na doktory, nejvíc pani doktorku onkoložku. Jako přála bych to každému mít doktora, kterej je empatickej, kterej je prostě vstřícnej.*“

František: „*A na ty doktory a všechno jsem měl štěstí.*“

Jiní respondenti jmenovali pacienty se stejnou diagnózou.

Monika: „*Holčina, která vlastně si prošla úplně to samý, má úplně stejnou diagnózu. Takže my spolu jezdíme po doktorech a my si ty doktory vždycky užijem.*“

U Františka to byli spolupacienti na pokoji v nemocnici: „*Ale my jsme měli i dobrej pokoj, docela dobrý lidi, že jsme si i povídali.*“

Podobně je tomu u dalšího způsobu vyrovnávání, jímž je **společenský život**. Čtyři respondenti uváděli, že pro ně bylo příjemnější trávit čas s ostatními lidmi než být sami. Společnost druhých lidí je odváděla od přílišných myšlenek o nemoci.

Jiří: „*A v prosinci jsou hony. Já jsem se tam dojel podívat na ně, třeba když byla svačina, mezi ty lidi. Jo, abych přišel na jiný myšlenky.*“

Dana: „*Takže mi pomáhalo to, co jsem dělala kdysi. Takže zase nějaký ten společenskej život, nebo se scházet s těma lidma, který člověk měl rád, se kterejma si povídal, a ne bejt zavřená ve čtyřech zdech.*“

Marie: „*Protože jsem vždycky zašla do práce za holkama popovídat.*“

František: „*Já jsem se tam vždycky schoval do stínu a šel jsem se na ně podívat, za kamarádama. Se člověk jako rozptýlil.*“

Vyrovňovací strategií, na které se shodli všichni respondenti, byla i **komunikace**. Respondenti se cítili lépe, když si o nemoci mohli s někým popovídat, sdělit mu své obavy týkající se nemoci.

Monika: „*Jo, to určitě, to mi pomáhalo. Nejsem takovej typ, že bych si to nechávala všechno pro sebe.*“

Jiří: „*Já jsem zrovna typ, kterej se s tím jako neskrejevá. No, takže já se o tom nebojím mluvit, když je potřeba.*“

Daně by komunikace pomohla v lepším zvládnání nemoci, ale bohužel neměla moc šanci tuto strategii uplatňovat: „*Já bych byla asi tenkrát vděčná za to mluvení, ale moc to nefungovalo.*“

Marie: „*Tak je to fakt lepší to někomu říct... vypovídat se... uleví se člověku.*“

František: „*Já jsem o tom mluvil normálně, to mně jako nedělá problém.*“

Respondenti poskytovali prostřednictvím komunikace radu a podporu přátelům, kteří měli stejnou diagnózu:

Jiří sdílel svou zkušenost příteli: „*Třeba můj kamarád, taky myslivec, mu zjistili to samý, co mám já. A on ode mě chtěl spoustu informací před operací.*“

František komunikoval o nemoci se spolupacienty na pokoji v nemocnici: „*Ale my jsme měli i dobrej pokoj, docela dobrý lidi, že jsme si i povídali.*“

Monika sdílela průběh své nemoci, včetně vyvolaných pocitů se svými zákaznicemi v kadeřnickém salónu: „*Takže vlastně jsem ty svoje pocity nebo jak to prostě všechno probíhalo probírala i tady se svejma zákaznicema.*“

František sdílel svoji nemoc a nevadilo mu o ní mluvit, ale oceňoval, že ho lidé nelitovali: „*Já měl jako dobrý, že tady kolem nikdo nelitoval člověka, protože on pak začne myslet na kdejakou blbost, a to není dobrý.*“

U jedné respondentky, Moniky, se objevovala zvládací strategie **optimismus**. Projevoval se vírou v úspěšné zvládnutí nemoci a nepřipouštění si nezdaru.

Monika: „*Já jsem si ale jako nikdy nepřipouštěla, že to nezvládnou. Takže já jsem vlastně jako už věřila, že to dobře dopadne všechno, ani jsem si nepřipouštěla, že by to bylo nějak jinak, to vůbec.*“

Čtyři z respondentů používali při vyrovnávání se s nemocí **humor**. Pomáhal jim v nadhledu u nemoci a zlehčoval nepříjemnou zátěž, která na respondenty působila.

Monika má pozitivní přístup k životu, který neztratila ani v době nemoci. Smysl pro humor sdílí i se svou novou přítelkyní nesoucí v minulosti stejnou diagnózu. Uplatňují ho především při kontrolních vyšetřeních: „*Ona je taková optimistka jako já, je s ní sranda prostě, takže víš co, my si ty doktory vždycky užijeme.*“

Jiří: „*Jsem měl cíl, abych tu byl do 100 let.*“

Marie: „*Pak už jsem si z toho dělala srandu.*“

František používal humor v průběhu léčby, když se ohlížel na dobu sdělení diagnózy, aby tuto závažnou situaci zlehčil: „*Tam jsme si ještě dělali legraci, že ani Vietnamci nemají tolik světýlek. No, ale člověk si z toho musel dělat legraci, i když to bylo takhle hodně.*“

Tři respondenti Jiří, Marie a František, tedy nejstarší účastníci výzkumu, si myslí, že jim ve zvládnání nemoci pomohla **psychická odolnost**, jíž disponují. Díky tomu rysu jejich osobnosti se snažili nemoci nepodléhat.

Jiří: „*Já nejsem, že by mě to jako psychicky zdeptalo na celý život.*“

František: „*Nějak se tomu nepoddávat hodně. No, ale nepoddával jsem se tomu nějak moc.*“

Marie se snažila být silná kvůli svému manželu Františkovi, který věřil, že nemoc překoná: „*Tak nějak se tomu nepoddávat hodně.*“

Nikdo z mých respondentů nevyhledal **psychologickou pomoc** při vyrovnávání se s nemocí. Dvě respondentky však tuto formu pomoci úplně nezavrhnou. Dana by už dnes po celé zkušenosti psychologa navštívila, protože si myslí, že by se s nemocí vyrovnala rychlejším způsobem. Paní Marie by zase psychologa navštívila, pokud by neměla žádného blízkého člověka, kterému by se mohla svěřit.

Monika: „*Ne, nevyhledávala jsem. Nakonec si myslím, že jsem se s tím poprala sama, i když si myslím, že s tím trošku zápasím.*“

Dana: „*Mně to prostě přišlo zbytečný. Ale teď ze své vlastní zkušenosti řeknu, že určitě bych se z toho dostala psychicky rychlejc.*“

Marie: „*Když člověk nemá nějakou rodinu nebo známý, aby ho vypoślechl, tak ten psycholog je dobrej.*“

Těm respondentům, kteří byli ještě v produktivním věku, pomáhalo **zaměstnání**. Konkrétně se jednalo o dvě ženy, Moniku a Danu.

Monika: „*To zase mi jako by pomohlo, jo. Jak vlastně mám to zaměstnání, že jsem vlastně mezi lidma, že jo.*“

Dana: „*Ale tím, že jsem se vrátila do práce, tak se člověk zase rychleji vracel do těch kolejí. Prostě mám zodpovědnost, mám práci, musím vydělávat peníze.*“

Naopak Marie, poněvadž byla v pokročilejším věku, by se díky nemoci zaměstnání nejraději zbavila: „*To jsem ještě pracovala. Zrovna jsem si říkala, proč mě to nepotkalo aspoň o rok dýl. Protože pak bych to navázala jako důchod.*“

Jiným respondentům pomohla ve zvládnání **předchozí zkušenost s rakovinou v rodině**. Rodinní členové, kteří si již rakovinou prošli, poté pomohli ve zvládnání nemoci mým respondentům. U Moniky byla tímto členem její teta, u Františka manželka Marie.

Monika: „*V rodině tam si tím prošla teta, takže my jsme se navzájem taky jako by podporovaly.*“

František: „*Vlastně i od manželky. Že jsem věděl, že když se tomu člověk nepoddává, tak je to lepší.*“

Dva z mých respondentů, muži, Jiří a František se s nemocí vyrovnávali pasivními zvládacími strategiemi, tedy **obrannými mechanismy**. Konkrétně bychom mohli říci, že používali popírání. Popírání se vyznačuje tím, že si pacient zakazuje o nemoci přemýšlet.

Jiří: „*Ani nemám potřebu mít nějakou psychiku, protože já na to nemyslim vůbec. Já to беру, jako kdybych to měl od malička. Člověk by se s tím měl vyrovnat a chovat se, jako kdyby nebyl nemocnej.*“

František: „*Odstrčit to někam jinam. Já jsem si to potom už moc nepřipouštěl.*“

Monice a Jiřímu pomáhaly ve vyrovnávání se v čase, kdy již byli schopni fyzicky fungovat, jejich **zájmy**. Pro Moniku to byly procházky se psem, masáže a zdravá strava. Mezi Jiřího zájmy patří myslivost.

Monika: „*Jsem hodně chodila se psem na procházky, to mi taky hodně pomohlo. Já jsem taky chodila na ty masáže po operaci, aby se mi zahojila jizva.*“ *Jo a pak jsem se snažila uspořádat jídelníček taky, já jsem hodně přešla na tu biostravu.*“

Jiří: „*Myslivost je pro psychiku člověka jeden z nejlepších koníčků. Tam člověk zapomene na ty své problémy, takže mě to psychicky opravdu drží.*“

Dana uváděla, že konzumovala **návykové látky**, převážně alkohol a cigarety. Vždy pouze ve společnosti, a ne ve velkém množství, takže se nerozvinula závislost. Byl to jen způsob, kterým se s nemocí nárazově vyrovnávala: „*Ježiš, tak jsem vykouřila dvě nebo tři cigarety, tak jsem vypila jako půl litr vína.*“

Dalším tématem byl **způsob rekonvalescence**.

Dana a Jiří se shodují, že na konci léčby jim pomohl rychlý návrat do normálního života. Neodpočívali moc dlouho a spíše se snažili plně fungovat, jako kdyby žádnou nemocí netrpěli.

Dana: „*Snažila jsem se po té operaci dostat co nejrychleji zase zpátky do toho normálního režimu. Když mi pak dovolili tu rekonstrukci, tak to byl pro mě takovej obrovskej krok, že se uzdravím, a že to bude v pořádku.*“

Jiří: „*Takže já v podstatě jsem se během půl roku dostal tak nějak do normálního stavu. Já to беру, jako kdybych to měl od malička. Člověk by se s tím měl vyrovnat, jako kdyby nebyl nemocnej.*“

Naopak Monice a Marii více vyhovovalo v době rekonvalescence odpočívat a nevěnovat pozornost každodenním povinnostem.

Monika: „*To bylo fajn. Já jsem si defakto odpočimula.*“

Marie: „*No, nic těžkýho jsem nemohla dělat. Takže to jsem většinou odpočívala.*“

4. Jaký dopad má onkologické onemocnění na posttraumatický život pacienta?

V této poslední výzkumné otázce zjišťuji, jaký dopad mělo onemocnění na současné životy respondentů. Co jim rakovina dala a co jim naopak vzala. Také mě zajímalo, jak se celkově na dobu během onemocnění ohlíží.

U dvou respondentek lze pozorovat signály **posttraumatického růstu**. Nejvíce patrný je tento znak u Moniky.

Monika a Marie si v rámci posttraumatického růstu více váží svého zdraví a starají se o něj.

Monika popisuje, že si jak ona, tak celá její rodina nyní více váží zdraví. Tato skutečnost v ní probudila i zájem o alternativní léčbu: „*Už to nebereme jako*

samozřejmost, že jsme prostě jakoby zdraví. Mám teď vnitřní klid, že alespoň něco pro sebe dělám. Tak já jsem pořád vyhledávala léčitele a nějakou tu přírodní cestu, jak bych si mohla pomoci, aby se mi to nevrátilo.“

Marie: *„Teďkon si člověk opravdu dává víc bacha. Nebo se snaží tak nějak udržovat.“*

Další formou posttraumatického růstu je větší blízkost ve vztazích. Ta se objevila u Moniky: *„Řekla bych, že jsme si bliž, že nám to pomohlo jakoby víc se stmelit.“*

U Moniky se také objevilo přehodnocení životních priorit. Už netráví tolik času v zaměstnání, ale více se svou rodinou: *„Prostě peníze nejsou všechno. Že už prostě ne za každou cenu od rána do večera v práci, jen tak jako na pohodu, jak mi to půjde. Takže teď se to snažím úplně jinak brát a být prostě víc s tou rodinou a jsem vlastně víc jako spokojenější.“*

Dále se u ní objevilo i užívání si života po nemoci, což také patří do posttraumatického růstu: *„Jako mám takový motto užívat si života každýho dne.“*

Daně naopak nemoc bránila v osobním rozvoji. Svazovala ji a bála se udělat cokoliv, co by ji v životě posunulo, protože si nebyla jistá, zda se nemoc nevrátí: *„Tohle bylo třeba období, kdy jsem si říkala, že bych si mohla dodělat nějakou návstavbu. Takže bylo to období, kdy bych třeba chtěla zkusit něco jinýho, ale říkala jsem si: A co když... To ani nemá cenu.“*

František zase tvrdí, že u něho nemoc nic nezměnila, žije dál **stejně** jako před ní: *„Jako jinak je to pořád ve stejnejch kolejích, jako to bylo.“*

V důsledku nemoci nastala u respondentů **změna vztahů**.

Respondentům přinesla nemoc nová přátelství s lidmi se stejnou diagnózou.

Monika: *„A třeba jako víš co, zase jsem našla holčimu, která vlastně si prošla úplně to samý, má úplně stejnou diagnózu. Nikdy vlastně jsme se spolu nebavily, až tahleta nemoc nás dala k sobě. A můžu říct, že jsem našla zase další kamarádku. Takže my spolu jezdíme po doktorech a my si ty doktory vždycky užijem.“*

Dana: *„Poznala jsem spoustu ženských, který měly vlastně stejnou nebo podobnou diagnózu.“*

Zároveň jim nemoc umožnila poznat, která přátelství jsou pravá. Ti, jež respondenty neopustili ani v době onemocnění, se ukázali jako hodní přátelského vztahu. Na druhé straně se mnohá přátelství ztratila.

Monika si velmi vážila přátel, kteří ji v době rekonvalescence navštěvovali: „*Vždycky jak se říká, že v nouzi poznáš přítele, že jo. Tak si myslím, že to jakoby fakt platí. A jako tady fakt ty přítele poznáš, tady se ukázalo jako komu na tobě záleží, jo tak to funguje.*“

Dana měla zkušenost, že ji přátelé opustili. Později se ale dozvěděla, že nevěděli, jak s takto nemocným člověkem komunikovat: „*Měla jsem spoustu přátel a spoustu známých. A když vlastně se dozvěděli, co mi je, tak dokázali přecházet na druhou stranu ulice. Ale bylo to o tom, že ten člověk neví, co ti má říct.*“

Dana popisovala dopad na partnerské vztahy, konkrétně rozchod s tehdejším partnerem. Kvůli nemoci se odcizili, a tak od Dany odešel: „*Tatínek Matěje odešel, protože prostě, když se ženě stane tohle, tak z nás se stali za tu dobu kamarádi.*“

Respondenti v odpovědích také uváděli, že jim nemoc přinesla do současného života určitá **omezení**.

U Moniky a Jiřího se jedná o zdravotní omezení.

Monika musí brát hormonální léčbu, která způsobuje umělý přechod: „*Takže vlastně mi nasadili hormonální léčbu a injekce. Každý den beru prášek a jednou za měsíc jezdím na injekce. To jsou prášky, který vlastně ti regulují ten proces, že přecházíš do umělého přechodu.*“

Jiří si vyměňuje stomie, jež představují určitý handicap při cestování, a také nemůže nosit těžké věci: „*Co mně nejvíc vadí, že tohleto je případ, že se někdy stane, že najednou jste v krámě nebo v něčem a teď je to potřeba vyměnit. A já jsem na základě toho chtěl, jestli bych nedostal ZTP. Když jedu něco nakupovat, třeba pytel brambor, tak říkám, prosím vás, dejte mi to do auta, já nemůžu, já mám vývod.*“

U Dany se objevuje omezení sportovní činnosti.

Dana: „*Takže já jsem přestala jezdit na lyžích, přestala jsem bruslit a přestala jsem dělat fyzický aktivity jako takový.*“

Respondenti vnímají, že nemoc měla **vliv na jejich blízké osoby**.

Monika popisuje vliv na manžela: „*Ale prostě měl strach že jo, to na něm bylo vidět, jo. To z toho byl možná ještě víc psychicky na dně než já.*“

Monika a Dana zmiňují vliv celého procesu nemoci na jejich prvorozené děti.

U Dany měla nemoc vliv na její prvorozenou dceru, protože neměla tolik času se jí věnovat. Musela se starat o mladšího syna a do toho řešit svou nemoc: „*Asi byla*

okolnostma domucena hodně rychle dospět. Prostě postarat se o sebe. Já nevím, at' už to byly svačiny do školy, úkoly, at' to bylo cokoliv.“

Monika také popisuje vliv nemoci na prvorozeného syna Tadeáše, který měl o svou matku strach. Na mladšího syna Tomáše nemoc takový vliv neměla, protože si nejspíše celou záležitost ještě neuvědomoval: *„Tam si myslím, že třeba u Tadeáše, tak ten to nes jakoby těžce on nebo tam na něm bylo znát asi, je takovej citlivější. U Tomáše, ten ještě jak byl takovej menší, tak to ani asi neuměl pořádně pobrat, co to všechno má za následek, jo. Ale u Tadeáše, i když o tom nikdy jako by nemluvil, tak tam si myslím, že měl v tomhleto, že se taky hodně bál, kor, když jsem byla na tý operaci, tak ten tejdén byl taky takovej přešlej.*“

V současném životě po vyléčení se z onkologického onemocnění dopadá na všechny respondenty kromě Dany **strach z recidivy**.

Monika: *„Furt mám jakoby větší strach, aby se to jako by nevrátilo, furt jako ten červíček tam je.*“

Jiří: *„Měl jsem tak psychicky nahnáno, aby mi něco nenašli.*“

Marie: *„Může se vrátit, a tak už na to člověk pohlíží taky jinak.*“

František: *„To víte, ale šok byl, když jsem tenkrát našel v podpaží tu bulku. To jsem si říkal: Ježíšmarjá, ono se mi to vrátilo zas.*“

U Dany je absence strachu z recidivy nejspíše způsobena tím, že má nejdelší čas od uplynutí skončení léčby. Bude to již 18 let.

Dana: *„Ale dneska už ten strach neprožívám. Ano, můžu onemocnět, ale čímkoliv, jako kdokoliv z nás.*“

Dvě ženy, Monika a Dana se snažily o **hledání příčin nemoci**. Chtěly dostat vysvětlení, proč je nemoc potkala. Obě se domnívají, že ji způsobila psychosomatická příčina, tedy stres a neřešené problémy.

Monika: *„V podstatě mi ta nemoc ukázala, jakým směrem jít. Že mám hodit všechno za hlavu, že jo, a začít prostě znova, jako no.*“

Dana: *„Jako já mám tu psychiku tak strašně propojenou s tím fyzickým, že to na mě působí nějak extrémně. Takže dlouhodobě stres a neřešené problémy.*“

Jiří hledal později příčinu nenalezení nádoru při kolonoskopii. Kdyby nádor tehdy objevili, nemuselo by dojít k úplné amputaci konečníku: *„No, a já jsem se ptal, jak je to*

možný, a oni říkali, že tím, že jsem to měl v tom samém konci, tak že on, když tam tu kameru v těch střevech má, tak ten konec asi vytáh rychle, nebo si toho nevšiml.“

Respondenti se **nemoc hodnotí** buď v pozitivním slova smyslu, nebo negativním.

Pozitivně se na dobu během nemoci ohlíží Monika a Marie.

Monice nemoc umožnila jiný pohled na život a cítí se nyní spokojeněji než před nemocí: *„Jako vesměs když to dobře dopadlo, tak to mělo vliv pozitivní. Takže teď jsem spokojenější.“*

Marie: *„Takže jsme se s tím i s mužem vypořádali, bych řekla fakt dobře.“*

Negativně Dana, která cítí, že ji nemoc bránila v osobním rozvoji. Zpětně lituje, že měla kvůli nemoci strach zkoušet nové věci, jako například pokračovat ve studiu na vysoké škole nebo si více užívat života: *„Nemusela jsem mít tolik strachu a mohla jsem žít intenzivněji, ale po bitvě je každé generál.“*

U tří respondentů se objevovaly tyto podobné fráze, které ukazují, že i v těžkých časech může být **pozitivní aspekt**. Marie a Jiří popisovali slovní spojení „štěstí v neštěstí“ při stanovení diagnózy. Mysleli tím, že i když jim bylo diagnostikováno velmi vážné onemocnění, odhalilo se včas.

Marie: *„Takže to bylo štěstí v neštěstí, jak se říká.“*

Jiří: *„To jsem měl štěstí, ale smůlu, vid’.“*

Dana sděluje, že v těžkém období měla ve svém okolí osoby, které ji podporovaly: *„V tom neštěstí jsem měla štěstí na lidi kolem sebe.“*

7. Diskuze

Cílem výzkumu této bakalářské práce bylo zmapovat, jak lidé, kteří onemocněli onkologickým onemocněním, svou nemoc prožívali a jakým způsobem se s ní vyrovnávali.

Výsledky, jichž jsem ve výzkumu bakalářské práce docílila, jsou ve velké většině ve shodě s předchozími výzkumy vytvářenými na toto téma. Vzorek v tomto výzkumu byl heterogenní. Heterogenita se projevovala v pohlaví, věku i druhu prodělaného onemocnění. Podobné výzkumy na toto téma upřednostňují homogenitu souboru, pro mě bylo však důležité, aby byli respondenti alespoň dva roky po absolvování léčby a abych na ně měla osobní vazbu. Mimo to ne všichni lidé s tímto onemocněním jsou ochotni o své zkušenosti hovořit. Z toho důvodu byli následně vybráni pouze respondenti, kteří s účastí ve výzkumu souhlasili.

První výzkumná otázka se zabývala prožíváním onkologických pacientů při zjištění diagnózy. Z výzkumu této bakalářské práce vyplývá, že pacienti zažívají pocity nejistoty týkající se dlouhodobého procesu před sdělením diagnózy. Spíralové (2013) ve výzkumu diplomové práce zaměřující se na onkologické pacienty vychází také jejich pocity nejistoty před stanovením diagnózy.

Mezi hlavní reakce na sdělení diagnózy se u mých respondentů řadili obranné mechanismy, disociace, úlek a silné emoce, např. smutek a strach ze smrti. Část reakcí se shoduje s výzkumem Spíralové (2013), která uvádí šok a strach.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na prožívání pacientů během léčby. U mých respondentů se objevovaly obavy z neprobuzení se z anestezie, o nejbližší osoby, odhalení operovaného těla a z vedlejších účinků chemoterapie, jako je vypadávání vlasů. Tyto výsledky se částečně shodují s výzkumem autorů Chen & Chang (2012). Z jejich výzkumu vyplynulo, že onkologičtí pacienti prožívají negativní emoce a pocity během období od sdělení diagnózy až po ukončení léčby. Mezi tyto pocity patřily obavy o svůj život, špatná očekávání, šok, beznaděj a hněv. V mém výzkumu se neobjevil hněv a beznaděj. Shodné byly obavy. Zajímavostí však je, že moji respondenti měli více než obavy o svůj život, obavy o nejbližší členy rodiny. Toto bylo dáno tím, že dva z mých respondentů měli během léčby vážně nemocné manželky a jedna respondentka velmi malé děti.

Oproti výzkumům, ze kterých vyplynulo, že pacienti trpí během léčby depresí, jako například u Klimeše (2020), který tvrdí, že se deprese většinou objevuje u pacientů ve 4. fázi po šoku, stresu a úzkosti, se tato skutečnost v mém výzkumu nepotvrdila. Po operaci zažívali respondenti rozladění, ale to nepřešlo do stavu deprese. Může to být dáno zvládacími strategiemi, které uplatňovali, například sociální opora a optimismus.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala zvládací strategie, které využívají pacienti během onkologického onemocnění. Ve výzkumu této práce se objevil jako vyrovnávací strategie optimismus, projevující se vírou v uzdravení. Tento výsledek je v souladu s Hodges et al. (2012), kteří uvádějí, že optimismus jako zvládací strategie udržuje pozitivní náladu a chrání před negativními psychologickými účinky rakoviny. Optimisté projevují větší bojovnost během sdělení diagnózy a léčby.

Všech pět respondentů zmiňovalo jako zvládací strategii sociální oporu. Jednalo se především o partnery a další blízké členy rodiny, kteří s nimi celý proces prožívali včetně doprovodu na vyšetření. Dále o přátele, spolupacienty a onkology se vstřícným přístupem k pacientovi. Podobného výsledku docílila i Šreiberová (2014) ve výzkumu své bakalářské práce zaměřené na psychosociální aspekty pacientek s rakovinou prsu. Vysoce zastoupenou zvládací strategií u ní také byla sociální opora, mezi kterou patřili partneři, další členové rodiny a zdravotnický personál. Formou této opory byly také doprovázení na prohlídky u lékařů a finanční zabezpečení. Odlišným výsledkem mého výzkumu oproti uvedené práci byla skutečnost, kdy respondenti se snažili být v době onemocnění podporou i druhým lidem. Například jeden respondent se staral o nemocnou manželku nebo poskytovali rady a podporu lidem s obdobným onemocněním.

Jako pasivní zvládací strategie se v této práci objevovaly obranné mechanismy, konkrétně popírání, kdy si respondenti zakazovali na nemoc myslet. Giuseppe et al. (2018) se ve své studii zaměřili na obranné mechanismy používané pacienty s rakovinou. Zjistili, že hojně používaným obranným mechanismem u těchto pacientů, je právě popírání. Mimo to představovali ještě obranu nazývanou autistickou fantazií, s níž se člověk pomocí denního snění uchýlí do snů namísto skutečných sociálních vztahů. Tento typ obrany se v mém výzkumu nevyskytoval. Všichni respondenti naopak vyhledávali reálné sociální vztahy, za nimiž docházeli často do společnosti.

V porovnání se studii (Antoni & Lutgendorf, 2007; Kreitler 2019) vyplynulo i z tohoto výzkumu, že pacienti s rakovinou používají jako copingový mechanismus

humor, který souvisí s delším přežitím rakoviny. V tomto případě se jednalo o čtyři respondenty, kterým humor pomáhal v nadhledu u nemoci.

Respondent v mém výzkumu uváděl, že jeho psychická odolnost mu pomohla v lepším zvládnání nemoci. Tento výsledek je s mým zjištěním v souladu s Kreitlerem (2019), jenž uvádí, že resilience neboli psychická odolnost může ovlivnit zvládnání nemoci. Odolní jedinci mají tendenci uplatňovat kognitivní copingové strategie jako je přijetí změny a strategie řešení problémů.

V rámci výzkumu této práce se objevila maladaptivní zvládací strategie zahrnující konzumování návykových látek, konkrétně alkoholu a cigaret. Většina výzkumů se v rámci onkologických pacientů zaměřuje spíše na pozitivní zvládací strategie. Našla jsem pouze jednu studii Kilbane et al. (2021) zkoumající pacienty s rakovinou jícnu. Zabývala se maladaptivními strategiemi, mezi které patří například zneužívání návykových látek. V tomto případě se ale jednalo až o sklon k závislosti pacientů. V rámci mého výzkumu používala respondentka tuto strategii jako doplňkovou. Oblast maladaptivních strategií by stála za hlubší prozkoumání.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala dopadem onkologického onemocnění na posttraumatický život. Prakticky všichni respondenti až na jednu respondentku uváděli v rámci tohoto výzkumu, že v době po úspěšné léčbě pociťují strach z recidivy. Stejně tak tomu bylo u respondentů u Chlebcové (2018), jež zkoumala pacientky rakoviny prsu po léčbě.

V rámci výzkumu této práce se u respondentů objevily signály posttraumatického růstu. Jednalo se o prohloubení a zlepšení vztahů s blízkými lidmi, větší starost o zdraví, přehodnocení priorit v životě a větší užívání si života. Dále se objevily i negativní přínosy posttraumatického vývoje jako různá zdravotní a činnostní omezení. Tyto výsledky jsou ve shodě s Látalovou (2014), která ve výzkumu své bakalářské práce zjišťovala posttraumatický vývoj u bývalých onkologických pacientů.

Naopak oproti studii Heather (2007) se v mém výzkumu u respondentů neobjevily známky posttraumatického stresu, jež se nejčastěji projevuje opakujícími se úzkostnými myšlenkami o rakovině, bezsmyslným přemýšlením o této nemoci a úzkostnou reakcí ve chvíli, kdy někdo nemoc připomene. Respondenti v mém výzkumu uváděli, že jim o nemoci nevadilo hovořit, naopak byla komunikace jistou zvládací strategií, což lze zařadit i do třetí výzkumné otázky.

Přínosem bakalářské práce je lepší vhled do prožívání onkologicky nemocného člověka. Nastiňuje pocity pacientů během tohoto náročného životního období. Dále poskytuje přehled zvládacích strategií, jež se prokázaly jako účinné. Dalším přínosem by mohl být zájem respondentů o psychoonkologii. Nikdo z mých respondentů nevyhledal v průběhu léčby onemocnění psychologickou péči. Zároveň však z rozhovorů vyplynulo, že by ji zcela neodmítali. Oba muži o psychologické péči neuvažovali, ženy při zpětném přemýšlení o průběhu nemoci by ji pravděpodobně využily. Jedna žena v době onemocnění psychologa navštívit nechtěla, nyní po zkušenosti s léčebným procesem je přesvědčena, že by jí pomohl v rychlejším zlepšení psychického stavu. Druhá žena uvedla, že kdyby neměla velkou oporu v rodině, určitě by tuto formu pomoci vyhledala. Z toho vyplývá, že určitý zájem o psychologickou péči v době onemocnění mezi lidmi existuje, nejsou však dostatečně informováni o možnosti využití psychologické pomoci a jejích účinků.

Závěr

Onkologické onemocnění představuje v životě člověka náročnou životní situaci. Proces od sdělení diagnózy přes léčbu a následný život po ní s sebou přináší mnoho psychických obtíží a negativních pocitů, se kterými se pacienti musí vyrovnávat. Proto využívají různé copingové strategie, jež jim v této situaci pomáhají.

Tato bakalářská práce se věnuje zkušenostem bývalých onkologických pacientů. Snaží se přiblížit prožívání těchto lidí od sdělení diagnózy až po dopad onemocnění na jejich současný život.

V teoretické části jsou v první kapitole objasněny důležité aspekty týkající se onkologického onemocnění. Mezi tyto aspekty patří příčiny vzniku a rozvoj nádorů a psychoonkologie. Další kapitola se zabývá onkologickým onemocněním jako náročnou životní situací a způsoby, kterými se s ní lze vyrovnávat. Poslední kapitola popisuje celý proces zpracovávání nemoci od zjištění diagnózy až po případnou recidivu.

V rámci empirické části byl stanoven cíl výzkumu mapující zkušenost lidí potýkajících se v minulosti s onkologickým onemocněním. Pro získání dat bylo uskutečněno pět rozhovorů s těmito lidmi. Rozhovory byly poté zpracovávány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, která se jevila jako nejlepší s ohledem na cíl výzkumu. Dle cíle výzkumu byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zjišťovala, jak respondenti prožívali začátky nemoci při jejím zjištění. Respondenti uváděli první zjištění příznaků, buď jimi samotnými, nebo ošetřujícím lékařem. Vystrašení a nejistotu prožívali respondenti ve chvíli, kdy jim lékaři zavolali, aby se okamžitě dostavili do nemocnice. Vyděsili se, protože měli tušení, že výsledky histologie potvrdily rakovinu, ale zároveň si nemohli být stoprocentně jistí. Někteří popisovali nejistotu, bezmoc a zklamání, které zažívali v důsledku dlouhého procesu před stanovením diagnózy lékaři. Dále se respondenti shodli na tom, že pro ně sdělení diagnózy bylo velmi náročné a reagovali na ně obrannými mechanismy, disociací, úlekem a silnými emocemi, např. smutkem a strachem ze smrti. Při zjištění diagnózy měl na prožívání respondentů vliv stupeň progresu jejich onemocnění. Pokud se jednalo o mírnou formu, pocítili lehké zklidnění. V případě, že byl stupeň progresu vysoký, jejich vyděšení se prohloubilo.

Druhá výzkumná otázka se věnovala prožívání respondentů během léčby. Nejvíce zmiňovanými pocity byly obavy, které se týkaly možného neprobuzení se z anestezie, vedlejších účinků chemoterapie, jako je vypadávání vlasů, vyšetření a odhalení operovaného těla. Měli obavy o své nejbližší, dva muži o zdraví svých manželek, které byly shodou okolností v tuto dobu také nemocné. Jedna respondentka jakožto matka malých dětí měla strach o jejich osud. Dalším pocitem byla nejistota ohledně toho, jak bude léčba probíhat a jaký bude její výsledek. Kromě toho respondenti popisovali pocity po operaci. Řadila se mezi ně bolest, rozladění a odpor ke změně těla. Jedna respondentka zažívala po operaci šok, z důvodu okamžitého podstoupení operace druhé. Při léčbě nastala u pacientů občas i úleva ve chvíli, kdy došlo k jejich ujištění, že nádor je zcela odstraněn a bez metastáz. Rozdíl v prožívání respondentů byl odvislý od skutečnosti, zda se při operaci odstranil nádor celý a podstupovali například jen mírnou léčbu nebo nádor v těle stále měli, a čekala je tudíž ještě dlouhá cesta zahrnující razantní léčbu. V průběhu léčby si respondenti nacházeli důvody, proč nemoc přežít. Převažovala touha přežít pro rodinu.

Ve třetí výzkumné otázce se hledala odpověď na to, co respondentům nejvíce pomáhalo při vyrovnávání se s nemocí. Zvládací strategií, kterou uváděli všichni respondenti, byla sociální opora. Největší zdroj opory představovala rodina, přátelé a někteří onkologové. Respondentům pomáhal ve zvládnání také společenský život a komunikace. Tento výsledek mohl být ovlivněn například jejich temperamentem, introvertním lidem by naopak pomáhala samota. Mezi zvládací strategie se řadil i optimistický přístup a humor. Některým respondentům usnadnila vypořádávání se s nemocí psychická odolnost, kterou disponovali, nebo se o ni snažili. Dvěma respondentkám v produktivním věku pomáhalo ve zvládnání jejich zaměstnání. Také zájmy sloužily jako zvládací strategie. Jedné respondentce sloužilo k lepšímu zvládnání občasné užívání návykových látek. Některým pomohla předchozí zkušenost s rakovinou v rodině. U dvou respondentů se objevila obrana ve formě popírání, kdy si zakazovali o nemoci přemýšlet. Ke konci léčby se někteří vyrovnávali rychlým návratem do normálního života, jiní upřednostňovali odpočinek. Nikdo nevyhledal psychologickou pomoc, avšak úplně ji nezavrhuje.

Čtvrtá výzkumná otázka se soustředila na dopad nemoci na pacientův posttraumatický život. V rámci této otázky byl zjištěn u dvou respondentek posttraumatický růst zahrnující větší starost o zdraví, blízkost ve vztazích, přehodnocení

životních priorit a užívání si života. Naopak jedna respondentka uváděla, že ji nemoc v jejím osobním růstu brzdila. U jednoho respondenta zase nemoc nic nezměnila, žije stejně jako před ní. Někteří respondenti si z nemoci odnášejí určitá omezení, ať už se jedná o zdravotní komplikace nebo přerušení dříve provozovaných činností. V důsledku nemoci se jim změnily vztahy. Přerušili stará přátelství a navázali nová. Jedné respondentce se rozpadl partnerský vztah. Nemoc měla vliv i na pacientovy blízké osoby. Ženy konstatovaly, že nemoc měla vliv na jejich malé děti a manžela. Téměř na všechny respondenty dopadá v současnosti strach z recidivy. Jen u jedné se tento strach neobjevoval, což ale mohlo být způsobeno nejdelší dobou od léčby. V odpovědích se také často objevovalo téma hledání příčin vzniku onemocnění. Dvě respondentky nacházely příčinu v psychosomaticce. Na nemoc se zúčastnění ohlíželi buď pozitivním způsobem, protože jim ukázala jiný pohled na život a myslí si, že nemoc překonali obstojným způsobem. Někdo negativně, jelikož mu naopak v osobním rozvoji bránila.

Z výzkumu vyplývá, že onkologické onemocnění je sice náročnou životní situací, během které člověk zažívá mnoho negativních pocitů a emocí. Jedinci ke zvládnutí této náročné situace ale využívají mnoho vyrovnávacích strategií. Ačkoliv přináší do posttraumatického života určitá omezení, může být zároveň pro jedince transformační příležitostí s pozitivy. V průběhu tvoření bakalářské práce jsem si uvědomila na základě výpovědí rozhovorů, že i v náročných situacích jako je nemoc, se mohou objevit pozitivní aspekty v podobě sociální opory či včasného zjištění diagnózy.

Vytváření bakalářské práce mě naplňovalo, především potom realizování samotných rozhovorů. Přestože téma, o kterém jsme konverzaci vedli, nebylo lehké, atmosféra však byla vždy příjemná. Myslím si, že jsem získala cenné zkušenosti jak po stránce vědomostní, tak osobní.

Bakalářská práce by mohla přinést lepší vhled do prožívání onkologicky nemocného pacienta během celého procesu nemoci.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Adam, Z., Klimeš, J., & Boleloucký, Z. (2020). Psychické reakce nemocných na negativní informaci typu: „Máte maligní onemocnění“. *Vnitřní lék*, 66(3), 182-185. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/03/05.pdf>

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuchke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Portál.

Antoni, M., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial Factors and Disease Progression in Cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 42-46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00472.x>

Aspinwall, L., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously. *Cancer*, 104(S11), 2549-2556. <https://doi:10.1002/cncr.21244>

Bahcivan, O., Alkan, N., & Erdener, D. (2021). The adaptation of The Cancer Coping Questionnaire (CCQ) for Turkish-speaking population. *Academia Letters*, 1363, 1-7. <https://doi.org/10.20935/AL1363>

Blatný, M., & Adam, Z. (2008). Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lék*, 54(6), 638-645. <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2008/06/09.pdf>

Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada.

Brezinová, K., Hamplová, D., & Buriánková, J. (2015). Sociálně psychologické aspekty zdraví a nemoci u žen diagnostikovaných a léčených s karcinomem prsu. *Československá psychologie*, 59(2), 115-136. <https://www.proquest.com/docview/1687614566?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

Brunault, P., Champagne, A.-L., Huquet, G., Suzanne, I., Senon, J.-L., Body, G., & Camus, V. (2015). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 513-520. <https://doi:10.1002/pon.3947>

Carver, Ch., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. <https://doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352>

Coufal, O., Fait, V., Čapek, P., Foretová, L., Hynková, L., Hýža, P., Chrenko, V., Korvasová, A., Nenutil, R., Palácová, M., Petráková, K., & Schneiderová, M. (2011). *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Grada.

Coyne, J., & Tennen, H. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: Bad Science, Exaggerated Claims, and Unproven Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 16-26. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9154-z>

Dostálová, O. (2018). *Nemoc jako křižovatka*. Triton.

Fiala, J., Vorlíček, J., Mechl, Z., & Adam, Z. (2011). Zevní vlivy podmiňující vznik nádorů nebo ochraňující před vznikem. *Vnitřní lék*, 57(3), 261-284. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2011/03/08.pdf>

Ginossar, T., Larkey, K., Howe N., & Goel, N. (2015). Coping with Women's Cancer and Perceived Providers' Support: Does Type of Cancer Make a Difference? *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 5(1), 41-56. <https://doi:10.29333/ojcm/2494>

Giuseppe, M., Ciacchini, R., Micheloni, T., & Bertolucci, I. (2018). Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 76-86. <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2018.10.016>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Heather, J., & Jacobsen, P. (2008). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *The Cancer Journal*, 14(6), 414-419. <https://doi:10.1097/ppo.0b013e31818d8963>

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Hodges, K., & Winstanley, S. (2012). Effects of Optimism, Social Support, Fighting Spirit, Cancer Worry and Internal Health Locus of Control on Positive Affect in Cancer Survivors: A Path Analysis. *Stress and Health*, 28(5), 408–415. <https://doi:10.1002/smi.2471>

Hofmanová, J. (2013). *Genotoxicita a karcinogeneze*. Masarykova univerzita. <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/prif/ps13/genotox/web/index.html>

Housepsych.com – O Psychologii. http://cs.housepsych.com/fatalizm_default.htm

Chen, P., & Chang, H. (2012). The coping proces of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 10-16. <https://doi:10.1016/j.ejon.2011.01.002>

Chlebcová, V. (2018). Strach v životě onkologických pacientek po léčbě rakoviny prsníka. In M. Bratská (Ed.), *Zborník príspevkov* (s. 54-62). Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave. https://www.researchgate.net/publication/334773472_STRACH_V_ZIVOTE_ONKOLOGICKYCH_PACIENTOK_PO_LIECBE_RAKOVINY_PRSNIKA_Fear_in_the_live_s_of_breast_cancer_survivors

Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Portál.

Yeung, N., & Lu, Q. (2013). Affect mediates the association between mental adjustment styles and quality of life among Chinese cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 19(11), 1420-1429. <https://doi:10.1177/1359105313493647>

Ingen, E., & Wright, K. (2016). Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resorces after negative life events. *Computers in human behaviour*, 59, 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.048>

Kebza, V., & Šolcová, I. (2006). Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. *Československá psychologie*, 50(5), 419-430. <https://www.proquest.com/docview/235711459?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

Kilbane, K., Girgala, N., Zhao, L., Barnett, S., Berezovsky, A., Lagisetty, K., Lin, J., & Reddy, R. (2021). Adaptive and Maladaptive Coping Mechanisms Used by Patients With Esophageal Cancer After Esophagectomy. *Journal of Surgical Research*, 258, 1-7. <https://doi:10.1016/j.jss.2020.07.043>

Klimeš, J., Adam, Z., Boleloucký, Z., Pour, L. (2020). Přehled psychických problémů, které mohou vzniknout při anebo po diagnóze a léčbě maligní choroby. *Vnitřní lékařství*, 66(2), 28-37. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/03/15.pdf>

Kreitler, S. (2019). Coping with Cancer. In *Psycho-Oncology for the Clinician*, 147-168. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5_9

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Grada.

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych et al. (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (pp. 9–43). MUNI Press. https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu%281%29.pdf

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.

Látalová, A. (2014). *Posttraumatická změna u bývalých onkologických pacientů: souvislost s interpersonální závislostí a autonomní orientací* [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/crw23/Adela_Latalova_bakalarska_prace.pdf

Linkos. (2022). *Národní onkologický program*. <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cisleh/>

Lovašová, S. (2018). *Stres a zvládanie záťaže u onkologicky chorých*. https://www.researchgate.net/publication/322635183_Stres_a_zvladanie_zataze_u_onkologicky_chorych

Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada.

Masarykova univerzita. (2016). *Zdravotní znevýhodnění*. https://is.muni.cz/el/ped/jaro2017/SPSMP_CHNE/15_Zdravotni_znevuh_2016_vyuka.pdf

Meerowitz, B., Kurita, K., D'Orazio, L. (2008). The Psychological and Emotional Fallout of Cancer and Its Treatment. *The Cancer Journal*, 14(6), 410-413. <https://doi:10.1097/ppo.0b013e31818d8757>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Tadeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi:10.1207/s15327965pli1501_01

Traa, M., De Vries, J., Bodenmann, G., & Oudsten, B. (2014). Dyadic coping and relationship function in couples coping with Cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85-114. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12094>

Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Portál.

Paulík, K. (2018). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.

Raudenská, J. (2011). Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *Onkologie*, 5(4), 244-246. <http://solen.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>

Slezáčková, A. (2009). *Posttraumatický rozvoj osobnosti v kontextu pozitivní psychologie* (P 13). Masarykova univerzita. https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114321/P_Psychologica_13-2009-1_7.pdf?sequence=1

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10(208). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>

Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Grada.

Soderstrom, M., Dolbier, Ch., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The Relationship of Hardiness, Coping Strategies and Perceived Stress to Symptoms of Illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3). 311-328. <https://doi:10.1023/a:1005514310142>

Spiralová, A. (2013). *Rakovina jako strašák, aneb jak se pacienti s nádorovým onemocněním učí zacházet se svou nemocí* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/59837>

Stein, K., Syrjala, K., & Andrykowski, M. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11). 2577-2592. <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>

Švaříček, R., Šedřová, K., Janík, T., Kašćák, O., Míková, M., Nedbálková, K., Novotný, P., Sedláček, M., & Zounek, J. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Portál.

Špaténková, N., Dohnal, D., Donalová, S., Ivanová, K., Klen, Š., Možíšová, A., Pešáková, K., Pastucha, P., Sobotková, I., Ševčík, D., & Veselský, P. (2017). *Krise a krizová intervence*. Grada.

- Šreibrová, L. (2014). *Psychosociální aspekty zvládnutí onkogynekologického onemocnění (se zaměřením se na rakovinu prsu)* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/65951>
- Valand, J., Twine, D., Kyomukamaa, M., Atino, R., Buteme, M., Muhahiria, S., Nalwoga, R., Omary, I., Nabwami, A., Otim, E., Kabasa, D., & Luyima, A. (2022). Role of Bioinformatics in Cancer Diagnosis. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1299906/v1>
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2009). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 19(6), 565-572. <https://doi.org/10.1002/pon.1626>
- Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence: Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Portál.
- Vorlíček, J. et al. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. Grada.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Rüffer, J.U., Werner, A., & Weyland, P. (2007). Psychoonkologie. *Onkologie* 13, 185-194.
- Zetu, I., Iacob, M., Dumitrescu, A., & Zetu, L. (2012). Type C Coping, Self-Reported Oral Health Status and Oral Health-Related Behaviors. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 78, 491-495. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.337>
- Zugazagoitia, J., Guedes, C., Ponce, S., Ferrer, I., Molina-Pinelo, S., & Paz-Ares, L. (2016). Current Challenges in Cancer Treatment. *Elsavir*, 1551-1566. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2016.03.026>
- Ziętałewicz, U., Kulpa, M., & Stypuła-Ciuba, B. (2016). Enhancing self-efficacy as a method of secondary prevention in the process of struggling with cancer. Review of theories, research results, and psychological interventions to increase self-efficacy. *Medycyna Paliatywna*, 8(2), 65-67. <https://www.proquest.com/docview/1827876323/3A73EE65837C4211PQ/14?accountid=9646>

Seznam obrázků

Obrázek 1.....	31
----------------	----

Seznam použitých tabulek

Tabulka 1: Charakteristika vzorku.....	37
--	----

Seznam příloh

Příloha 1: Tabulka 2: Otázek do rozhovoru.....	82
Příloha 2: Přepis rozhovoru s respondentkou.....	83

Přílohy

Příloha 1: Otázky do rozhovoru

Úvodní otázky	Vyprávěl/a byste mi prosím, jak Vaše onemocnění probíhalo a jak Vám změnilo život?
Průběh nemoci a léčba	Jak jste se dostal/a k lékaři? Jak jste reagoval/a na zjištění diagnózy? Jaké pocity jste zažíval/a po zjištění diagnózy? Jakým způsobem jste přistupoval/a k léčbě? Chodil/a jste pravidelně na lékařské kontroly, chemoterapie? Kdy nastal moment, při kterém jste si řekla, že jste opravdu zdravý/á? Jak jste se cítil/a při návratu zpět do zaměstnání?
Vztah s druhými a podpora	Jak se změnil vztahy s blízkými lidmi, poté, co jste jim o diagnóze řekla? Jaký vliv mělo onemocnění na Váš partnerský vztah/rodinu/soc. okolí? Od koho se Vám dostávalo emocionální/sociální opory? Jaké konkrétní chování, gesta od blízkých osob/okolí Vám nejvíce pomohlo? Jaké chování jste očekávala od okolí/blízkých osob a jak byla tato očekávání skutečně naplněna? Vyhledával/a jste během léčby psychologickou/psychoterapeutickou pomoc?
Strategie zvládání vs obavy	Jaké předchozí zkušenosti (během těžkých období, životních událostech) Vám pomohly při zvládání? Jak jste se snažil/a dostat situaci pod kontrolu? Jaké obavy jste měl/a? Jaké cíle jste si kladl/a při zvládání nemoci? Co pro Vás znamenala skutečnost, že se nemůžete věnovat aktivitám, kterým jste se předtím běžně věnovala? Pomáhalo Vám o onemocnění hovořit?
Změna života	Jak se nyní ohlížíte na dobu během onemocnění? Jak se Vám po prodělání onemocnění změnily priority/hodnoty v životě?

Příloha 2: Transkripce rozhovoru s respondentkou Monikou

*Před začátkem rozhovoru proběhl informovaný souhlas.

Výzkumnice: Vyprávěla byste mi prosím, jak Vaše onemocnění probíhalo a jak Vám změnilo život?

Respondentka: Jojo, jak to začalo všechno. Takže vlastně jsem si to zjistila sama pohmatem, přičemž jsem se sama objednala teda jako na mamograf do Liberce. Tam teda nejdřív mi paní doktorka jako asi mě chtěla nechat jako v klidu, že si myslí že to jako nic není, ale že pro jistotu uděláme biopsii. No, takže já jsem jela domu s tím, že to jako fakt nic není, ale pro jistotu jsem říkala, že si tam dojedu, abysme měli jistotu, že to opravdu nic není. Přičemž mě tam vyšetřoval nějaký pan docent jinej a ten mi teda už tam na místě řek, že to jentak něco malýho není, že se jim to jako nelíbí, a že teda až budou znát výsledky, tak abych si zavolala, když to bude jako pozitivní, tak abych si zavolala jako by mě odkázala na krumlovskou ambulanci. Takže tam už jsem tak nějak trochu tušila, že to asi nebude jentak nějaká malá uzlinka jako. No, takže ten tejden pro mě byl asi taky takovej docela furt jako nejistej, ale furt jsem jako věřila, že to nic nebude. Ale v hloubi duše jsem o tom přesvědčená moc nebyla jako. No a pak teda mi volali, aniž by... Oni už měli v ruce výsledky, ale nechtěli mi to ještě říct, a že potřebujou ještě jakoby, že potřebujou ještě další lékařskou zprávu, ještě nějaký vyšetření. A že bych se měla dostavit hned jako. Tak jsem chtěla po nich znát ty výsledky. Oni mi řekli, že to ještě nemaj, ale to už mi jako by došlo, že když mě tam zase honěj, že je to jakoby blbý. No, a tak ta cesta teda, tak to mě jako by semlelo. To jsem teda opravdu řvala jak želva. Nicméně tam se to teda jako by potvrdilo, tam mi paní doktorka řekla, že je to teda pozitivní, zhoubný. Ale zase mě tam jako by uklidnila, v tom smyslu, že je to ten nejnižší stupeň. Že je to rakovina docela jakoby přívětivá. Takže vesměs jaký to byly zprávy špatný, tak mě zase trochu uklidnila, že se s tím nechá prostě něco dělat, že je to jako zavčas a jako dobrý. No ale jako už jsem jako ten den, ten byl blbej, žejo. No, tak pak následovaly různý jako vyšetření, žejo. Tam to bylo jak na houpačce. Oni jak ti doktoři, tak každej na to má jinej názor, tak jakoby u jedný doktorky, tam prostě že to skoro nic není jako, jo, že budou stačit jen nějaký prášečky. Tak jsem jeden den přišla jako říkám: “ Hale tak mě vlastně vesměs nic není.” Tak jsem byla zase jako taková, no tak snad jako dobrý. No ale potom když už jsem se dostala jako k onkoložce, tak ta jako by řekla hned, že to chce na operaci a to. Já jsem teda původně, co mi říkali, že nejdřív začnu jakoby chemoterapií, tak to se příznám, to mě

rozsekalo úplně. Já jsem se spíš bála ty chemoterapie než ty operace samotný. Chtěla jsem to asi mít co nejdřív jakoby venku. Jo. Než jako představa, že nejdřív jako budu mít chemoterapii, hodně jsem se bála teda jakože přijdu o ty vlasy žejo. A že potom nastane nějaká operace až pak, tak pro mě to bylo takový jako docela takový jako. Z toho jsem měla jakoby strach. Až teda potom to vyšlo, že teda nedřív operace a pak se jako uvidí. No, takže vesměs jsem podstoupila do měsíce tu operaci. To proběhlo jako v pohodě. Jako můžu naštěstí jako ještě asi jako říct, že mám vlastně tu moji onkoložku, ona je taková strašně lidská. Takže jako ta taky hodně pomáhá. Takže ta mi vlastně defakto taky řekla, ať se nebojím, že jsem vlastně v uvozovkách úplně zdravá, že budu, že si myslí že to opravdu všechno dobře dopadne. Že mít takovýhle jakoby výsledky nebo ty rozborů jako, že tady je téměř stoprocentní, že to dopadne jako dobře, no. Akorát, že říkala, že to mohlo přijít třeba o 15 let pozdějc, že jo jako. No, takže tím mě vlastně taky uklidnila. Takže já jsem vlastně jako už věřila, že to dobře dopadne všechno, ani jsem si nějak nepřipouštěla, že by to bylo nějak jinak i, jo. To vůbec. No a takže po ty operaci pak přišly ty výsledky z histologie, který vlastně potvrdily, že naštěstí teda jako nemusím podstupovat to ozařování ani chemoterapii. Vlastně oni posílali ještě nějaký výsledky do Ameriky, aby si. Zase, když mi to ta doktorka zdůvodnila: “Pošleme to na rozbor do Ameriky, s tím, jestli by pro Vás nebyla ta chemoterapie jakoby pro Vaše tělo užitečná nebo prospěšná.” Tak už mi to znělo taky líp, jo. Že už jako i kdyby to jako dopadlo, že bych jako musela na tu chemoterapii, tak jako už mi to znělo, že pro to tělo to bude spíš přínosem, jo. Ale že si to musej jako ověřit, aby to do mě neprali jako úplně zbytečně. No, tak naštěstí teda jako, že ne, že ta chemoterapie by pro mě přínosem jako by nebyla, že je pro mě vlastně zbytečná. Takže vlastně mi nasadili léčbu, hormonální léčbu a injekce. A to vlastně mám doteď. To jsou dva roky. Každý den beru prášek a jednou za měsíc jezdím na injekce. No, a to vlastně tahle udržovací léčba bude trvat pět až deset let. Podle toho to záleží.

Výzkumnice: Omezuje Vás to nějak?

Respondentka: Ne, ne, tak to jsou spíš prášky hormonální, který vlastně ti regulují ten proces, že ti vlastně uměle, přecházíš do umělého přechodu jako, aby, protože jak vlastně prsa souvisej blízko jakoby s dolejškem žejo, tak je to kvůli tomu víš... tak to mě píchaj ty injekce a ty prášky beru, jakože kdyby tam nedej bože něco bylo, tak ty

prášky maj za úkol to jakoby hlídat a hned zaútočit nebo tak. Kdyby to bylo vysoký. Možná i ta injekce trošku jakoby, jo, no. Doptávej se.

Výzkumnice: Tak kdy nastal ten moment, kdy jste si řekla, že jste opravdu zdravá?

Respondentka: Tak jako já nevím, jestli to u mě nastalo úplně jako na sto procent. Furt mám jako takovej... jako asi, kdy to u mě tak nastalo? Asi po tý operaci, když prostě přišly ty výsledky a pak teda jakože jen tohleto a vlastně už jednou za tři měsíce chodim na krev a ta je pořád jakoby dobrá, žejo. Tak to bylo takovej ten moment, kdy jsem si řekla: “Ano, tak už to mám zdárně za sebou.” Ale furt jako ten červíček tam je. Ale řekla bych, že čím to bylo jakoby, čím je to dál od tý operace, tak mám asi větší strach. Možná by to mělo bejt jako naopak, ale furt mám jakoby větší strach, že aby se to jako by nevrátilo, žejo jako, no.

Výzkumnice: Jak jste se cítila při návratu zpět do zaměstnání?

Respondentka: Jo, to bylo fajn. /smích To bylo fajn. To zase mi jako by pomohlo, jo. Jak vlastně mám to zaměstnání, že jsem vlastně mezi lidma, žejo. Tak mně vlastně ani nevadí o tom mluvit, takže vlastně jsem ty svoje pocity nebo jak to prostě všechno probíhalo probírala i tady se svejma zákaznicema. Takže to mi spíš jako by pomohlo a můžu říct, že i jakoby v době jakoby léčby po rekonvalescenci, já nevím, tak jsem marodila, nevím, jak dlouho, asi do května jsem byla doma, takže, v listopadu jsem šla vlastně na operaci a do května jsem byla doma. Takže můžu říct, že v té době jakoby víš co, v té době mi jako by hodně pomáhali všichni jakoby, jo. To zase bylo jak rodina, tak kamarádi, že jezdili jako za mnou se vždycky kouknout jako na kafe a takhle jo, že to bylo, že jsem si ten čas jako by docela užívala. To bylo jako fajn.

Výzkumnice: Ale pak už jste se těšila do práce...

Respondentka: Jo, jo, pak už jako tak jo. Tak ono, když seš pořád doma, tak to není ono pak když jdeš do práce, tak je to přece jenom jiný.

Výzkumnice: Chodila jste na pravidelné lékařské kontroly?

Respondentka: To chodim pořád. No, no.

Výzkumnice: Změnily se nějak vztahy s blízkými lidmi po tom, co jste jim řekla o diagnóze nebo jak na to reagovali?

Respondentka: Jo, řekla bych, že jsme si blíž, že si jako vážíme víc jakoby sebe nebo i těch ostatních jako, jo. Že jako k sobě máme, že už to nebereme ani já, ani ty druzí jako samozřejmost, že jsme prostě jakoby zdraví. Tím pádem si myslím, že nám to taky trošku pomohlo, jakože se nám trošičku jakoby víc stmelit ještě víc, no. Jo to zase jako nám to pomohlo, tak vždycky jak se říká: “V nouzi poznáš přítele, žejo.” Tak si myslím, že to jakoby fakt platí. A jako tady fakt ty přítele poznáš, tady se ukázalo jako komu na tobě záleží, jo tak to funguje, no.

Výzkumnice: Jaký vliv mělo onemocnění na partnerský vztah, rodinu, děti, okolí a tak.

Respondentka: No, tak jako jakej vliv no, já nevím hale jako. Jak říkám jako vesměs když to jako dobře dopadlo, tak vesměs pozitivní, vesměs že fakt jsme se jakoby víc jakoby, já nevím, že jsme si blíž, jak jsem prostě říkala. Jo, ale myslím si, že zpočátku to nesli taky těžce jako, to jo. To třeba Marek, ten to nedával na sobě znát, ale prostě měl strach žejo, to na něm bylo vidět, jo. Byl z toho taky jakoby, to jo, to z toho bylo možná ještě víc psychicky na dně než já. No. A mamka, rodiče jako, mamka ta ta tuplem. No, ta to prožívala všechno se mnou od začátku. Protože ta se mnou jezdila od začátku po doktorech, tady na ty prvotní mamografy. Pak teda samozřejmě Marek teda jo. V tom jsem teda měla zase velkou oporu, to jo. To jako mě podporoval, to, jak jsem prostě řekla, tak řekl: “Kdykoliv budeš chtít, tak tě tam prostě odvezu.” To jako nebyl problém. To se jako k tomu postavil jakoby dobře nebo teda výborně.

Výzkumnice: To je vlastně další otázka, jaké konkrétní chování a gesta od těch blízkých Vám pomohly... Takže to bylo jakoby to, že s Vámi jezdili na ty kontroly...

Respondentka: Jo, jo, no jako mě podporovali, a tak nějak jsem z nich cítila tu podporu no.

Výzkumnice: A jak jste očekávala, že se zachovají?

Respondentka: Jak se zachovaj? To jsem očekávala, tak jak se jako by zachovali no, to jsem jako čekala. Nebo čekala jsem to a doufala jsem v to, že jo ale. A tak jako my, jak ty rodinný vztahy máme dobrý i jako celkově i jako jinak, tak jako jsem neočekávala nic jiného, no.

Výzkumnice: Vyhledávala jste psychologa nebo psychoterapeuta?

Respondentka: # Ne. Nevyhledávala jsem, uvažovala jsem o tom, ale nakonec, ale ne jakoby z důvodu té nemoci, ale z důvodu spíš jako proč mi to způsobilo si myslím jako. Tak jako pro ten důvod jsem jako chtěla vyhledat psychologa. Ale nakonec nakonec jsem to neudělala. Nakonec si myslím, že jsem se s tím poprala sama, i když furt mám, i když si myslím, že s tím trošku zápasím.

Výzkumnice: Pomohla Vám tedy nějak přímo onkoložka, ke které jste chodila?

Respondentka: # Tak samozřejmě měli jsme to jakoby v rodině, žejo. Ona ti vlastně jako taky neřekne, co to všechno způsobilo. Ale jak všude jako říkaj prostě stres a tohleto, tak si myslím, nebo prostě když máš v sobě nějaký ten problém jako by furt jako když se nějaký stal, žejo, tak furt na to, nebo já aspoň jsem na to furt myslala, a furt jsem se tak jako litovala nebo prostě jako nebyla jsem s tím furt tak jako vnitřně smířená. Takže to si myslím, že byl ten popud, kdy to tělo, jak bylo jakoby v nepohodě, že to asi jako by vyvolalo. Ale to je jenom můj to. Takže jsem si říkala, že asi s tím to budu muset hodit všechno za hlavu, žejo a začít prostě znova jako, no.

Výzkumnice: A povedlo se Vám to?

Respondentka: No, tak jako na půl. Když jako to fakt přišlo tamta nemoc a # tak, já jsem furt ale hledala jako, já, když jsem asi po dvou měsících, tak já jsem chtěla furt jako nějakou já nevím, furt jsem vyhledávala ne léčitele, ale třeba nějakou tu přírodní cestu, jak bych si mohla pomoci, aby se mi to nevrátilo. Aby teda jako... Takže jsem byla vlastně i na nějaký ty bioresonanci. To se mnou jel Marek taky, i když se mnou nesouhlasil, že si myslí, že to jako nemá smysl, tak tam jel se mnou. Potom jsem hledala různé přírodní preparáty, takže jsem zobala nějaký prostě drahý vitamíny, žejo. A furt

jsem měla ten vnitřní pocit, že musím že jo pro sebe něco udělat, jo, abych ještě něco jinak dělala jo, užívala nějakou jinou cestou. Takže to jsem měla jako tohle. Teď už jako postupem času už to tak nemám, ale furt jako, furt jsem hledala, co by pro mě jako bylo dobrý. Takže furt jsem, našla jsem jako jednu cestu, která je pro mě jak finančně, tak dojezdově tak jako přínosná nebo prostě jsem si tak našla, že pro mě to bude asi to dobrý. No, takže to jsem si právě našla nějaký ty přírodní produkty prostě tady od X, kterež prostě kdykoliv mě něco trápí, já zavolám, paní takhle kyvadýlkem se na mě koukne: “Vy potřebujete tohle tohle a tohle.” No ale mám zase takovej ten vnitřní klid, že aspoň něco pro sebe dělám. Buď to беру jako preventivně, ale nemusím to brát furt, což se mi líbí, protože třeba u nějaký ty druhý firmy, tam prostě mi naškatulkovali, že musím každý den brát furt jako. A já říkám: “To jako se mi moc nelíbilo, abych do sebe furt cpala nějaký vitamíny, to tělo si taky musí poradit s tím samo. No, takže jsem pak nakonec zvolila tuhle cestu, kdy prostě jako potřebuju něco pro můj pocit, že jako něco pro sebe dělám, no a není to zas tak finančně náročný a je to jako že to do sebe nervu furt. Ale vim, že ten problém mám v sobě furt jako. S tím jsem se furt ještě nevyrovnala. I když se snažim, už je to fakt jako # myslela jsem si takovejch 90 %, ale teď už je to jako takovejch těch 70 %. Že to tam furt červíček hlodá.

Výzkumnice: Takže myslíte, že jste to trochu přehodnotila, ale pořád to není ono...

Respondentka: No, no. Ale jo, už je to jako o hodně lepší. Že už se jako tolik nelituju, už jsem pochopila, že se nemůžu dívat furt jako zpátky, musím furt jako přemyslet do budoucnosti. A co se stalo, stalo a musím prostě to hodit za hlavu. Snažim se, ale ještě, já nemám vlastně ani jako by abych šla k nějakýmu tomu psychologovi nebo psychiatrovi. Já nevim, jestli by mi to jako pomohlo, no. To zase si jako myslim, že by mi to nepomohlo. /smích Nebo nevim jako. /smích Zase jako to není zas až tak jako to...

Výzkumnice: Tak vážný?

Respondentka: Hm, hm.

Výzkumnice: Jsou nějaké předešlé zkušenosti během těžkých období, které Vám pomohly nyní při zvládnání onemocnění?

Respondentka: Hm. Těžký období předtím a jestli mi to pomohlo potom při té mý diagnóze? Hm. Hale to spíš asi fakt jako, to, jak jsem teď mluvila o tom problému, tak to jako. Tak to bylo takový období jako zlý. Ale že by mě to nějak jako, já nevím... Že by mě to, jak bych to řekla, nějak nakoplo nebo tak. To nevím hale, to nevím jak bych to tady měla říct. Já jsem si ale jako nikdy nepřipouštěla, že to nezvládnou, jo. No. Takže spíš jako když to přišlo, tak jsem si vzpomněla tady na to špatný období, ale že bych to nějak srovnávala, co je lepší a horší, to ne. To spíš jsem si řekla: “Ano, tak mám tu minulost hodit za hlavu.” Jo.

Výzkumnice: A jak jste se tedy snažila dostat situaci pod kontrolu?

Respondentka: No, tak normálně pod kontrolu. Těma vitamínama furt. /smích Furt jsem hledala nějaký ty alternativy k té léčbě, ještě prostě něco přidat no. Takže a pak teda jsem přešla tady na to, co mám. To mi vyhovuje. Vyzkoušela jsem vlastně tři cesty a ta čtvrtá mi teď vyhovuje. Tak nějak jako na počtvrtý. Ale ona mi to říkala i ta, když jsem byla na té bioresonanci, tak ta mi řekla, že to musím poznat já sama, jako co jako chci. Že ona sice tady mi může říct, že ta bioresonance pro mě bude jakoby prospěšná, že se to tělo vyčistí od různých těch toxickéjch látek nebo prostě těch špatnejch, těch škodlivin žejo a takle. Což mám v sobě jakoby spoustu, žejo. Ale že to prostě bude záležet na mě. A já jak jako jsem byla přesvědčená, že tam přijedu znova zase na další návštěvu, ale pak jsem vlastně už tam nejela. Už jsem neměla tu potřebu, protože jsem neměla ani podporu jako doma, jo. Ten jako samozřejmě když bych jako chtěla, tak mě tam zase odveze, všechno, ale jako s tím nebylo jako moc to... A tak jsem právě hledala zase tu jinou alternativu, tak jsem našla tohle, no.

Výzkumnice: Jaké jste měla obavy? Jste říkala tu chemoterapii...

Respondentka: No, to jsem se bála té chemoterapie. Jinak jako mě nic nějak neto, nevadilo. Jo to jsem jako měla obavy, jestli se probudím z narkózy. Ne, že bych se jako bála té operace, jakože ta operace nedopadne, to jsem se nebála, ale bála jsem se abych se jako vůbec probudila. A potom té bolesti a tohle, to jsem se nebála. Za mě bylo prioritní, když se vzbudím, tak budu vědět, že je všechno ok. /smích

Výzkumnice: Jaké cíle jste si kladla při zvládnání té nemoci?

Respondentka: Jaký cíle? Hale tak to nevim. To já jsem zase takovýhle cíle si jako nekladla, teda. Jako uzdravit, no to je jasný. No a jinak jako takhle bejt jako ještě víc s tou rodinou. No a užívat si víc volného času a vlastně nebejt pořád v práci. Což mě vlastně naučila ta nemoc taky, jo. Že už prostě na za každou cenu od rána do večera v práci, jentak jako na pohodu, jak mi to prostě půjde, jak to vyhovuje mně jako a defakto, že i za tu cenu, že budeme mít míň peněz, ale budu prostě zase víc v klidu. Což si myslím, že byla taky jedna z těch hlavních, třeba taky jakože jsem byla pořád dlouho v práci a ten stres vlastně jsem přišla domu, že jo, tam byl prostě bordel, tak mě to štvalo, teď že se tam všichni válej žejo, jo takže to mě taky vždycky jakoby stresovalo a ubíjelo. A teďkon vlastně když jsem si to rozvrhla do určitejch dnů, takže někdy končím třeba dopoledne, třeba v 1, někdy končím ve 3, někdy v 7, ale prostě nemám každéj den takhle dlouho. No, a to předtím jsem dělala jako. Defakto já jsem neměla čas jakoby na tu rodinu, jentak jako. Jako třeba přes poledne, když kluci přišli ze školy, tak třeba jsem s nima byla jenom chvíli a potom to odpoledne, kdy oni šli ven nebo to, tak to já jsem defakto nebyla s nima. To s nima byl většinou Marek, žejo. Takže teď se to snažím úplně jinak brát a bejt prostě víc s tou rodinou a jsem vlastně víc jako spokojenější. /smích

Výzkumnice: Takže v tom Vám vlastně pomohla.

Respondentka: No, no v tom mi vlastně pomohla.

Výzkumnice: Tak to je super. Co pro Vás znamenalo, že jste se v době onemocnění, tedy před nebo po operaci nemohla věnovat aktivitám, kterým jste se věnovala předtím?

Respondentka: Jako předtím? To mi nevadilo. Já jsem si to užívala. Já jsem vlastně defakto odpočinula. To mi fakt nevadilo, tak ony ty aktivity jako předtím jsme jako co, žejo, to jsem chodila pořád do práce, pak jsem vlastně, občas si člověk někam jako vyrazil, žejo. Ale jinak jako že bysme aktivity, no, zase že bych nějaký sport nebo něco, to jako já nemám. Takže mě to nějak jako neto. To spíš naopak jsem si odpočinula. No, no.

Výzkumnice: Pomáhalo Vám o nemoci mluvit?

Respondentka: Jo, to jo, to určitě, to mi pomáhalo. Já zase nejsem takovej typ, kterej, že bych si to nechávala všechno pro sebe, to spíš jako o tom ráda, ne ráda, prostě o tom spíš si jako promluvim s někým jako. A třeba jako zase jako víš co, jsem našla i jednu holčinu, která vlastně si prošla úplně to samý, má úplně stejnou diagnózu, co já a nikdy vlastně jsme se spolu nebavily, až tahleta nemoc nás dala k sobě a můžu říct, že jsem našla zase další kamarádku, jo. Prostě že si v tomhle rozumíme a že jsme si prostě jakoby sedly. Navzájem spolu jezdíme po doktorech, když potřebujem. Takže jako to zase, taky to...

Výzkumnice: A tu jste našla v nemocnici?

Respondentka: Nenene, tu jsem našla vlastně přes moji kamarádku a ona je ze stejné vesnice, co jsem dřív... z podobný vesnice. Tak já jak tam jezdím, jezdím i za tou kámoškou, tak zase mě právě doporučila tu její kamarádku zase, že má úplně stejný problémy, jestli bych si o tom třeba nechtěla promluvit s ní i. A defakto i spoustu věcí, co jsem i nevěděla, tak to prostě probrat s ní. No, a tak jsme spolu, jezdíme do Prahy, tam jsme spolu byly asi už třikrát takhle. No a ona je taková, víš ona je taková optimistka taky, je s ní prostě sranda, takže víš co, my si vždycky ty doktory užijeme. No ale je to asi všechno o tom, že nám to dopadlo v uvozovkách dobře, že jo, takže vlastně defakto jsme si neprošly nějakou větší náloží. A myslím si, že ona to bere úplně stejně taky tak, že předtím si ten život neuměla tak jako užívat a teďkon si ten život umí tak jako užívat. Tak jako já. /smích Už se jako nerozčiluju kvůli každý kravině, už se nerozčiluju, že tam mám bordel, nebo tak něco, hale a už se ani moc nehádáme nebo prostě nad tím mávnu rukou. Tam si myslím, že třeba u Tadeáše, tak ten to nes jakoby těžce on nebo tam na něm bylo znát asi, je takovej citlivější. U Tomáše, ten ještě jak byl takovej menší, tak to ani asi neuměl pořádně ještě pobrat, co to všechno má třeba za následek nebo tak, no. Ale u Tadeáše, i když o tom nikdy jako by nemluvil, tak tam si myslím, že měl v tomhle ton, že se taky hodně bál, kor když jsem byla na tý operaci, tak taky ten tejden byl taky takovej přešlej, to říkal Marek. Hm.

Výzkumnice: Jak se Vám tedy změnil priority/hodnoty v životě?

Respondentka: No vidíš! No užívám si života prostě a no prostě peníze nejsou všechno, takže já ani už na tý práci, jo, člověk je rád za práci, ale zase odsad' poad'. Takže fakt jako mám takový moto užívat si života každého dne, člověk neví, co přijde, takže dokad' je čas, tak si užívat. Nikdo nevíme, jak dlouho tady budem. A hlavně se nerozčilovat! No, ale fakt, nestresovat se, nerozčilovat se. Tak někdy taky jako ale. Hlavně jako si vždycky říct: "No, tak to tady máme hezkej den." /smích I když někdy to taky mám dny, kdy prostě si říkám: "Ježišmarjá, to bude zase den." Nebo prostě nic tě nebaví. Ale už to nemám tak často jako předtím, jo. No, předtím jsem to měla. Teď jako se člověk těší, když třeba podnikneme nějaký výlet, žejo. Teďkon i jak s rodinou, tak s kámoškama. Paráda.

Výzkumnice: Jak se nyní ohlížíte na dobu s onemocněním?

Respondentka: No, tak jako vesměs, když to dopadlo dobře, tak se vesměs ohlížím na tu dobu tak nějak v tom pozitivním smyslu, že fakt nám to dalo jakoby to stmelení a prostě že mi to ukázalo, jakože se na ten život mám koukat úplně jinak. Tak mi to defakto dalo, v podstatě mi ta nemoc ukázala, jakým směrem jít nebo prostě. Asi to tak mělo bejt. Asi jsem měla dostat nějakou tu ránu přes hubu, něco: Tak a teď už toho bylo dost prostě. Prostě to tak chtělo to tělo něco říct.

Výzkumnice: A kolik Vám vlastně tedy tehdy bylo?

Respondentka: # 41.

Výzkumnice: Dobře. Takže teď je to tedy dva roky?

Respondentka: Teď je to dva roky, od roku 2019 listopad, takže teď je to dva roky. No, takže mi to dalo vlastně i nový přátelství s tou že jo holčinou. /smích

Výzkumnice: To byl tedy v podstatě také blízký člověk, který Vám dával sociální oporu.

Respondentka: Jo, jo. Ale tak mně jí dávali všichni, protože my v rodině, tam si tím prošla i teta. Takže my jsme si navzájem taky jako by se podporovaly.

Výzkumnice: A ta měla to samý?

Respondentka: Jo ta měla to samý, akorát že ona vlastně jo, to samý.

Výzkumnice: Takže to máte dané geneticky v rodině?

Respondentka: Jako geneticky se to nepotvrdilo, ale jakoby v rodině máme vesměs všechny. Všichni, co umřeli, tak umřeli na rakovinu. Hm. Babička, děda, strejda. Z mamčiny strany. Z tatkovy strany je tam spíš zase srdíčko. Babička měla vlastně rakovinu prsu a ta teta teďkon. Ale byla jsem vlastně taky na genetice a tam se to nepotvrdilo, že by to bylo jakoby genetický. No, tak ono se říká, že každé to máme v sobě, ale někomu se to holt projeví a někomu ne, no. Jo a pak jsem se vlastně snažila uspořádat jídelníček taky. /smích Co se týče jídla, tak já jsem hodně přešla na tu biostravu, aby to jako. No, ale to mě všechno, když jsem byla na té rezonanci, tak ta taky mě na to jakoby, že to maso, všechno, co jíme, jak je prostě chemicky ošetřený, že to má všechno vliv. A to i když jsem byla u nějaký výživový poradkyně, tak na to taky hodně lpěla, abych začla tady u té stravy. Takže já jsem potom všechno kupovala bio prostě žejo. Začla jsem kvůli tomu mít i svoji zahrádku, abych měla zeleninku svojí, žejo. A ze začátku jsem vlastně používala maso fakt jenom bio. A teďkon s postupem času si už koupim i papriku v obchodě, která není bio, jo. Už to zase tolik neřeším. Snažim se takovou jakoby neutrální cestou, vyváženou cestou něco tak a něco tak. Když si vezmu řízek, kterej je z krámu, tak si ho vezmu. Když to bylo po té nemoci, tak to jsem se asi bála, abych si nějak jako neublížila nebo neuškodila ještě jako. A teď už to беру tak jako vyváženě. Já jsem třeba nechtěla ani pít vodu. /smích Já jsem nechtěla pít ani vodu. Protože zase ta výživová poradkyně mi řekla, že je všechno ve vodě, žejo a že bych měla v první řadě začít u vody, no. Přičemž nějaký ten přístroj na to, jak se to zbavuje nějakých těch škodlivin. Jenže byl strašně drahej, takže to jako Marek taky řek, že pokud to teda jako budu chtít pít, tak že to pořídíme, ale že mu to přijde zbytečný, že ta voda tady kontrolovaná je. Takže jsem ze začátku nechtěla ani pít vodu z kohoutku, jo. I když taky používám nějakou tu filtrační konvici, ale teď už mně to nevádí, jo. Teď už jako v rámci možností všeho s mírou. Ještě jsem hodně chodila se psem to taky hodně mi pomohlo, že jsem chodila na ty procházky a ze začátku to bylo takový jako že jsem měla takový víc energie, takže jako jsem fakt chodila každéj den jakoby přes

poledne. Ale teď kon nevím, ale co jsem ti chtěla říct tím. Jo, a tak ono mě to trošičku jako by opadlo, protože já jsem vlastně začala chodit na masáže jakoby po tý o operaci, protože se mi hůř vlastně hojila ta jizva, takže já jsem potom chodila na masáže a tam mi vlastně ta masérka taky jako by říkala že pro mě je fakt důležitý ta procházka že jo na čerstvým vzduchu. Každý den minimálně 5 kiláků. Takže já jsem se toho tak nějak jako by držela a takže já jsem jakoby i přes to poledne místo abych si prostě jako by lehla, tak jsem šla na tu procházku, že jo. A s postupem, i když ona mi říkala: “Hale nestyďte se za to, když se Vám bude chtít spát jako přes poledne, tak si v klidu natáhněte.” A já říkám: “Jo, jo to jo já jako jo no a tak. Tak tak teď já teda nechodím přes poledne se psem, ale radší se natáhnou, protože už zase jakoby víc jako dělám že jo. Takže před tím to jsem vlastně chodila na tu procházku, protože vlastně jsem byla ještě doma vlastně na neschopence, víš co, takže jako jsem neměla... Já jsem jako by nepracovala tak jsem šla třeba přes poledne, pak jsem šla třeba i s Markem ještě jako jo, ještě jako jednou. No někdy jo, no, někdy jo. Abych měla fakt jako ten pohyb. Ale potom zase když už jsem začla makat tak jako přece jenom už to tělo asi, pozoruju to na sobě, že jakoby jsem taková víc jakoby unavenější no, jo. No, takže jakoby přes to poledne si nechávám dvě hodinky přes poledne třeba volno a pak zase. Mám to prostě rozdělený třeba dopoledne 4 hodky a odpoledne. Jak potom odpoledne je to víc jak 5 hodin tak to už je na mě moc. No to už potom na sobě jakoby cítím že mě bolejí. No to už cítím na sobě, jakože je už takovej ten strop. Takže takový ty dvanáctky, co jsem jela od rána do večera tak tohle fakt ne. No ale teďka jsem zjistila, že je to lepší si rozvrhnout do těch pěti dnů, protože předtím to to tělo nezvládalo a s těma dětma jsem nebyla stejně. Takže teď jsem spokojenější. No vidíš to, takže já jsem vlastně i do sebe jako chtěla i tu masáž a takhle jako já jsem ještě fakt jako ještě se starala takhle jako v tom lednu, únoru jsem chodila takhle na ty masáže. Teď kam chodím, tak na ty lymfatické masáže. Předtím jsem vlastně chodila po tý operaci jakoby na ty masáže, aby ta jizva se mi jako by uvolnila, a aby prostě mě ta ruka nebolela. Takže mi ukázala spíš nějaký takový ty pooperační cviky, a tak jako a teď chodím zase na lymfatické masáže, protože mi vlastně otéká ta ruka.

Výzkumnice: Děkuji za rozhovor a mějte se hezky.

Respondentka: Také děkuji.