

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**Partnerství - postoj a pomoc partnera z
pohledu onkologicky nemocného
pacienta**

Diplomová práce

Sociální práce

Bc. Ivana Kučová Dis.

Olomouc 2023

Obsah

Obsah	1
Abstrakt	4
Abstract	6
Úvod	8
Partnerství, rodina a nádorová onemocnění prsu	10
Rodina, onkologický pacient a sociální podpora	12
Sociální práce s rodinou onkologicky nemocného	16
Psychologická specifika onemocnění karcinomem prsu	18
3.1 Specifické koncepce psychické odolnosti	22
Resilience	22
Hardiness	23
Sense of coherence	24
Copingové strategie u maligních onemocnění	24
Přehled realizovaných výzkumů v oblasti	30
4.1 Výzkumy realizované v České republice	30
4.1.1 Kvalita života	30
4.1.2 Vlivy vztahu na léčbu nádorového onemocnění prsu	32
4.1.3 Zkušenost žen s nádorovým onemocněním	32
4.1.4 Copingové strategie páru	33
4.2 Výzkumy realizované v zahraničí	33
4.2.1 Vlivy vztahu na rozvoj a léčbu nádorového onemocnění prsu	33
4.2.2 Sexualita ve vztah po diagnostice nádorového onemocnění prsu u partnerky	35
4.2.3 Copingové strategie páru	36
4.2.4 Komunikace v páru v období nemoci	38
4.2.5 Kvalita života jedince a páru v době nemoci a po překonání nemoci	38
Metodologie	41
5.1 Rešeršní strategie	41
5.2 Paradigmata studie	42
5.3 Cíle práce	42
5.4 Výzkumné otázky	43
5.5 Základní soubor, metody výběru a charakteristiky výzkumného souboru	43
5.5.1 Základní soubor	43
5.5.2 Metody výběru	43
5.5.3 Výzkumný soubor a jeho sociodemografické charakteristiky	44
5.6 Data management	45
5.6.1 Metoda tvorby dat, využití nástroje	45
5.6.2 Metody fixace dat	45
5.7 Zpracování dat a jejich příprava na analýzu	46

5.7.1	Analýza a interpretace dat	47
5.8	Prezentace dat	48
5.9	Etika ve výzkumu	50
	Prezentace výzkumných výsledků	51
6.1	Kategorie : Hodnocení vztahu	51
6.1.1	Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem před propuknutím nemoci	51
6.1.2	Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem po propuknutí nemoci a copingové strategie partnerů	53
6.1.3	Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem po vyléčení	55
6.2	Kategorie: Očekávání od partnerství	57
6.2.1	Podkategorie: Před onemocněním	57
6.2.2	Podkategorie: V době nemoci	58
6.2.3	Podkategorie: Současná očekávání od partnerství	58
6.2.4	Podkategorie: Popis proměn očekávání partnerství vlivem nemoci	59
6.3	Kategorie: Prvotní přijetí diagnózy partnerem	60
6.4	Kategorie: Akceptace a přijetí nemoci v dlouhodobějším horizontu	61
6.5	Kategorie: Zapojení partnera do léčby	64
6.6	Kategorie: Silné emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci	65
6.6.1	Podkategorie: Pozitivní emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci	65
6.6.2	Podkategorie: Negativní emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci	66
6.7	Kategorie: Pomoc v partnerství v době nemoci	67
6.7.1	Podkategorie: Formy vnímané partnerské pomoci v době nemoci	67
6.7.2	Podkategorie: Popisované formy chybějící partnerské pomoci v době nemoci	68
6.8	Kategorie: Teorie respondentů o vlivu vztahových (partnerských) faktorů na vznik onemocnění	69
6.9	Kategorie: Celkový narativ respondentů o partnerství	73
6.9.1	Podkategorie: Narativ respondentů o partnerství v době nemoci	73
6.9.2	Podkategorie: Narativ respondentů o životě a partnerství	74
	Diskuze	79
7.1	Výzkumné závěry	79
7.1.1	Výzkumná otázka: Jak hodnotily participantky svůj vztah a partnera v době před propuknutím nemoci? Jak poté?	79
7.1.2	Výzkumná otázka: Změnily se očekávání spojené s partnerstvím v době nemoci?	81
7.1.3	Výzkumná otázka: Jak popisují participantky akceptaci nemoci partnerem a jak jejich zapojení do léčby?	82
7.1.4	Výzkumná otázka: Které zážitky s období trvání nemoci spojené s partnerstvím považují participantky za podpůrné/ devastující?	85
7.1.5	Výzkumná otázka: Jaké formy pomoci participantky vnímali od partnerů?	

Jaké formy pomoci jim chyběly?	88
7.1.6 Výzkumná otázka: Pojmenovávají participantky vztahové faktory ve svém životě za příčinu vzniku onemocnění? Pokud ano, které konkrétně a proč?	89
7.2 Kam nás výzkum zavedl aneb návrhy na pokračování výzkumné činnosti	91
Závěr	94
9. Literární přehled	96

Prohlášení o originalitě práce

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedla a řádně citovala, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. K citování zdrojů byla využita Harvardská citační norma dle manuálu pro citaci na Cyrilometodějské fakultě.

Souhlasím s uložením elektronické verze této diplomové práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Abstrakt

Východiska: Nádorové onemocnění prsu je diagnóza, která zasahuje do všech oblastí života ženy. Prevalence tohoto onemocnění v populaci roste, vznikají nové metody diagnostiky i léčby této skupiny onemocnění. Nemoc není pouze biologickou skutečností, ale má dalekosáhlé dopady na partnerský vztah a celkově sociální život ženy i jejího partnera.

Cíl výzkumu: Cílem je popis proměny vnímání partnerství vlivem prodělaného onkologického onemocnění, vytyčit nejvýznamnější momenty léčby a popsat jejich konotaci s partnerstvím, popsat poskytované formy pomoci a podpory v partnerství a popsat faktory partnerství, které byly vnímány jako podpůrné nebo nepodpůrné v léčbě.

Soubor a výběrové metody: Výběrový soubor byl vybrán účelovou metodou ze sociálního okolí výzkumníka. Bylo vybráno 6 participantů splňujících kritérium diagnózy nádorového onemocnění prsu, kteří byli ochotni o svém onemocnění hovořit. Věk žen byl 40 až 70 let, všechny participantky měly děti, tři z pěti participantek pracovaly ve zdravotnictví.

Metody práce s daty: Data byla získána nestrukturovaným rozhovorem, plně transkriptována a následně systematizovaná otevřeným kódováním. Doplnkově byly využity Likertovy škály.

Metody analýzy a prezentace dat: Byla využita interpretativně fenomenologická analýza zaměřena na prožitek, zkušenost a hodnocení z pohledu participantů. Data byla sdružována do trsů a byly vyhledávány podobnosti v příbězích. Data jsou prezentována ve stanovených kategoriích. Dále byly příběhy představeny jako celky formou krátkých kazuistik.

Výsledky: Všechny ženy označili samy sebe za typ pečovatelky. Pouze 3 z 5 participantů žili v době nemoci v partnerském vztahu. U respondentů převládaly stresové faktory na straně primární nežli sekundární rodiny. Dvě ze tří participantek popisují podporující postoj a komplementární copingové strategie s partnerem, u jedné z participantek se vyskytl maladaptivní coping. U 1 z participantek hrozil v době trvání

nemoci rozpad vztahu vlivem depresivní symptomatologie. Z našeho výzkumu vyplývá, že hůře byla nemoc snášena participanty s aktuální vztahovou zátěží v období nemoci, nežli těmi, které měly vztahovou zátěž pouze v anamnéze. U dvou participantek byl narativ partnerství v nemoci nekomplikovaný. Žádný z partnerů nevyužil jako druh copingové strategie útěk, popření, užívání omamných a návykových látek. Mezi využití copingové strategie v partnerství patřily hledání informací o stresoru, humor, přímá akce k odstranění stresorů, hledání alternativ, vnitřní monolog, plánování řešení problému, žádost o podporu v okolí, udržování odstupu, sebeovládání se. Všechny participantky pojmenovaly po léčbě vyšší vliv existenciálních faktorů na svůj život a partnerství.

Závěry: Partnerství je důležitým činitelem v životě participantek a jako takové se může nepřímo podílet na vzniku onemocnění. Zároveň může být nejdůležitějším zdrojem podpory pacientek s nádorovým onemocněním prsu. Je potřeba věnovat více pozornosti partnerům nemocných.

Implikace: Práce upozorňuje na význam a roli partnerství v průběhu léčby nádorového onemocnění a popisuje je jako protektivní i rizikový faktor sociálních dopadů nádorového onemocnění a navrhuje řadu dalších výzkumných šetření.

Klíčová slova: nádor, zhoubný nádor, rakovina, prs, partnerství, partnerský vztah.

Abstract

Background: Breast cancer is a diagnosis that affects all areas of a woman's life. The prevalence of this disease in the population is increasing, new methods of diagnosis and treatment of this group of diseases are emerging. The disease is not only a biological fact, but has far-reaching effects on the partner relationship and the overall social life of the woman and her partner.

Aim of the research: The aim is to describe the change in the perception of partnership as a result of the oncological disease experienced, to outline the most significant moments of treatment and to describe their connotation with partnership, to describe the forms of help and support provided in partnership and to describe the factors of partnership that were perceived as supportive or non-supportive in treatment.

File and sampling methods: The sample file was selected using a purposive method from the researcher's social environment. 6 participants who met the criteria for a breast cancer diagnosis and were willing to talk about their disease were selected. The age of the women was 40 to 70 years, all the participants had children, three of the five participants worked in the healthcare sector.

Methods of working with data: Data were obtained through an unstructured interview, fully transcribed and then systematized by open coding. Additionally, Likert scales were used.

Methods of data analysis and presentation: An interpretive phenomenological analysis focused on experience, experience and evaluation from the perspective of the participants was used. The data were clustered and similarities in the stories were looked for. Data are presented in specified categories. Furthermore, the stories were presented as a whole in the form of short case studies.

Results: All women identified themselves as a caregiver type. Only 3 out of 5 participants were living in a partner relationship at the time of illness. Among the respondents, stress factors on the side of the primary rather than the secondary family

prevailed. Two out of three participants describe a supportive attitude and complementary coping strategies with their partner, maladaptive coping occurred in one of the participants. During the duration of the illness, 1 of the participants threatened to break up the relationship due to depressive symptomatology. It follows from our research that the disease was tolerated more poorly by participants with current relationship stress during the period of illness than by those who only had relationship stress in the anamnesis. For two participants, the narrative of partnership in illness was uncomplicated. None of the partners used escape, denial, use of narcotic and addictive substances as a type of coping strategy. Coping strategies used in the partnership included searching for information about the stressor, humor, direct action to eliminate stressors, searching for alternatives, internal monologue, planning a solution to the problem, asking for support in the environment, maintaining distance, self-control. All female participants named a higher influence of existential factors on their life and partnership after the treatment.

Conclusions: Partnership is an important factor in the life of the participants and as such can indirectly contribute to the development of the disease. At the same time, it can be the most important source of support for breast cancer patients. It is necessary to pay more attention to the partners of the sick.

Implications: The work draws attention to the importance and role of partnership during the treatment of cancer and describes it as a protective and risk factor of the social impact of cancer and suggests a number of other research investigations.

Key words: tumor, malignant tumor, cancer, breast, partnership, partner relationship.

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D za cenné rady, konzultace a spolupráci při psaní diplomové práce. Děkuji též spolužačce Mgr. Martině Váhalové za nápady a podněty, které mi k práci dala.

Úvod

Karcinom prsu je jedno z onkologických onemocnění s nejvyšší prevalencí mezi nádorovými nemocemi. Je to závažné onemocnění, které sebou nese fyziologické, psychické i sociální strádání postiženého jedince i okolí. Léčba je časově i finančně náročná, a to i přes značné pokroky, které byly v posledních letech učiněny v oblasti vědy. Nové medikamenty a postupy pomáhají zlepšovat kvalitu léčby i života pacientů. Reagují citlivěji na samotný proces nádorového bujení. Ve světě probíhají tisíce výzkumů, které si kladou za cíl z různých pohledů a perspektiv vysvětlit vznik a rozvoj nádorového bujení v těle, aby byla možnost stanovit preventivní nebo nízkozátěžovou terapii.

Partnerské vztahy jsou mimořádně důležitou součástí života člověka. Jedná se o jeden z nejdůležitějších a nejbližších vztahů, které v průběhu života navazujeme. Současná společnost sice již pomalu upouští od celoživotní monogamie, která je však stále opěvovaným vztahovým modelem. Pravdou ale je, že většina lidí v životě vystřídá několik partnerů. V partnerství pak prožíváme mnoho situací, které mohou mít kořeny u obou partnerů (rodičovství, stěhování), nebo mohou být primárně do vztahu vneseny jedním z partnerů (nevěra, nemoc jednoho z partnerů). Právě o posledně zmíněné situaci pojednáváme v našem výzkumu.

Při boji s rakovinou prsu se může partnerský vztah stát pro ženu stejně dobře zdrojem velké podpory a pomoci stejně jako přítěží a další starostí. Často bývá zapomínáno také na potřeby partnera nemocné ženy, který se dostává do nezáviděníhodné role plné očekávání a předsudků od okolí. K roli partnera těžce nemocné osoby mimo jiné patří automatická snaha potlačit své životní potřeby a zaměřit svůj život a energii na péči o nemocného partnera, na snahu o co nejrychlejší nápravu. Výborně a zcela bez příkras je tento pohled zobrazen v knize Třetí poločas, která je psaná právě z pohledu manžela ženy podstupující léčbu rakoviny prsu.

Karcinom prsu musíme chápat jako komplexní onemocnění, na které je potřeba nazírat optikou bio psycho socio spirituálního paradigmatu. Tímto pohledem můžeme pacientům pomoci nejvíce, neboť dokážeme nejlépe saturovat jejich životní potřeby ovlivněné onemocněním. Z hlediska sociálního kvadrantu je partnerský vztah, o kterém pojednává má diplomová práce, jedním z hlavních determinant. Partnerské vztahy

obecně jsou v životě dospělého jedince důležitými, stěžejními vztahy, které mají vliv na další životní oblasti.

Práce si klade za cíl především deskripci vnímání partnerství a jeho změn vlivem prodělání nádorového onemocnění prsu, vytyčení hlavních momentů léčby z pohledu participantů a partnerství, deskripci forem podpory, kterou pacientky od svých partnerů pociťovaly a popis podpůrných a nepodpůrných faktorů na straně partnerství vzhledem k léčbě. Výzkum se zabývá popisem vnímání partnerských vztahů u žen s diagnózou nádorového onemocnění prsu. Zabývá se postoji a vnímáním žen, které byly postiženy onkologickým onemocněním, a jejich vnímáním partnerství. Věnují se subjektivnímu vnímání žen, jejich postoji k partnerství před nemocí a v období nemoci. Klade důraz na detekci stěžejních okamžiků v průběhu léčby a jejich interakcí se vztahovými faktory. Svým zaměřením zkoumá jedinečné individuální zkušenosti žen.

Závěrem úvodu bych snad ještě ráda zmínila svou osobní motivaci, proč jsem si toto téma pro svou závěrečnou práci zvolila. Ve svém okolí a praxi zdravotní sestry jsem mohla pozorovat a zažít mnoho příběhů, jejichž lait motivem bylo právě nádorové onemocnění. Sama jsem je v praxi mohla pozorovat v mnoha a mnoha podobách. Mohla jsem znovu a znovu vnímat jak pečující a podpůrný přístup pomáhá pacientům s rakovinou prsu, jak spolu partneri komunikují, jak se zapojují do léčby. Dalším důvodem, proč mě téma zaujalo, je asi 20 let stará kniha, která v česku vyšla pod názvem Třetí poločas. Jedná se v podstatě o románové zpracování zkušenosti muže na prahu čtyřicítky, jemuž umírá žena na rakovinu prsu.

Partnerství, rodina a nádorová onemocnění prsu

Již Aristoteles uváděl, že člověk je tvorem společenským a svou podstatou potřebuje někam patřit, někam směřovat a něco tvořit (Mulgan, 1998). Stejně tak Bible hovoří o člověku jako tvoru, který potřebuje společnost - Eva byla stvořena pro Adamův smutek a osamocení, aby měl sobě rovného tvora na zemi. Odkazem k Bibli jsme chtěli ukázat, že téma člověka jako tvora společenského není moderním objevem, ale vine se jako červená nit lidským poznáním a existencí. Mezi nejdůležitější společenské vztahy člověka patří jeho rodina a jeho partnerství.

Partnerský vztah patří k těm nejdůležitějším, který v životě navážeme (mezi další řadíme vztahy s dětmi, na pracovišti). Vztahy a jejich kvalita ovlivňují náš život nejen sociálně, kdy udávají naše místo ve společnosti, ale mají vliv také na zdraví. Partnerství uchovává jistou exkluzivitu mezi vztahy a to svou výlučností a očekáváním s partnerstvím souvisejícími.

Vágnerová (2007), chápe partnerství jako důležitou součást mužské i ženské identity, které jednotlivci mohou realizovat různým způsobem, což vyplývá z rozdílného chápání partnerství i vlastní pozice. Pozitivní vliv na pohodu má vzájemný respekt k individualitě partnera, schopnost těšit se z jeho úspěchů, schopnost empaticky naslouchat a pomoci tam, kde to druhý potřebuje (Adam, Klimeš, 2009), ale toho lze dosáhnout také v přátelství.

Podle Vágnerové (2007, s. 70-77) bývají popisovány dvě fáze partnerského soužití: v první fázi mluvíme o zamilovanosti, která je spojena s nedostatkem informací o protějšku, iluzemi, představami o partnerovi. Partneri se sebestylizují tak, aby co nejvíce odpovídaly požadavkům partnera. Toto období trvá obvykle rok. Druhé období je obdobím projevu vlastní identity a osobnosti. Teprve v této fázi lze budovat vztah založený na realitě. Teprve po této fázi by měly v páru přicházet úvahy o manželství.

Manželství je právní/církevní spojení partnerství v trvalý svazek. Je to jedna z nejstarších institucí v dějinách lidstva a proto zákonitě došla proměn tak jako došla proměn naše společnost. V 50. letech minulého století definoval manželství Erik Erikson (Hargašová & Novák, 2007, s. 8) následovně: „*Manželství je sexuální uspokojení s milovaným partnerem opačného pohlaví, se kterým jsme ochotni a schopni řídit cykly práce, plození, výchovy dětí a volného času tak, abychom zabezpečili našim potomkům všechny podmínky pro jejich zdravý růst a osobnostní rozvoj.*“. Manželství

Lze rozdělovat podle dalších charakteristik a kategorizovat je, v této práci však nemáme dostatek prostoru pro uvedení této klasifikace.

Z hlediska právního spojení partnerství nesmíme opomenout zmínit registrované partnerství pro stejnopohlavní páry.

Další typ soužití se nazývá kohabitace, nesezdané soužití. Dříve bývalo spojeno především s krátkodobým soužitím před sňatkem, ale v současné době se může jednat o celoživotní model, ačkoliv v české společnosti bývá stále považován spíše za předstupeň manželství (Fialová, 2000).

V našich podmínkách považujeme za základ partnerství lásku. Všechny definice se však shodují v tom, že láska je pozitivní emocií. Pohled na lásku se mění u jedinců vlivem kultury, zkušeností, věkem a tak existuje individuální, jedinečné pojetí lásky u každého člověka. Tyto individuální pojetí lásky musí být partnery komunikovány. Různé definice lásky kladou důraz na různé aspekty tohoto komplexního jevu, neshodnou se na tom, zda je potřeba lásku definovat k objektu nebo ne, zda se jedná o duševní děj, emoční vzplanutí, neurobiologický proces.

Jedna z nejvýznamnějších definic se nazývá Sterbengovou tranguační teorií lásky. Zdůraznil tři komponenty, jimiž se vztahy vyznačují. První z nich je intimita založená na sdílení přítomnosti, vzájemné duševní a tělesné blízkosti, potřebě otevřenosti a snaze o porozumění. Druhým je milostná touha po partnerovi, kterou lze spojit s idealizací, obdivem a sexuální potřebou. Třetí složkou je připoutání, pod kterou si lze představit vazbu k partnerovi, která se rozvíjí pozvolna v průběhu času, je pro ni charakteristické sdílení hodnot, společné řešení problémů, ale i stereotyp, což vypovídá o stabilitě vztahu (Sternberg 1987, Vágnerová 2008). V počátku vztahu je milostná touha (zamilovanost) dominantní složkou, nicméně fáze zamilovanosti po určité době odezní, a přechází ve stabilnější vazbu.

Mnoho autorů se pokusilo lásku definovat, lze nalézt definice technického rázu jako je Lausterova (1994) „*centrální duševní děj nepodléhající rozumu*“.

Pro naši práci jsme vybrali klasickou psychologickou definici, která definuje lásku jako „*kladný, silný emocionální vztah k jiné osobě, ideji, věci i k sobě samému; objekt lásky má vždy vysokou citovou hodnotu; má nespočet podob od lásky partnerské, rodičovské, přes lásku k poznávání ve vědě a k altruistickým morálním hodnotám*“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 289). Láska je rozhodně veličina, která v boji s onkologickým

onemocněním může mít pozitivní dopady na celkový stav pacienta a vývoj léčby, může mít podpůrnou funkci, pomáhá ventilovat emoce (Němčíková 2020).

Láska je toliko skloňované slovo, protože utváří náš vztah k sobě i k soužití s dalšími lidmi. Základem lásky je bezpodmínečné přijetí druhé osoby. Láska pomáhá pocitu sounáležitosti, pomáhá ukotvení jedince a je základní potřebou lidského citění.

Rodina, onkologický pacient a sociální podpora

Rodina je charakteristická malá skupina, která je sociologií chápána jako společenská instituce tvořící oporu pro všestranný vývoj jedince. Proto je pokládána za základ společnosti. Rodina, jako základní společenská jednotka, doznala v historickém vývoji značných změn (Matoušek, 1993). Moderní sociologické pojetí chápe rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří tzv. nukleární rodina, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky, dětí žijících pospolu (Matoušek, 1993). Nenahraditelnost rodiny tkví v komplementárním plnění mnoha rozličných funkcí přirozenými systémy. Rodina a rodinné vztahy mají pro vývoj stěžejní význam a determinují nás do určité míry v každém věku (Výrost, Slaměník, Solárová 2019).

Podle sociologa Možného (1990) je rodina „*nejsoukromější lidskou institucí*“ a je to v podstatě manželský pár s dětmi, pokud máme na mysli rodinu úplnou a takzvanou nukleární (Možný, 1990 in Nakonečný, 2020).

Význam rodiny není jednotný a ucelený. Liší se dle toho, v jaké historické a politické etapě společnosti se rodina nachází. V tradiční společnosti měla rodina prostor, nezastupitelnou roli, byla hlavním dějištěm života málokdy docházelo k jejímu opuštění (Keller, 2005). Však teprve přechodem moderny k postmoderně se v rodině zaměřujeme na vztahy a později na uspokojení, které plyne jedincům ze vztahu. Rodina je především emocionálním zázemím, které značí bezpečí, jistotu, uznání. Pomáhá získávat uznání, zkušenosti. Obecně jsou ustáleny tyto kategorie funkce rodiny: biologicko reprodukční, socioekonomická, ochranná, sociálně výchovná, emocionální a rekreační (Fialová, 1997).

Krtičková (2006) uvádí, že v období sdělování diagnózy je potřeba věnovat rodině zvýšenou pozornost, protože se jedná o prvotní, obtížnou fázi, která svým průběhem může značně determinovat další vývoj v rodině, vývoj podpory a zapojení rodiny do léčby.

Jedinec žijící se zkušeností nádorového onemocnění je vystaven konfliktům mezi vlastními potřebami a potřebami druhých (Krtičková, 2006). Náhlá zátěžová situace vede k mobilizaci zdrojů rodiny i její podpůrné sítě, aktivizují se copingové strategie (Křivohlavý, 2002). Krtičková (2006) uvádí, že v rodinné interakci získává nemoc svůj specifický, jedinečný význam, který je daný rodinou, její historií, představám o nemoci, dosavadními poměry. Z pohledu rodinné terapie se nemoc stává součástí rodinného systému.

Tadayon, Zarea, Dabirizadeh (2018) uvádí, že negativní emoce spojené s výskytem nádorového onemocnění prsu nejsou záležitostí pouze nemocné, ale také ostatních členů rodiny a snižují jejich celkovou aktivitu. Krtičková (2006, s.3) uvádí několik možností, jak může rodina reagovat na počátek onemocnění svého člena: *“a) plné sdílení - je zde vyjádřena přiměřená míra podpory, tedy taková, která má pro pacienta smysl a vnímá ji jako pro sebe přínosnou, b) pseudosdílení - význam symptomů je od počátku generalizován, rodina je aktivnější než pacient. Často za jeho zády jsou přizváni ke konzultaci další a další specialisté, nová pracoviště, nejpestřejší alternativní léčba, c) bagatelizace symptomů - pacient v takové rodině bývá pokládán za sebestředného, který hned myslí na to nejhorší, bývá podezírán z přecitlivělosti k vlastnímu tělu a touze na sebe upozornit, někdy dokonce může být obviněn z hypochondrie či simulantství.”*

Slavíková, Čadková -Svejkovská, Maulenová, Aschermannová, Vaňková, Těšinová (2020, s.17) uvádějí: *"Rodiny by se měly průběžně informovat o vývoji onkologického onemocnění jejich příbuzného a včas reagovat na potřeby včasného zajištění dalšího typu péče, pokud se onemocnění zhoršuje"*.

Ačkoliv nemoc může naplňovat veškeré znaky traumatické zkušenosti, mohou mít partneři a rodina problém s chápáním situace jako traumatické. Duševní trauma navíc přetrvává i po vyléčení (Dienstbier, Stáhalová, 2012), a to poměrně nezávisle na tom, zda došlo či nedošlo k mastektomii. Velmi traumatizující potenciál mají také stavy po ablaci prsu. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) uvádějí, že pokud se vyskytuje v životě ženy traumatizace, je důležité ke zvýšení kvality života psychologická pomoc, ať již ženy vnímají nebo nevnímají toto trauma jako determinant svého onemocnění. V případě, pokud k traumatizaci došlo, účinně pomáhat pomocí emoční podpory ke zlepšení stavu a překonání traumatu. Duševní trauma navíc přetrvává i po vyléčení (Dienstbier, Stáhalová, 2012).

Nisa, Rizvi (2016) vnímají důležitost partnerské podpory jako podpory léčby traumatu způsobeného onemocněním.

Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) popisují také specifickou situaci, kdy jsou symptomy posttraumatické stresové poruchy u nevléčitelných onkologických pacientů vnímány jako příprava na smutek z neodvratitelnosti diagnózy a jejího infaustního průběhu. Opakované vybavování traumatických vzpomínek nebo představ autoři vnímají jako znečitlivující přípravu na budoucí vývoj.

V posledních letech psychologie pracuje s pozitivním přerámováním traumatu a mluví o postraumatickém růstu. Tadeschi a Calhoun (1995) jej definují jako pozitivní kognitivní proces která je zahájena, aby se vyrovnala s traumatickými událostmi, které extrahovat extrémní kognitivní a emocionální daň. Tito autoři upozorňují, že postraumatický růst není automaticky očekávatelným vyvrcholením traumatické zkušenosti.

Blízcí se rovněž potýkají z mnoha potížemi, které do 5 bodů shrnuly Slavíková a Čadková-Svejková (2021): *“1. Neexistence systémů ucelené rehabilitace a dlouhodobé péče absence podpory zdravotně sociálního propojování či spolupráce., 2. Posuzování invalidních důchodů, průkazů mimořádných výhod a příspěvků na péči, včetně lhůt, ve kterých se provádí, a způsobů komunikace mezi institucemi a potřebnými osobami. 3. Nízká či nerovnoměrná dostupnost paliativní péče a poradenství v ní. 4. Nerovnoměrná dostupnost sociálních služeb. 5. Minimální podpora uzdravených při návratu do zaměstnání po onkologické nemoci.”*

Krtičková (2006) uvádí, že rodinné příslušníky trápí strach z nemoci, z repasu nemoci, z tělesného poškození (amputací, stomií), sexuality a plodnosti. Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádí, že nemocní s nádorovým onemocněním se musí srovnat nejen s dopady svého onemocnění na jejich život, ale také na život dalších členů rodiny, nicméně až na výjimky se nestahují s rodinného života zcela. Čadková Svejkovská, Chrdlová, Slavíková (2014) uvádějí, že konfrontace s nemocí ohrožuje také blízkého pacienta, protože je stresovou situací. Autorky proto zdůrazňují potřebu podpory rodiny

Podle výzkumu Karraken a Latham (2015) jsou vztahy žen s onkologickým onemocněním ohroženy rozvodem nebo rozchodem více než vztahy mužů s onkologickým onemocněním. Dienstbier a Stáhlová (2009) uvádí, že pro pacienta je velmi přínosné, pokud může o své nemoci s příbuznými hovořit.

Důležitá je sociální opora. „*Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho osobní pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života.*“ (Křivohlavý, 2009). Azadi, Ahadi a Hatami (2020) mluví o potřebách zahrnujících blízký a intimní vztah, respekt a kontakt s podpůrnými skupinami.

Vlivem snížené participace ve společnosti dochází ke snižování pocitu vlastní sebehodnoty, změnám sebepercepce. Neméně důležitou změnou je změna sociálního postavení - s nemocí se stáváme pacienty (Křivohlavý, 2002), což je společenská role se kterou se pojí řada představ, očekávání, stigmat.

Krtičková (2006) popisuje, že na počátku mohou vznikat později důležité subjektivní variability několika typů: 1) prožívání subjektivní újmy, bolesti, ohrožení, úzkosti, není symptomatické tlaku, 2) zhodnocení náznaků a symptomů jako signálů nemoci, jedinec si připouští, že by mohl být nemocný, 3) snaha o laickou diagnózu, sebediagnostiku, do které zahrnuje své laické úvahy o etiologie potíží, 4) rozhodování mezi alternativami řešení potíží a hledání dalších možností řešení. a teprve v této fázi obvykle nemocný přichází za svou rodinou. Rodinná reakce není nepodobná reakci samotného nemocného, objevuje se stach, úzkosti, pocity viny

Dle výzkumů neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi vyhledáváním sociální opory u žen a partnerskou spokojeností u mužů. To znamená, že partnerům pomoc okolí zdánlivě neulehčuje (Bubeníková a Marečková, 2021). Stejně tak ani vyhledávání sociální podpory muži neulehčuje ženám (Bubeníková a Marečková, 2021).

Geller (1993) ve studii nezjistili prodloužení délky života vlivem psychosociální podpory pro pacientky s nádorovými onemocněními prsu, zvýšila se však kvalita života. Awolu a Koranteng (2020) uvádějí, že podpora bývá obvykle pacienty s nádorovým onemocněním prsu dobře přijímána a dokonce jí označuje za významný faktor kvality života onkologických pacientů s nádorovým onemocněním prsu.

Krtičková (2006, s.3) vyjmenovaná specificky tyto formy podpory: “ informace - rada, informační centra na onkologických odděleních, orientace ve svépomocných skupinách b) instrumentální podpora - praktická pomoc c) emocionální podpora- vztah důvěry, bezpečí, soucítění, náklonnost d) hodnotící, oceňující podpora - uznání”.

Křivohlavý (2009) ve své práci definuje tyto typy opory v nemoci: 1) instrumentální - velmi konkrétní forma jako například materiální pomoc, pomoc s obstaráním záležitostí, 2) informační - pomoc s orientací v situaci, 3) emocionální - empatické sdílení, blízkost. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) uvádějí, že participantky jejich výzkumu uváděly, že nádorové onemocnění prsu je více spojilo s jejich komunitami a pocítily výhody prosociálního chování osob v komunitě. Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádějí, že pacienti, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni mívají potíže zapojit se zpět do své komunity. Tadeschi a Calhoun (1995) spojují vysokou míru sociální podpory nemocného i jeho rodiny s vyšší pravděpodobností posttraumatického růstu. Uvádějí také, že posttraumatický růst není závislý na proměných vzdělání, věku, délky léčby, počtu dětí a společného nebo odděleného soužití s rodinou.

K pozitivnějším průběhům může přispívat využívání párové a rodinné terapie nemocným a jeho blízkými. Poskytování psychoterapeutické péče rodině nemocného je považováno za stejně důležité a oprávněné jako její poskytování pacientům samotným (Krtičková, 2005).

Párová manželská terapie je specifický typ psychoterapie určený dvojicím životních partnerů, kteří zažívají těžkosti v komunikaci, jsou nespokojeni se svým vztahem, jsou nespokojeni v sexuálním životě, mají neshody ohledně výchovy dětí. Podmínkou párové terapie je dobrovolná, vědomá účast obou partnerů v terapii (Kratochvíl, 2009). Zaměření párových terapeutů může být různé, často využívají humanistických směrů či kognitivně behaviorálních směrů. Dle typu terapie se pak liší terapeutické uspořádání a užívané techniky. Také základní terapeutické premisy se tímto liší. Bard a Krebs (2013) uvádějí, že účinky párové terapie na celkovou kvalitu života žen s rakovinou byly malé, přesto je však hodnotili jako prospěšné.

Azadi, Ahadi a Hatami (2020) deklarují vliv rodiny prohlášením, že nejvyšší korelace mezi složkami sociální opory a psychickou odolností má podpora rodiny

Sociální práce s rodinou onkologicky nemocného

Matoušek (2016, s. 200) definuje sociální práci jako: "*společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.) S. p. se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu*".

Sociální práce s rodinou onkologicky nemocného je významná, protože jak jsme již uvedli výše, člověk obvykle funguje v síti sociálních vztahů, přičemž ty rodinné bývají nejbližší a nejintenzivnější.

Sociální práci s onkologicky nemocnými můžeme rozdělit dle toho, kde je vykonávána. Jedná se o rozdělení na sociální práci při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení a sociální práci v ambulantních službách. Ve zdravotnických zařízeních působí sociální pracovník dle §10 zákona 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Obsah práce je upraven zařízením, ve kterém pracovník působí. Sociální práce by měla probíhat s pacientem v ambulantní i pobytové péči.

Krtičková (2006) uvádí, že existuje několik typů reakcí rodinného systému na počátek onemocnění člena. Řadí mezi ně plné sdílení, pseudo sdílení, bagatelizaci symptomů. Za sebe bych zařadila ještě úplnou distanci a popření. Plné sdílení je reakce pro rodinu nejnáročnější, nejaktivnější, ale z dlouhodobého hlediska vede k dobrým výsledkům. Pseudo Sdílení se může zdát na první pohled jako sdílení, často se rodina zaměřuje na co nejvyšší míru pomoci, ale nevnímají potřeby nemocného člena.

Pro členy rodiny může být obtížné získat některé možnosti pomoci a podpory. Jednou z nich je Systém sociálního zabezpečení, který je systémem peněžitě i nepeněžitě podpory má několik možností, které mohou onkologicky nemocným a jejich rodinám v případě potřeby pomoci (Troster, 2009).

Základním kamenem je státní sociální pojištění, tzv první pilíř (Troster, 2009). . Obsahuje kapitolu nemocenského a důchodového pojištění. Nemocenské pojištění je pojištění osob výdělečně činných pro krátkodobé události zdravotního charakteru, které znemožňuje výkon výdělečné činnosti. Jako krátkodobé omezení rozumíme omezení trvající maximálně rok, v odůvodněných případech stanovených lékařem lze dbu

individuálně prodloužit, pokud existuje naděje na uzdravu a návrat do běžného pracovního procesu. Sociální pojištění zahrnuje dvě dávky, které jsou důležité pro zabezpečení péče o onkologické pacienty. Tou první je nemocenská, na kterou má pojištěnec, který se účastnil pojištění nárok od 15. dne nemoci (do 15. dne je placena zaměstnavatelem). Při stavech, ve kterých potřebuje pacient pomoc další osoby, ale jeho zdravotní stav není nepříznivý jeden rok, tedy požadovanou dobu pro zahájení řízení o příspěvku na péči, může rodinný příslušník využít dlouhodobé ošetrovné. Dlouhodobé ošetrovné náleží člena rodiny nemocného se stejným trvalým bydlištěm, který byl před vystavením hospitalizován nejméně 4 dny a u nějž je předpokládána délka péče nejméně 30 dnů.

V případě, že trvá nepříznivý stav déle než jeden rok a dle lékařské predikce není předpokladatelné, že by byl nemocný brzy plně schopný pracovní činnosti, žádá o dávku z kapitoly důchodového sociálního pojištění, konkrétně o invalidní důchod. Pro nárok je potřeb splnit dobu pojištění a nepříznivý zdravotní stav. U občanů do 28 let je minimální délka pojištění 5 let z posledních deseti let před vznikem invalidity. U osob mladých 28 let je doba povinného pojištění kratší - do 20 let činí méně než 1 rok; u osoby od 20 do 22 let alespoň 1 rok; u osoby od 22 do 24 let alespoň 2 roky; u osoby od 24 do 26 let alespoň 3 roky; u osoby od 26 do 28 let alespoň 4 roky.

Pilířem, který slouží k zajištění nejnutnějších potřeb u osob, které jsou již přímo vystaveny nebo ohřeny sociální dezintegrací je pilíř sociální pomoci, který obsahuje několik dávkových titulů, které lze využít. Dávky státní sociální pomoci by měly být s pacientem řešeny až pokud nejsou dostačující zdroje, které mohou čerpat ze systému sociálního pojištění, tedy prvního pilíře sociálního zabezpečení.

První je příspěvek na péči, který slouží k pokrytí výdajů při potřeba péče. Problémem je, že lékaři často zařazují onkologické stavy do stavy reversibilní, a nerozlišují, zda se jedná o péči kurativní nebo prodlužující život. Proto následně odmítají negativní důsledky léčba prodlužující život považovat za dlouhodobé, případně nerezibilní.

V případě dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, který trvá déle než jeden rok může pacient požádat o příspěvek na péči, který je řazen do soustavy státní sociální pomoci. Dle stupně potřebné pomoci jsou rozlišeny 4 stupně, posuzuje je zvládnání deseti základních životních potřeb. Dalšími dávkami státní sociální pomoci, které mohou být pro onkologického pacienta a jeho příbuzné užitečné pro pokrytí zvýšených

nákladů jsou dávky státní sociální pomoci pro osoby se zdravotním postižením. Patří mezi ně příspěvek na mobilitu, zvláštní pomůcka a nebo průkaz osoby se zdravotním postižením. Do třetího pilíře patří také sociální služby. Dělí se na služby péče, prevence a poradenství. Pro onkologické pacienty je klíčové základní i odborné sociální poradenství. Důležitá je také sociální péče - dlouhodobě onkologicky nemocní mohou využívat pečovatelskou službu, která se zaměřuje na osoby se sníženou soběstačností.

Psychologická specifika onemocnění karcinomem prsu

Snad okolo žádné jiné nemoci, snad s výjimkou pohlavních nemocí, není tolik tabu jako okolo rakoviny (Zámečník, 2002). S autorem si hned v úvodu dovoluji polemizovat. Se zhoubnými nádorovými onemocněními jako takovými je spojeno především tabu léčby (invazivní metody, negativní vedlejší účinky, zvláště pak chemoterapie) a tabu smrti. Ve společnosti se však o tématu nádorových onemocnění již otevřeně hovoří. Každý rok je vyhlášen Den proti rakovině, téma nádorového onemocnění prsu je také sociálním přesahem a tématem kosmetické značky AVON. Již 20 let existuje Aliance žen s rakovinou prsu. Organizace Mamma Help organizuje pravidelně Říjen v růžovém, který má na problematiku upozornit. Ve všeobecném povědomí je také prodej žlutých měsíčků. Lze tedy říci, že posledních dvacet let přineslo posun v destigmatizaci onkologických onemocnění. Strach z rakoviny má ale i nadále většina lidí. Stupňuje se s přibývajícím věkem, ale také existencí pozitivní rodinné anamnézy či osobní či zprostředkovanou zkušeností s nádorovým onemocněním.

Prs (latinsky mammas) je párový orgán. Od nepaměti je považován za znak ženství a ženské krásy. Jeho hlavní funkcí je výživa malého dítěte. Během života ženy prochází značným vývojem, který je způsoben změnami hormonálních hladin progesteronu a estrogenů v krvi. U mužů je prs rudimentární.

Nádor je definován jako soubor buněk rostoucí samostatně bez řízení organismu. (Střítežský, 2001). Je to komplexní děj, který ovlivňuje biochemii celého organismu. Nádor považujeme za nemoc. Nemoc definujeme jako poruchu rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají různé anatomické i funkční změny v organismu. Nádorová onemocnění řadíme mezi systémové onemocnění. Ty vnímají vznik rakoviny prsu jako výsledek komplexních interakcí mezi fyziologickými a psychosociálními faktory (Ding, Ruan, Lin, Zhu, Tu, Li, 2021). Zároveň tato onemocnění ovlivňují celkový stav organismu. Prs může být postižen mnoha typy benigních i maligních nádorů, a také tzv. nepravými nádorovými změnami (hypertrofie, hyperplazie, cysty). Jednou z maligních forem je karcinom.

Karcinomy jsou etiologicky nádory vzniklé z epitelových buněk (Bártová, 2015). Epitel je jeden ze základních typů tkání v lidském těle, které prošly vývojem významnou funkční diferenciací. Karcinomy prsu děláme na lobulární, duktální, zánětlivé, tubulární a mucinózní. V závislosti na klasifikaci je pak popisováno 20 až 30 typů karcinomů. (Střítežský, 2001).

Etiopatogeneze karcinomu prsu je multifaktoriální, s vysokým podílem heredity (výskyt BRCA1 a BRCA2, chronickou mastopatií), kouření, obezita, hormonální faktory (Dienstbier, Stáhalová, 2009). Jako další rizikové faktory bývají popisovány faktory brzké menarche, pozdní menopauza, chronická mastopatie, hormonální faktory a v neposlední řadě také faktory na straně životního stylu. (Dienstbier, Stáhalová, 2009). Symptomatika nemoci je rovněž rozsáhlá. Nejčastěji ženy pociťují bulky nebo ztvrdlou tkáň v prsu, dále druhotné změny prsní bradavky a prsu, změny tvaru, velikosti při vzhledu prsu, vtažení bradavky, změny barvy či struktury kůže, zarudnutí bradavky, změny v symetrii, zvětšení mizních uzlin, výtok z bradavky a v pokročilých stádiích bolest v prsu (Bártová, 2015). K diagnostice bývá využívána anamnéza nemocného, vyšetření mamografem, vyšetření ultrazvukem a biopsie prsní tkáně s následným histologickým rozbohem. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Tato práce nám neumožňuje věnovat se symptomatologii, diagnostice, typům léčby a dalším náležitostem více. Zájemce o téma proto odkazujeme na literaturu v seznamu literatury a další české i zahraniční zdroje, z českého prostředí například na Daneš et al. (2021) Screening a diagnostika karcinomu prsu pro každodenní praxi či zahraniční soubornou Breast cancer (Aydiner, Igci a Soran, 2018) či z hlediska ošetrovatelské praxe Hammer (2021) Breast Cancer Nursing Care and Management.

Psychologickými dopady onkologického onemocnění se zabývá vědní obor psychoonkologie. Podle Tschuscheho (2004) je psychoonkologie stále ještě nepřesně vyhraněný obor, který se zabývá komplexními vztahy mezi neuroimunologický, neuroendokrinnologický a psychosociálními faktory v rámci vývoje nádoru.

Model Kubler Rossové ze 60.let je patrně nejznámějším modelem reakce na závažné onemocnění. Její schéma obsahující popření, vztek, smlouvání, depresi a vyrovnání (Kubler - Ross, 2012), může i dnes sloužit jako pomůcka pro rámcové přemýšlení nad tím, jak pacient a jeho rodiny na onkologické onemocnění reagují. Bývá mu však vyčítáno, že není založen na vědeckém přístupu ke zkoumání. Mystakidou, Tsiluka,

Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádějí, že model Kubler- Rossové je vlastně modelem příprav na ztrátu vlastního já.

Jako první po sdělení diagnózy přichází šok (Kubler - Ross, 2012). Šok, nebo také popření jsou spojeny s vědomím vnucené změny identity. Šoková reakce může být dvojího typu - aktivizační nebo inhibiční. Mezi specifické šokové reakce pak řadíme stav kognitivního přežití, který je specifický potlačením emoční složky vnímání a automatizovaným chováním. V této fázi si jedinec obsah sdělené informace nepřipouští, není schopen jí plně pochopit. Nemoc je depersonalizována od osoby, není začleněna do sebepojetí.

Poté co odezní šok (uváděno je rozmezí 3 hodiny až 3 dny, v závislosti na mnoha faktorech, například na očekávání sdělení, osobní zkušenosti s nemocí a zkušeností okolí, vhodnosti sdělení apod.), je člověk stále v situaci kdy není schopen uvažovat, proto reaguje pomocí automatismů, které jsou součástí jeho osobnosti (Kubler - Ross, 2012). Obecně je tato fáze nazvána fáze nespecifických obran. Jedinec využívá ty obrany, které v minulosti detekoval jako užitečné (například alkohol, sport, psaní). Mohou se objevit také projevy nepřátelskosti k okolí - obviňuje okolí ať rozlil mléko, ujel mu autobus, měl úraz na lyžích, nebo dostal rakovinu, tento typ reakce nazýváme extrapunitivní. Intrapunitivní typy, kteří za svou chorobu obviňují sebe, nejsou pro lékaře nápadní, jen tiše trpí. Kubler Ross (2012) jí nazývá jako fázi agrese. Po prvotním šoku, který bývá přisuzován období 6 týdnů (Kubler Rossová, 2012) dochází ke snížení zájmu okolí a normalizaci situace

Agrese je vyčerpávající a proto v relativně krátkém čase, zpravidla během několika týdnů, dochází ke zklidnění jedince a zapojení rozumové složky osobnosti. Konec tohoto období bývá charakterizován emočním vyčerpáním, protože vztek je velmi náročný na psychickou i fyzickou energii. Zde velmi záleží na kognitivních schopnostech jedince, jeho předchozím studiu, znalostech, víře, životním stylu. Jedinec hledá možnosti jak nemoc porazit nebo aspoň prodloužit svůj život. Upíná se různými směry dle svého zaměření - k víře, vědě, samoléčbě, alternativním směrům. (Kubler - Ross, 2012). Tato fáze bývá pro partnera a okolí dobře uchopitelná a pochopitelná, protože obvykle obsahuje praktické kroky.

Poté přichází fáze nazývaná depresivní (Kubler - Ross, 2012). Její existence, vznik, doba trvání závisí na vývoji léčby a celkové situaci. Tento typ nazýváme reaktivní, projevuje se celkovým vyčerpáním, vědomím neschopnosti ovlivnit plně svou nemoc. V této fázi se doporučuje jednat s nemocným jakoby trpěl depresivním onemocněním

Kubler - Ross, 2012). Důležité je zajistit výživu, pitný režim a dobře zvážit poměr mobilizace jedince a péče (Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos, 2011). Pomoci může psychoterapie nebo psychofarmakologická medikace s okamžitým (benzodiazepiny) i dlouhodobým účinkem (SSRI) antidepresiva. Tento typ léčby je nutno konzultovat s ošetřujícím onkologem z důvodu případných kontraindikací léčeb a lékových interakcí. Nazu (2004) uvádí, že nejběžnějšími psychickými potížemi onkologických pacientů jsou deprese a úzkosti.

Smíření (přijetí nové identity) je poslední fází. V modelu Kubler Rossové se jedná o poslední vývojovou fázi, cíl celého procesu (Kubler - Ross, 2012). V této fázi jedinec uznává, že trpí nádorovým onemocněním, je pacientem.

Kubler - Ross (2012) popsala, že průběh těchto fází nemusí být kontinuální. Pacient se může vracet, některé fáze může zdánlivě neprožívat. Rodinní příslušníci a sám nemocný navíc mohou v jedné a té samé chvíli prožívat odlišnou fázi přijetí nemoci. Pacient může být plný naděje do budoucna a jeho manželka může být vyděšená a naopak. Tyto rozdíly pak mohou vést k partnerskému nesouladu, pocitu nepochopení partnerem a mohou se stát základem hlubšího partnerského problému, který nepřispívá emoční pohodě. Tento faktor nazýváme v terapeutické terminologii jako účinný faktor interpersonality (Janiš, 2010) Tento model se poté ve změně podobě opakuje, pokud je sdělena infaustní prognóza nádorového onemocnění, a je při něm přijímána konečnost vlastní existence.

Pro přijetí nemoci i pro další zvládnutí situace jsou důležité představy pacienta o nemoci. Nazýváme je kognitivní reprezentace nemoci. Ta vyjadřuje pacientův náhled na identitu, příčinu, délku a trvání a následky nemoci a pocit kontroly nad ní (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019). Můžeme je popsat také jako soubor očekávání, zážitků, obav, přání, emocí, vztahů a dalších životních elementů spojených s onemocněním. Oznámení diagnózy závažného onemocnění má potenciál ke změně identity, sebepochopení a sebepojetí osobnosti člověka. Toto je dlouhodobější proces, který má svá specifika a je ovlivňován chápáním nemoci, osobností jedince, okolím, fází nemoci, léčbou, předchozí zkušeností s lékaři, nemocí v rodině, sebepojetím, náboženskými přesvědčeními, přidruženými onemocněními ale i kulturou. Kognitivní reprezentace nemoci je zakořeněna v každém z nás jako sociokulturní vzorec a narativ o daném onemocnění, ale teprve pokud sám jedinec nebo někdo jeho blízký onemocní, dochází k

individualizaci této kognitivní reprezentace a úpravě původní, sociokulturní kognitivní reprezentace nemoci.

3.1 Specifické koncepce psychické odolnosti

Nádorová onemocnění jsou skupinou onemocnění, které mají v populaci jednu z nejhorších pověstí. (Tschuschke 2004). Jsou označovány také jako nárazníkové či salutoprotektivní charakteristiky (Šolcová, 2009).

Resilience

Začneme definicí od českých autorů. Baštecká a Mach (2014) definují resilienci pojmy psychická odolnost, staví jí do protikladu vulnerability. Od 70 let je používán napříč společenskými vědami. Profesor Matějček (2014), nestor dětské vývojové psychologie je definuje jako schopnost překonávat krize pomocí aktivního řešení problémů. Šolcová (2009) popisuje resilienci jako schopnost zvládat výrazně nepříznivé okolnosti. Novotný (2014, s. 11) jí definuje jako *“Resilience je unikátní individuální způsob, jakým se člověk vyrovnává a vypořádává pozitivním způsobem s negativními okolnostmi, jimž musí čelit.”*. Podobně jí definuje také Garmezy (1991) - resilience není ani tak odolnost vůči stresu jako spíše schopnost vyrovnat se s negativními životními událostmi.

Resilience je spojena se schopností adaptovat se na stres a vytvářet funkční strategie zvládání. Dále je náplní pojmu také schopnost jedince aktivně fungovat po prožitím stresu. Guil et. al (2020) uvádějí, že emoční inteligence je jeden z hlavních protektivních faktorů souvisejících s resiliencí.

Novotný (2015) popsal 3 okruhy možností výkladu pojmu -1) resilience znamená menší reakci než by byla očekávaná vzhledem k nepříznivým faktorům prostředí, 2) schopnost udržovat adaptabilní chování v situacích, které obvykle vedou k neadaptabilní chování, 3) udržení výsledků nebo jejich zlepšení navzdory očekávání plynoucím ze situace.

V angličtině lze rozlišit 2 příbuzné pojmy – resilience (schopnost vyrovnávat se s negativními zážitky) a resiliency (nepocit'ování stres, rezistence vůči rizikovým faktorům) (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Jak jsme mohli vidět, v oblasti definice pojmu resilience existuje mnoho výkladů a názorových proudů. Neexistuje shoda v definici, ba co více, definice jsou silně proměnlivé i zařazování konstruktů s resiliencí souvisejících. Proto je také obtížná jakákoliv komparace.

Vzhledem k rozsáhlé nejasnosti pojmu resilience je důležitá metaanalýza provedení Herrmanem et al. (2011), který zkoumal pojem a jeho výskyt v odborné literatuře v

letech 2006- 2010. Z jeho práce vyplývá, že lze popsat dvě rozdílné perspektivy definice pojmu, které můžeme nazvat jako dynamickou a osobnostní. Osobnostní koncepty, které jsou starší (Richardson, 2002), pracují s osobností jedince a jeho charakteristik, které přispívají nebo nepřispívají k resilienci. Tento koncept pracuje na základech determinismu. Dynamické koncepty resilience probíhají pomocí učení a přizpůsobování se po celý život.

Hardiness

Hardiness má význam podobný pojmu resilience. Rudolf Kohoutek jej definuje jako: *“Hardiness je odolnost vůči zátěžím , osobnostní nezdolnost, resilience.”* (Kohoutek). Koncept byl poprvé představen v roce 1979 americkou psycholožkou Suzanne Kobasovou. Vychází z existencionálních a humanistických perspektiv v psychologii a „fulfillment theories“ osobnosti (teorie naplnění, vykonání a uskutečnění). Kobasa (1979) definuje hardiness jako důležitou osobnostní charakteristiku ovlivňující vztah mezi stresem a zdravím.

Hardiness má definovány 3 dimenze: kontrola (control), závazek (commitment) a výzva (challenge) (Kobasa, 1979). Ty autor definuje dále. Závazek je schopnost se hluboce zapojit do činností ve svém životě. Kontrola je možnost ovlivnit události, které zažívají a výzva se postoj ke změnám a jejich přijímání.

Dle Longis, Folkman, & Lazarus (1988) uvádějí, že tento koncept velmi důležitý z hlediska současného životního stylu obecné populace, který je velmi uspěchaný a náročný. Nutno říci, že nyní je tato skutečnost ještě více akcentována.

Dle Kalvodové (2010) mají lidé, kteří onemocněli nádorovým onemocněním obecně nižší hladinu nezdolnosti, a proto hůře překonávají překážky a mají tendence k odevzdávání se. Azadi, Ahadi a Hatami (2020) uvádějí, že adaptace a zvládnutí chronických onemocnění, jako je rakovina, probíhá rychleji u lidí, kteří mají mnoho dobrých vlastností, jako je flexibilita, schopnost řešit problémy, naděje, odvaha, náboženský duch a sociální podpora. Tito autoři dávají sociální podporu do podmínek vzniku nezdolnosti. Vyplývá z toho, že koeficient psychické odolnosti na základě psychické pohody zprostředkované sociální podporou je roven 0,59 ($P < 0,05$) (Azadi, Ahadi a Hatami, 2020).

Kobasa (1979) uvádí, že tato odolnost vůči zátěži je důvodem, proč někteří lidé ve výsledku onemocněli, a jiní, vystavení stejným faktorům, ne. Kobasa, Maddi a Kahn (1982) i v další studii potvrdili hypotézu, že hardiness snižuje efekt stresujících

životních událostí na rozvoj symptomů nemoci. Maddi (in Šolcová, 2009) dělí hardiness na dvě skupiny: humanistické proudy a proudy zaměřené na holistické vnímání člověka.

Kobasa & Puccetti (1983) později přidali k modelu ještě proměnné sociálních zdrojů a podpory a zkoumali jejich vliv na rozvoj nemoci. Výzkum se však netýkal pacientů s nemocí, ale zdravých pracujících osob v produktivním věku a v této skupině nebylo potvrzeno pozitivní spoluutváření .

Azadi, Ahadi a Hatami (2020) uvádějí, hardlines ovlivňuje proces adaptace na nemoc a psychickou odolnost. Vnímají odolnost z hlediska existencionálních teorií osobnosti jako soubor přesvědčení o sobě a o světě, který se skládá ze tří složek: závazku, kontroly a boje (Azadi, Ahadi a Hatami, 2020). Podobnou definici uvádějí Tadayon, Zarea, Dabirizadeh (2018) - hardiness klade důraz na vnitřní prožívání a duševní přijímání člověka a mezi jeho tři složky patří angažovanost (proti odcizení), kontrola (proti postižení) a boj.

Sense of coherence

Tento pojem lze do češtiny přeložit jako smysl pro soudržnost. Byl definován izraelsko-americký existenciální filozof, psycholog a sociolog židovského původu A. Antonovským. Soudržnost je popisována jako schopnost využít dostupné zdroje při síle osobnosti. Antovsky (1987) popsal tři atributy smyslu pro soudržnosti srozumitelnost (comprehensibility), zvládnutelnost (manageability) a smysluplnost (meaningfulness). Základním principem jeho konceptu je schopnost jedince porozumět situaci a integrovat jí do svého života. Antonovsky (1987,s.19) jí definuje jako: *“globální orientaci, která vyjadřuje, do jaké míry má člověk prostupující, trvalý, ačkoli dynamický pocit důvěry, že (1) podněty přicházející z vnitřního a vnějšího prostředí v průběhu života jsou strukturované, předvídatelné a vysvětlitelné; (2) člověk má k dispozici zdroje, pomoci kterých je schopen 25 naplňovat požadavky přicházející z prostředí; a (3) tyto požadavky jsou výzvou, které stojí za investici a angažovanost”* .

Kalvodová, Vorlíček. Adam, Svačina (2010) používají k vyjádření této dimenze osobnosti pojem bojový duch (fighting spirit). Je autory popsán jako součást osobnosti pacienta, prospěšný činitel pro zvládnutí nemoci a pomáhá zlepšovat kvalitu života. Za jeho hlavní charakteristiky považují Kalvodová, Vorlíček. Adam, Svačina (2010) racionální přístup k nemoci, hospitalizaci a léčbě.

Copingové strategie u maligních onemocnění

O copingových strategiích mluvíme jako o strategiích zvládnání zátěže. Nevztahují se pouze na situace krizové, nýbrž na bytí všedního dne. Lazarus a Folkman (1984, s. 79) definují coping obecně jako „*kognitivní a behaviorální snahu o zvládnání zátěže, která je zhodnocena jako náročná nebo překračující zdroje zvládnání*“.

Cílem copingových strategií je odstranění negativních stresových faktorů stresu, nebo eliminace jejich vlivu na organismus. Liší se podle typu stresu, copingové strategie cílené na akutní stres jsou jiné než na stres dlouhodobý - akutní strategie se zaměřují především na eliminaci zdroje stresu, ať už vyřešením nebo útekem, zatímco u dlouhodobého, chronického stresu nastupují copingové strategie, které pomáhají jedinci přežít a žít relativně běžný život i v této situaci pomocí adaptace, popírání, racionalizace a dalších psychologických mechanismů. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) uvádí, že copingové strategie hrají stěžejní roli při zvládnání dlouhodobého stresu, který je pro rozvoj nádorových onemocnění rizikovější. U nádorových onemocnění se více vyskytují strategie skupiny druhé. V neposlední řadě jsou copingové strategie důležité ke zvládnání stresu, jehož vliv byl na vznik a vývoj nádorových onemocnění prsu (Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, 2021).

Zacharová, Šrámková a Hermanová (2007) kategorizuje copingové strategie při zvládnání nemoci takto: 1. strategie zaměřené na řešení problému, který působením nemoci vyvstal – podstatou je, aby se pacient aktivně zapojoval a snažil se konstruktivně vyřešit svoji danou situaci, např. léčit nemoc, odstranit negativní vlivy ohrožující zdraví, 2. strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem – jsou zaměřeny na řízení emocionálního stavu pacienta, který se výrazně změnil v důsledku nemoci. Kromě toho je rozděluje na obvykle, méně obvyklé a maladaptivní (Zacharová, Šrámková, Hermanová, 2007).

Kromě toho uvádí Zacharová, Šrámková a Hermanová (2007) také kategorizace dle Bouchala: 1. smíření a vyrovnání 2. pasivní rezignace 3. únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo 4. únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti 5. pozitivní kompenzace – znamená snahu o dokončení rozdělaného díla 6. negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání.

Kebza (2005) upozorňuje, že pojmy „zátěž a stres“ se obsahově liší. Zátěž je stimulující nárok na přizpůsobení, s nímž se organismus a osobnost jedince dokážou vypořádat.

Stres představuje vysokou zátěž z hlediska náročnosti na přizpůsobení, tedy proti běžně zvládané zátěži kvantitativně vyšší a není zvládnutelné běžnými mechanismy. U osob s nádorovým onemocněním nás zajímá především složka stresu, přesněji distresu, který je pro lidské tělo škodlivý. Celkově je však stres negativním faktorem léčby nádorového onemocnění.

Specifičtěji ve vztahu s nádorovými onemocněními uvádí Kwillomo (2014), že většina studií zvládnání zátěže u nádorových onemocnění je založena na modelu hodnocení stresu a zvládnání stresu. Bubeníková a Marečková (2017) popsaly, že mezi nejčastěji využívané strategie patří distancování a vyhledávání sociální podpory. Tyto dvě metody jsou v podstatě jakýmsi dvěma optikami, kterými se lze na celou situaci podívat. Jako další metody uvedly kognitivní vyhýbání, behaviorální vyhýbání a neadaptibilní coping, který nebyl dále popsán. Z našeho pohledu je opět nutno dodat poznámku, že kognitivní vyhýbání se by mohlo být rovněž zařazeno do neadaptibilního copingu, protože nevede k řešení situace, pouze dočasné emoční úlevě, a je tedy pozitivní pouze v krátkodobém horizontu.

Výzkum popsal jako nejčastější copingové strategie, jež byly uvedeny pacienty s nádorovým onemocněním (v tomto výzkumu nádory plic) emocionální podporu, pozitivní přístup, aktivitu, akceptaci stavu od okolí. Z negativním zvládacích strategií bylo nejčastější sebeobviňování, popírání a nevyzpytatelné chování (Nippel et al., 2016). V roce 2017 byla vydána studie, která se zaměřovala na copingové strategie žen s rakovinou prsu šest měsíců po diagnostice onemocnění. Byl využit dotazník Coping-cancer Version (WOC-CA). Jako nejčastější copingové strategie byly udávány: naslouchání, vyhledávání sociální podpory, vyhledávání spirituální podpory (Sajadian, Mahsa, Motaharinasab, Kazemnejad a Haghghat, 2017).

Osmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) ve svém výzkumu definovali copingové strategie takto: bojový duch, pozitivní redefinice, bezmoc/beznaděj, úzkostného zaujetí. V tomto výzkumu byly zařazen pacienty od 26 do 75 let, s věkovým průměrem vzorku 53 let. Tento výzkum je ale částečně zkreslen skutečností, že záměrně ze vzorku vylučoval ženy ve 4 stádiu nádorového onemocnění, ženy s metastázami, ženy které nepodstoupili chirurgickou léčbu, které měly závažnou komorbiditu a těžkou depresivitu. Tím v podstatě eliminoval velkou část proměnných negativně ovlivňujících copingové strategie a zvládnání nemoci. Mezi témata kvality

života výzkum zařadil: body image, sexualitu, vedlejší efekty léčby. Vyzdvihována jako kvalitní copingové strategie byla pozitivní redefinice, která nebagtelizuje onemocnění, ale pomáhá pozitivnějšímu náhledu, který umožňuje nevnímat jednotlivé symptomy jako projevy zhoršujícího se stavu.

Nisa, Rizvi (2016) uvádí, že pozitivní copingové strategie jsou základem pro posttraumatický růst. Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádí, že symptomy porušují účinnost copingové strategie.

Při selhání copingových strategií může dojít rozvoji posttraumatické stresové poruchy, deprese, úzkosti. Jedním z významných vlivů je dlouhodobost léčby nádorového onemocnění, včetně doby remise, která se počítá od vymizení příznaků po určité období, než je jedinec prohlášen za zdravého. Nádorové onemocnění prsu, stejně jako další nádorová onemocnění je doprovázený bolestí, úzkostí, strachem o budoucnost. Tématem vzniku posttraumatické stresové poruchy se zabývali u pacientek s rakovinou prsu Arnaboldi et al. (2014). Původní vzorek tvořilo 150 pacientů z Itálie věkovým mediánem 47 let. Poté byl proveden návazný výzkum, kterého se zúčastnilo po dvou letech již jen 83 pacientek. Autoři uvádějí, že 20 % pacientů intruzivní příznaky PTSD, 19,1 % vykazovalo avoidantní příznaky PTSP (Arnaboldi et al., 2014). Naik et al. (2020) uvádějí, že asi u 25% pacientek s nádorovým onemocněním prsu se vyskytne během léčby úzkostná nebo depresivní symptomatika, pravděpodobněji pak u žen mladších 50 let. Nemocní mívají úzkosti, deprese, trpí nadměrným stresem (Compas, Stoll, Thomsen. et al., 1999).

Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) zjistili, že zatímco pozitivní strategie zvládání se osvojují především na počátku onemocnění, negativní copingové strategie si pacienti osvojují po celou dobu onemocnění. S toho vyplývá, že pokud si pacient neosvojí pozitivní strategie v počátku nemoci, klesá šance, že si je osvojí později.

Výsledky výzkumu ohledně copingových strategií u nádorových onemocnění tedy můžeme shrnout takto: více využívány jsou copingové strategie zaměřené na dlouhodobý horizont, což je vzhledem k typu onemocnění opodstatněné. Jako nejčastější pozitivní copingové strategie byly popsány: emocionální podpora (vč. naslouchání), pozitivní přístup, aktivní akceptace stavu, vyhledávání sociální a spirituální podpory

Z negativních copingových strategií pak sebeobviňování, popírání nemoci, distancování, nevyzpytatelné chování. Jeden z výzkumů uvedl, že zdrojem těchto strategií je často bolest.

Kryl (2004) uvádí jako doporučené postupy v zacházení se stresem vhodné pro onkologicky nemocné relaxační techniky, autohypnozu, jógu, nahrávání vlastního uklidňujícího hlasu, metody zvyšování tělesného vnímání (rozpoznávání tělesných pocitů) a krátké kombinované techniky (tělesné protažení a uvolnění, práce s dechem, práce s myšlenkami a výroky).

Pokud selžou copingové strategie může vzniknout u nemocných trauma. Alcalá, Tomiyama, Von Ehrenstein (2017) uvádějí, že trauma jako sexuální, emocionální nebo fyzické zneužívání zvyšují pravděpodobnost nádorového onemocnění. Niebauer, Fry, Auster-Gussman & Helané Wahbeh (2021) uvádějí, že většina účastnic, které trpěly nádorovým onemocněním prsu uváděly stresující nebo traumatizující události v dětství. Niebauer, Fry, Auster-Gussman & Helané Wahbeh (2021) uvádějí, že účastníci identifikovali vztah mezi fyzickým onemocněním a emočním stresem.

Traumatizace z dětství může být obnovena rozšířená sdělením diagnózy nádorového onemocnění prsu. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) však ve výzkumu nezjistili, že by dětská traumata byla využívána nemocnými jako výkladový rámec etiologie jejich nemoci.

Diagnóza zhoubného onemocnění může být typem traumatického zážitku. Podle Psychologického slovníku (Hartl a Hatlová, 2000, s. 626) je psychické trauma definováno jako „psychické poškození, duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny“. Obraz zjištění nádorového onemocnění v mnoha bodech traumatickou zkušenost naplňuje: „psychické trauma je náhle vzniklá situace, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě“ (Vágnerová, 2008, s. 52). Naplnění definice spočívá v duševním poškození vlivem organické změny, náhle situace, která vede k poškození nebo ztrátě. Vývoj spojený s nemocí bývá někdy širěji nazýván jako posttraumatický vývoj (Paulík, 2010). Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádí, že málokdy lékaři pohlížejí na nádorové onemocnění prsu jako na traumatizující událost a nevěnují tomuto aspektu dostatečnou pozornost.

Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos (2011) uvádí, že diagnóza nádorového onemocnění má některé prvky, které lze srovnat s etiologickými

faktory posttraumatické stresové poruchy, která se vyskytuje u pacientů s onkologickým onemocněním vlivem onemocnění ve 3 až 19%. Také některé projevy dle autor jsou totožné - neustálý strach, noční můry, podrážděnost, hněv (Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos, 2011)

Partneři mohou mít potíže s chápáním nemoci jako traumatu. Ženy, kterým byla sdělena diagnóza rakoviny prsu, jsou vystaveny traumatizujícím emočním prožitkům i proto, že se jedná o intimní prostor, úzce spojený s pojetím ženské identity. Rozvoj úzkosti a depresivní symptomatiky pak může zpomalit proces adaptace a přijetí reality, může být téže důsledkem odporu k léčbě. Nisa, Rizvi (2016) uvádějí, že rodina může svým přístupem a postoji pomoci k prevenci traumatizace pacientky onemocní.

Přehled realizovaných výzkumů v oblasti

Problematika karcinomu prsu je v naší společnosti velmi aktuální. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které zasahuje do života ženy po všech stránkách. Význam těchto výzkumů je především praktický - žen, které trpí nebo trpěly onkologickým onemocněním je v naší populaci již poměrně široká skupina. A tato skupina má určité předpoklady, potřeby a vnímání světa. Tato skutečnost ovlivňuje jejich pracovní uplatnění, zatížení zdravotního systému, kupní chování a mnoho dalších oblastí makrosociálního života. Jednou z nejvíce ohrožených oblastí je otázka partnerství, podpory manžela či partnera, problematiky mezilidských vztahů a psychiky nemocných. Podrobnému popisu rešeršní strategie se věnuji v praktické části práce.

5.1 Rešeršní strategie

Jako základ své rešeršní strategie jsem zvolila několik klíčových slov - rakovina prsu (breast cancer), Ca (zkratka carcinom, hojně užívaná), socialní dopady (social consequences of breast carcinom), partnerství (relationship). Tato strategie se nazývá strategií stavebních kamenů. Výsledky jsem vyhledávala především v českém a anglickém jazyce. V začátku jsem zvolila průzkum google obecně pro stanovení celkové výsledku.

Využity byly Booleovské operátory - cancer and social, partners and cancer, social development and cancer, social consequences and breast carcinom. Jako první byl využit operátor Adjacent, ve kterém záleželo pouze na existenci slov v článku. V další fázi byly využity také operátory proximitní - breast cancer relationship near 2 znamenalo, že klíčová slova mohou být vzdálená od sebe v souslví maximálně o dvě jednotky. Číslo near bylo postupně navyšováno v průběhu strategie.

Po tomto předvýzkumu byly stanoveny 4 zahraniční databáze: Pubmed, NIH (National library of medicine), NCBI a Researchgate jako stěžejní.

Ve třetím kroku jsem omezila výsledky vyhledávání časově - jako stěžejní jsem využila články publikované od roku 2010, články podpruné pak od roku 1995 avšak s důrazem na posledních 5 let výzkumů, tedy články od roku 2017.

Z vyhledaných článků jsem pak využila jejich vlastní přehledy literatury, ve kterých jsem dohledala relevantní odkazy k tématu práce na základě stanoveného tématu a výskytu klíčových slov v názvu.

Dále jsem specificky vyhledala Journal od Breast Cancer, odborný časopis vydávaný od roku 1981, který kromě medicínského spektra pokrývá také sociální témata. Využila jsem zde celou časovou osu.

Z hlediska knižních zdrojů jsem postupovala obdobně. V českém prostředí jsem využila katalogu Národní knihovny, pracovala jsem opět se stanovenými klíčovými slovy.

Dalším krokem byla rešerše již napsaných diplomových prací pomocí Thesis. Pro pojmy partnerství a rakovina prsu bylo vyhledáno takřka 1000 odkazů, nicméně z většinové části se jednalo o širší schodu, která nebyla po bližším zkoumání relevantní.

Poslední využitou metodou byla metoda snowball.

U každého jednotlivého zdroje, který jsem dohledala jsem prozkoumala jeho zdroje literatury, a posoudila jejich relevatnost k práci na základě klíčových slov.

4.1 Výzkumy realizované v České republice

V zahraničí započaly výzkumy psychosociálních aspektů nádorových onemocnění asi o 40 let dříve než v České republice. Kalvodová (2010) uvádí, že od 60. let 20. století se začala v medicíně více projevovat psychosomatická orientace. Mezi jednu z hlavních teorií patřila existence typu osobnosti dispozic, které jsou náchylnější ke vzniku konkrétního onemocnění, či dokonce osobnosti jako predispozičního faktoru.

Ještě v 90. letech se objevovaly v Československu a později v Česku spíše ojediněle. Větší část české lékařské literatury 90. let i první dekády tisíciletí pojednává problematiku karcinomu prsu na obecné úrovni onkologie. Jednou z výjimek byla doktorka Haškovcová s knihou Spoutaný život (Haškovcová, 1985). V rámci této publikace autorka pojednává i problematiku karcinomu prsu.

V rámci lékařských fakult při studiu všeobecného lékařství je téma psychoonkologie pojednáváno i dnes v mnohem menší míře nežli na fakultách sociálních či na oborech zdravotních nelékařských jako je ergoterapie, fyzioterapie.

4.1.1 Kvalita života

Dle Vodrážky se při měření kvality života jedná zejména o zjištění, „*jak nemoc a její léčba zasahují do života pacienta.*“ (Vodrážka, 2003). Tadayon, Zarea, Dabirizadeh (2018) uvádí, že ženy s diagnostikovaným nádorovým onemocněním prsu obvykle nemají dobrou kvalitu života.

V současné době je centrem výzkumu fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (Ústav ošetrovatelství). Výzkumy se soustřeďují kolem tématu kvality

života a jejich komponentů jako jsou psychický stav, role v rodině, kvalita sociální opory, subjektivní vnímání vlastního těla, pracovní schopnost, záliby, v různých fázích onemocnění: během chemoterapeutické léčby (Dolénková, 2011), po mastektomii (Kostková, 2009, Pšovská, 2013), po sdělení diagnózy (Šlampová, 2008). V českém prostředí je výzkum veden především díky závěrečným pracím, které sice mohou velmi flexibilně reagovat na změny reality v krátkých obdobích, nevýhodou je však nejistý metodologický rámec a kvalita zpracování.

Na této fakultě vznikla také bakalářská práce Pšovské (2013), která dospěla k výsledku, že 65% žen nikdy v průběhu léčby a ani po ní nepřišlo do kontaktu s psychologickou či psychiatrickou pomocí, tyto ženy rovněž uváděly, že tuto pomoc ani nepotřebovaly. Kostková (2009) v dotazníkovém šetření své bakalářské práce zjistila, že odbornou psychologickou pomoc po sdělení diagnózy karcinomu prsu vyhledalo pouze 6% žen. Tyto dva výzkumy tedy poukazují na signifikantně rozdílné data ohledně využití psychologické péče. Tématem sociální opory u žen s onkologickým onemocněním se ve své závěrečné práci zabývala Navrátilová (2013). Kvalitativními metodami zkoumala různé aspekty sociální opory ze strany rodiny a přátel u žen s onkologickým onemocněním. (Březinová, Hamplová, Buriánková, 2019).

Dalším příspěvkem k tématu v oblasti bakalářských prací je dotazníková studie Fišarové (2010) s názvem Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy. Práce se zabývala pocity spojenými se sdělením diagnózy, motivací k léčbě a pokoušela se zmapovat dopad oznámení diagnózy a léčby na psychiku. Hlavní otázkou bylo, jak vnímá žena podporu v léčbě. Výzkumný soubor tvořily ženy s diagnózou karcinomu prsu ve věku 35 až 85 let s různým stupněm vzdělání. Při sdělení diagnózy byly odhodlané bojovat proti rakovině (26), mnoho z nich napadala otázka „proč právě já?“ (18), obávaly se o život (37), ztráta vlasů (17), že by mohly přijít o prs (4), (22) se bálo, že by mohly přijít o manžela či partnera. Za nejbližší osobu nejčastěji považovaly manžela, nebo partnera a děti a tyto osoby jim během léčby byly největší oporou. (Fišarová 2010) .

Mapováním psychosociálních potřeb onkologicky nemocných a jejich příbuzných v ČR se dlouhodobě zabývá sdružení Amélie. V roce 2016 byl pod její záštitou realizován kvalitativní výzkum sestávající se z 8 hloubkových rozhovorů, které mapovaly individuální potřeby. Výstupy tohoto výzkumu posloužily k sestavení dotazníku pro onkologicky nemocné, který byl využit pro další výzkum, do kterého se zapojilo 253 respondentů.

Bubeníková a Marečková (2021) uvádějí, že neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi mírou vyhledávání sociální opory a partnerskou spokojeností.

4.1.2 Vlivy vztahu na léčbu nádorového onemocnění prsu

Bubeníková a Marečková (2021, s.13) uvádějí: *"Až do roku 1970 byli partneři považováni spíše za pasivní pozorovatele než za aktivní účastníky v záležitostech souvisejících s nemocí. Až v polovině 80 let se objevují první deskriptivní studie, které popisují negativní vliv rakoviny na druhého z partnerů."*

Výzkum na téma Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah, který realizovala Polanská (2018) si kladl za cíl popsat dopady onkologického onemocnění žen s rakovinou prsu na jejich partnerský vztah, Výzkum byl realizován kvalitativní formou, jako metoda získání dat byl zvolen rozhovor. Šetření pracovalo s 5 respondenty, Výsledky hovoří o vlivu nemoci pozitivně, nemoc vztah upevnila, subjektivně bylo hodnoceno zlepšení komunikace s partnerem.

Je proto nesporná přímá souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivní, případně i negativní průběh (Bártlová, Matulay, 2009). Role láskyplných vztahů v léčbě onkologické nemoci je dvojitá. Za prvé poskytují výše zmíněnou podporu, za druhé, láskyplné vztahy působí na neuroendokrinní systém a pomáhají produkovat katecholaminy a dopaminy, které přispívají celkově lepšímu psychickému stavu a nepřímo podporují také přirozený imunitní systém. Psychická pohoda zlepšuje zvládání onemocnění a může mít příznivý vliv na některé fyzické parametry. Dalším vlivem, který působí na sociální pohodu jedince jsou hospitalizace spojené s onemocněním nebo jeho komplikacemi. Samotná hospitalizace je vnímána jako stresová situace a je nutno dobře zvážit její přínosy a zápory v každém konkrétním případě.

4.1.3 Zkušenost žen s nádorovým onemocněním

V roce 2006 provedli Chrz, Čermák, Plachá (2006) studii, v níž se snaží porozumět zkušenosti žen, které prodělaly rakovinné onemocnění. Použili hermeneuticko-narativní přístup. Příběh je chápán jako „interpretace života“. Vzorek zkoumaných osob tvořilo 7 žen s diagnózou karcinom prsu. Byla použita metoda narativního rozhovoru. V průběhu analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že pokud chceme porozumět zkušenosti nemoci, jakou je rakovina, je potřeba všimnout si celkové konfigurace (Chrz, Čermák, Plachá, 2006).

4.1.4 Copingové strategie páru

Na způsobech zvládání onkologického onemocnění se mohou podílet i situační faktory jako je typ rakoviny, stádium a doba trvání nemoci či aktuální léčba (*Dunkel-Schetter et al., 1992 in Schetter, Feinstein, Taylor a Falke, 1992*). Jeden z výzkumů udává, že "páry, které užívají stejné adaptivní způsoby zvládání náročných situací, prožívají méně stresu." (Bubeníková, Marečková, 2017. s.16)". Janáčková (2014) uvádí, že emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládání. Ve většině případů k tomu, že vyhledávání sociální opory je ve větší míře charakteristické pro ženy, zatímco muži častěji používají různé způsoby vyhýbání a distancování (Purová, 2016). Bard a Krebs (2013) uvádějí, že účinky párové terapie na celkovou kvalitu života žen s rakovinou byly malé, přesto je však hodnotili jako prospěšné.

4.2 Výzkumy realizované v zahraničí

4.2.1 Vlivy vztahu na rozvoj a léčbu nádorového onemocnění prsu

V roce 2003 uveřejnil dánský výzkumník Dr. J. K. Robertson se svým kolektivem z Výzkumného ústavu přesvědčující důkazy o tom, že každá závažnější nesrovnalost mezi ženou a mužem spolupůsobí při vzniku gynekologických onemocnění a onemocnění urologického traktu. Také Kayser, Watson, Andrade (2007) uvádějí, že nádorové onemocnění prsu je nemoc, která se formuje v kontextu vztahu. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) popisují stres způsobený vztahovými potížemi jako významný determinant vzniku nádorových onemocnění. Ve studii zaměřené na osobní chápání příčin rozvoje nádorových onemocnění ženami uvedlo 58,1% respondentů jako hlavní příčinu stres (Panjari, Davis, Fradkin a Bell, 2012).

Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že pacientky s nádorovým onemocněním prsu kladou větší důraz na rodinu a manželství, a tyto vztahy považují za významné podpůrné systémy. Yuan, Zhang, Ji a He (2021) provedli metaanalýzu vliv rodinného stavu na stádium diagnózy a přežití patientek s nádorovým onemocněním prsu a dalšími nádorovými onemocnění gynekologických orgánů. Uvádějí, že vdovy nebo svobodné ženy mají vyšší pravděpodobnost pozdní diagnostiky nádorového onemocnění oproti vdaným ženám. Riziko pozdní diagnózy bylo o 28% vyšší u vdov a neprovdaných žen než u vdaných žen. Riziko úmrtí bylo vyšší o 20%. (Yuan, Zhang, Ji a He, 2021). Buja et al. (2018) uvádí, že nesezdání mají vyšší riziko, že

u nich bude karcinom odhalen později. Aizer et. al (2013) uvádí také, že nesezdání pacienti mají vyšší riziko nedostatečné léčby a metastazujícího karcinomu. To potvrzuje také výzkum Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) který navíc spojuje život v manželství během léčby nádorového onemocnění prsu s nižším rizikem vzniku sexuálních dysfunkcí, včasnou diagnózu a účinnou léčbou. Ding, Ruan, Lin, Zhu, Tu, Li (2021) označují rodinný stav jako sociální vztah, který je nezávislým prognostickým faktorem přežití nebo úmrtí u pacientek s rakovinou prsu. Uvádějí, že nižší šance na přežití mají neprovdané pacientky. Lee, Cho, Grodstein, Kawachi, Hu a, Colditz (2005) uvádějí, že život v manželství podporuje celově prevenci onemocnění, včetně nádorových onemocnění prsu a to z důvodu většího akcentu na pravidelné prohlídky a zdravou stravu. Carlsen, Hoybye Dalton, Tjonneland (2008) uvádějí, že výskyt nádorového onemocnění prsu je vyšší u nesezdaných žen nežli u vdaných. Melchior Goldberg, Krieger Kawachi, Menvielle Zins, et al. (2005) toto tvrzení popírají.

Yuan, Zhang, Ji a He (2021) uvedli, že život v partnerství je důležitý z hlediska časně diagnostiky onemocnění, protože partneři poskytovali podporu a motivaci ženám k návštěvě lékaře a vyšetření, a jsou také zárukou zajištění socioekonomického statusu ženy a zabezpečení jejích potřeb v případě pozitivní diagnostiky. Uvídějí také, že manželství zajišťuje pocit bezpečí a péči v případě nemoci. Yuan, Zhang, Ji a He (2021) vyčíslili zvýšení míry rizika - u neprovdaných žen bylo o 25% vyšší riziko pozdní diagnózy a o 19% vyšší riziko úmrtí. Nisa, Rizvi (2016) zdůrazňují roli emocionální podpory ve vztahu nemocného a partnera.

Alghamdi Hussain, Alghamdi a Sheemy (2015) spojují vyšší riziko onemocnění nádorovým onemocněním prsu s nízkým věkem manželství a nízkým věkem zahájení sexuálního života a užitím hormonální antikoncepce v posledních 36 měsících. Vzhledem ke kulturní odlišnosti můžeme tento jev číst především v kontextu raného zahájení sexuálního života, který studie vymezuje před 18 rokem života ženy, a to ačkoliv v Saudské Arábii je povolen sňatek od 14 let. Důvody jsou jasné, nádorové onemocnění prsu může mít souvislost s některými viry, které se přenášejí sexuálně. Časnější počátek sexuálního života tedy zvyšuje riziko vystavení se těmto virům. Průměrný věk vstupu do manželství byl u pacientek 16 let. Dle Alghamdi Hussain, Alghamdi a Sheemy (2015) se riziko výskytu nádorového onemocnění prsu zvyšuje u

sňatků před 18 rokem až 13,8x. Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) zase upozorňuje na vdovství žen jako rizikový faktor rozvoje a pozdní diagnostiky nádorového onemocnění prsu.

4.2.2 Sexualita ve vztah po diagnostice nádorového onemocnění prsu u partnerky

Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) uvádějí, že vznik a výskyt sexuálních obtíží v době trvání nádorového onemocnění prsu je ovlivněno věkem pacientky, vzděláním a rodinným stavem. Četnost tohoto jevu hlásí studie v závislosti na vzorku a metodologii mezi 20 až 80% pacientek.

Rottman, Larsen, Johansen, Hagedoorn, Dalton a Hansen (2022) vytvořili longituduální studii sexuálního života párů, ve kterých procházela žena akutní fází nádorového onemocnění prsu. Udávají, že vyšší věk, přítomnost depresivních symptomů a nižší vitalita bývají spojovány s nižší pravděpodobností sexuální aktivity. To potvrzuje také Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022). V této studii byla zkoumána i spokojenost obou partnerů s úrovní sexuální aktivity, která byla výzkumníky označena jako vysoká. Z hlediska léčby byl nejvýznamnější pokles sexuální aktivity zaznamenán u chemoterapie. Rottman, Larsen, Johansen, Hagedoorn, Dalton a Hansen (2022) uvádějí, že po roce sledování byla sexuálně aktivní větší polovina partnerů (60%). Jako určující faktor pro udržení sexuality byla stanovena emoční blízkost, láskyplné chování a soulad copingových strategií. Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) uvádí, že nižší sexuální aktivita v době nemoci se projevovala u žen s nižším vzděláním. Meyerowitz et al. (1999) uvádí také jako důvod snížení sociální aktivity fyzické potíže spojené s léčbou a jejími následky, například s výskytem bolesti.

Loaring et al., (2015) a Keesing et al., (2016) uvádějí, že po léčbě nádorového onemocnění prsu jsou ve vztazích přítomny potíže s obnovením sexuální aktivity u pacientů i jejich partnerů. Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) mezi důvody potíží z obnovením sexuálního života po nádorovém onemocnění řadí morfologické změny těla a změny sebevnímání.

Falconier, Jackson, Hilpert, Bodenmann (2015), nedefinovalo sexuální aktivitu, ale ponechali jeho adaptaci na subjektivním přístupu, aby ponechali definici aktivity na jedincích. Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza (2022) uvádějí jako důvod poklesu sexuální aktivity pacientek s nádorovým onemocněním prsu nedostatek partnera nebo vlastního zájmu. Celkově autoři ve studii uvádějí, že ženy s nádorovým onemocněním prsu měly 2,7 až 3,5x vyšší pravděpodobnost vzniku sexuální dysfunkce než jejich vrstevnice bez nádorového onemocnění prsu (Guedes, Gonçalves Guedes, Santana, Dantas, Ochandorena-Acha, Terradas-Monllor, Jerez-Roig a Bezerra de Souza, 2022)

4.2.3 Copingové strategie páru

Ve vztahu jsou vždy zasaženi oba partneři. Jeden z výzkumů poukazuje na skutečnost, že partneři mnohdy zažívají více psychického stresu než sami pacienti (Carlson, Bultz, Specca, Pierre, 2000). Pro udržení relativně normálního stavu je důležité, aby partneři přemýšleli nad svým vztahem a tím, jak mohou celou situaci společně zvládnout. (Manne, Siegel, Kashy, Heckam, 2014). Kwillomo (2014) uvádí, že většina studií zvládání zátěže u nádorových onemocnění je založena na modelu hodnocení stresu a zvládání stresu. Tým Bonnaud-Antignac et al. (2012) provedl longitudinální studii, ve které studoval vliv mezi kvalitou života respondentů a copingovými strategiemi. Kvalita života byla zkoumána jak u nemocných, tak u rodinných pečovateli.

Bubeníková a Marečková (2021) k tématu uvádějí: *“Méně adaptivní způsoby zvládání mohou negativně ovlivnit partnerskou spokojenost a funkčnost vztahu”*. Tato teorie se nám pak potvrdila v našem vlastním výzkumu. Za adaptabilní formy autorky označily vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva, za neadaptabilní nebo méně adaptabilní distancování a kognitivní a behaviorální vyhýbání.

Carlson, Bultz, Specca, Pierre (2000) ve své studii dokonce vyslovuje domněnku, že pro pečujícího partnera je onemocnění větším stresem, nežli pro samotného pacienta.

Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že pro partnery žen s nádorovým onemocněním prsu je důležité získávat poradenství a psychoedukační lekce, které zlepšují jejich schopnost komunikovat a poskytovat podporu partnerkám. Tento výzkum také uvádí, že díky poradenství muži lépe zvládají potíže spojené se sexualitou a její změna vlivem nemoci a léčby. Participanti tohoto výzkumu byli muži, kteří neudávali předchozí komunikační problémy ve vztahu/ manželství. Vysoké skóre

spokojenosti s dyadickým zvládním může být indikátorem dobře fungujícího vztahu (Falconier et al., 2015).

Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) uvádějí, že pokud je na počátku zaznamenána spíše negativní copingové strategie, je méně pravděpodobné, že by v průběhu léčby užíval pacient pozitivní copingové strategie. Hannum et al. (1991; in Bonnaud-Antignac et al., 2012) udává, že copingové strategie partnerů se navzájem ovlivňují a interagují spolu.

Také styl copingu je důležitý - páry, které přijmou společné dyadické copingové strategie, spočívající ve snaze jednoho člena dyády snížit stres vnímaný druhým členem a jako společné úsilí vyrovnat se se situací, uvádějí menší psychický stres (Meier, Cairo Notari, Bodenmann, Revenson, Favez).

Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) se ve své studii věnovali komunikaci partnerů, kteří pečují o onkologicky nemocného partnera. Výsledky této studie ukazují, že partneri, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci.

Sajadian, Mahsa, Motaharinasab, Kazemnejad a Haghghat (2017) ve své studii uvádějí, že změny v užívaných copingových strategiích se týkaly především spirituality a pozitivní kognitivní restrukturalizace. Ty byly používány více. Oproti období těsně po diagnostice onemocnění byly méně využívány zbožná přání a pocity. Výsledek této studie tedy uvádí, že pro respondenty bylo důležitým zdrojem spirituální strategie, které mohou být ovlivněny kulturním prostředím a rolí náboženství v něm. V tomto výzkumu autoři poukázali, že lidé, kteří spojovali svou nemoc s důvěrou v boha měli menší obavy z infaustní prognózy a smrti. Jejich vzorek tvořily ženy se středním vzděláním.

Nihayati, Fadila a Fauziningtyas (2020) uvádějí, že ženy s rakovinou prsu mají mírnou tendenci k maladaptivním copingovým strategiím. Konkrétně udával výzkum 50,8% maladaptivních reakcí. Jako důvod volby těchto strategií uváděl výzkum bolesti. Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) popisují specificky, že bolest po mastektomii může vyvolávat obavy z recidivy onemocnění.

Specifickou copingovou strategií může být zvýhodnění stavu. Stav, kdy se nemoc stává pro postiženého výhodou je pro partnerství extrémně zátěžovou situací (Zacharová, 2020). Tento postoj by však neměl být vnímán jako patologický. Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) uvádějí, že zatímco negativní copingové strategie snižují razantně kvalitu života jedince, pozitivní strategie kvalitu života jedince nezvyšují úměrně.

4.2.4 Komunikace v páru v období nemoci

Pro udržení relativně normálního stavu je důležité, aby partneři přemýšleli nad svým vztahem a tím, jak mohou celou situaci společně zvládnout. (Manne, Siegel, Kashy, Heckam, 2014).

V období onkologického onemocnění je zvláště více než dříve potřeba otevřené komunikace v partnerství. Dunkel-Schetter et al. (1992) zjistili, že nejvíce stresující je pro pacienty strach z nejisté budoucnosti (41 %) dále fyzická omezení (24 %), bolest (12 %) a problémy ve vztazích (3 %). O těchto tématech je proto potřeba v partnerství otevřeně komunikovat.

Nalbant, Karger, a Zimmermann (2021) uvedli, že nejčastějším důvodem ukončení vztahu s onkologickým pacientem bylo jeho úmrtí. Mezi další důvody uvedli samotné nádorové onemocnění a vztahová separace.

4.2.5 Kvalita života jedince a páru v době nemoci a po překonání nemoci

Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska (2021) uvádějí, že přístupy zaměřené na kvalitu života jsou důležité pro pochopení celkového obrazu nemoci. Podle těchto autorů je pro pochopení kvality života u této skupiny pacientů důležité vnímat sociodemografické faktory, klinické faktory a to včetně bolesti, stresu, limitů přenášených nemocí v oblasti denních aktivit, depresivity a úzkosti. Důležité také je, že autoři rozlišují bolest způsobenou nádorovým onemocněním na fyzickou a psychickou (Ośmiałowska, Misiąg, Chabowski a Jankowska-Polańska, 2021). Frinck, Barradas, Zenger a Hinz (2018) uvádějí, že obecné hodnocení jejich globálního zdraví/QOL pacientů s rakovinou prsu bylo jen nepatrně nižší než u obecné populace. Reyes-Gibby, Anderson, Morrow, Shete, Hassan (2012), Vin-Raviv, Akinyemiju, Galea Bovbjerg (2015) a Didehdar Ardebil, Bouzari, Shenasa, Keighobadi (2013) uvádějí, že pacientky s depresivní symptomatologií mají sníženou kvalitu života i nižší šance na vyléčení. Wondimagegnehu Abebe, Abraha et. al. (2019) uvádí, že vysoká prevalence depresivity u patientek s nádorovým onemocněním prsu má nepříznivý dopad na jejich kvalitu života, adhezii k léčbě a celkové přežití.

Valente, Chirico, Ottoboni, Chattat (2021) v úvodu své studie upozorňovali, že obvykle jsou potřeby žen s nádorovým onemocněním prsu a jejich partnerů zkoumány odděleně, čímž není pokryto zkoumání dynamiky vztahu dyády. Kayser a Acquati (2019) v novějších studiích uvádějí, že zasažení páru nádorovým onemocněním jednoho z

partnerů nelze vnímat jako vyrovnávání se jedinců s událostí, ale že pár reaguje jako jednotka, ve které její členové vzájemně ovlivňují míru úzkosti.

Tschuschke (2004) uvádí, že přibližně 24 % pacientek, které přežily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, se kterými se ony musely vyrovnat. Jeden z výzkumů poukazuje na skutečnost, že partneři mnohdy zažívají více psychického stresu než sami pacienti (Carlson, Bultz, Speca, Pierre, 2000).

Autoři Hinnen et al. (2009) se snažili zjistit, zda diagnóza rakoviny prsu představuje rizikový faktor, který negativním způsobem ovlivňuje partnerské vztahy.

Ve většině případů k tomu, že vyhledávání sociální opory je ve větší míře charakteristické pro ženy, zatímco muži častěji používají různé způsoby vyhýbání a distancování (Purová, 2016). Vztahová spokojenost je jedním z faktorů, které ovlivňují pokračování vztahu (Hendrick 1988; in Erol, Orth, 2014). Někteří autoři vnímají partnerskou spokojenost jako celkové zhodnocení blízkého vztahu (Fincham, Bradbury, 1987; in Erol, Orth, 2014), zatímco jiní míní, že partnerská spokojenost je multidimenzionální a zahrnuje zhodnocení pozitivních a negativních aspektů vztahu Spanier, 1976; in Erol, Orth, 2014). Studie Friedrichs, Oellerichová, (2017) popisuje také případy, kdy došlo ke stmelení páru a vztahu.

Segrin a Badger (2013) se zabývali hledáním vzájemných vztahů mezi psychickou a fyzickou kvalitou života u žen s rakovinou prsu a jejich poskytovateli opory. Jestliže se v průběhu studie zlepšilo psychické zdraví ženy, byla tato tendence zřejmá i u jejího poskytovatele opory a naopak. Bubeníková a Marečková (2021) uvádějí, že neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi mírou vyhledávání sociální opory a partnerskou spokojeností.

Ani účinnost léčby, remise a vyléčení nemusí automaticky znamenat obnovu kvality života ženy a jejího partnera. Yoshimo., Santos, Loyola, Magalhães a Panebianco (2018) uvádějí, že ženy po léčbě si uvědomují potřebu znovu objevit svůj život a získat zpět svůj sociální a rodinný kontext a přizpůsobit se tělesným a emocionálním změnám, které pramení z operací a jiných léčebných postupů, které podstoupily. Uvádí také, že rekonstrukce prsu pomáhala revalorizovat pocity přijetí svého těla a zvýšit spokojenost se sebou samotnou, sebeúctu a sebevědomí.

Yoshimochi., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018), uvádějí, že ženy potřebují více podpory v období stanovení diagnózy, při chirurgickém řešení a při

rekonvalescenci. Vyhledávání sociální opory je ve větší míře charakteristické pro ženy, zatímco muži častěji používají různé způsoby vyhýbání a distancování (Purová, 2016). Nisa, Rizvi (2016) uvádějí, že ženy, které prošly chirurgickou léčbou onemocnění často pociťují životní změny jako nespavost, nechut' k jídlu, potíže s návrat k pracovním a domácím povinnostem. Tyto změny pak mají za následek psychické a emocionální potíže, nejčastěji smutek a beznaděj.

Nalbant, Karger, Zimmermann (2021) uvádějí že intervence měly malý až střední dosah na fyzické zdraví pacientů s nádorovým onemocněním.

Metodologie

5.2 Paradigmata studie

Z hlediska pohledu na nemoc jsme zvolili bio-psycho- sociální model s prvky spirituality dle WHO (Kalina, 2015). Tento model reflektuje holistický pohled na člověka jako jedince, zahrnuje biologickou, sociální, psychologickou i spirituální složku jedince a interakce těchto složek s nemocí i mezi sebou vzájemně. V práci se sice zaměřujeme nejvíce na partnerské vztahy, které jsou optikou model členěny hlavně do oblasti sociální, partnerské vztahy však naplňují také biologické potřeby jedince, jsou zdrojem psychologické podpory/ nepohody a může u nich být vnímán také spirituální přesah. Jak již bylo popsáno v kapitole o partnerství, jedná se o jedny z nejdůležitějších vztahů v dospělém životě, které navážíme.

Dle typologie malých paradigmat se práce vyskytuje na pomezí reflexivně-terapeutického paradigmatu, ve kterém je zkoumána schopnost participanta/ klienta zvládat životní situaci a zkoumá, jaké okolnosti pomáhají nebo ztěžují zvládání životní situace (Navrátil, 1998).

Z hlediska Herbert Schädelbach a Ekkehard Martens bylo využito paradigma Lingvistické - komunikativní. Poznání je ztotožněn s porozuměním a hermeneutickou konstrukcí. Poznání je tedy vázáno na schopnost participantů komunikovat o významech.

S toho vyplývá pro naši studii následující: studie pracuje s komplexním pohledem na vliv nádorového onemocnění prsu na partnerské vztahy participantů a nazírá na ně jakožto na důležitý determinant kvality života v období před nemocí, v i po nemoci.

5.3 Cíle práce

Popsat proměnu vnímání partnerství vlivem prodělání onkologického onemocnění z pohledu participantky

Vytyčit nejvýznamnější momenty léčby v příbězích respondentů, které měly dopady na partnerství a soužití

Popsat formy poskytované podpory a pomoci od partnerů optikou žen

Popsat faktory na straně partnerství, které byly vnímány jako podpůrné / ne podpůrné v léčbě

5.4 Výzkumné otázky

1. Jak hodnotily participantky svůj vztah a partnera v době před propuknutím nemoci? Jak poté?
2. Změnily se očekávání spojené s partnerstvím v době nemoci? Jak se obecně změnilo pokud bychom je porovnali s žebříčkem očekávání z jiných výzkumů, jsou jiná?
3. Jak popisují participantky akceptaci nemoci partnerem a jak jejich zapojení do léčby?
4. Které zážitky z období trvání nemoci spojené s partnerstvím považují participantky za podpůrné/ devastující?
5. Jaké formy pomoci participantky vnímaly od partnerů? Jaké formy pomoci jim chyběly?
6. Pojmenovávají participantky vztahové faktory ve svém životě za příčinu vzniku onemocnění? Pokud ano, které konkrétně a proč?

5.5 Základní soubor, metody výběru a charakteristiky výzkumného souboru

5.5.1 Základní soubor

V České republice onemocní každoročně 6500 osob, z toho většinou jde o ženy. Primárním zdrojem epidemiologických dat zhoubných nádorů je Národní onkologický registr ČR (NOR), přičemž registrace všech zhoubných novotvarů je zákonnou povinností lékařů. Díky tomu lze mluvit o velmi přesných statistických číslech. Ročně je diagnostikováno 7200 žen, 1600 žen zemře s diagnózou Ca prsu - smrtelný je každý 4,5 případ. Epidemiologicky jde o nozologickou jednotku s rostoucí prevalencí i incidencí v populaci. Typicky postihuje CA prsu pacientky od 60 do 75 roku věku, třetina je pak mladší 65 let (ÚZIS, 2017).

Tato čísla jsou uváděna pouze pro ilustraci rozsahu fenoménu v populaci. K práci byla zvolena kvalitativní metodologie, která pracuje s jednotlivými případy, nikoliv statistickými čísly.

5.5.2 Metody výběru

Jako metody výběru výzkumného souboru byl vybrán účelový. Jedná se o nepravděpodobnostní metodu výběru (Miovský, 2006). Pro výzkum má tu výhodu, že

umožňuje zkoumat přesně to, co si výzkumník stanovil za cíl, identifikuje znaky, které považuje za stěžejní pro zařazení jednotky do výběrového souboru (Hendl, 2005). Jedince, kteří znaky plánují poté zahrne do výzkumného souboru. Kritériem je nějaká charakteristika, vlastnost - v tomto případě celý soubor charakteristik: ženy, diagnóza rakoviny, rakovina prsu. Nevýhodou je pak velmi omezené znáhodnění, minimální reprezentativní - výzkumný soubor je silně ovlivněn zkušeností a sociální sítí výzkumníka. Pro výzkum jsme zvolili výběr záměrný, neboli účelový a to v jeho prosté verzi.

Tyto metody také zkreslují reprezentativitu výzkumu. Ve vzorku nejsou zahrnuty osoby z obecné populace, vzorec je vytvořen v určité socioekonomické místní bublině. Druhý aspekt vyplývá z toho prvního - v rámci nepravděpodobnostního výběru byly osoby do výzkumného souboru vybírány také na základě osobních vazeb, mohlo dojít ke zkreslení vazbou a to nejen ve výběru, ale také v interpretaci dat.

Nevýhod tohoto typu výběru je několik, můžeme mluvit například o zkreslení elitou, kdy jsou do výzkumu zařazení pouze ti respondenti, kteří mají určitou motivaci o tématu hovořit - například mají velmi pozitivní nebo velmi negativní zkušenost. Jistou možností byl výběr skrze instituci, který ale nebyl realizován z důvodu obav o bohatost výzkumných dat.

5.5.3 Výzkumný soubor a jeho sociodemografické charakteristiky

Výzkumný soubor je tvořen 5 ženami věku 49 - 70 let, které mají osobní zkušenost s diagnózou zhoubného bujení prsu. Jde o skupinu s nejvyšší incidencí zhoubného bujení prsu. Smrtnost nemoci byla v této skupině 0%.

Z hlediska výzkumného souboru byly participantky v souboru nepatrně mladší než je průměrný věk, který je udáván mezi 60–74 let, ale 35 % všech nemocných je mladších než 60 let (Mamo, 2022, online).

Z hlediska sociální anamnézy byly 4 ženy vdané a 1 vdova. Žádná žena nebyla rozvedená. Všechny ženy měly děti vysoká homogenita vzorku. Ženy měly základní, střední, střední odborné nebo vysokoškolské vzdělání, zde byl vzorek zcela heterogenní. Blíže bude sociokulturní zázemí prezentováno ve výsledcích.

Oproti Bubeníkové a Marečkové (2021) je náš výzkumný soubor mladší, s kratším trváním vztahů. Bubeníková a Marečková uváděly, že v jejich výzkumném souboru délka vztahu mezi partnery činila 38,83 let. Průměrný věk mužů i žen v obou případech přesahoval 60 let.

Yuan, Zhang, Ji a He (2021) provedli metaanalýzu 27 studií, které se zabývaly vlivem rodinného stavu na stádium diagnózy a přežití pacientek s nádorovým onemocněním prsu a dalšími nádorovými onemocněními gynekologických orgánů. Uvádějí, že manželství je spojeno s příznivější prognózou, častná diagnostika, zdravější životní návyky, Thomas, Kan, Chrischilles a Schroeder (2016) toto tvrzení však vyvracejí.

5.6 Data management

5.6.1 Metoda tvorby dat, využití nástroje

Rozhovor

Rozhovor kombinoval polostrukturovanou a narativní formu (Mioviský, 2006). Otázky, pokud byly kladeny, byly otevřené. Kombinace byla zvolena k získání, co nejpriléhavějších, nejautentičtějších dat, které ale zároveň pokryjí potřeby informací vzhledem ke stanoveným cílům výzkumu. Narativní rozhovor je forma volného rozhovoru, v kterém jedinec volně vypráví o jevu, tématu, v tomto případě o svém životě s karcinomem prsu a partnerství. Příkládá subjektivní významové struktury vyprávění, událost řeší určitým způsobem a obvykle lze vystopovat i jakousi mapu klíčových prvků. Tento rozhovor se využívá bez ohledu na výzkumnou otázku, nepokoušíme se jej usměrnit.

Z tohoto důvodu jsme narativní rozhovor kombinovali s nestrukturovaným interview, ve kterém existuje na straně tazatele určité jádro, systém otázek, které by měly vést k získání informací potřebných k zodpovězení výzkumných otázek. Tazatel může otázky modifikovat, zařazovat libovolně do rozhovorů.

5.6.2 Metody fixace dat

Rozhovory byly nahrávány (audiozáznam), a poté přepsány slovo od slova - doslovná transkripce dat (Mioviský, 2006). Pro nahrávání byl zapotřebí souhlas. Nahrávání bylo realizováno pomocí mobilního telefonu při přímém rozhovoru. Před finálním nahráváním bylo provedeno nahrávání zkušební, aby byly ověřeny technické parametry nahrávky důležité pro výzkum - kvalita zvuku, šum, odmlky.

Audiozáznam byl převeden do dokumentu Microsoft Word do připraveného formuláře. Formulář zahrnuje kolonky: Pořadové číslo výpovědi, osoba - výzkumník / participant

(V/P), čas výpovědi v nahrávce od začátku rozhovoru, samotný obsah výpovědi a kolonku pro poznámky - nonverbální komunikace. Formulář je součástí příloh práce.

Audiozáznam se jevil jako možnost, která kombinovala výhody psaného textu a videohovoru. Je rychlejší nežli přepis rozhovoru v reálném čase, klade menší nároky na výzkumníka nebo personální obsazení týmu, zachycuje veškeré informace, včetně proměn hlasové výpovědi. Narozdíl od textového záznamu však neposkytuje rozměr obrazu a jeho kvalit, nelze například analyzovat změny těla v průběhu rozhovoru.

Transkripce byla kontrolována metodou „*opakovaných poslechnů*“ (Miovský, 2006, s. 207), aby bylo předejito chybám. Kontrola neprobíhala ve stejný den jako přepis záznamu. Tím se zvyšuje validita výzkumu lepší odpočetost a připravenost výzkumníka, menší potenciál chybovosti.

Jméno	Povolání	Rodinný stav	Věk	Potomstvo
Mírka	ID, původně zdravotní sestra	vdaná	48	2 děti
Kateřina	prodavačka	vdaná	40	2 děti
Marta	původně zdravotní sestra	vdova	70	2 děti
Marie	dělnice v továrně	vdaná	53	3 děti
Maruška	sanitář	vdova	60	2 děti

Tabulka 1: Povolání, rodinný stav, věk a potomci respondentů

5.7 Zpracování dat a jejich příprava na analýzu

Převedení dat netextové povahy do povahy textové (je-li to možné) je prvním důležitým krokem, který nazýváme transkripce (Miovský, 2006). Audio Záznam byl opakovaně poslechnout a následně přepsán. Kontrola přepisu se děla pomocí opakovaného poslechu jedním výzkumníkem. Transkripce byla kompletní včetně interpunkce, teček,

odmlk. Důležité jevy jako dlouhé pauzy, zajímavá přeřknutí byla zapsána bokem v záznamovém archu.

Redukce dat prvního řádu

V rámci redukce prvního řádu byly dle Miovského (2006, s. 210) „*vynechány části vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci.*“ Po komplexním přepisu přišlo na fázi prvotní redukce dat, která slouží k vytvoření plynulejšího textu. Během ní byly odstraněny balastová slova, repetitivní části. Pokud se takových jevů vyskytuje v textu více, bylo to zaznamenáno formou poznámky, balastní slova mohou být v tématu důležitou informací, například neschopností člověka téma popsat, tendenci vyhnout se mu.

Kódování

Očištěné věty byly rozděleny na úseky, které nesly jednotlivý význam. Věta byla rozdělena na části posled témat, které se vyskytovala a tyto části byly opoznámkovány. Protože kódy byly tvořeny až v průběhu čtení textu, mluvíme o otevřeném kódování i (Strauss et al., 1999). Každá jednotka byla během čtení okodována. Každá jednotka byla zaznamenána bokem na papír, aby nedocházelo k vytváření jednotek se stejnými nebo podobnými názvy.

Dále byly přeskupeny pomocí kódování axiálního, ve kterém docházelo primárně k tvorbě významových trsů na základě podobnosti. Axiální kódování propojuje jednotlivé fenomény (Strauss et al., 1999).

5.7.1 Analýza a interpretace dat

Data byla analyzována pomocí interpretativně-fenomenologické analýzy (Koutná-Kostíková & Čermák, 2013 in Řiháček et al., 2013). Byl zkoumán především systém, jakým ženy přisuzovaly zkušenost svému prožitku, jak je hodnotili. Důležitá byla zkušenost jako celek. k tomu vážící se drobnější zkušenosti spjaté s jednotlivými částmi příběhu. Analýza dat pomocí IPA je spojená s dvojí hermeneutickou - jedinec přikládá význam své žité zkušenosti (v naše výzkumu prožitku spojených s nádorovými onemocněními prsu) a poté se tyto zkušenosti snaží výzkumník dekodovat, porozumět jim jako jedinečné zkušenosti (Pietkiewicz & Smith, 2014). Tím je zkoumán fenomén holisticky. To samé potvrzejí i Smith, Flowers a Larkin (2009), kteří metodu IPA

nabízejí k využití při zkoumání specifických skupin obyvatel s jasně definovanými znaky.

Kategorie byly abstrahovány takto: Jak hodnotily participantky svůj vztah a partnera v době před propuknutím nemoci? (hodnocení vztahu před nemocí) Jak poté? (hodnocení vztahu po vyléčení), Změnily se očekávání spojené s partnerstvím v době nemoci (očekávání před nemocí, v nemoci, po nemoci)? Jak se obecně změnilo pokud bychom je porovnali s žebříčkem očekávání z jiných výzkumů, jsou jiná? (porovnání s obecnými žebříčky), Jak popisují participantky akceptaci nemoci partnerem (přijetí zprávy partnerem, jejich reakce, očekávaná reakce) a jak jejich zapojení do léčby (přístup partnera k léčbě) (vliv na jejich vnímání léčby)?

Které zážitky s období trvání nemoci spojené s partnerstvím považují participantky za podpurné/ devastující? (podpurné faktory, devastující faktory)

Jaké formy pomoci participantky vnímali od partnerů? Jaké formy pomoci jim chyběly? (typy pomoci). Pojmenovávají participantky vztahové faktory ve svém životě za příčinu vzniku onemocnění? Pokud ano, které konkrétně a proč?

Interpretace

Byly porovnávány významy, jaké byly ženami přisuzovány stejným nebo podobným zkušenostem a ty sdružovány do trsů (Miovský, 2006). Z hlediska metodologie se ukázalo že příběhy jsou natolik rozdílné, že ve výsledku byly vyhledávány spíše rozdíly a kontrasty. Byly zdůrazněny jednotlivé prvky v životech a vyprávěních respondentů, které považovali za stěžejní a srovnání s výzkumníkovy pohledem a dalšími výzkumy. Dále byly také jednotlivě rozepsány případy respondentů, aby byla vidět celistvost děje z hlediska jednoho případu. Významným prvkem byla zkušenost. Zkušenost byla popsána, porovnána v rámci případu i v rámci výzkumu.

5.8 Prezentace dat

K prezentaci dat byly využity kategorie stanovené na základě výzkumných otázek. Celkem bylo stanoveno 11 kategorií a dalších 13 podkategorií, které vycházejí z výzkumných otázek a zaměření výzkumu. V prezentaci výsledků bylo poukázáno na rozdíly, kontrasty mezi příběhy. Podkategorie významově navazují na kategorie a tvoří ucelené jednotky.

Návaznost kategorií na cíle práce

Vzhledem k metodě prezentace dat přikládáme schéma provázání cílů se stanovenými kategoriemi.

<p>Cíl 1: popsat proměnu vnímání partnerství vlivem prodělání onkologického onemocnění z pohledu participantky</p>	<p>10.1 Kategorie: Hodnocení vztahu 10.2 Kategorie: Očekávání od partnerství 10.3 Kategorie: Prvotní přijetí diagnózy partnerem 10.6 Kategorie: Silné emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci 10.8 Kategorie: Celkový narativ respondentů o partnerství</p>
<p>Cíl 2: vytyčit nejvýznamnější momenty léčby v příbězích respondentů, které měly dopady na partnerství a soužití</p>	<p>10.3 Kategorie: Prvotní přijetí diagnózy partnerem 10.4 Kategorie: Akceptace a přijetí nemoci v dlouhodobějším horizontu 10.5 Kategorie: Zapojení partnera do léčby 10.6 Kategorie: Silné emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci</p>
<p>Cíl 3: popsat formy poskytované podpory a pomoci od partnerů optikou žen</p>	<p>10.3 Kategorie: Prvotní přijetí diagnózy partnerem 10.4 Kategorie: Akceptace a přijetí nemoci v dlouhodobějším horizontu 10.5 Kategorie: Zapojení partnera do léčby 10.6 Kategorie: Pomoc v partnerství v době nemoci 10.8.1 Podkategorie: Narativ respondentů o partnerství v době nemoci</p>
<p>Cíl 4: popsat faktory na straně partnerství, které byly vnímány jako podpůrné / ne podpůrné v léčbě</p>	<p>10.1 Kategorie: Hodnocení vztahu, podkapitola copingové strategie 10.2 Kategorie: Očekávání od partnerství 10.4 Kategorie: Akceptace a přijetí nemoci v dlouhodobějším horizontu 10.5 Kategorie: Zapojení partnera do léčby 10.7 Kategorie: Teorie respondentů o vlivu vztahových (partnerských) faktorů na vznik onemocnění</p>

5.9 Etika ve výzkumu

Etická stránka výzkumu je nedílnou součástí každé práce (Mioviský, 2006). Zhoubná nádorová onemocnění jsou obtížnou životní situací v životě zasažených jedinců. S tohoto důvodu je nutné, aby byl přístup a výzkum maximálně etický. Etiku výzkumu lze rozdělit na etiku získání, zpracování a uveřejnění dat.

Před zahájením výzkumu byla respondentkám předán písemný Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. participantky si mohli, pokud by to přispělo jejich lepší duševní pohodě, přivést k rozhovoru svého blízkého nebo blízké.

Z hlediska získání dat bylo zvoleno klidné prostředí, respondentka měla možnost na otázky neodpovídat, rozhovor kdykoliv ukončit nebo se kdykoliv vzdát participace ve výzkumu. Rozhovor byl proveden v bezpečném prostředí, pokud si respondentka přála, tak u ní doma. Mohl být přítomen někdo z blízkých, to bylo nabízeno. Do etiky získání dat patří také minimalizace zátěže respondenta otázkami - pokládaly jsme pouze ty otázky, které byly nutné pro samotný výzkum, další iniciativa byla na respondentech samotných. Jedince jsme seznámili s výzkumem a jeho záměrem dle jeho schopností, kognitivních dovedností.

Za účast ve výzkumu nebyla poskytnuta žádná forma plnění nebo kompenzace vyjma drobného občerstvení během rozhovoru.

Etika zpracování dat: Pracovali jsme jen s daty, se kterými jsme měli povolení nakládat (Mioviský, 2006). To zde byla obzvláště důležité, některé respondenty zní výzkumník osobně, i jinak než z výzkumu. Jako nejdůležitější vnímáme ochranu respondenta. Vyhnuli jsem se nepřímým popisu osob, které by ale na základě uvedených charakteristik mohly vést k jednoznačné identifikaci. Z opačného hlediska - nebyla eliminována data, která náš výzkum zkreslovala zdála se nevhodná. Byla ponechána, okomentována.

Etika zveřejnění dat: O formě zveřejnění dat byli participanti ihned informováni, ještě před započítím výzkumu. Výslednou zprávu si mohli přečíst a vést k ní námitky. Data byla zveřejněna pouze jakou součástí diplomové práce za splnění podmínek anonymity. Jména participant byla změněna, stejně jako veškeré další znaky, které by mohly vést k identifikaci participantky v reálném světě.

Prezentace výzkumných výsledků

6.1 Kategorie : Hodnocení vztahu

Tato kategorie obsahuje 4 podkategorie, které jsou úzce provázány. Popisuje hodnocení vztahu a vztahového života respondentů před vypuknutím/ diagnostikovaným nádorového onemocnění prsu, v průběhu léčby, po léčbě a tyto tři etapy srovnává. Hlavním výstupem je, že hůře byla nemoc snášena respondentkami s aktuální vztahovou zátěží než těmi, které měly vztahovou zátěž v jen minulosti (Marta v porovnání Marií). Významný byl také narativ stresové zátěže z primární rodiny.

6.1.1 Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem před propuknutím nemoci

Výchozí pozice respondentů v oblasti partnerských vztahů před vznikem a diagnostickou onemocnění se výrazně lišily, vzorek je značně heterogenní. Dvě participantky mluvily o vyrovnaných a klidných partnerských vztazích v době před nemocí, dvě o turbulentních vztazích provázených partnerskými potížemi a jedna respondentka hovořila o svém vztahu jako o běžném, ne idilickém ale taky ne nikterak patologickém. Všechny ženy označily samy sebe za typ pečovatelky.

U Marty byl proveden rozbor psychické zátěže podle T. H. Holmes a R. H. Rahe (Gawler, 1993), který u ostatních respondentů nebyl realizován, protože z narativu vyplývala mnohočetná kumulace stresorů. Ve výzkumném souboru byly skutečně dvě vdovy, nelze ale říci, že by vlivem svého rodinného stavu u nich byla nemoc diagnostikována později. Jedna participantka, vdova, skutečně odkládala vyšetření, nicméně proto, že manžel ještě žil a ona o něj pečovala.

Mírka prožívala běžný život, s partnerem se jim postupně narodily dvě děti, jedno mírně vývojově opožděné. Musela mu dle svých slov věnovat více péče, vztah tím trochu trpěl a sama Mírka považovala péči o nemocné dítě za stresovou. Vztah s partnerem popisuje jako spokojený, jen měli hodně starostí (nemocné dítě, její studium). Oproti ostatním respondentům hovořila více o těžkostech v primární rodině.

Kateřina se na rok, kdy jí bylo diagnostikováno onemocnění prsou paradoxně hodně těšila, protože manžel, který do té doby pracoval v zahraničí si našel práci v České republice “ *V roce 2006 jsem se strašně těšila. Manžel, který pracoval v zahraničí, měl konečně, napořád zůstat doma. Mělo to být to nejkrásnější období v životě a já byla*

nadšená...že budeme spolu”. Těšila se, že se usadí a budou společně s jejich syny žít spokojený rodinný život. Do té doby jí s dětmi pomáhala její maminka, s manželem se vídali málo.

Maruška se v době před propuknutím vlastního onemocnění starala o svého manžela, který trpěl rakovinou prostaty, diagnóza zhoubného nádorového onemocnění prsu u ní byla diagnostikována až po jeho smrti. Zde máme však pouze jakýsi narativ toho, jak by to mohlo vypadat, na základě úsudku ženy, která s mužem žila celý život. Domnívá se, že by jí asi moc nepomohl. Maruška spadá do kategorie žen-pečovatelek, své zdraví zanedbala kvůli péči o manžela. Její případ ale není ojedinělý, dle dat Ministerstva zdravotnictví absolvuje preventivní prohlídky v zákonném rozsahu pouze 25% české populace. Na vině je však pravděpodobně také systém preventivní péče, který s pacientem málo interaguje.

Marie měla výchozí pozici obtížnou již s primární rodiny, s manželem se vzali mladi, brzy se jim narodila dcera. Její měla k jejich vztahu velké výhrady, a to ačkoliv je sama seznámila, a nakonec se podařilo je díky nezralosti rozeštvát a rozvést (“*Byla jsem matkou tak zblblá, že jsem nakonec kývla na rozvod*”). Starost o dům a rodinu pak zůstala na ní. Poté si našla muže, který na ní byl zlý, docházelo i k fyzickému domácímu násilí. S ním také otěhotněla, ale podstoupila interrupci. Pak se seznámila se svým nynějším manželem, se kterým se po léčbě rakoviny rozhodli vstoupit do manželství. Marie prožila léčbu rakoviny se svým nynějším partnerem, který jí byl velkou oporou, nicméně stresové faktory z předchozího partnerského vztahu se pravděpodobně na vzniku onemocnění u Marie podepsaly.

Také Marta měla obtížnou výchozí pozici v partnerském vztahu.

Manžel byl na Martu agresivní, alkoholik, vylámal si na ní vztek. Často jí slovně ponižoval (“*tituloval mě jako moravskou krávu a nejhorší na tom bylo, že to dělala i jeho matka*”). Marta neměla v manželovi zastání, on sám jí považoval za hloupou. Když otěhotněla, nebrali na její stav ohledy, byla nucena pracovat - “*Když jsem byla těhotná, nebral na mě žádné ohledy, naložil mně na záda, co se dalo. Musela jsem pomáhat s domem, nikdo se mě nezastal. Čím byl starší, tím více pil. Byl tak zlý, vůbec nevím proč*”. Marta měla s manželem dvě děti, u třetího těhotenství se rozhodla pro interrupci, k třetímu těhotenství řekla tohle: “*nepodpořil mě a ještě mi říkal, že to není jeho, s kým jsem se prý pelešila*”. Marta popisuje, že raději se manželovi podvolila také

v intimní oblasti, protože se jej bála. Když onemocněl rakovinou prostaty, starala se o něj, ale dle svých slov k němu neměla žádný vztah. Poté se starala o syna, který trpěl nezhoubným nádorem a vnoučata, protože snacha od dětí odešla kvůli synově nemoci. Před tím, než ji diagnostikovali zhoubné onemocnění konečně prožívala poklidné období, těšila se, že konečně bude realizovat své plány, dobře se bavila, navštěvovala kamarádky. U Marty, stejně jako u Marie lze vysledovat celý sled událostí, které lze považovat za stresové. T. H. Holmes a R. H. Rahe (Gawler, 1993) vytvořili tabulku bodování psychické zátěže u člověka na základě prožitých událostí v posledních dvou letech. Nehodnotili pouze události negativní, ale také pozitivní události, které však požadují u člověka větší změnu v životním stylu. Součet nad 300 značí akutní stresovou situaci v životě člověka v daném období. Pokud bychom se podívali na rozbor Martina případu touto optikou napočítali bychom: 63 bodů na rozvrat manželství, 100 bodů za smrt manžela, 53 bodů za stres spojený s manželovou nemocí, 44 bodů za onemocnění syna, 29 bodů za konflikty se širší rodinou, které byly opakované a tak by taky měly být započteny.

6.1.2 Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem po propuknutí nemoci a copingové strategie partnerů

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak participantky vnímají vztah s partnerem po té, co odezněl prvotní šok po sdělení diagnózy. Manželé od Marty a Marie byli mrtví, nicméně obě měly své teorie, jak by jejich manželé reagovali. Přikládáme k nám váhu vzhledem k tomu, že byli životní partnery.

V této kategorii můžeme vidět, jaké copingové strategie partneri používali, aby situaci zvládli. Žádný z partnerů ne zvolil copingové strategii popření, která je v obecné populaci poměrně běžná, a rovněž se nevyskytla ani copingové strategie fyzického útěku - opuštění partnera. Stejně tak nedošlo k sociálnímu útěku, emočnímu opuštění partnera ze strany partnerů participantek. Nevyskytly se ani malcoopingové strategie typu únik do drog, alkoholu, počítačových či hazardních her. Mezi copingové strategie, které se vyskytly patří hledání informací o stresoru, humor, přímá akce k odstranění stresorů, hledání alternativ, vnitřní monolog, plánování řešení problému, žádost o podporu v okolí, udržování odstupů, sebeovládání se. Využívání komunikace jako copingu bylo vnímáno u jedné s participant jako pozitivní, což podporuje Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) se ve své studii věnovali komunikaci partnerů, kteří

pečují o onkologicky nemocného partnera. Výsledky této studie ukazují, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci.

Mirčin manžel zaujal strategie vyhledávání informací, plánování řešení problému, Ovládnání se a podporu partnerce. Mirka říká: *“Manžel se k celé této záležitosti postavil podobně, sem tam utrousil nějaký ten vtípek na můj účet a ujišťoval mě, že to všechno zvládneme.. a kluci také”*. Celá Mirčina rodina tedy zaujala jednotnou copingové strategii zaměřenou na řešení problému, která nakonec byla úspěšná. Nevíme bohužel nic o tom, zda v průběhu nemoci docházelo k nepříznivým zvrátům a jak tady copingové strategie obstávala v momentech, kdy například výsledky krevních vyšetření nevykazovaly potřebná nebo očekávaná zlepšení. Mirčin manžel by jí byl po celou dobu velkou oporou. zaujal pečující postoj. Mirka popisuje, že sexuální život s manželem přestal v době její nemoci existovat.

Maruška popisuje, že její manžel jí hodně pomáhal v době onemocnění, vozil ji na terapie. Po léčbě se vzali

Výzkum udává, že páry, které přijmou společné dyadické copingové strategie, spočívající ve snaze jednoho člena dyády snížit stres vnímaný druhým členem a jako společné úsilí vyrovnat se se situací, uvádějí menší psychický stres (Meier, Cairo Notari, Bodenmann, Revenson, Favez, 2019).

Kateřina popisuje, že na počátku u obou byl naprostý šok, nechápali, co se děj, oba spolu brečeli. Nevěděli, co říci, kam směřovat. Po propuknutí nemoci byl pro ní velkou podporou a snažil se o ní pečovat, Kateřina se však uzavírala do sebe, nechtěla komunikovat, měla těžké emoční stavy, deprese, stáhla se do ložnice za svou kočkou. Také terapie a její vedlejší příznaky byly problematické, velmi zvracela, nejedla, přišla menopauza. Dokonce uvažovali i o rozvodu, protože situace byla neúnosná.. Kateřina říká: *“Cítla se sama a manžel se taky cítil sám, chyběla jim oběma podpora. Asi dva roky jsem žila u sebe v ložnici, bylo to moje útočiště, bez manžela, jen se svou kočkou a s tou nemocí.”*. Zdá se, že zde nedošlo ke kompatibilitě poskytované partnerské pomoci a partnerčiny potřeb.

Manžel od Marie byl mrtvý, Marie má svou teorii jak by se asi choval. Není si jistá, zda by jí nějak pomohl nebo se staral.

Potvrdil se tako výrok Yoshimochi., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018), kteří uvádějí, že ženy potřebují více podpory v období stanovení diagnózy, při chirurgickém řešení a při rekonvalescenci.

Částečně se též potvrdilo tvrzení Kayser a Acquati (2019) že zasažení páru nádorovým onemocněním jednoho z partnerů nelze vnímat jako vyrovnávání se jedinců s událostí, ale že pár reaguje jako jednotka, ve které její členové vzájemně ovlivňují míru úzkost. Chtěli bychom dodat, že nejen v míře úzkosti, ale také depresivitě ale i pozitivních emocích jako naději. Potvrdilo se, že jak Janáčková (2014) uvádí, že emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládnání. Oproti studii Nalbant, Karger, a Zimmermann (2021) nedošlo v průběhu naší studie k žádnému rozchodu. Nádorové onemocnění u našich participant nebylo důvodem k ukončení vztahu. U jednoho z partnerů nemoc odhalila jeho doposud skrytou stránku - pečující. Naše výsledky pozitivně korespondují s výsledky Nisa a Rizvi (2016), kteří zdůrazňují emoční podporu od partnerů jako důležitý faktor pomoci a zvládnání onemocnění.

6.1.3 Podkategorie: Hodnocení vztahu respondentem po vyléčení

Tato kategorie se vyskytla v narativu dvou respondentů, zbylé dvě byly v době po vyléčení vdovami. Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že pacientky s nádorovým onemocněním prsu kladou větší důraz na rodinu a manželství, a tyto vztahy považují za významné podpůrné systémy. To se v našem výzumu potvrdilo. U obou participantek se vztah po nemoci utižil, obnovil a případné neshody byly překonány, vztah pokračoval a pokračuje u obou do dnešních dní. Marie nebyla v době nemoci s partnerem sezdaný, po remisi onemocnění uspořádali svatbu. Npotvrdilo se tedy vyjádření Tschuschke (2004) že přibližně 24 % pacientek, které přežily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, se kterými se ony musely vyrovnat.

Mírka vypráví o čase, který věnuje více sama sobě (více se věnuje svým koníčkům, mezi které patří ruční práce) a také manželovi. To potvrzuje studii Manne, Siegel, Kashy, Heckaml (2014), který popisuje, že pokud je zachována kvalita vztahu i po diagnostikovaném onemocnění, může být situace posílením pro vztahovou intimitu. Naopak Loaring et al., (2015) a Keesing et al., (2016) uvádějí, že po léčbě nádorového onemocnění prsu jsou ve vztazích přítomny potíže s obnovením sexuální aktivity u

pacientů i jejich partnerů. Obnovení sexuality partnerů do značné míry záviselo na dopadech léčby na vzhled a body image.

Obě respondentky také popisují, že začaly více navštěvovat přírodu a celkově si užívat života.

Všechny participantky uvádějí, že si nyní váží více času, který mají, snaží se více věnovat aktivitám, které jim dělají radost.

Mírka uvádí další komplikace, které se vyskytly v souvislosti s agresivní léčbou nádorového bujení - osteoporózu a onemocnění vaječnicků. Ve vztahu cítí i při léčbě těchto onemocnění velkou podporu a oporu.

U žádné z participantek nevedla léčba nádorového onemocnění a s tím spojené komplikace k rozpadu vztahu, čímž bylo vyvráceno jedno z očekávání, se kterým výzkumník do výzkumu přicházel. Výzkumník předpokládal, že vztahy participantek budou méně stabilní a bude vyšší četnost rozchodů, odluk a rozvodů. Zároveň však nelze generalizovat toto zjištění na populaci žen s nádorovým onemocněním prsu. Na základě tohoto výzkumu nelze vzhledem k velmi omezenému vzorku říci, že by vztahy žen s onkologickým onemocněním prsu byly stabilnější nežli u jiných onemocnění nebo obecné populace.

Yoshimo., Santos, Loyola, Magalhães a Panebianco (2018) uvádějí, že ženy po léčbě si uvědomují potřebu znovu objevit svůj život a získat zpět svůj sociální a rodinný kontext a přizpůsobit se tělesným a emocionálním změnám, které pramení z operací a jiných léčebných postupů, které podstoupily. Uvádí také, že rekonstrukce prsu pomáhala revalorizovat pocity přijetí svého těla a zvýšit spokojenost se sebou samotnou, sebeúctu a sebevědomí. S těmito závěry plně souhlasíme. Všechny participanty reflektovaly obnovení svého já, svého života, znovuobjevení, druhou šanci. Nisa, Rizvi (2016) uvádějí, že stav po léčbě může být bodem obratu k pozitivní změně v životě žen - ženy popo svaly pozitivní změny ve vztazích k ostatním, hledání smyslu, objevení sebe a svého života. Tadeschi a Calhoun (1995) mluví o posttraumatickém růstu. Z narativu respondentů můžeme znaky posttraumatického růstu pozorovat u všech participantů výzkumu, nejvýrazněji však u Mírky a Marušky.

6.2 Kategorie: Očekávání od partnerství

Tato kategorie se týká toho, co respondentky očekávaly od partnerů v průběhu života a jakých proměn jejich očekávání došlo. Proto je tato kategorie rozdělena na čtyři podkategorie - očekávání v minulosti, očekávání v době nemoci, očekávání v současné době a srovnání očekávání, ve které by mělo být zvýrazněno, jestli došlo nebo nedošlo v průběhu času ke změnám očekávání v partnerství. Tyto změny nemusí být ovlivněny pouze proděláním nádorového onemocnění, ale také dalšími životními okolnostmi, které participantky prožili.

6.2.1 Podkategorie: Před onemocněním

Pro zařazení této kategorie nás inspiroval Andrade (2007), že nemoc se utváří v kontextu vztahu. Kategorie očekávání participantů od partnerů před onemocněním popisuje očekávání spojená před partnerstvím, které měli participanté spojená s partnerství před onemocněním. Musíme přihlídnout k tomu, že jde o retrogradní narativ, který participanté sdělují až po proděláním onemocnění, tudíž může být zkreslen čas a jejich zkušeností, která se může nevědomě projíkovat do daného popisu.

Mirka popisuje svého muže jako trochu frajířka, showmana. Seznámili se už na základní škole. Očekávání měla *“tak nějak standardní, aby prostě mě měl rád, aby jsme se měli dobře a tak.”*

Kateřina se před onemocněním těšila, že konečně budou s partnerem spolu, protože partner měl do té doby práci, při které cestoval, ale měl ji v dohledné době změnit. Kateřinino očekávání před onemocněním zahrnovalo hlavně emoční blízkost, podporu a pomoc v běžných denních činnostech.

Marta před onemocněním pečovala o svého manžela, který měl rovněž nádorové onemocnění, zemřel ještě předtím než bylo diagnostikované u ní. Manželství nebylo šťastné, manžel byl agresivní, zlý. Její očekávání byla zcela jiná, ale zvykla si. Manžel popisuje slovy: *“Býval neurvalý agresivní a to poměrně často. Občas padla i nějaká ta facka, vlastně jich bylo mnoho. Vlastně jsem neměla kam utéct.”* Doufala alespoň v zastání partnera, když na ní byla zlá jeho matka, ale to se nikdy nestalo, nikdy se jí nezastal, i když jí například říkala, že je hloupá, spíše se k ní ještě přidával. Také doufala v oporu v době, kdy měl jejich syn nezhoubný nádor, té se jí také nedostalo. I přesto se o manžela při jeho onemocnění starala až do jeho smrti.

Maruška chtěla mít hezký vztah, vdávala se mladá a brzy měla také děti. Jejich soužití narušovala její matka, takže toužený klid, pohodu a partnerské štěstí nenalezla. Očekávala od partnera pomoc s dítětem, když bylo nemocné, ale nedočkala se jí.

Žádná z participantek nepopsala nějaká nečekaná nebo nestandardní očekávání, většina neměla v narativu ani žádnou specifitu, něco, co by od vztahu vyloženě požadovaly, například sdílení zájmů, aby muž nepil alkohol nebo cokoliv dalšího. Zde však můžeme narazit na jeden z limitů tohoto výzkumu, onu retrográdnost zmíněnu už v úvodu.

Alghamdi Hussain, Alghamdi a Sheemy (2015) spojují vyšší riziko onemocnění nádorovým onemocněním prsu s nízkým věkem manželství. Tento jev se objevil pouze u jedné z participantek, která byla na své horní hranici stanoveného rizikového věku. a byl vyšší než uváděný průměrný věk 16 let.

6.2.2 Podkategorie: V době nemoci

V době nemoci všechny participantky, které žily v partnerství, očekávaly od partnerství pomoc, podporu. Pomocna spojována jednak s péčí o domácnost, ale také s péčí o svou osobu a to jak běžnou, tak nadstandardní, jejichž potřeba vyvstala z následků léčby, například pomoc s ošetřením ran nebo fyzickou podporu. O tom hovoří například Katka, která potřebovala podepírat, protože byla vlivem neustálého zvracení po chemoterapii velmi zesláblá. K tomuto dospěla také studie Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018), kteří popsali jako jednu z možností podpory partnera pomoc s domácností a péčí o vlastní osobu.

Participantky, které žily ve vztahu očekávaly toleranci v sexualitě, ve vztahu k sexu. To se u nich také splnilo a partneři jim vyšli vstříc. Další formy pomoci se týkaly přítomnosti a blízkosti a to jak emoční tak fyzické. Zde byla situace komplikovanější, protože participantky očekávaly, že partneři dokáží pochopit jaké jsou jejich aktuální potřeby. To lze vidět hlavně u Kateřiny, kde vznikla potřeba distancu, oddálení, která byla ale špatně komunikována a vedla k partnerské krizi v době nemoci.

6.2.3 Podkategorie: Současná očekávání od partnerství

Tato kategorie se týká pouze tří respondentů, které v současné době žijí v partnerském vztahu. Manželé od Marušky a od Marty jsou mrtví. Marušce manžel velmi chybí, jak ona říká: “ *a opravdu mně velice chybí. Cítím na každém kroku, jak moc mně chybí...* ”. Také Martě manžel schází, ale jejich vztah byl komplikovanější a proto ona sama neví, zda to není také trochu o zvyku, přece jen s ním prožila celý život a byla naučena, že

manželství je trvalé. Ani jedna dalšího partnera nehledají, nechtějí v současné době navázat další partnerství. Zbylé tři respondentky se v podstatě shodují na tom, co nyní od partnerství očekávají, dalo by se to shrnout takto: *“Žít v pohodě, spokojeně a klidně, nespěchat a užívat si života”*. Maruška k tomu řekla: *“Tak jako teď”*

Ani jedna z participantek neuvedla žádný materiální požadavek, nicméně v je v podstatě obsažen v tom spokojeně žít a užívat si života, protože nedostatek financí je stresovým faktorem lidského života.

Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že ženy po léčbě si uvědomují potřebu znovu objevit svůj život a získat zpět svůj sociální a rodinný kontext a přizpůsobit se tělesným a emocionálním změnám, které pramení z operací a jiných léčebných postupů, které podstoupily.

Loaring et al., (2015) a Keesing et al., (2016) uvádějí, že po léčbě nádorového onemocnění prsu jsou ve vztazích přítomny potíže s obnovením sexuální aktivity u pacientů i jejich partnerů. To se nepotvrdilo.

V našem vzorku se tedy nepotvrdila teze že duševní trauma navíc přetrvává i po vyléčení (Dienstbier, Stáhalová, 2012). Také se nepotvrdila teorie Tschuschkeho (2004), že u čtvrtiny pacientek, které přežily nádorové onemocnění prsu dochází k problémům v partnerství vlivem odlišného pohledu na svět vlivem prodělaného onemocnění.

6.2.4 Podkategorie: Popis proměn očekávání partnerství vlivem nemoci

Na začátku této kategorie je potřeba zopakovat, že žádná z participantek neměla v narativu očekávání od partnerství před nemocí vysloveně specifické požadavky či přání. Kateřina se těšila na blízkost partnera, který měl konečně začít pracovat blíže domu a trávit doma více času. Je tedy trochu ironií, že v době nemoci byla jeho blízkost pro ní často dvousečná, někdy jí nedokázala akceptovat a odháněla jej od sebe natolik, že zvažovali možnost rozvodu. Po léčbě se však situace upravila a v partnerství fungují dále. Nyní chce hlavně blízkost a klidný, spokojený život, takový, jaký má nyní. U Mirčiny partnera její nemoc ukázala jeho pečující stránku, která se před nemocí tolik neprojevovaly. U Marušky došlo k uvědomění si hodnoty vztahu, který má a jeho pevnosti, nyní by nic neměnila, je velmi spokojená.

Všechny participantky uvedly, že nyní ve vztahu očekávají více blízkosti, společného času, který často v minulosti vztahu nevěnovaly v návalu jiných povinností a práce. Marta, která je již vdovou má v podstatě od života stejná očekávání jako ženy, které žijí v partnerství, akorát s tím, že v jejich představách nefuguruje partner. Říká: *“Učím se žít*

v klidu, bez stresů. Dělam si život pro sebe, chci to umět a ještě toho využít, i když vím že mám už řadu let”

Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že pacientky s nádorovým onemocněním prsu kladou větší důraz na rodinu a manželství, a tyto vztahy považují za významné podpůrné systémy.

Pozitivní změny spojené s vývojem po nádorovém onemocnění označují Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) jako posttraumatický růst.

6.3 Kategorie: Prvotní přijetí diagnózy partnerem

V této kategorii se zabývá tím, jak reagovali partneři participantek na možnost, že by jejich partnerka mohla ohořet závažným onkologickým onemocněním a jaký byla jejich reakce na sdělení diagnózy a jejich prvotní očekávání. Tyto informace máme zprostředkovány od respondentů. Yoshimochi., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) ve své studii zdůrazňují zjištění diagnózy jako okamžik s markantním dopadem na život partnerů, který způsobuje emoční bolest a destabilizaci. Po počáteční destabilizaci partneři většinou dokáží reagovat a byli ochotni podporovat a motivovat partnerky v léčbě..

Manželé Marty a Marušky byli v té době již po smrti. Pro Marušku, které manžel zemřel v důsledku nádorového onemocnění bylo oznámení diagnózy velmi těžké: *“Já říkám doktorce, to nemůžete myslet vážně, však jsem nedávno pochovala mojeho, tož ještě já? Já mám rakovinu? Však co jsme kde udělali špatně? Oba jsme chytili rakovinu?”*

Zdánlivě nejlehčí situaci měl partner Mirky, který tušil, co jej čeká, protože mu Mirka často o své práci na onkologii vyprávěla. To je ale dvousečná zbraň, neboť nevědomost někdy pomáhá lidem zvládnout jinak vyhrocené situace. Mirka měla podezření od chvíle, kdy si nahmatala bulku, partnerovi o tom ihned řekla a ten byl velmi překvapen, ihned jí ráno vezl na vyšetření. Večer mu pak řekla, jak se věci mají: *“Čekala jsem na manžela, až se vrátí z práce a všechno jsem to na něho vyklopila. Jenže ten měl takový šok, byl snad více hotový než já.”*

Také Kateřina si nahmatala sama bulku, a rovněž jí partner odvezl na vyšetření. Situace těchto dvou respondentů plně odpovídá výzkumným závěrům Yuan, Zhang, Ji a He (2021) kteří uvedli, že život v partnerství je důležitý z hlediska časné diagnostiky onemocnění, protože partneři poskytovali podporu a motivaci ženám k návštěvě lékaře a vyšetření, a jsou také zárukou zajištění socioekonomického statusu ženy a zabezpečení jejích potřeb v případě pozitivní diagnostiky Ani ona si do poslední chvíle

nepřipouštěla, že by mohlo jít o nádorové onemocnění prsu, a to ani ve chvíli, kdy jí při punkci lékařka řekla, že je to skoro jisté. Narozdíl od Mirky byl ale manžel na vyšetření s ní, a ona o tom říká: *“Asi po hodině jsem z ordinace vylezla s usmrkaným nosem a uřvaná. Manžel na mě hleděl, jakože co je, co se stalo? A já na to, jakože mám rakovinu. Nechápal to. Seděli jsme před poliklinikou a oba brečeli. Nebylo co říct. Těšili jsme se na život spolu...a najednou jsme oba neměli co říct”*.

U Marty bylo onemocnění odhaleno na preventivním mamografu, na který šla, jak říká, se zvláštním pocitem. Její manžel byl v té době již mrtev. *“Po vyšetření mamografu mně lékař oznámil, že se mu něco nepozdává a odeslal mě ještě na vyšetření sono. To potvrdilo nádor. Nejdříve jsem se zalekla, cítila jsem něco zvláštního, nepopsatelného, takový ten pocit, který jste už jednou zažili, opakující se pocit.”*

U Marie a Marušky se nemoc projevila trochu komplikovanější a záhadně. Marie spojuje začátek své diagnózy s velkou chřipkou, po které si nahmatala v prsu bulku. Šla raději k lékaři, který jí dle jejího vyprávění ještě obvinil, že se má vyšetřit sama podle návodu v AVONU. Nakonec jí poslal na punkci. U Marušky je počátek nemoci spojen s podivnou nevolností, kterou zažila na kulturní akci, přičítala jí původně jídlu. Neměla příliš na nic chuť, doma pak trpěla žaludeční nevolností. Maruška popisuje také naprosté počáteční nepřijetí rizika: *“Vůbec jsem si tu možnost, že by to mohla být rakovina, vůbec jsem si nic takového nepřipouštěla.*

Reakce na nemoc byla tedy ve srovnání se zbytkem populace standardní - šok, poté negativní emoce, pláč, odmítání. Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) uvádějí, že muži, kteří se dozvěděli o diagnóze své partnerky mají obdobné emoce jako nemocný člen rodin, s tím, že častěji než nemocní pociťují naději.

Uvádějí, že ženy potřebují více podpory v období stanovení diagnózy, při chirurgickém řešení a při rekonvalescenci. (Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco, 2018), což se nepotvrdilo. Jako zátěž byly považovány všechny situace spjaté s diagnostikou a léčbou.

6.4 Kategorie: Akceptace a přijetí nemoci v dlouhodobějším horizontu

Dlouhodobá akceptace nemoci partnerem byla částečně popsána již v našich výsledcích o copingových strategiích ve vzorku. Najdete je v kategorii: Hodnocení vztahu respondentem po propuknutí nemoci a copingové strategie partnerů. Tato kategorie nás zajímá protože po opadnutí prvotní reakce, prvotního šoku a provozních informací

se život přece jen vrací do starých kolejí. Žije se mezi odběry krve, cykly ozařování, mezi chemoterapiemi. Často se nemocní a jejich rodiny snaží, aby byl co nejvíce podobný životu před onemocněním. Dlouhodobou akceptací nazýváme v této práci celkové zvládnání situace partnerem. V této části tedy nebudeme mluvit v termínech copingové terminologie ale pokusíme se přiblížit autentický pohled. Předpokládali jsme, že po prvotním šoku a přijetí či nepřijetí se může akceptace přijetí nemoci u partnerů proměňovat, například, že respodentky budou popisvat závažné epizody deprese partnerů. To se ale nestalo, předpokad se v tomto omezeném vzorku nepotvrdil.

Mírka říká, že pro dlouhodobou akceptaci nemoci u ní bylo důležité, že partner díky jejímu zaměstnání tak trochu věděl, do čeho jdou, protože mu o práci často vyprávěla. Byl k ní dlouhodobě podporující, využíval humor. Také se o nemoc a léčbu zajímal, sháněl informace. Podřídil své potřeby potřebám nemocné partnerky. Vyhledávání informací a získávání poradenství vnímají členové rodiny a partneři obvykle jako přínosné (Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco, 2018). K tomuto stanovisku dospěli také Slavíková, Čadková -Svejkovská, Maulenová, Aschermannová, Vaňková, Těšinová (2020), které zastávají postoj informovanosti rodiny a blízkých, aby se mohli připravovat na změny plynoucí ze změn zdravotního stavu. U Mirky potvrdilo tvrzení z výzkumu Kalvodová, Vorlíček. Adam, Svačina (2010), že bojovný duch pomáhá lepšímu zvládnání onemocnění.

Také Maruščin partner byl velmi obětavý, zde ale byla vyšší komplementarita mezi partnery, kdy Maruška byla více připravena pomoc přijmout, nedošlo k ní tak masivní depresivní fázi. Taktéž vznikly problémy v oblasti sexuality, ale narozdíl od vztahu Kateřiny byla komunikace otevřenější a více o tématu hovořili. To koresponduje s tvrzením Loaring et al., (2015) a Keesing et al., (2016) uvádějí, že po léčbě nádorového onemocnění prsu jsou ve vztazích přítomny potíže s obnovením sexuální aktivity u pacientek i jejich partnerů.

V hledání informací se druhý pol možnosti akceptace ukázal u Kateřiny, která s manželem raději žádné informace o nemoci nehledala a celkově se uzavřela. Kateřina se uzavřela dlouhodobě před celým světem, manžel to s ní měl dle jejích slov velmi složité, mluvilo se o rozvodu. Přesto se snažil jí ulevit co nejvíce to šlo, podpíral ji, když byla slabá, staal se jí její potřeby, domácnost, o děti. Z hlediska dlouhodobého byla hlavním pocitem samota. Kateřina se upnula na kočku, za své teritorium zvolila

ložnici. Partner tento stav, byť s těžkostmi akceptoval, a nechtěl partnerství zničit, ačkoliv Kateřina rozvod v období, kdy se necítila dobře, několikrát navrhovala.

Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) se ve své studii věnovali komunikaci partnerů, kteří pečují o onkologicky nemocného partnera a uvedli, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci. Naše omezení závěry tento výrok podporují.

Díky těmto popsáním skutečnost můžeme lépe chápat vyjádření Kayser, Watson, Andrade (2007), že nádorové onemocnění prsu je nemoc, která se formuje v kontextu vztahu a také studii Kayser a Acquati (2019), která poukazovala na onemocnění jednoho z partnerů jako na událost, která se děje dyádě, v které jedinci vzájemně ovlivňují svou míru úzkosti, a také výrok, že vysoké skóre spokojenosti s dyadickým zvládním může být indikátorem dobře fungujícího vztahu (Falconier et al., 2015).

Rovněž se potvrdilo výzkumné stanovisko Yoshimochi., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018), že ženy potřebují více podpory v období stanovení diagnózy, při chirurgickém řešení a při rekonvalescenci. Nepotvrdilo se naopak výzkumné stanovisko Carlson, Bultz, Specca, Pierre (2000) že pro pečujícího partnera je onemocnění větším stresem, nežli pro samotného pacienta, nicméně to může být dáno tím, že studie nepracuje s partnery, ale s výpověďmi pacientů o partnerství.

Kayser a Acquati (2019) uvádějí, že zasažení páru nádorovým onemocněním jednoho z partnerů nelze vnímat jako vyrovnávání se jedinců s událostí, ale že pár reaguje jako jednotka, ve které její členové vzájemně ovlivňují míru úzkosti. I to se v datech projevilo.

Předpokládali jsme, že po prvotním šoku a přijetí či nepřijetí se může akceptace přijetí nemoci u partnerů proměňovat, například, že respodentky budou popisvat závažné epizody deprese partnerů. To se ale nestalo, předpoklad se v tomto omezeném vzorku nepotvrdil. Žádná z participantek nevyužila k řešení své situace párovou terapii, vyskytuje se využití individuální psychologické a psychiatrické pomoci.

O oblasti sexuality se vyjadřovaly naše participantky velmi obecně, naznačovaly určité potíže spojené s především s léčbou či psychickými stavy způsobenými léčbou a strachem z onemocnění, téma však pokládaly za velmi citlivé a odpovědi byly více obecné. Proto nemůžeme potvrdit či vyvrátit u našeho vzorku stanoviska výzkumů zabývajících se sexualitou, které jsme uvedli výše.

6.5 Kategorie: Zapojení partnera do léčby

Tato kategorie shrnuje, jak participantky popsaly zapojení svých partnerů do léčby a léčebného procesu. Věnuje se dlouhodobému zapojení partnerů participantů. Léčba onkologického onemocnění může trvat celé roky, a zapojení partnerů může kolísat. Mění se například v závislosti na jejich vlastním zdravotním stavu, okolnostech v jejich zaměstnání, na vlastních potížích ale také v závislosti na tom, jaké výsledky očekávají. Nelze říci, že by existovala míra ideálního zapojení participanta do léčby. Ideální je totiž taková míra, která individuálně odpovídá možnostem partnera a potřebám partnerky.

U našich participantů se vyskytuje doprovázení k lékařům a na vyšetření (3 ze 3), u dalších dvou respondentů partner již nebyl naživu, ale jeho místo převzali blízcí příbuzní, nejčastěji děti, vnuci. S tím souvisela také funkce zajištění dopravy k lékařům, často i na delší vzdálenosti a v pravidelných intervalech.

Partneři také plnili informační funkci, zajišťovali informace o léčbě, o onemocnění obecně. Tuto funkci obvykle zastávali v počátku onemocnění a později byla utlumena, jedna z respondentů, Mírka, udává setrvání funkce po celou dobu nemoci jako velmi výrazného prvku partnerství v období nemoci léčby. Partneři zastávali rovněž komunikační funkci, někdy mezi nemocným participantem a okolím, či mezi nemocným participantem a lékařem. To je velmi důležité. V emočním stresu, který může pro člověka návštěva lékaře představovat se totiž mění vnímání informací.

Nepřímým zapojením partnerů je také převzetí starosti o péči o domácnost, děti a nemocného partnera dle jeho potřeb, například fyzická podpora při slabosti. Neméně důležitým zapojením partnera do léčby bylo zapojení emoční. Partneři sdíleli s nemocnými jejich starosti i radosti, úspěchy i neúspěchy v léčbě, a také stavy, které léčbu doprovázely, například depresivní symptomatologii. Další formou zapojení partnera bylo reagování na aktuální potřeby nemocného. To se objevilo u všech tří participantek, nejvíce pak u Kateřiny, která vypráví příhodu s Kolou: *"Jakmile jsem si v noci usmyslela, že mám chuť na kolu, sebral se, jel ji koupit, přesto, že ráno ve 4 vstával do práce."* Projevila se také potřeba lépe rozložit síly partnera mezi stávající pky tak jak to popisuje Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018), kteří uvádějí, že někteří partneři změnit zaměstnání, zatímco jiní přijali flexibilnější pracovní dobu.

Žádný z partnerů v našem malém výzkumném souboru se od léčby a zapojení nedistancoval ani léčbu nebagatelizoval. Také studie obvykle o této možnosti uspořádání vztahů nemluví, je to proto, že postoj distance může vést ke stigmatizaci partnera, který neposkytl potřebnou pomoc. O tom mluví v rizicích své studie například tým Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018).

Pokud byly ženy vdovami, přibíraly role partnerů obvykle jejich děti. Jedna z participantek říká: *“Později jsme zase řešily s dcerou paruku, vybrala jsem si moc pěknou...v xxxx. A myslím si, že byla super, slušela mně.”*

6.6 Kategorie: Silné emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci

Tuto kategorii jsme pro potřeby výzkumu rozčlenili na pozitivní a negativní emoční prožitky, přičemž pro hodnocení positivity a negativity prožitku byl hodnotícím kritériem narativ respondentů a celkový kontext v jakém informaci uvedli.

6.6.1 Podkategorie: Pozitivní emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci

Ačkoliv nemoc sama o sobě je celkově prožitkem negativním, zajímalo nás, zdali by se našel také nějaký prožitek, který by bylo možné klasifikovat jako pozitivní prožitek spojený s partnerstvím a nemocí.

Mírka popisuje jako pozitivní prožitek to, že se manžel ujal vedení a převzal odpovědnost za komunikaci s lékaři. Také ji doprovázel na terapie. Zapojil se také syn. Stejně tak Kateřina vnímala jako pozitivní prožitek blízkost, kterou cítila, když jí manžel na počátku vozil na vyšetření, ačkoliv tato blízkost se později, po potvrzení nemoci vytratila, což se u Mírky nestalo. Chvíli byl pozitivní prožitkem také pocit tajemství o nemoci, který měli. Bylo to sice smutné tajemství, ale z důvod dovolené chvíli tajili, že je Kateřina nemocná.

U Marušky se jako pozitivní emoční prožitek také objevila blízkost a podpora. Specifikuje také, že jí manžel podporoval tak, že když jí vypadaly vlivem léčby vlasy, říkal jí Křemítku, což už jí zůstalo a stalo se jakýmsi připomenutím toho, že jsou zde oba jen na krátký čas a mají si vážit jeden druhého, lidí kolem sebe a života.

Společným jevem je tedy u pozitivní vnímání komunikace a dialog, který vyjadřuje zájem partnera, tak jak uvádějí Yoshimo., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018)

Také ženy, jejichž manželé již byli mrtví udávali jako pozitivní blízkost rodinných členů, jejich podporu při převozu na vyšetření a řešení situace. Tyto prožitky rodinná pouta a vztahy utužily. Marie uvádí, že se synem společně kúpovala v obchodě vánoční stromeček po jedné z terapií - *“Cestou nazpět jsme se stavovali v marketech a nakupovali, vzpomínám si, některý ten rok jsme si koupily v Tecku vánoční stromek.”* Tuto vzpomínku vnímá jako hezkou, hřejivou, stromeček má stále doma a vždy si o vánocích na toto vzpomene.

6.6.2 Podkategorie: Negativní emoční prožitky spojené s partnerstvím v období nemoci

V této kategorii jsme se zaměřili na okamžiky, které participantky prožily v období diagnostiky onemocnění, byly spojeny s partnerským vztahem, a byly vnímány jako silně negativní. Tyto zážitky nemusely být spojeny pouze s léčbou, jejími dopady, ale celkově s partnerským vztahem jako takovým. V původním předpokladům při stanovení výzkumných otázek a při tvorbě této kategorie jsme předpokládali výskyt takových jevů jako zvýšená konzumace alkoholu u partnera, nevěra, častější spory a hádky, vynucování intimních aktivit, emoční odcizení, partnerská odluka, neochota partnera zapojit se do léčby, obviňování.

Žádný z těchto předpokladů v našem výzkumu naplněn nebyl, nebo o něm alespoň participantky nereferovaly. O možnosti nereferenční participantek o těchto jevech víme, nicméně není možnost jak tyto informace v jejich narativu odhalit. Dvě ženy v době nemoci partnera neměly. Marie o žádných negativních emočních prožitcích spojených s partnerstvím vůbec nereferovala.

V této kategorii je tedy relevantní pouze výpověď Kateřiny. Zde začínají obtížné momenty již od počátku, nejdříve se sdělení diagnózy: *“ Nejhorší bylo to říct dětem. Bylo jim 10 a 11 let.”* Kateřina velmi otevřeně hovořila o tom, že se v nemoci stáhla do sebe, a partnerovi nedávala žádné signály o tom, jaký je její stav, co potřebuje nebo nepotřebuje. Je ovšem dost dobře možné, že sama ani nevěděla, co by mohlo pomoci, prostě se jen snažila nějak situaci přečkat dokud se neukáže, jakým směrem se to vyvine. Takovou reakci bychom mohli nazvat ustrnutím. Situace trvala dlouho a došlo

také na možnost rozvodu, kterou ale partner odmítl. Kateřina a její partner se oba cítili sami, nedokázali sdílet svůj prožitek nemoci tak jako ostatní páry ve výzkumu. Kateřina se tedy od partnera distancovala emočně (nekomunikace) i fyzicky (strach z kontaktu, doteků, hlazení).

Oproti původní předpokladům se v kategorii negativní emoční prožitky neobjevily žádné sociálně patologické jevy na straně partnera jako copingová strategie (alkohol, hazardní hry, nevěra) ke zvládnání stresu z nemoci partnerky o negativních prožitcích v období partnerství referovala pouze jedna respondentka, a ta vnímala ředejším problém u sebe - je to ta respondentka, která trpěla silnou depresivní symptomatologií.

6.7 Kategorie: Pomoc v partnerství v době nemoci

Tato kategorie má dvě podkategorie. V první podkategorii se budeme věnovat formám pomoci, které participantky vnímaly od svých partnerů. V druhé podkategorii pak budou popsány formy, které participantka chyběla a které by v době nemoci označily za užitečné. Pro přehlednost porovnání je přiložena tabulka.

6.7.1 Podkategorie: Formy vnímané partnerské pomoci v době nemoci

Formy vnímané partnerské pomoci v době onemocnění jsou stěžejní, protože se podepisovaly na celkovém narativu a vnímání vztahu partnerem. Partnerská pomoc v tomto období může nabývat různých období. Navíc každý z partnerů má jiná očekávání, které je potřeba v partnerské dyádě komunikovat. Tato očekávání se navíc mění v průběhu léčby. Proto se může stát, že to co jedna participantka mohla vnímat jako formu partnerské pomoci mohlo být pro jinou obtěžující nebo to ona sama mohla v jiné etapě své léčby vnímat jako obtěžující. Pomoc a její forma jsou vždy předmětem komunikace. Pokud byla v partnerství již před onemocněním nastolena otevřená komunikace, byla větší pravděpodobnost, že komunikační styl bude pokračovat i po onemocnění, jakmile se pár a rodina na situaci adaptují. Naopak maladaptivní komunikační strategie prohlubovaly partnerské problémy v tomto období.

Mirčin partner přistoupil k celé situaci stejně jako ona, jejich copingové strategie se shodovaly. Občasně spolu o nemoci vtípkovali, partner jí povzbuzoval, že společně všechno zvládnou. Mirka popisuje situaci, kdy došlo k “prasknutí ozařované rány”. Manžel jí prso převázal a ráno ji odvezl k lékaři. Mirka také říká: “*Celou dobu nemoci za mě manžel vlastně dělal mluvčího*”. To je z mého pohledu velmi důležité. Někteří pacienti nedokáží vyjádřit své pocity, potřeby před lékaři, lékař je stále autoritou, které

se nevzdoruje, dialog mezi lékařem a pacientem není v českých nemocnicích zdaleka ještě normou. Přítomnost blízké osoby může nemocným pomoci o svých potížích blíže komunikovat. Pro pacienta je navíc léčba vysilující, může mít také strach, že při přílišné aktivitě, otázkách, se mu nedostane adekvátní péče, paternalistický vztah lékaře k pacientovi stále přetrvává. Manžel Mirce také pomáhal hledat informace o léčbě, onemocnění a předával jí některé informace.

Kateřina popisuje, že manžel s ní šel jako doprovod na sono, kde jí byla sdělena diagnóza a také ji doprovázel k lékařům a vozil na vyšetření. Narozdíl od Mirky se rozhodli na internetu nic nehledat. Manžel jí dále poskytoval fyzickou podporu při nevolnostech, Kateřina nebyla schopná kvůli zvracení a nechutenství samostatně. Snažil se jí zpříjemnit léčbu a plnit potřeby: *“Můj muž pro mě udělal všechno. Jakmile jsem si v noci usmyslela, že mám chut' na kolu, sebral se, jel ji koupit, přesto, že ráno ve 4 vstával do práce. Byl zkrátka skvělý”*.

Maruščin partner byl pro Marušku největší oporou. Ona sama říká *“nebýt jeho, nezvládla bych to, nikdy bych to nedala. Bez manžela vůbec nic.”*. Protože jí vypadaly vlasy, říkal jí Křemítku, to už zůstalo, Marušce seto líbí. Kromě toho jí v době léčby vozil každý den desítky kilometrů tam a zpět, protože by jinak musela být hospitalizována – sama by kvůli slabosti cesty nedořídila a cesta hromadnými prostředky byla riziková kvůli snížení imunity vlivem léčby. Nisa, Rizvi (2016) zdůrazňují roli emocionální podpory ve vztahu nemocného a partnera.

Participantky také popisovaly pomoc v domácnosti. Narozdíl od výzkumu Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a Panobianco (2018) se neobjevovaly negativní komentáře k iniciativám partnera v péči o domácnost.

6.7.2 Podkategorie: Popisované formy chybějící partnerské pomoci v době nemoci

V kategorii chybějící formy pomoci jsme se zaměřili na to, co participantky udávaly, že jim ve vztazích v době nemoci chybělo a co by vnímaly jako podpůrné. Tato kategorie se týkala pouze 3 participantek, které v době onemocnění žily v partnerství, manželé Marty a Marie již byli mrtví. Z našeho výzkumu vyplývá, že hůře byla nemoc snášena participantkami s aktuální vztahovou zátěží než těmi, které měly vztahovou zátěž pouze v anamnéze.

Mirka a Maruška nezmiňují nic, co by jim od partnerů v době nemoci chybělo. Celý jejich narativ během rozhovoru vyzníval tak, že manželovu péči vnímali jako maximální

možnou. To pozitivně koleruje s výzkumem Friedrichs, Oellerichová, (2017), který uvádí, že nemoc může za určitých okolností partnerský vztah prohloubit, posílit, dát mu nový rozměr a nový smysl.

U Kateřiny byla situace jiná, v době nemoci docházelo k tak vážným neshodám, že na se ve vztahu mluvilo o možnosti rozvodu. Kateřina to přičítá nemoci a léčbě, kterou velmi špatně nesla - uzavřela se do sebe, nechtěla s manželem vůbec komunikovat, uzavírala se v ložnici s kočkou, vnější svět jí nezajímal. Pro manžela bylo zcela nemožné jí s této situace vyprostit. Na tomto místě musíme ale říci, že Kateřinino jednání je jedním z možných obranných mechanismů - stažení se ze světa snižuje množství vydané energie, která je potřebná na léčbu. Dalším důvodem může být jakási nevědomá, předčasná příprava na opuštění světa, která probíhá již za léčby. Znamky chování Kateřiny jeví depresivní symptomatologii, která je u onkologické léčby běžná, i Kubler Rossová popisuje depresivní epizodu během jejího pěti fázového modelu.

Formy vnímané pomoci	Formy chybějící pomoci
snaha o rozptýlení a vtipy doprovod k lékařům pomoc v domácnosti pomoc v osobní péči péče o děti komunikace s lékaři přeprava k lékařům sledování zdravotního stavu pomoc s ošetřením v domácím prostředí pocit opory emoční podpora pomoc s hledáním informací o léčbě a nemoci fyzická podpora v nevolnosti snaha o naplnění	blízkost psychologická podpora pochopení pro neochotu komunikovat lepší uchopení depresivní symptomatologie

Tabulka č. 3: Formy vnímané a chybějící pomoci vyjadřované respondenty

6.8 Kategorie: Teorie respondentů o vlivu vztahových (partnerských) faktorů na vznik onemocnění

Závězné onkologické onemocněné často donutí člověka přemýšlet o příčinách jeho stavu. Snad většina lidí si klade otázku: “Proč právě já? Co vedlo k tomu že jsem

nemocný?”, často doplněnou i o hodnotící soudy jako “Přece jsem neudělal nic špatně, vedl jsem normální život tak jako můj soused, a ten je zdrav.”.

Všechny participantky pojmenovaly po léčbě vyšší vliv existenciálních faktorů na svůj život a partnerství. Zajímavé také je, že z hlediska životní anamnézy v této skupině participantek převládaly stresové negativní faktory na straně primární rodiny, nikoliv sekundární. Část participantek tedy měla společné obtíže ve vztazích v dětství a dospívání. Z hlediska škály stresových událostí, která byla využita u žádné z participantek nebyla dle bodové škály enormní zátěž, pouze nadlimitní.

Tato kategorie právě tyto úvahy o příčinách nemoci respondentu uvádí, analyzuje a porovnává. Hledá také společné kořeny těchto úvah především z hlediska partnerských vztahů, které v životě respondenti zažili - ať již vlastního, či osob, které je ovlivnily, například rodičů, prarodičů. Jedná se vlastně o hledání vztahové etiologie.

U Marty, Mirky, Marie byly stresové faktory více na straně primární rodiny či minulého nežli aktuálního partnerství či situace

Mirka se nedomnívá, že by na vznik a rozvoj jejího onemocnění měl partnerský vztah a jeho okolnosti jakýkoliv vliv. Partnerství popisuje jako pohodové, láskyplné.

Jako o jednom ze stresorů, který zažívala, mluví o opožděném vývoji své syna. Stres je spojen s primární rodinou a bývalou prací na onkologické JIP, kde však nebyly faktory vztahové nýbrž sítací (vysoký výkon, nenadálé situace, pacienti v náročných stavech). O náročnosti pracovního nasazení vypovídá i to, co sdělila během rozhovoru: “*Každou směnu jsem do práce chodila se sevřeným žaludkem, dokonce se mně i stávalo, že jsem zvracela*”. V práci zůstávala i když jí ničila a to především kvůli dobrému kolektivu, který vnímala jako druhou rodinu. Dále mluví také o tom, proč si myslí, že onemocněla: “*Troufám si říct, že to všechno co následovalo potom, je jen důsledek mého neuváženého jednání, zbytečného přepínání se..k tomu permanentní stres, problémy s matkou, nadměrné množství práce, plno přesčasových hodin, zdravotní problémy, které se projevovaly bolestí zad a ještě studium ...to všechno mě zatížilo takovým způsobem..proto jsem dopadla tak, jak jsem dopadla.*”.

Dalším významným faktorem byl vyhrocený vztah s matkou: “*A k tomu všemu, k takové těžké práci se ještě přidala moje šílená matka. Neuměla nic lepšího než jen vyčítat. Všechno jsem dělala špatně, o klucích se vyjadřovala jako o nevychovaných spratcích a pak by je zase láskou snědla. Byla nevyzpytatelná, u ní člověk nikdy nevěděl, co zase vystřihne. Čím více jí přibývalo let, zdálo se, že se totálně pomátla na rozum.*”.

Občas mne zastavila na vesnici a sprostě mně vynadala. Děsně jsem se styděla. Nejhorší ale bylo, jak jsem to špatně nesla. Div jsem se ze všeho nezhroutila. Když mně napsala poslední, odporný dopis s tím, že přemýšlí nad tím, jak by se nás zbavila, už jsem to neustála a ukončila s ní veškeré styky. Přestala pro mě existovat. Myslím si, že celá tato aférka mně velice podlomila zdraví. Přesto že jsem ji odstříhla, teda aspoň jsem se snažila, bylo to všechno pořád ve mně.”

U Marty byla situace vysoce komplexní a působilo velmi mnoho faktorů (raný věk začátku pracovní kariéry, těžká práce, útěk z domova, stresy spojené s obživou v mladém věku, opuštění primární rodiny za těžkých okolností, večerní studium při práci, obtížný vztah s manželem a jeho matkou, alkoholismus manžela, fyzické i psychické násilí ve vztahu ze strany manžela i tchyně, sexuální násilí, nemoci dětí, závažná nemoc syna, péče o tchýni v době nemoc a nakonec nemoc manžela.). O jejím velmi těžkém údělu mluví velmi otevřeně: *“Když mně bylo 15 let, po ukončení základní školy, musela jsem pracovat, tatínek mně našel práci tady ve vesnici na pile. Ta práce byla těžká, pro takové dítě velice namáhavá. Vůbec nechápu, jak mohli rodiče něco takového dopustit.”*

Marie ztratila v krátké době oba rodiče. Péči o sebe kvůli péči o rodiče, se kterou jí sourozenci moc nepomáhali, zanedbávala, nedocházela na prohlídky. Pečovala také o svého manžela s nádorovým onemocněním, kterým mu nedlouho před diagnostikou nemoci ní, podlehl. Také vztahy s bratrem byly napjaté, protože měl a má hodně půjček, rodina jeho situaci musela řešit. Popisuje svou situaci v té době těmito slovy: *“Manžel měl moje rodiče velice rád. Když pak zemřeli, nesl to velice těžce. Ono se to tak všechno semlelo, rodiče odešli krátce po sobě a do roka po jejich smrti odešel i můj manžel. Pro mě to byla veliká rána, ztratil se totiž do roka od zjištění té nemoci. Měl rakovinu v krku. To bylo moc náročné, vlastně mně zemřeli během 2 let tři blízké osoby. Časem se asi všechny stresy, ta úmrtí se nahromadila a nakonec jsem onemocněla i já.”* Niebauer, Fry, Auster-Gussman & Helané Wahbeh (2021) uváděli, že většina participantek, které trpěly nádorovým onemocněním prsu uváděly stresující nebo traumatizující události v dětství.

Kateřina mluví o tom, že před onemocněním bývala doma často sama s dětmi, protože manželova práce byla hodně spojená s cestováním. Mohla edy mít pocit, že je od manžela odloučená, oddělení, péče o děti ležela na ní, stejně jako o domácnost, ačkoliv

jí pomáhali rodiče . Kateřina však měla vidinu změny, bylo učeno datum, kdy muž změni práci a bude již s rodinou více bývat doma.

U poslední z respondentů, Marušky, byla situace z hlediska vztahových faktorů v primární i sekundární rodině velmi obtížná. Matka byla velmi manipulativní, nejdříve jí s manželem seznámila, ale poté do manželství zasahovala tak, až se rozpadlo. Když si Maruška našla přítele, málem je také rozeštvála.

Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) uvedli, že Reverzní teorie nemoci popisuje subjektivní zkušenost s pochopením příznaků a jejich výkladů. Znamená to, že pacienty zpětně popisují faktory, které dle jejich názoru vedly k rozvoji onemocnění. V tabulce vidíme faktory, které respondentky pojmenovaly.

Na straně primární rodiny	útěk z domova, stresy spojené s obživou v raném věku, ztráta blízkých příbuzných, manipulativní rodiče, výhrůžky, stres chladné vztahy s rodiči, autoritativní výchova
Na straně partnerství	alkoholismus partnera, rodiče partnerů zasahující do vztahu, násilí fyzické, násilí psychické, násilí sexuální
Na straně sekundární rodiny	opožděný vývoj syna a nemoci dětí, péče o nemocné rodinné příslušníky, nepřijetí rodinou partnera, pocity osamocení, odloučení od partnera
Na straně prostředí	stresující práce, raný počátek pracovní kariéry, večerní studium při práci, zanedbání prevence, nedostatek spánku
Na straně osobnosti respondent	perfekcionalismus, neochota nebo neschopnost požádat o pomoc, pečující osobnost

Tabulka č.4.: Pojmenované rizikové faktory z hlediska participantek

Kayser, Watson, Andrade (2007) uvádějí, že nádorové onemocnění prsu je nemoc, která se formuje v kontextu vztahu. Tato kategorie prezentovala právě tento postoj, se kterým souhlasíme. Kwillomo (2014) uvádí, že většina studií zvládání zátěže u nádorových onemocnění je založena na modelu hodnocení stresu a zvládání stresu. Ve studii zaměřené na osobní chápání příčin rozvoje nádorových onemocnění ženami uvedlo 58,1% respondentů jako hlavní příčinou stres (Panjari, Davis, Fradkin a Bell, 2012). Niebauer, Fry, Auster-Gussman & Helané Wahbeh (2021) uvádějí, že participant

identifikovali vztah mezi fyzickým onemocněním a emočním stresem. Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) popisují stres způsobený vztahovými potížemi jako významný determinant vzniku nádorových onemocnění.

Kalvodová (2010) uvádí, že od 60. let 20. století patřila mezi jednu z hlavních teorií existence typu osobnosti a dispozic, které jsou náchylnější ke vzniku konkrétního onemocnění, či dokonce osobnosti jako predispozičního faktoru. Uvádí, že nejčastějšími projevy predisponované osobnosti jsou lidé úzkostní, smutní, uzavření, nedostatečně sdílející své emoce, spolehliví, zvyklí na zátěž. Také tyto faktory se, jak můžeme vidět v tabulce, ve vzorku vyskytly ve větší míře.

6.9 Kategorie: Celkový narativ respondentů o partnerství

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie. Narativ o partnerství v době onemocnění a celkový narativ o partnerství. Carter (1993) analyzoval každodenní žitou realitu a zkušenost 25 žen ve věkovém rozmezí 40 až 78 let, které přežily rakovinu prsu. Došel k poznání, že pacient potřebuje stanovovat klíčové okamžiky, ve kterých sledují a hodnotí svou dráhu nemoci a interpretují svou diagnózu aby jí mohli lépe pochopit, smířit se s ní.

6.9.1 Podkategorie: Narativ respondentů o partnerství v době nemoci

Tato kategorie se týká pouze Kateřiny, Marie a Mirky, dvě již byly vdovami. Nepovažujeme za relevantní srovnávat podporu širší rodiny s partnerkou podporou, protože partnerství má v životě člověka nezastupitelnou roli. Podpora širší rodiny je popsána v ostatních kategoriích, zde se proto zaměříme na tři případy, které v naší studii žily v době sběru dat v partnerském vztahu. Maruška pro změnu mluví více o podpoře od syna a dcery.

Mirčin a Maruščin narativy jsou jednoduché. Partneři jim byli velkou podporou, pomáhali jim se se situací vyrovnat, podporovali je v léčbě. Kooperovali, dokázali své vnímání vyladit na stejnou úroveň, dobře sdělovat své potřeby a naplňovat je tak, že nedocházelo k partnerským rozporům. Mariin manžel byl v době její léčby mrtvý, stejně jako Mariin.

Nejsložitější byla situace u Kateřiny, která kromě nemoci bojovala ještě se silnými depresemi spojenými s léčbou. Kateřina trpěla velmi těžkými psychickými stavy, uzavřela se do sebe, nechtěla s nikým, ani s manželem komunikovat. Její narativ nese

známku obtížnosti, dusivého tiha, jejího uzavření a strachu manžela, který netušil, co se s Kateřinou děje. Kateřina k tomu dodává: *“ Můj manžel dodržel jednu jedinou věc . Když jsme brali, slíbil, že bude se mnou. Ve zdraví, to byl. V bohatství, to bylo taky, když jezdil do zahraničí. Mohli jsme si zajet na víkend, do hotelu, na dovolenou, každý rok k moři. A pak také se mnou byl v chudobě, a v nemoci také se mnou zůstal. Já říkám, že mám manžela, který to co slíbil, také opravdu dodržel. Nevěděl, co má dělat, co bude. Veškerá pozornost se soustředila jenom na mě a na něj se úplně zapomnělo.”*. Kateřina ve svém narativu partnerství v době nemoci celou situaci svádí na svá bedra.

Vidíme zde tedy dvě rozdílné narativní perspektivy. V první perspektivě je partner v podstatě kladnou bytostí, světce, osobou, která opomíjí v příběhu své potřeby, aby pomohla ženě v boji s nemocí. Je stanoven do role strážce pohody, pečovatele. Kateřinin narativ je realističtější, možná tím, že Kateřina trpěla velmi těžkými psychickými stavy. Její narativ o partnerství v době nemoci sebou nese také tíhu, kterou zažíval partner, těžkosti spojené s léčbou, které na něj dopadaly.

6.9.2 Podkategorie: Narativ respondentů o životě a partnerství

V této podkategorii můžeme vidět vždy jméno participantky, které je spojeno s pojmenováním příběhu a náš komentář. Poprosili jsme participantky, zda by bylo možné, aby zkusily shrnout svůj příběh, který nám vyprávěly do jedné věty, která by byla výstižnou charakteristikou jejich života. Poté jsme sepsali krátce jejich příběh. Je to takovou tečkou za kategoriemi, které jsme uváděli, aby byla vidět komplexnost jednotlivých případů.

Marta: *“Život plný nemocí a zvrátů, to je můj osud.”*
Marta vyrůstala na Valašsku se čtyřmi sourozenci, se kterými měla hezké vztahy. Do dokončení základní školy v 15 letech musela jít pracovat, otec jí sehnal práci na pile, která byla velmi namáhavá. Nelíbila se jí, chtěla studovat. V té době také měla přítele, ale nevnímala to jaké velkou lásku. V 17 letech utekla z domova a odešla do Čech. Impulsem k tomuto jednání byla hádka s partnerem. Chtěla sebou vzít svojí sestru ale ta se bála, jak by si na nový život zvykla a navíc měla na Valašsku přítele. Odešla do Pardubic a začala pracovat jako uklízečka v nemocnici. Poté se přihlásila na večerní studium zdravotní školy v Praze, práce v nemocnici se jí líbila a chtěla být zdravotní sestra. Poté nastoupila do nemocnice, kde se seznámila s manželem. Opět to nebyla velká láska a on nebyl milující manžel. Koupili si domek, narodily se jim dvě děti.

Manžel byl neurvalý, agresivní, občas jí bil. Marta neměla kam utéct ani komu se svěřit. Ani její tchýně se k ní nechvala hezky. Manžel trva na tom, že musí hodně pracovat, neulevil jí ani v těhotenství. Poté se musela začít ještě starat o tchýni, která onemocněla, za péči se však nedostala žádného vděku. Poté otěhotněla, šla na interrupci, protože další dítě by už nezvládla a ani jej s manželem mít nechtěla. Poté onemocněl její syn, měl nezhoubný nádor na mozku. Vlivem toho se se snachou rozvedl, je velmi výbušný. Synovi zůstaly v péči děti, Marta pomáhla s jejich výchovu a aby jim finančně pomohla, začala vypomáhat v jedné ordinaci. Poté našli manželovi rakovinu prostaty. Pečovala o něj až do konce. Během léčby se choval velmi obtížně - opijel se, zamykal se, snažil se zapálit dům. Poté manžel zemřel. Poté měla Marta konečně po letech klidné období, které netrvalo dlouho. Brzy jí byla sdělena diagnóza nádorového onemocnění prsu, s tím že vše se zachytilo včas a nebude potřeba chemoterapie. Jako nejhorší vzpomínku s té doby popisuje punkci. V té době jí pomáhaly snachy od synů a vnučka. Nechala si napsat antidepresiva. Ty používá dodnes. Snaží se užívat si života, dělat věci pro sebe, sbírá byliny, schází se s kamarády, tráví čas s rodinou. U této participantky lze také dobře demonstrovat teorii alternativnějšího proudu, která tvrdí, že riziko nádorového bujení prsů je u žen, které nejsou schopny říct ne požadavkům okolí (Hay, 2000).

Maruška: “Vážím si teď více sama sebe a svého zdraví, prostě se teď víc opatrují!” Maruška dlouhé roky pracovala v nemocnici jako sanitářka. V té době pociťovala velkou zátěž, staral se o děti, o dům. Musela do práce daleko dojíždět a mnohdy se vůbec nevyspala. Mnoho lidí jí říkalo, že když jí to tak ničí, ať si najde jinou práci, ale ona nechtěla. Měla pocit, že bez ní by to nešlo. První větší starost přišla se smrtí matky, o kterou se předtím rodina 5 let starala. Poté onemocněl otec. Následně jí do roka od rodičů zemřel také manžel, měl nádorové onemocnění. Měla také potíže s bratrem, který měl velké dluhy, které nesplácel. Maruška říká, že roky nechodila na preventivní prohlídky, protože bylo mnoho starostí. Poprvé se její nemoc pojevila na jedné oslavě, kde se cítila špatně, nebyla ve své kůži a trápily jí žaludeční potíže. V našem rozhovoru mluvila o prvních příznacích tak to: *“Abych se ještě vrátila na začátek mojí nemoci. Ta se vlastně poprvé projevila tak, že když jsme byli tehdy v kulturáku na nějaké oslavě, bylo tam velké pohoštění, chlebičky, zákusky. A mně už nic nejelo, byla jsem nějaká divná. Chtěla jsem jít dříve domů, nemohla jsem na té oslavě usedět, prostě jsem se necítila dobře. Po příchodu domů, jsem zvracela a zvracela.”*. Vůbec si počátku

nepřipouštěla, že by mohla mít nádorové onemocnění. Nejdříve docházela na chemoterapie, poté na biologickou léčbu. Biologickou léčbu snášela lépe než terapie, ale cítila se velmi slabá. Celkem na ní docházela 6 let. Vzpomíná, že jí vozil syn a vždy se stavovali po cestě v obchodech. S dcerou zase vybírala paruky. Nyní je její onemocnění v remisi. Vlasy jí narostly zpět a říká, že jsou nejhezčí za celý její život. Maruška říká, že neumí vůbec odpočívat, ale snaží se.

Kateřina: “Manžel je nejúžasnější člověk na světě.”
V rodině Kateřiny se objevilo nádorové onemocnění prsu u její maminky. Proto se sestrami diskutovali o možnosti podstoupit genetické vyšetření, ale nakonec s toho sešlo. Chodila pravidelně na preventivní kontroly a také na sono. Na rok kdy onemocněla se paradoxně hodně těšila, protože manžel měl změnit práci a měl již s ní pobývat doma, do té doby bydlela se syny a svou maminkou. Nahmatala si bulku, ale na vyšetření nešla hned, chtěla si ještě užít dovolenou, která se nakonec mimořádně vydařila. Poté podstoupila punkci, výsledek byl pozitivní. Rodině se rozhodli to z počátku neříct. Kateřina se hodn uzavřela do sebe. Raději nechtěla o nádorech nic slyšet, nic předem nečetla nestudovala. Chemoterapii snášela těžce, stavy popisuje jako podobné kocovině, cítila se také velmi slabá. Během léčby se uzavřela, s manželem nekomunikovala vztah prochází velkou krizí, mluvilo se i o rozvodu. To trvalo asi dva roky. Podstoupila mastektomii, to nesla velmi těžce. Podepsalo se to také na vztahu. Dva roky dojížděla na léčbu, byla emočně velmi nestabilní, vztah procházel velkou zkouškou. Poté začali vztah budovat od počátku. Velmi pomohla reoperace, při které byly vytvořeny nová prsa, to jejímu sebevědomí trochu pomohlo, ač se jí nelíbí. S manželem se nyní snaží žít, utužovat vztah a spravovat, co se pokazilo.

Marie: “Vždycky může být ještě hůře.”
Marii je 53 let, pochází ze tří dětí. Z bratrem měla v dětství krásný vztah, hodně se o ní staral. Dětství popisuje rozporuplně, na jednu stranu idyla, hodně bývala s babičkou a chodily do přírody. Měla ale problémy s matkou, která byla hodně panovačná, doma se hodně dbalo na disciplínu ale nebylo tak moc citových projevů. Iaví byla práce. V 15 letech do základní škole šla pracovat, v 17 letech práci změnila. V té práci jí matka seznámila s jejím budoucím a dnes minulým názelem. V 19 se vdávala, vše organizovala matka, která se pak do vztahu hodně pletla. Ve 21 letech se jí narodila dcera. Ta měla velké zdravotní potíže, často s ní Marie musela do nemocnice. S toho začaly její potíže se žlučníkem. Ve 27 letech podstoupit punkci jater s nejasným

nálezem. V té době se také rozvedla. V té době byl její život jen práce. Našla si dalšího muže, ale matka jej neschvalovala. Měla s ním další dítě, ale on jí už od těhotenství ubližoval, byl agresivní, nevyrovnaný. Dítě se narodilo nemocné, ona se s mužem rozešla. Dcera musela být dva měsíce v nemocnici, ale v půl roce vše dohnal. Do té doby o ní mužova rodina zájem neměla, až poté, nemocné dítě nechtěli. Po 4 letech kolotoče zkolabovala. V té době se cítila velmi osamocená. Poté potkala dalšího muže, nynějšího manžela. Matka se opět pokusila vztah rozházet, nepodařilo se jí to. Prostřední dcera se nechala babičkou ovlivnit a od matky se odstěhovala. Jinak ale bylo soužití velmi hezké a konečně si užívat života. Velkým zlomem byla chřipka, po které si nahmatala bulku v prsu. Lékař tomu nevěnoval pozornost, al jí to bolelo více. Setkala se s velmi nepříjemným chodáním sestry,ale nakonec jí odeslali na mamograf a s tama na punkci. Nález byl pozitivní. Nejmladší dcera tehdy chodila na 1 stupeň ZŠ. Poté šla Marie na operaci a na chemoterapie, které měly výrazné vedlejší účinky. Těžce nesla ztrátu vlasů. Po osmi měsících chemoterapie přišlo na řadu 35 ozařování, přítel jí vozil. Poté následovala ještě operace vaječníků. V roce 2012 si přítele vzala.

Mirka: “Vzala jsem život do svých rukou, ale úplně jinak”

Mirka si o dětství myslí, že nebylo ničím výjimečné. Má jednoho bratra, vztahy s ním nikdy nebyly příliš vřelé, nestýkají se. S matkou rovněž vztah neměla, vždycky upřednostnila bratra před ní. Od mala si přála být zdravotní sestrou, dobře se učila. Vzpomíná si také že vždy byla trémistka a těžce snášela stres. Po základní škole šla studovat obor porodní asistentka. Studium jí bavilo. Poté začala pracovat ve zlínské porodnici, kde byl výborný kolektiv. Tam potkala také svého manžela, i když se znali od základní školy. Petr se jí moc líbil, byl a je veselá povaha. Rodičům se ale nezamlouval, nazývali jej povalečem. Později se jim narodil syn, pak druhý. Druhý syn byl lehce opožděný z důvodu obtížného porodu, musela mu věnovat hodně péče. Po mateřské dovolené nastoupila jako sestra do gynekologické ambulance, ale tato práce byla finančně málo ohodnocená, proto časem začala pracovat jako asistentka pedagoga. Tato práce jí velmi stresovala a nakonec odešla. Proto se vrátila do nemocnice do směnného provozu, na onkologickou JIP. Práce jí opět velmi stresovala,ale nechtěla se jí na nic vidět. Vzpomíná na akutní zásahy, které byly těžké. Trpěla migrénami, bolestmi, ale kolegyně byly skvělé. Do toho všeho jístresovala také její matka, která neustále kritizovala celý její život, nakonec s ní ukončila všechny kontakty. V té době se také rozhodla, že dokončí specializaci ARO JIP. Studium bylo náročné. V té době mívala

často velké bolesti v zádech. V roce 2017 šla na sono prsou, výsledky v pořádku. Bulku si o půl roku později nahmatala sama. Hned ráno pak ve své práci si nechala vyšetřit. Byla stanovena diagnóza karcinomu prsu. Při léčbě jí velmi podporoval manžel i syn, sháněl všechny možné informace, pečovali o ní. Nejdříve docházela na chemoterapie co tři týdny. Snášela je velmi špatně. Poté začalo ozařování, které také mělo velké vedlejší účinky. Manžel jí prso převazoval, vozil jí na kontroly. Matka celou dobu o její nemoci nevěděla, ale když to zjistila, postavila se k tomu tak, že Mírka rozhodla s ní do konce života nepromluvit. Po léčbě požádala o invalidní důchod, protože léčba zanechala velké následky. Po ukončení léčby začala opět pracovat v ambulanci, ale i to jí unavovalo. Nyní má invalidní důchod a částečně vypomáhá v jedné firmě, do zdravotnictví se již nikdy nechce vrátit. Snaží se trávit svůj čas co nejpříjemněji, naučila se péct, věnuje se ručním pracem.

Diskuze

7.1 Výzkumné závěry

Po rozboru příběhů, analýze jednotlivých životních příběhů respondentů, jejich srovnání, určení společných a rozdílných faktorů příběhu, prezentaci závěrů a jejich srovnání s dosavadními výzkumy přichází čas odpovědí na stanovené výzkumné otázky, které si tato práce kladla a na nichž byla postavena.

7.1.1 Výzkumná otázka: Jak hodnotily participantky svůj vztah a partnera v době před propuknutím nemoci? Jak poté?

Výchozí pozice participantů v oblasti partnerských vztahů, jak už jsme uvedli, byla značně heterogenní - dvě z participantek hovořily o vyrovnaných, klidných a šťastných partnerstvích, dvě o předchozích turbulentních vztazích a s nimi vzniklých potíží a dopadech na jejich život. Vztah jedné participantky byl mezi těmito dvěma póly, a spokojený, ale s ne tak idealizovaným narativem,. Srovnávat vztahy před a po léčbě navíc můžeme pouze u tří participantek, protože dvě byly v době, kdy onemocněly a později se vyléčily, již vdovami. U těchto žen budeme tedy srovnávat celkový postoj v životě a narativ změny jako takové, a to proto, že můžeme na základě těchto faktorů alespoň částečně nahlédnout na to, jak by možná vztah vnímaly. Tento pohled je samozřejmě omezen tím, že v něm neinteraguje osobnost zemřelého partnera a její proměnné, které by měly velký vliv.

Před propuknutím onemocnění popisovaly dvě participantky (Mirka a Kateřina) běžný život spojený s radostmi a strastmi, které přinášel, byť trochu hektický. Oběma se narodily děti, pečovaly o ně. Mirčin syn byl navíc často nemocný. Mirka během té doby studovala, Kateřinin manžel zase býval kvůli práci hodně na cestách a proto péče o děti a domácnost ležela hlavně na jejich bedrech. Vztah celkově ale obě hodnotily jako láskyplný, vyrovnaný, klidný.

Předpokládali jsme, že po prvotním šoku a přijetí či nepřijetí se může akceptace a přijetí nemoci u partnerů proměňovat, například, že participantky budou popisvat závažné epizody deprese partnerů. To se ale nestalo, předpoklad se v tomto omezeném vzorku nepotvrdil.

Po onemocnění hodnotila trojice participantů (Katka, Maruška, Mirka) své partnerské vztahy jako pevnější, stabilnější, láskyplnější než před onemocněním. Prožívání onemocnění do značné míry záviselo na schopnosti participantek komunikovat své potřeby a na tom, zda bylo partneri nastaveni stejným směrem, zda měli podobný kognitivní a emoční stav.

Do jisté míry je to způsobeno copingovými strategiemi, kteří partneri nemocných v době onemocnění partnerky využívali. Copingové strategie jako popření, opuštění partnera, sociální distance, využití omamných návykových látek emoční opuštění partnera které by byly zraňující se nevyskytly. Využité copingové strategie - hledání informací o stresoru, humor, přímá akce k odstranění stresorů, hledání alternativ, vnitřní monolog, plánování řešení problému, žádost o podporu v okolí, udržování odstupu, sebeovládání se, naopak podporovaly emoční kohezi, a výsledně se podepsaly na hodnocení vztahu jako spokojenějšího. Copingová strategie Kateřiny (stažení se) naopak kohezi partnerství nepodpořila, ale s partnerem krizi překonali. Na hodnocení vztahu po onemocnění měly bezprostřední vliv formy poskytované pomoci. Tomuto tématu se věnujeme v jiné výzkumné otázce.

U žádné z participantek léčba nádorového onemocnění a s tím spojené komplikace k rozpadu vztahu, čímž bylo vyvráceno jedno z očekávání, se kterým výzkumník do výzkumu přicházel. Výzkumník předpokládal, že vztahy participantek budou méně stabilní a bude vyšší četnost rozchodů, odluka rozvodů. Zároveň však nelze generalizovat toto zjištění na populaci žen s nádorovým onemocněním prsu. Na základě tohoto výzkumu nelze vzhledem k velmi omezenému vzorku říci, že by vztahy žen s onkologickým onemocněním prsu byly stabilnější nežli u jiných onemocnění nebo obecné populace.

Na to jak byl vztah hodnocen po odeznění nemoci měly vliv také formy pomoci, kterých se participantkám dostalo od partnerů. Jejich přesný popis je předmětem jiné otázky, zde pouze uvádíme, že zvolené tyto formy pomoci (humor, fyzická podpora, emoční podpora, odvádění pozornosti, doprovody k lékařům, komunikace s lékaři, zjišťování informací) a také chybějící formy pomoci. Hodnocení vztahu také záviselo na tom, jak se dokázali partneri přizpůsobit měnícím potřebám participantky v závislosti na vývoji onemocnění. Pomoc byla vnímána pozitivně, pokud již před onemocněním byla nastolena v partnerství otevřená komunikace. U Kateřiny byla komunikace s partnerem komplikovanější tím, že dlouhodobě cestoval za prací a proto také mohla být komunikace v době nemoci ztížena.

Po léčbě si Maruška si svého druha vzala za manžela. Mírka se musela potýkat s rozsáhlými následky a komplikacemi spojenými s agresivní léčba primárního onemocnění - osteoporózou a onemocněním vaječnicků. I v těch jí byl partner oporou. Kateřina se svým mužem zůstala. Participantky, které v době léčby byly vdovami popisují nyní, že prožívají svůj život radostněji, lněji, více si jej váží. Ani jedna z nich v partnerský vztah nehledá. Všechny participantky vykazují znaky posttraumatického růstu (Mystakidou, Tsiluka, Parpa, Panagiotou, Galanos a Gouliamos, 2011).

Celkově pozitivní hodnocení vztahu v době nemoci je do jisté míry způsobeno také tím, že žádná z participantek neměla od partnera nerealistické, nesplnitelné očekávání. Výsledky jednoho z českých výzkumů realizovaného v rámci závěrečné práce také hovoří o také vlivu nemoci pozitivně, nemoc vztah upevnila, subjektivně bylo hodnoceno zlepšení komunikace s partnerem (Polanská, 2018).

7.1.2 Výzkumná otázka: Změnily se očekávání spojené s partnerství v době nemoci?

Tato otázka se zaměřila na to, jestli nemoc proměnila očekávání žen. Zda blízkost závažné diagnózy a potenciaální riziko smrti vedlo k přehodnocení postojů k životu a očekávání od vztahů. V této kategorii jsme při stanovení výzkumných otázek očekávali větší proměny. Například se vůbec nevyskytl akcent a narativ proměny od uvažování materiálního k duchovnímu rozměru vztahu, který byl očekáván

Očekávání jedné z respondentů bylo ovlivněno skutečností, že před vznikem onemocnění její partner dlouhodobě pracoval mimo domov a proto se osobně vídali velmi málo. Proto se na období, kdy budou spolu těšila, nicméně nemoc jejich plány změnila. Její očekávání před onemocněním zahrnovalo hlavně emoční blízkost, podporu a pomoc v běžných denních činnostech, a paradoxně v období nemoci se izolovala od partnera. Po prvotní fázi, kdy byla partnerem doprovázena na vyšetření se po oznámení diagnózy a překonání šoku distancovala. Kateřina se těšila na blízkost partnera, který měl konečně začít pracovat blíže domu a trávit doma více času. Je tedy trochu ironií, že v době nemoci byla jeho blízkost pro ní často dvousečná, někdy jí nedokázala akceptovat a odháněla jej od sebe natolik, že zvažovali možnost rozvodu. Po léčbě se však situace upravila a v partnerství fungují dále. Nyní chce hlavně blízkost a klidný, spokojený život, takový, jaký má nyní.

U Mirčina partnera její nemoc ukázala jeho pečující stránku, která se před nemocí tolik neprojevovaly. U Marušky došlo k uvědomění si hodnoty vztahu, který má a jeho pevnosti, nyní by nic neměnila, je velmi spokojená.

Výsledky Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) studie ukazují, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci lépe. Tato teze se potvrdila. V partnerstvích respondentek se během nemoci neudály změny komunikačních stylů, tedy ta partnerství, kde byla komunikace obtížnější již před počátkem onemocnění v nastolené dráze pokračovaly po dobu nemoci i po ní, pokud byl partner naživu. Maligní copingové a komunikační strategie se vlivem nemoci prohlubovaly. Všechny participantky uvedly, že nyní ve vztahu očekávají více blízkosti, společného času, který často v minulosti vztahu nevěnovaly v návalu jiných povinností a práce. To potvrzuje úlohu existenciálních faktorů v nemoci a změnu priorit a hodnotových žebříčků.

V našem výzkumu se neopakovaly výsledky Tschuschke (2004), který uvedl, že přibližně 24 % pacientek, které přežily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, se kterými se ony musely vyrovnat. Tento narativ nebyl u našich respondentů vůbec, ani náznakově, okrajově zaznamenán.

Celkově se v nemoci proměnila očekávání žen směrem ke zvládnutí onemocnění, jeho symptomů a komplikací v léčbě. Po překonání nemoci pak vystoupí do popředí faktory očekávaného společného času, společných koníčků, užívání si života, běžných radostí. Friedrichs, Oellerichová, (2017), který uvádí, že nemoc může za určitých okolností partnerský vztah prohloubit, posílit, dát mu nový rozměr a nový smysl. To se u všech našich respondentů, které žily ve vztahu, dle jejich narativu stalo.

7.1.3 Výzkumná otázka: Jak popisují participantky akceptaci nemoci partnerem a jak jejich zapojení do léčby?

Všechny ženy přijaly roli pacientky dobře, plnily léčebná nařízení, pokyny - na roli se plně adaptovaly. U partnerů to bylo jinak. Mirka popisuje akceptaci nemoci partnerem jako klidnější než Maruška, možná proto, že partner měl informace o nádorových onemocněních prsu. Proto měl představu, jak bude probíhat léčba, kdežto Kateřinin partner se s těmito informacemi nesetkal, stejně jako ona, a proto se u nich šok ze sdělení diagnózy dostavil v intenzivnější formě. Mirka si riziko zhoubného nádoru připouštěla, Kateřina ne. To se pak odrazilo také v dalším jednání respondentů a

jejich reakcích. Kateřina, Mirka i Maruška sdělily diagnózu partnerům samy, nebyla sdělena lékařem, rozdíl byl v prostředí, Kateřina tak učinila v čekárně, v emočním návalu, ihned poté co se sama dozvěděla zprávu, v Mirčině případě dělily tyto dvě situace hodiny a sdělení bylo klidnější, byť partner byl v šoku. Další rozdíl by ohledně participace partnera na informačním nasycení - Mirka s partnerem hledali co nejvíce informací o situaci, Maruška popisuje, že to bylo tak nějak standardně, po něčem se podívali, Kateřina a její partner nechtěli číst v této fázi o onemocnění nádorovým onemocněním vůbec nic. Zde se potvrdila studie Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) která uvádí, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci lépe.

Dvě ze tří participantů popisují podporující postoj a komplementární copingové strategie s partnerem, jednoduchý narativ partnerské pomoci a souznění, u jedné z participantů se vyskytl maladaptivní coping. Žádný z partnerů ne zvolil copingové strategii popření, která je v obecné populaci poměrně běžná, a rovněž se nevyskytla ani copingové strategie fyzického útěku - opuštění partnera. Stejně tak nedošlo k sociálnímu útěku, emočnímu opuštění partnera ze strany partnerů participantek. Nevyskytly se ani malcoopingové strategie typu únik do drog, alkoholu, počítačových či hazardních her. Mezi copingové strategie, které se vyskytly patří hledání informací o stresoru, humor, přímá akce k odstranění stresorů, hledání alternativ, vnitřní monolog, plánování řešení problému, žádost o podporu v okolí, udržování odstupů, sebeovládání se. Žádný s partnerů participantek ne zvolil jako strategii zvládnutí onemocnění útěk nebo popření nemoci. Naše výsledky jsou v souladu se zjištěními Bubeníčkové a Marečkové (2021), které uváděly, že méně adaptibilní strategie mohou negativně ovlivnit partnerkou spokojenost. Také jsou v souladu s dalším výzkumem těchto autorů z roku 2017, ve kterém uváděly, že páry, které využívají adaptibilní strategie zvládnutí stresu, zažívají v souvislosti s léčbou nemoci méně stresu (Bubeníková, Marečková, 2017.s 16). Potvrzují také výsledky Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014), kteří ve svém výzkumu uvedli, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci lépe. Také jsou v souladu s výzkumem týmu Nipp et. al. (2016), kteří uvádějí jako pozitivní využívané strategie emocionální podporu, pozitivní přístup, aktivitu, akceptaci stavu od okolí a jako negativní strategie sebeobviňování, popírání a nevyzpytatelné chování. Všechny tři jmenované negativní strategie se u Kateřiny promítly. Rovněž naše výsledky odpovídají přibližně výsledkům studie Sajadian,

Mahsa, Motaharinasab, Kazemnejad a Haghghat (2017), kteří udávali jako nejčastější copingové strategie naslouchání, vyhledávání sociální podpory, vyhledávání spirituální podpory. Oproti Nihayati, Fadila a Fauziningtyas (2020) se vyskytlo méně než udávaných 50% maladaptivních reakcí. Naopak naše respondentky ve svých strategiích narozdíl od výzkumu Sajadian, Mahsa, Motaharinasab, Kazemnejad a Haghghat (2017) nejmoenovaly vůbec spiritualitu, ačkoliv v jejich výzkumu měla významné místo. Musíme však zvážit rozdílné kulturní podmínky.

Mezi formy zapojení partnera do léčby patřily všechny formy pomoci, které jsme popsali v kategorii Formy pomoci. Pro připomenutí: snaha o rozptýlení a vtipy, doprovod k lékařům, pomoc v domácnosti, pomoc v osobní péči, péče o děti, komunikace s lékaři, přeprava k lékařům, sledování zdravotního stavu, pomoc s ošetřením v domácím prostředí, pocit opory, emoční podpora, pomoc s hledáním informací o léčbě a nemoci, fyzická podpora v nevolnosti.

Z hlediska zapojení se partnerů do léčby se nejvíce vyskytovalo doprovázení k lékařům a na vyšetření (3 ze 3), u dalších dvou respondentů partner již nebyl naživu, ale jeho místo převzali blízcí příbuzní, nejčastěji děti, vnuci. S tím souvisela také funkce zajištění dopravy k lékařům, často i na delší vzdálenosti a v pravidelných intervalech. Pokud tuto funkci zajišťovali, obvykle také komunikovali s lékaři. Mezi formy zapojení do léčby patřilo také zajištění péče o děti, domácnost a osobu nemocného a jeho aktuální potřeby. Janáčková (2014) uvádí, že emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládnutí. Naše výsledky toto potvrzují.

Dvě ze tří participantek nepopisují nic, co by jim v době nemoci chybělo. Jejich partneři nemoc akceptovali takovou jaká je a nabízeli pomoc, která byla pro participantky přínosná, v přijatelné formě, ve správném načasování a díky tomu byla vyhodnocena jako maximální možná. U třetí participantky k této shodě nedošlo, a proto se pomoc mýjela s potřebami. Také akceptace nemoci byla rozdílná, což vedlo k úvahám o rozluce vztahu. Svou roli jistě sehráli také vyhýbavá copingová strategie, participantka upadla v podstatě do ustrnutí, což ale lze vnímat jako jeden z obranných mechanismů. Můžeme rovněž zvažovat výskyt depresivní symptomatologie, který má totožný obraz.

Všichni partneři participantek tedy nemoc akceptovali dle narativu participantek v její celistvosti.

Omezeně se také potvrdil závěr studei Yoshimoch., Santos, Loyola, Magalhães a

Panobianco (2018) že pacientky s nádorovým onemocněním prsu kladou větší důraz na rodinu a manželství, a tyto vztahy považují za významné podpůrné systémy. Důraz se projevil v době onemocnění a po onemocnění. Nepotrdily s závěry studie Yuan, Zhang, Ji a He (2021), že by vdovectví bylo významným faktorem pro pozdní diagnostiku Nisa, Rizvi (2016) uvádějí, že rodina může svým přístupem a postoji pomoci k prevenci traumatizace pacientky onemocněním, případně, pokud k traumatizaci došlo, účinně pomáhat pomocí emoční podpory ke zlepšení stavu a překonání traumatu. Toto se našimi výsledky potvrdilo.

Z našeho výzkumu vyplývá, že hůře byla nemoc snášena účastnicemi s aktuální vztahovou zátěží než těmi, které měly vztahovou zátěž pouze v anamnéze.

7.1.4 Výzkumná otázka: Které zážitky s období trvání nemoci spojené s partnerstvím považují účastnice za podpůrné/ devastující?

Tato otázka se sestává ze dvou částí a proto také odpověď rozdělujeme na dvě části.

Podpůrné zážitky

Mezi zážitky podpůrné (záměrně není použito pozitivní, protože přítomnost partnera při chemoterapiích může být vnímána jako podpůrná, ale stěží jako pozitivní partnerský zážitek) řadíme vhodné přijetí diagnózy, dodávání odvahy k boji z nemocí, hledání informací o onemocnění a léčbě (je to vlastně projevení zájmu o stav partnera), komunikace o léčbě. Komunikaci o léčbě uváděl i výzkum Dienstbiera a Stáhlové (2009) jako přínosný a protektivní faktor ve vztazích onkologicky nemocných. Také Manne, Siegel, Kashy, Heckam (2014) poukazují, že partneři, kteří jsou schopni komunikovat o tématu dokáží lépe řešit nastalou situaci lépe.

Podpůrné zážitky mohly respondenty zažít ještě před samotnou diagnostikou nemoci, například u Mirky šlo o emoční a psychickou podporu jakmile partnerovi sdělila, že si nahmatala bulku.

V té chvíli ještě nebylo jisté, co bude, oba doufali v nejlepší scénář, ale Mirka mohla celou situaci sdílet, netajila jí. U Kateřiny pak je podobným zážitkem doprovod od manžela na ultrazvuk, kde jí byla diagnóza sdělena.

Jako podpůrné zážitky tedy popisujeme: psychickou podporu po sdělení oba, doprovod k lékaři. U našich účastníků se vyskytuje jako pozitivní zážitek doprovázení k lékařům a na vyšetření (3 ze 3), u dalších dvou respondentů partner již

nebyl naživu, ale jeho místo převzali blízcí příbuzní, nejčastěji děti, vnuci

Další zapojení partnera do léčby ovlivnilo také copingové strategie, které byly zvoleny participanty ke zvládnání situace a kompatibilitou copingových strategií mezi partnery. Nelze říci, že by existovala míra ideálního zapojení partnera participanta do léčby. Ideální je totiž taková míra, která individuálně odpovídá možnostem partnera a potřebám partnerky. Jednou byla zmíněna sublimace potíže v humor, jednou přejmenování a přeznačkování problému - partnerce říkal manžel Křemílku podle několika zůstalých vlasů na hlavě.

Jako podpůrné byly rovněž vnímány doprovody k lékaři a pomoc s dopravou, čas takto strávený a pomoc v komunikaci s lékařem (respondentka měla pocit, že manžel její potíže dostatečně chápe a dokáže je tlumočit dalšímu člověku - například Mirka uvádí: *“Manžel za mě vlastně dělal mluvčího”*). Rovněž dlouhodobá akceptace nemoci partnerem byla vnímána jako podpůrný zážitek v partnerství, který byl rozprostřen v delším časovém úseku. Janáčková (2014) uvádí, že emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládnání.

Jako podpůrné zážitky byly vnímány taky pomoc v domácnosti, pomoc s běžnými úkony péče o vlastní osobu a celkově vhodné projevení zájmu o osobu a potřeby nemocné participanty.

Ženy, jejichž partneři již byli mrtví udávali jako pozitivní blízkost rodinných členů, jejich podporu při převozu na vyšetření a řešení situace. Tyto prožitky rodinná pouta a vztahy utužily. Například ve vyjádření: *“A tak mně dcera vlasy ostrihala a byl pokoj.”* Dále jako podpůrné zážitky byly uváděny situace, které byly vnímány jako formy vnímané partnerské pomoci, které jsou shrnuty v kategorii Formy vnímané partnerské pomoci v době nemoci.

U těchto dvou participantů můžeme potvrdit zjištění, že pozitivní nastavení rodiny je sice žádoucí a léčbě prospívá z hlediska dobrých vztahů v rodině je však třeba vyvažovat tento přístup s důvěrou a možností mluvit o svých obavách a citech. U těchto dvou participantů se potvrdila teze Friedrichs, Oellerichová, (2017), že některé páry mohou vlivem nemoci zažít stmelení vztahu.

Nepřímo se nám tak potvrdila teorie Segrin a Badger (2013), že pokud se v průběhu studie zlepšilo psychické zdraví ženy, byla tato tendence zřejmá i u jejího poskytovatele opory a naopak.

Devastují zážitky

V návrhu výzkumu jsme počítali s vyšší prevalencí těchto jevů v partnerství. Důvodu, proč tomu tak v tomto výzkumném souboru nebylo může být několik prvním je zatajování participantů, neochota tyto skutečnosti přiznat, snaha zapomenout je nebo dokonce jejich opomenutí. Jak bylo uvedeno v kategorii copingové strategie, očekávali jsme také výskyt sociálně patologických jevů v současných partnerstvích žen jako copingové strategie.

Do jisté míry lze považovat za zážitek devastující nekounikaci, kterou ale nezačal partner nemocné nýbrž sama respondentka, dále oznámení nemoci poměrně malým dětem (10 a 11 let) Z hlediska partnera byla devastujícím zážitkem samota. Výzkum Carlson, Bultz, Specca, Pierre (2000) ve své dokonce vyslovuje tezi, že pro pečujícího partnera je onemocnění větším stresem, nežli pro samotného pacienta se v našem výzkumu zprostředkovaně nepotvrdila. Výsledky Hinnen et al. (2009), které předpokládaly, že nádorové onemocnění prsu je rizikovým faktorem pro rozpad vztahu se v této výzkumné skupině nepotvrdily.

V této kategorii je také důležité to, že pouze jedna respondentka uvedla komplikace po léčbě - osteoporóza. Vzhledem k tomu, že tato kategorie nebyla přímo dotazována, je možné, že i u ostatních participantek přetrvávají následky léčby, ale nejsou pro jejich narativ tak důležité.

Jako zážitek na pomezí jsme kategorizovali šok partnera z onemocnění - samotný vznik onemocnění sice devastující zážitek, který partnerství mění, ale to, že se to partnera dotklo znamená, že měl v té době k respondentce citový vztah. Reakce partnera mohla do jisté míry zdrojem další podpory pro participantku.

Rovněž u Kateřiny nelze přesně určit, zda její uzavření a reakce partnera na to byla devastujícím zážitkem. Tato forma chování mohla mít ochraňující efekt vůči jejich osobnostem, kdy by přímou konfrontací mohlo docházet k mnohem složitějším situacím než je nekomunikace.

Potvrdil se nám výrok Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) o subjektivním narativu pacientek o vzniku nemoci. Také naše participantky přičítali vznik a rozvoj nemoci stresu. U participantů převládaly stresové faktory na straně primární nežli sekundární rodiny. U 1 z participantů hrozil v době trvání nemoci rozpad vztahu vlivem

depressivní symptomatologie (participantka se velmi uzavřela, s manželem nekomunikovala).

7.1.5 Výzkumná otázka: Jaké formy pomoci participantky vnímali od partnerů? Jaké formy pomoci jim chyběly?

Názorně formy chybějící a vnímání pomoci ukazuje tabulka Formy vnímané a chybějící pomoci vyjadřované respondenty u příslušných kategorií. Na úvodu tohoto souhrnu je potřeba dodat, že žádný z partnerů v našem malém výzkumném souboru se od léčby a zapojení nedistancoval ani léčbu nebagatelizoval. Naším výzkumem se taky nepotvrdila teze Dienstbier a Stáhlová (2009), že pro pacienta je velmi přínosné, pokud může o své nemoci s příbuznými hovořit. Pouze jedna participantka komunikovala ve výzkumu o formách chybějící podpory

Nejčastěji šlo o podporu emoční a fyzickou. Mezi vnímané formy řadíme: snaha o rozptýlení a vtipy, doprovod k lékařům, (u všech participantů, kteří měli v této době partnera -3) pomoc v domácnosti, pomoc v osobní péči a péče o děti, komunikace s lékaři i dalšími příbuznými (zastoupení komunikační funkce), přeprava k lékařům, sledování zdravotního stavu, pomoc s ošetřením v domácím prostředí, pocit opory a emoční podpora, pomoc s hledáním informací o léčbě a nemoci, pomoc v akutních situacích fyzická podpora v nevolnosti a při slabosti způsobené léčbou a jejími následky. Zastoupení komunikační funkce bylo také projevem ochrany partnerů, kteří tímto optimalizovali tok informací k participantovi tak, aby nedocházelo ke zbytečným negativním emočním rozladům. Nisa, Rizvi (2016) zdůrazňují roli emocionální podpory ve vztahu nemocného a partnera. Emoční podpora spočívala v sounáležitosti, vyslechnutí, povzbuzení, sdílení emocí, fyzická podpora spočívala v pomoci v péči o domácnost, děti. Respondenty očekávaly toleranci v oblasti sexuality a sexuálního života, který byl vlivem nemoci a léčby odsunut stranou.

Pro jednu z participantek bylo významné, že manžel věděl, co od léčby očekávat a to díky tomu, že se zajímal o její zaměstnání zdravotní sestry. Proto tušil, jaká péče bude potřebná a jaké formy pomoci může participantka potřebovat. V tomto případě se jako forma pomoci objevil také humor, zlehčení situace a vyhledávání informací o onemocnění. Vyhledávání informací o nemoci, respektive absence tohoto chování přitom byla jinou participantka rovněž považována za pomoc v rámci partnerství.

Specifické typy podpory vyvstávaly z negativních dopadů terapie.

Mezi chybějící formy podpory řadíme blízkost u jedné z respondentů, psychologickou podporu, pochopení po neochota komunikovat a lepší uchopení depresivní symptomatologie partnerem. Všechny tyto chybějící formy pomoci se vyskytly pouze u jedné z participantek. Kromě toho v narativu jedné participantky se vyskytl prvek celkového chybění manžela v nemoci, protože partner zemřel ještě před propuknutím nemoci. Narativ zbylých dvou participantek, jak už bylo popsáno výše obsahoval popis jakési komplexní péče.

Zde byla důležitá komplementarita komunikace mezi partnery, jak už bylo řečeno výše. Nemocní participanti, kteří dokázali komunikovat o svých pocitech, získávali díky sdělení informací pomoc přesněji podle svých potřeb, kdežto u participantky, která nekomunikovala, se její potřeby a poskytovaná pomoc neseťkaly. Zde sděluje Kateřina: *"Jakmile jsem si v noci usmyslela, že mám chuť na kolu, sebral se, jel ji koupit, přesto, že ráno ve 4 vstával do práce."* Pokud byla v partnerství již před onemocněním nastolena otevření komunikace, byla větší pravděpodobnost, že komunikační styl bude pokračovat i po onemocnění, jakmile se pár a rodina na situaci adaptují. Žádný z partnerů nevyužil jako dlouhodobou copingovou strategii útěk, popření, užívání omamných a návykových látek. To je v rozporu s výzkumem Nihayati, Fadila a Fauziningtyas (2020), kteří uvádějí, že ženy s rakovinou prsu mají mírnou tendenci k maladaptivním copingovým strategiím., uváděli dokonce 50% maladaptivních reakcí. Zároveň jsme potvrdili tvrzení: Bubeníková a Marečková (2021) "Méně adaptivní způsoby zvládání mohou negativně ovlivnit partnerskou spokojenost a funkčnost vztahu".

Mezi využití copingové strategie v partnerství patřily hledání informací o stresoru, humor, přímá akce k odstranění stresorů, hledání alternativ, vnitřní monolog, plánování řešení problému, žádost o podporu v okolí, udržování odstupu, sebeovládání se. To je v podstatě v souladu s Nipp et. al. (2016), který pojmenovával emocionální podporu, pozitivní přístup, aktivitu, akceptaci stavu od okolí. Rovněž se nevyskytly ním popsané strategie sebeobviňování, popírání a nevyzpytatelné chování (Nipp et. al., 2016)

7.1.6 Výzkumná otázka: Pojmenovávají participantky vztahové faktory ve svém životě za příčinu vzniku onemocnění? Pokud ano, které konkrétně a proč?

Tato otázka se zaměřila na teorie participantek o tom, proč u nich nádorové onemocnění

vzniklo. Jedná se vlastně o etiologický narativ, ve kterém je dobře vidět, kterým událostem přičítali a přičítají ve svém životě velkou roli. Obvykle se jednalo o negativní události, ačkoliv jak jsme mohli vidět v souhrnu kategorií, stres jako takový, který je rizikovým faktorem rozvoje vzniku nádorového onemocnění, je spojen také s událostmi, které bývají hodnoceny jako pozitivní, například narození dítěte, stěhování.

U Mirky, Marušky a Marie byly stresové faktory více na straně primární rodiny či minulého nežli aktuálního partnerství či situace. U Marty byly na obou stranách. U Kateřiny na straně partnerství ale v porovnání s ostatními udávanými stresovými faktory mohou působit banálněji. Pro Kateřinu však byly stěžejní, protože se často cítila sama, byla sama na péči o malé děti.

Mirka jako jeden z faktorů, který nepřímo souvisí se vztahovými faktory popsala opožděný vývoj syna a s tím spojenou zátěž, která byla kladena hlavně na ní jako na pečovatelku o děti. Další faktory, které popsala již nebyly vztahové (například práce na JIP).

Marta popisovala naopak vysoce komplexní soubor vztahových faktorů, které byly zátěžové a ve výsledku se sečetly v její onemocnění, které vnímala a vnímá jako další zkoušku, další boj v pořadí - raný věk začátku pracovní kariéry, těžká práce, útěk z domova, stresy spojené s obživou v mladém věku, opuštění primární rodiny za těžkých okolností, večerní studium při práci, obtížný vztah s manželem a jeho matkou, alkoholismus manžela, fyzické i psychické násilí ve vztahu ze strany manžela i tchyně, sexuální násilí, nemoci dětí, závažná nemoc syna, péče o tchýni v době nemoci a nakonec nemoc manžela. To je v souladu s poznatkami o možné spojitosti mezi běžně se vyskytujícími gynekologickými onemocněními a partnerskými konflikty.

U Mirky pak byl popsán faktor ztráty obou rodičů v krátké době a předchodí péči o ně. Dále mluvila o stresu spojeném s půjčkami bratra. Popsala také péči o svého manžela, který zemřel na nádorové onemocnění. Tyto faktory dávají do souvislosti se vznikem svého vlastního onemocnění spolu se zanedbáním prevence.

U poslední respondentky, Marušky, je jako hlavní vztahový faktor popsána manipulativní matka, která je etiologií dalších příčin v jejím narativu přetížení z práce, uzavření i rozpadu manželství, krize v současném partnerství.

Shrňme si tedy rizikové faktory, které měly souvislost s partnerstvím. Primární rodina je zařazena, protože nukleární rodina jako taková obvykle ovlivní to, jak jedinec posléze zakládá a konstruuje svou prokreaci rodinu.

Na straně primární rodiny se vyskytly tyto rizikové faktory, které byly převážně spojeny se stresem : útěk z domova, stresy spojené s obživou v raném věku, ztráta blízkých příbuzných, manipulativní rodiče, výhrůžky, stres chladné vztahy s rodiči, autoritativní výchova, stres.

Na straně partnerství: alkoholismus partnera, rodiče partnerů zasahuje do vztahu, násilí fyzické, násilí psychické, násilí sexuální, odloučení od partnera vlivem práce, pocity osamocení, stres.

Na straně sekundární rodiny: opožděný vývoj syna a nemoci dětí, péče o nemocné rodinné příslušníky, nepřijetí rodinou partnera, stres.

Naše výsledky zcela potvrzují výrok Niebauer, Fry, Auster-Gussman, Wahbeh, (2021) o subjektivním vnímání stresu nemocnými jako vlivného etiologického faktoru vzniku a rozvoje nádorového onemocnění prsu a potvrzují také význam vztahového stresu jako důležitého faktoru. Alcalá, Tomiyama, Von Ehrenstein (2017) uvádějí, že trauma jako sexuální, emocionální nebo fyzické zneužívání zvyšují pravděpodobnost nádorového onemocnění. V našem vzorku se vyskytuje sexuální trauma u jedno z respondentek, faktem ale je, že jsem sexuální trauma samostatně nezkoumali a ona sama jej zařadila do svého narativu. Naše výsledky tedy nemůžeme přesně srovnávat. Emoční traumata se vyskytovala u všech participantek v různé míře závažnosti, nicméně nepotvrdilo se stanovisko Niebauer, Fry, Auster-Gussman & Helané Wahbeh (2021) o původu traumat v dětství.

7.2 Kam nás výzkum zavedl aneb návrhy na pokračování výzkumné činnosti

Jak lze vidět v rámci rešerše, téma přijetí diagnózy nádorového onemocnění prsu nebo nádorových onemocnění obecně je hojným tématem závěrečných prací studentů. Presentován je pouze zlomek těch, které jsou dostupné v repozitářích. Existují odborné onkologické společnosti, které vydávají sborníky, pořádají se konference, aktualizují se učebnice, objevují se nové metody a přístupy léčby.

Otázkou je tedy, kam dál?

Další výzkumy se mnou zaměřit na specifické fenomény partnerkou života. Menší výzkumy by se mohli věnovat tématům jako vliv ztráty vlasů na sexuální život v

sociologickým fenoménem ztráty vlasů a metodami vyrovnání se s ní, včetně zvládacích strategií. Hovoříme o menších, velmi specifických výzkumech.

Pokud bychom se vrátili zpátky k tématu partnerských vztahů, bylo by zajímavé zpracovat studii týkající se copingových strategií u partnerů nemocných žen. Metodologie by zde mohla být buďto kazuistická, nebo pomocí ohniskového rozhovoru.

Zajímavá by jistě byla také práce na téma fenomén partnerského života ve svépomocných skupinách onkologických pacientů. Zde je však problémem dostupnost respondentů, téma by bylo vhodné pro výzkumníka, který již, například jako člen nebo zaštitoval má s takovou skupinou zkušenosti.

Výzkum by se také mohl zaměřit na páry homosexuální, například výzkum zvládnání onemocnění rakovinou prsu páry homosexuálních žen či postoj lékařů k homosexuálním párům při léčbě onkologického onemocnění.

Navrhuji rovněž provést výzkum kvality života partnerů onkologicky nemocných žen, ideálně pomocí některého ze standardizovaných dotazníků v kombinaci s nestrukturovaným rozhovorem.

Jistě by byla také zajímavá mediální analýza sdělení respondentů v diskuzích ohledně nádorových onemocnění a partnerství. Zde by šlo ale o výzkum na hraně etiky, protože výroky v internetových diskusích obvykle diskutující nepiší s tím, že by počítali s možností jejich analýzy a zveřejnění v závěrečné práci. Navíc pisatele je sice možné dohledat, ale často mění prezdivky a proto by bylo těžké souhlas získat.

Jako další podnět pro výzkum by bylo možné zkoumat negativní emoce spojené s nemocí partnerky u partnerů nemocných. Partneři mívají často negativní emoce spojené s partnerčinou nemocí, mohou se litovat, mohou mít pocit nespravedlnosti, ale mívají pocit, že tyto emoce nemohou otevřeně ve společnosti ventilovat, protože jejich partner je ten, kdo je nemocný, kdo potřebuje péči, komu je věnována pozornost oni jsou jen partneři a mají poskytovat oporu jak se od nich očekává. V opačném případě bývají označováni za hédonistické, sobecné, necitlivé. Přitom ventilace negativních emocí je důležitá, partneři potřebují také vyprávět svou část příběhu, prožít jí, i oni nemocí partnerky o něco přicházejí, dostávají se do situace, kterou si sami ne vybrali.

Ze zcela jiného soudku by pak byla analýza narativu nádorového onemocnění v soudobé populární literatuře a filmu. Mnoho filmů totiž pojednává téma souboje s nádorovým

onemocněním (Třetí poločas, Než si pro nás přijde, Dokud jsi se mnou, Půlnoční láska, Hvězdy nám nepřály, Padesát na padesát, Now is god, Já, Earl a holka na umření a mnoho dalších). Mohli bychom se v tomto tématu věnovat například zobrazení nádorového onemocnění v kontextu partnerských vztahů, jak jsou v těchto filmech vztahy zobrazovány, jaké mají atributy a jaké atributy naopak artikulovaný nejsou. Stejně tak by bylo možné analyzovat tyto filmy a porovnávat, která zobrazení nejvíce a nejméně odpovídají skutečnosti.

Na téma partnerských vztahů a nádorového onemocnění by se také dalo podívat optikou psychoterapie. Z hlediska transakční analýzy by bylo jistě zajímavé studovat, které egostavy se promítají ve kterých situacích partnerství zatížených nádorovým onemocněním prsu.

Cest, kterými se lze vydat, jak se zdá, stále existuje mnoho. A každá z nich bude ukazovat cesty další.

Závěr

Děkuji, že jsem práci dočetli až k závěru. V práci zabývající se životními osudy žen s karcinomem prsu a jejich partnerství jsem se naučila mnoho nového a zvědomila si, jak důležitý je pevný, stabilní partnerský vztah důležitý pro život. V době nemoci potencionálně smrtelného onemocnění ještě více.

Valente, Chirico, Ottoboni, Chattat (2021) v úvodu své studie upozorňovali, že obvykle jsou potřeby žen s nádorovým onemocněním prsu a jejich partnerů zkoumány odděleně, čímž není pokryto zkoumání dynamiky vztahu dyády. Tento problém se týká také naší studie a bylo by dobré, kdyby vznikaly i studie zaměřené na partnery žen s nádorovým onemocněním prsu.

Ačkoliv se situace lepší, stále není věnován dostatek pozornosti partnerům žen s nádorovým onemocněním prsu. Jejich hlas je slyšet jen jako hlas podpůrců, kteří stojí nebo nestojí za svými ženami. V druhém případě jsou pak odsouzeni bez hlubší znalosti problematiky. Těchto mužů se nechci zastávat, chci pouze upozornit, že jejich situace může být také mimořádně složitá. Především rady okolí a jejich očekávání a postoje mohou být velmi obtížné a mohou ubírat mužům energii, kterou by mohli věnovat podpoře partnerek bojujících s nemocí.

Tento výzkum má velmi malou míru zobecnitelnosti díky kvalitativní povaze dat. Je sondou do fenoménu partnerství s nádorovými onemocněními, avšak partnerství mohou být uspořádána různě. Ve výzkumném vzorku se z hlediska zevšeobecnitelnosti např. nevyskytuje homosexuální pár, osoby během léčby se rozvádějící a mnoho dalších situací. Zobecnitelnost je možná pouze v rámci případů, které jsou prezentovány.

Partneři jsou přitom ti, kdo často stojí v prvních liniích bitvy o život, tak jak jsme mohli v některých příbězích vidět. Jejich snaha a urputnost je často hnacím motorem pro pacientky, když již nemají sílu.

Závěrem své práce bych tedy velmi ráda apelovala na zajištění dobré, dostupné péče pro partnery onkologicky nemocných pacientů, dobrou informovanost, nabídku

psychologické pomoci a především o naslouchání jejich hlasům. Situaci, ve které jsou nebo si sami nevybrali, ale postavili se k ní tak, jak v té situaci nejlépe uměli nebo si aspoň mysleli, že to je z nějakého důvodu nejlepší. Při čtení příběhů nikdy nesmíme zapomínat, že se díváme zpětně na obraz, a máme informace, které aktéři tehdy k dispozici neměli. A tím bych také ráda zakončila tuto práci.

9. Literární přehled

ADAM, Zdeněk, Jeroným, KLIMEŠ, Jiří, VORLÍČEK, Alice, ONDERKOVÁ, Luděk, POUR, Zdeněk, KRÁL a Aleš ČERMÁK. 2019. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2539-5

AIZER, A., M. CHEN, E. MCCARTHY, L. M. MENDU, KOO, S., WILHITE, T., POWELL, G., TONI, CH., HOFFMAN, K. MARTIN, N., HU, J a P. NGUYEN. 2013. Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Č.31, S. 3869–3876. ISSN: 527-7755

ALCALÁ, Héctor, TOMIAYAMA, Janet a Ondine, S. VON EHRENSTEIN. 2017. Gender differences in the association between adverse childhood experiences and cancer. *Women's Health Issues*. č.6., s. 625-712. ISSN: 17455065.

ALGHAMIDI, Ibrahim, Issam, HUSSAIN, Mohamed, ALGHAMIDI A Mohamed, EL-SHEEMY. 2015. Early marriage is a potential risk factor for female breast cancer in the Eastern Region of Saudi Arabia. *American Journal of Research Communication*. Č.3(7). ISSN: 2325-4076. Dostupné z: http://www.usa-journals.com/wp-content/uploads/2015/06/Alghamdi_Vol37.pdf

ANTONOVSKÝ, Antony. 1987. *Unraveling the mystery of health: How People Manage Stress and Stay Well*. SanFrancisco: Jossey-Bass Publishers. ISBN: 1555420281

ARNABOLDI, P., C. LUCCHIARI, L. SANTORO, C. SANGALLI, A. LUINI a G. PRAVETTONI. 2014. PTSD symptoms as a consequence of breast cancer diagnosis: clinical implications. *SpringerPlus*. Č.3. S.3-7. ISSN: 2193-1801

ARDEBIL, M., Z. BOUZARI, M. SHENAS a M. KEIGHOBADI. 2013. Depression and health related quality of life in breast cancer patients. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, Č. 1, S.6-71. ISSN: 0030-9982

AYDINER, A., IGCI, A. a A. SORAN. 2019. Breast Cancer A Guide to Clinical Practice. Berlín: Springer. ISBN: 978-3-319-96947-3

AZADI, Roya, AHADI, Hassan a HATAMI, Reza. 2020. The Relationship of Psychological Wellbeing and Psychological Hardiness With the Mediating Role of Social Support in Women With Breast Cancer. *Intern Med Today*. č. 27. s. 18-33. ISSN: 1445-5994

BARD, Hoda a Paul KREBS. 2013. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psycho-oncology*. Č.22 (8). s. 1688-704. ISSN: 1099-1611

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan, MACH. 2003. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0617-0

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav, MATULAY. 2009. Sociologie zdraví, nemoci a rodiny / Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin: Osveta. ISBN: 9788080633066

BÁRTOVÁ, Jarmila. 2015. Přehled patologie. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-4775

BIPRAVA, A., RAOOFI, S., RAFIELI, S., PASHAZADEH, K., KAZEROONI, M., BAGHERIBAYATI, F., MASOUMI, M., DOUSTMEHRABAN, M., ZARABI, F., RAOOFI, N., BEIRAMY, Z., BEHROOZ, A., FATEMAH, T., BATOOL, H., ELZAN, A., MIR, M., DEYLAMI, S., MASHA, Z. HADIS, S. a F. KAKAVAND. 2022. Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. Č.0. S.1-9. ISSN: 1756-1833

BONNAUD-ANTIGNAC, Angélique, HARDOUIN, Jean-Benoit, LEGER, Julie, DRAVET, Fracios a Veronique, SEBILLE. 2012. Quality of life and coping of women treated for breast cancer and their caregiver. What are the interactions? *Journal of Clinical Psychology In Medical Settings*. Č.19. s. 9300-9. ISSN: 1068-9583

BRUCE, Compas, STOLL, Miriam., THOMSEN, Alexandra, OPPEDISANO, Gerri, EPPING, JoAnne a David KRANG. 1999. Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*. č.54. s.195–203. ISSN: 0167-6806.

BUBENÍKOVÁ, Kateřina a Kristýna MAREČKOVÁ. 2017. Zvládání onkologického onemocnění a partnerská spokojenost u pacientů a jejich partnerů. Praha: Epsychologie. č.2 (11). s. 12-27. ISSN: 1802-8853

BUJA, A., LANGO, L, LANGO, S., VINNELI, A., ZARANDO, C. a BALDO, V. 2018. Marital status and stage of cancer at diagnosis: a systematic review. *Eur. J. Cancer Care*. č.27. s.55-67. ISSN: 0961-5423

BURDER, J., S. MICHAEL, V. STUART, R. CUTRESS, K. BECKMANN, B. HOLLECZEK, J. DAHLSTROM, J. GATH, D. DODWELL a N. BUNDRED. 2022. Margin status and survival outcomes after breast cancer conservation surgery: prospectively registered systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, Č.378. ISSN: 1756-1833 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36130770/>

CARLSON, Linda, Barry, BULTZ, Michael, SPECA a Merreile, PIERRE. 2000. Partners of cancer patients: I. Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*. Č.18(2). s.39-63. Taylor & Francis: Philadelphia. ISSN: 15407586

CARSEN, K., M. HOYBYE, S. DALTON a A. TJONELAND. 2008. Social inequality and incidence of and survival from breast cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *European Journal of Cancer*, Č.14, S.44-58. ISSN 0959-8049.

CARTER, Barbara. 1997. Long-term survivors of breast cancer - A qualitative descriptive study. *Cancer Nursing*, č.5, s. 354-361. ISSN: 1538-9804

CHRZ, Vladimír, ČERMÁK, Ivo a Veronika, PLACHÁ. 2006. Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie*, Č.50 (6). s. 507-521. ISSN: 1804-6436

ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela. 2021. Sociální práce na onkologických odděleních a na pomezí zdravotně sociálních služeb. Sociální práce/sociálna prace. ISSN: 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/socialni-prace-na-onkologickych-oddelenich-a-na-pomezi-zdravotne-socialnich-sluzeb/>.

ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela, SLAVÍKOVÁ, Šárka a Michaela, CHRDLŮVÁ. 2014. Rodina s onkologicky nemocným dospělým. Sociální práce/sociálna praca. ISSN: 1805-885X.

DANEŠ, Jan et. al. 2021. Screening a diagnostika karcinomu prsu pro každodenní praxi. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-1239-5

DIENSTBIER, Zdeněk. 2003. Kdy je rakovina léčitelná? Praha: Grada Publishing. ISBN: 807169303

DIENSTBIER, Zdeněk. a Vladimíra, STÁHALOVÁ. 2012. Onkologie pro laiky. Praha: Liga proti rakovině. ISBN: 978-80-86031-65-1

DING, Wu, RUAN, Guodong, LIN, Yiglin, ZHU, Jianming, TU, Chuanjian a Zhian, LI. 2021. Dynamic changes in marital status and survival in women with breast cancer: a population-based study. Scientific Reports, č.11., ISSN: 2045-2322 Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-84996-y#citeas>

DE LONGIS, LAZARUS a FOLKMAN. 1998. The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. Journal of Personality and Social Psychology, Č.54, S. 255-258. ISSN: 0022-3514

DOLÉNKOVA, Tereza. 2011. Kvalita života žen s karcinomem prsu podstupujících chemoterapeutickou léčbu. Olomouc (bakalářská práce). Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd

DOSTÁLOVÁ, Olga. Nemoc jako křižovatka: rady onkologickým pacientům. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7553-454-5

DUNKEL-SCHETTER, Christinace, FEINSTEIN Lawrence, TAYLOR Shelley a Roberta FALKE. 1992. Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*. č.11 (2). s. 79-87. ISSN: 0278-6133

EL-AID, N., ALGAHTANI, M., KHALDOUN, M., ARNOUT, B. ALSWAILEM, H., a TOAIMI, A. 2020. Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer (Auckl)*, č.14, s.1-13. ISSN: 1178-2234

ENG, P., KAWACHI, I., FITZMAURICE, G. a E. RIMM. 2005. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. *Journal of epidemiology and community health*. Č.1. S.56-62. ISSN: 14702738

ESPINOZZA, Albert. 2013. *Žlutý svět*. Praha: Ikar. ISBN: 978-80-249-2162-4

FALCONIER, M., J. JACKSON, P. HILPERT a G. BODENMANN. 2015. Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. Č.2. s. 28-46. ISSN: 0272-7358

FELDMAN, Barry a Anne, BROUSSARD. 2006. Men's Adjustment to Their Partners' Breast Cancer: A Dyadic Coping Perspective. *Health & Social Work*. č.2, s. 117-127. ISSN: 03607283

FENDERESKI, Afsaneh, HAJIZDEH Ebrahim, HAGHIHAT, Shaphar a Alikbar RASEKHI. 2022. Long-term outcomes of non-metastatic breast cancer patients by molecular subtypes. *BMC Womens Health*. Č. 4. s.268. ISSN: 1472-6874

FRIEDRICHS, Kay, OELLERICHOVÁ, Heike a Miriaam WESSELOSOVÁ. 2017. *Rakovina prsu - poznejte nepřitele a porazte ho*. Praha: ESENCE. ISBN: 978-80-7549-155-8

FIALOVÁ, Ludmila. 1997. Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 80-85850-87-7.

FICHMAN, Frank a Thomas, BRADBURY. 1987. The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*. č.49. s. 797-809. ISSN: 0022-2445. in EROL, Ruth Yasemin a Ulrich ORTH. 2014. Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Development psychology*. Č.9., s. 2291–2303. ISSN: 1939-0599

FINCK, Carolyn, BAEEDAS, Susana, ZENGERC, Markus s Andreas, HINZ. 2018. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology: Elsevier Doyma*. ISSN: 1697-2600

FIŠAROVÁ, Lenka. 2010. Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy. Zlín (bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati. Fakulta zdravotnických věd.

FROMM, Erich. 2010. Umění milovat. Praha: Český klub. ISBN: 978-80-86922-32-4

GAMEZY, Norman. 1991. Resilience in Children's Adaptation to Negative Life Events and Stressed Environments. *Pediatric Annals: Chicago*. č.9 (20). s. 459-460,463-466. ISSN: 0090-4481

GAVORA, Petr. 2000. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido. ISBN: 978-80-7315-185-0

GAWLER, Ian. 1993. Nad rakovinou můžeš zvítězit. Čestice: Pavla Momčilová - Medica Publishing. ISBN: 8090113702

GELLERT, Gabriel, MAYWELL, Richard a Bush, SEGEL. 1993. Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: a 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*. Č.1. s.66-69. ISSN: 1365-2354

GRUMANOVÁ, Jessie. 2008. První dny s vážnou diagnózou Praktický rádce v mezní životní situaci. Praha: IKAR. ISBN: 978-80-249-1164-9

GUIL, R., P. RUIZ-GONZÁLES, A. MARCHÁN-CLAVELLINO, L. MORALES-SANCHEZ, A. ZAYAS a R. GOMÉZ-MOLINERO. 2020. Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Front. Psychol.*, Č.11. S.235-246. ISSN: 1664-1078

GUES, T., M. GUEDES, R. SANTANA, J. SILVA, A. DANTAS, M. OCHANDORENA-ACHA, M. TERRADAS-MONLLOR, J. JEZER-ROIG a D. SOUZA. 2022. Sexual Dysfunction in Women with Cancer: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Č.19. ISSN: 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/11921>

HAMMER, Viktoria. (ed). 2011. Breast Cancer Nursing Care and Management, 2nd Edition. New Jersey: Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-405-19866-0

HARGAŠOVÁ, Marta a Tomáš, NOVÁK. 2007. Předmanželské poradenství. Praha: Grada. ISBN: 8024717302

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1985. Spoutaný život. Praha: Panorama. ISBN: 11-094-85

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2000. Psychologický slovník. Praha : Portál, ISBN 80- 7178-303-X

HAY, Louise. 2000. Síla ženy. Praha: EUROMEDIA GROUP. ISBN: 978-80-7549-230-2

HINNEN, Chris., RANCHOR, Adelita., BAAS, Pieter., SANDERMAN, Robbert a Mariet HAGEDOORN. 2009. Partner support and distress in women with breast cancer: The role of patients' awareness of support and level of mastery. *Psychology & Health*. č.4. s.439-455. ISSN: 14768321.

HENDL, Jan. 2005. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4

HENDRICK, Susan. 1988. A generic measure of relationship satisfaction. Journal of Marriage and the Family. č.50,. s. 93-98. ISSN: 0022-2445 in EROL, Ruth Yasemin a Ulrich ORTH. 2014. Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. Development psychology. Č.9., s. 2291–2303. ISSN: 1939-0599

HERMAN, H., D. STEWARD, E. DIAZ-GRANADOS, N. BERGER, E. JACKSON a T. YUEN. 2011. What is Resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry. Č. 56, S.258-265. ISSN 14970015

JANÁČKOVÁ, Laura. 2014. Život je boj. Brno: GRIFART. ISBN: 978-80-905337-4-5

KALINA, Kamil. 2015. Klinická Adiktologie. Praha: Grada. ISBN: 8024743310

KALVODOVÁ, L., J. VORLÍČEK, Z. ADAM a P. SVAČINA. 2010. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. Vnitřní lékařství, č. 6, s. 570-581. ISSN: 1801-7592

KARRAKER, Amelia a Kenzie, LATHAM. 2015. In Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life. Journal of Health and Social Behavior, Č.3, S.420-35. ISSN: 2150-6000

KAVALDOVÁ, Libuše. 2010. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. in Moje medicína [online]. 7.9.2010. [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/akce-vzdelavani/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologickyx-pacientu-a-osetrujiciho-tymu-1.html>

KASTER, Tyler, SOMMER, Jordana, MOTA, Natalie, SAREEN, Jitender a Reneé EL-GABALAWY. 2019. Post-traumatic stress and cancer: Findings from a

cross-sectional nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*. Č.65., S.11-18. ISSN: 0887-6185

KAYSER, Karen, Lisa, WATSON a ANDRAGE, Joel. 2007. Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, č.(4)25. s.404–418. ISSN: 1091-7527

KAYSER, Karen a Chiara, ACQUATI. 2019. The influence of relational mutuality on dyadic coping among couples facing breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. Č.3. S. 194–212. ISSN: 15407586

KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN: 80-200-1307-5

KELLER, Jan. 2006. *Soumrak sociálního státu*. Sociologické nakladatelství (SLON): Praha. ISBN: 80-86429-41-5

KESSING, S., ROSENWAX, N. a MCNAMARA, B. 2016. A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*. č. 16, s.1-14. ISSN: 1472-6874

KLUUN, Ray. 2006. *Třetí poločas*. Praha: Jota. ISBN: 80-7217-437-1

KOBASA, Suzanne. 1979. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, č. 37(1), 1–11. ISSN: 0022-3514

KOBASA, Suzanne, MADDI, Salvatore a KAHN. Stephen. 1982. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), s. 168–177. ISSN: 0022-3514

KOBASA, Suzanne a Mark, PUCETTI. 1983. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*. Č.4, S. 839-850. ISSN: 0022-3514

KOSTKOVÁ, Zuzana. 2009. Psychosociální péče o ženu po mastektomii. Pardubice (bakalářská práce). Fakulta zdravotnických studií.

KOUTNÁ-KOSTÍKOVÁ, Jana a Ivo, ČERMÁK. 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. in ŘIHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo, HYTYCH, Roman a kol. Kvalitativní analýza textu čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita. s.9-43. ISBN 978-80-210-6382-2

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2005. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-347-8

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2009. Manželská a párová terapie. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-646-9.

KRTIČKOVÁ, Kateřina. 2005. Onkologicky nemocný v rodině. Psychologie dnes. č.2. s.21-22. ISSN: 1212-9607

KRTIČKOVÁ, Kateřina. 2006. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. Onkologie v praxi. č. 2, s.12-23. ISSN: 1802-4475

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. Psychologie zdraví. Praha: Grada. ISBN: 8024701790

KUBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. 2012. Světlo na konci tunelu - úvahy o smrti a umírání. Praha: Jota. ISBN: 978-80-7462-145-1

LAUSTER, Peter. 1994. Láska. Knižní klub: Praha. ISBN: 80-7176-033-1

LAZARUS, Richard a Susan FOLKMAN. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer Pub. Co. ISBN: 0826141900

LI et. al. 2020. Does marital status correlate with the female breast cancer risk? A systematic review and meta-analysis of observational studies. PLOS One. č.3 (online). doi: 10.1371/journal.pone.0229899. ISSN: 1932-6203

LOARING, J., M. LARKIN, R. SHAW a P. FLOWERS. 2015. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychology Journal*. Č.4, S. 426-436. ISSN 0278-6133

LUTHAR, Suniya, Dante, CHICCHETTI a Bronwyn, BECKER. 2000. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. Č.3. S. 543-562. ISSN: 1467-8624

MANNE, Sharon, SIEGEL, Scott, KASHY, Deborah a Carolyn, HECKAN. 2014. Cancer-specific relationship awareness, relationship communication, and intimacy among couples coping with early-stage breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*. 31(3), 314-334. ISSN: 1460-3608

MARC, Silver. 2006. *Moje žena má rakovinu prsu*. Praha: Reades Digest Výběr. ISBN: 80-86880-19-2

MATĚJČEK, Zdeněk. 2014. Resilience aneb co nás chrání před zlým osudem. *Československá Psychologie*, č. (5)58, s. 282-289. ISSN: 1804-6436

MATOUŠEK, Oldřich. 2016. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1154-9

MATOUŠEK, Oldřich. 1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. (studijní texty). Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-901424- 7-8

MEIER, F., S. NOTARI, G. BODENMANN, T. RAVENSON a N. FAVEZ. 2019. We are in this together - Aren't we? Congruence of common dyadic coping and psychological distress of couples facing breast cancer. *Psychoonkology*. č.12, s. 2374-2381. ISSN: 1099-1611

MELCHIOR, M, M. GOLDBERG, N. KRIEGER, I. KAWACHI, G. MENVIELLE, M. ZINS a L. BERKMAN. 2005. Occupational class, occupational mobility and cancer

incidence among middle-aged men and women: A prospective study of the French GAZEL cohort. *Cancer Causes & Control*. Č.5, S.515-24. ISSN: 957-5243

MEYEROWITZ, B., K. DESMOND, J. ROWLAND, G. WYATT a P. GANZ. 1999. Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Č.3. s. 237-50. ISSN:0092-623X

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1362-4

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2004. Zákon č. 96/2004 Sb -Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

MOŽNÝ, Ivo. 1999. Sociologie rodiny. Praha: SLOON. ISBN: 80-85850-75-3

MULGAN, Richard G. 1998. Aristotelova politická teorie. Praha: Oikoymenh. ISBN: 80-86005-69-0

MYSTAKIDOU, K., E. TSILIKA, E. PARPA, I.PANAGIOTOU, A. GALANOS a A. GOULIAMOUS. 2011. The Mediation Effect of Anxiety Between Post-Traumatic Stress Symptoms and Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, Č.3, S.511-521. ISSN 1540-9996

NALBANT, B., A. KANGER a T. ZIMMERMANN. 2021. Cancer and Relationship Dissolution: Perspective of Partners of Cancer Patients. *Front psychol.* č. 12. ISSN: 1664-1078

NAVRÁTIL, Pavel. 1998. Sociální práce jako sociální konstrukce. *Sociologický časopis*. č.1. S. 37-50. ISSN: 0038-0288

NAVRÁTILOVÁ, Eva. 2013. Sociální opora pro ženy s onkologickým onemocněním. Zlín (diplomová práce). Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií.

NÁKONEČNÝ, Milan. 2009. Sociální psychologie. Praha: Academia. ISBN: 978-80-200-1679-9

NĚMČÍKOVÁ, Zuzana. 2020. ABCDa zvládnání rakoviny, opakovaných recidiv a metastáz. Galén: Praha. ISBN: 9788074924675

NIHAYATIL, Hanik Edanga, FADILA Firdha Faillil a Risha FAUZINIJGTYAS. 2020. The Relationship between Psychosocial Stress and Coping Strategies for Breast Cancer Patients. Systematic Reviews in Pharmacy. č.3., s.817-822. ISSN: 0976-2779

NIEBAUER, Fry, FRY, Nina, AUSTER-GUSSMAN, Lisa a Helané, WAHBEN. 2021. Patient perspectives on the causes of breast cancer: a qualitative study on the relationship between stress, trauma, and breast cancer development. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Taylor & Francis: London. č. (16), 1. ISSN.: 17482623

NIPP, Ryan, EL- JAWARHI, Areej, FISHBEIN, Joel, EUSEBIO, Justin, STAGL, Jamie, GALLAGHER, Emilly, PARK, Elyse, JACKSON, Vicky, PIRL, William, GREER, Joseph a Jennifer, TEMEL. 2020. The Relationship Between Coping Strategies, Quality of Life, and Mood in Patients with Incurable Cancer. Sys Rev Pharm. Č. 3(11). s. 817-822. ISSN: 0975-845

NISA, Shams, a Touseef, RIZVI. 2016. Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality traits with Post-Traumatic Growth in Cancer Patients. International Journal of Advanced Research, Č.5, s.1826-1832. ISSN: 2320-5407

Ośmiałowska, Edyta, Weronika Misiąg, Mariusz Chabowski, and Beata Jankowska-Polańska. 2021. Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. Journal of Clinical Medicine. č.10(19). s. 2251- 2259. ISSN: 2077-0383

PANJARI, Mary, Pam, FRADKIN, Susan, DAVIS a Robin, BELL. 2012. Breast cancer survivors' beliefs about the causes of breast cancer. *Psycho-oncology*. Č.21, S. 724-72. ISSN: 1099-1611

PAULÍK, Karel. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2959-6

PIETKIEWICZ, Igor a Jonathan, SMITH. 2014. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*. Č.1, S. 7-14. ISSN: 1425-6460

POLANSKÁ, Aneta. 2018. Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah. Příběhy žen s karcinomem prsu. Olomouc. (bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

PONĚŠICKÝ, Jan. 2012. *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Trion. ISBN: 978-80-7387-546-6

PŠOVSKÁ, Štěpánka. 2013. *Psychosociální péče o ženu po mastektomii*. Zlín (bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati. Fakulta zdravotnických věd.

PUROVÁ, Kateřina. 2016. *Zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich intimních partnerů*. Olomouci. (Rigorózní práce). Univerzita Palackého. Filozofická fakulta.

REYES-GIBBY, C., K. ANDERSON, P. MORROW, S. SHETE a S. HASSAN. 2012. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Women's Health*. Č.3, S. 311-18. ISSN: 1540-9996

RICHARDSON, Gleen. 2002. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*. č.3, s. 307-321. ISSN: 1097-4679.

ROTTMAN, N., P. LARSEN, CH. JOHANSEN, M. HAGEDOORN, DALTON, S. a D. HANSEN. 2022. *Sexual Activity in Couples Dealing With Breast Cancer. A Cohort*

Study of Associations With Patient, Partner and Relationship-Related Factors. *Front. Psychol.*, Č.14, S.134-45. ISSN: 1664-1078

ŘIHÁČEK, Tomáš., Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. 2013. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

SAJADIAN, Akram, Mahsa RAJLAHIJI, Akram, MOTAHARINASAB Anooshirvan, KAZAMEDAJ a Shahpar HAGHIHAT. 2017. Breast Cancer Coping Strategies after Diagnosis: A Six-month Follow-up. *Multidisciplinary Cancer Investigation*. č.1., s. 12-16. ISSN: 2476-4922

SERGIN, Chris a Terry, BADGER. 2013. Interdependent psychological distress between Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Journal of Latina/o Psychology*, č.1(1), s.21–34. ISSN: 2578-8086

SLAVÍKOVÁ, Š., ČADKOVÁ-ŠVEJKOVÁ, M., MAULENOVÁ, K., ASCHERMANNOVÁ, A., VAŇKOVÁ, L., a J. TĚŠINOVÁ. 2020. Průvodce pro nevléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké. Praha: Amelie, z.s. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/brozury/PaliativaA5_2020web.pdf

SMITH, Jonathan, Paul FLOWERS a Michael LARKIN. 2009. Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research. Thousand Oaks. ISBN: 9781412908344

SOCHOR, Marek, ZÁVADOVÁ, Irena, Ondřej, SLÁMA. 2019. Paliativní péče v onkologii. Praha: Mladá Fronta. ISBN: 978-80-204-4223-9

SPAINER, Graham B. 1976. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, č.38. s. 15-28. ISSN: 1741-3737. in EROL, Ruth Yasemin a Ulrich ORTH. 2014. Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Development psychology*. Č.9., s. 2291–2303. ISSN: 1939-0599

SVETINA, Matija a Katja, NASTRAN. 2012. Family relationship and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*: Zagreb. č.3. s.298-306. ISSN: 0353-5053

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

STERNBERG, Robert. 1986. A triangular theory of love. *Psychological Review*. 93(2). s 119-135. ISSN: 0033-295X

ŠLAMPOVÁ, Daniela. 2008. Faktory ovlivňující kvalitu života ženy u nádorového onemocnění prsu. Brno (bakalářská práce). Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ŠOLCOVÁ, Iva. 2009. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2947-3

TADESCHI, Richard a Lawrence, CALHOUN. 1995. *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications: Kalifornie. ISBN: 0803952570.

TADAYON, Mitra, DABIRIZADEH, Saeideh, ZAREA, Kouros, BEHROOZI, Naser a Mohamad, HAGHIGHAZED. 2014. Investigating the relationship between psychological hardiness and resilience with depression in women with breast cancer. Č. 28. *Gulf Journal Oncology*. s. 23-30. ISSN: 20782101

THOMAS, A., S. KHAN, E. CHRISCHILESS a M. SCHROEDER. 2016. Initial Surgery and Survival in Stage IV Breast Cancer in the United States, 1988-2011. *Journal of the American Medical Association*, Č. 151, S. 424-431. ISSN: 2168-6254

TROSTER, Petr. 2009. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-346-2.

TSCHUSCHKE, Volker. 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-826-0

VIN, RAVIV, N., T. AKINYEMIJU, S. GALEA a D. BOVBJERG. 2015. Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast Cancer. PLOS One. č.10. ISSN: 1932-6203. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26035180/>

VODRÁŽKA, Zdeněk. Biochemie. 2003. Praha: Academia. ISBN: 80-200-0600-1

YOSHIMOCCHI, L., M. SANTOS, E. LYOLA, P. MAGALHAES a M. PANOBIANCO. 2018. The experience of the partners of women with breast cancer. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, Č.52, S.1-7. ISSN: 0080-6234

YUAN, R., CH. ZHANG, LI, Q., JI,M. a N. HE. 2021. The impact of marital status on stage at diagnosis and survival of female patients with breast and gynecologic cancers: A meta-analysis. Gynecologic oncology. Č.3. S.778-787. ISSN: 0090-8258.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ, a J. ŠRÁMKOVÁ. 2007. Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2068-5

Internetové stránky

CÍGER, Hynek. 2016. Jak na postojové škály. Tvorba položek a jejich zpracování. Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta. Brno: Masarykova Univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/www/hynek.cigler/pedf2016/pedf_skaly.pdf

MAMO. 2021. Epidemiologie karcinomu prsu. [online]. 7 [cit. 2022-07-11]. Dostupné z: mamo.cz - Epidemiologie karcinomu prsu v České republice

SLAVÍKOVÁ, Šárka a Michaela, ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ. 2021. Sociální práce na onkologických odděleních a na pomezí zdravotně sociálních služeb. Sociální práce. [online]. 26.12 2021. [cit. 2022-07-28]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/socialni-prace-na-onkologickych-oddelenich-a-na-pomezizdravotne-socialnich-sluzeb/>

ÚZIS. 2017. Novotvary 2018 ČR, Cancer Incidence in the Czech Republic, ÚZIS: Praha. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>