

Univerzita Palackého v Olomouci
Filosofická fakulta
Katedra psychologie

Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah
Příběhy žen s karcinomem prsu

The impact of oncological illness on a relationship
Narratives of women with breast cancer



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Aneta Polánská

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Olomouc

2018

Prohlášení

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah: příběhy žen s karcinomem prsu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila mé obrovské poděkování **PhDr. Marii Marečkové, Ph.D.**, vedoucí mé bakalářské práce. Bez její pomoci, průběžných připomínek i kontaktů bych tuto práci nedokončila. Děkuji za společná setkání, při kterých mi předávala své zkušenosti, rady a dodávala odvalu a povzbuzení do dalších kroků při realizaci práce.

Dále bych chtěla poděkovat rodičům, kteří se zájmem sledovali mé studium, za jejich trpělivost a pochopení.

Děkuji svým spolužákům za vzájemnou podporu během společných studií a za to, že jsem díky nim prožila tři skvělé roky.

Mé poděkování patří i respondentkám, které souhlasily s účastí na výzkumném projektu a navzdory nepřízní osudu se rozhodly o svém onemocnění mluvit a hovořit i o jeho dopadu na vztahovou rovinu.

Bibliografický záznam

POLÁNSKÁ, Aneta. *Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah: příběhy žen s karcinomem prsu*. Bakalářská diplomová práce. 2018. 76 stran. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Obsah práce

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....	9
1. Charakteristika onkologického onemocnění.....	9
1.1. Příznaky doprovázející onkologické onemocnění.....	11
1.2. Diagnostika nádorů.....	12
1.3. Dělení nádorů.....	13
1.4. Léčba onkologického onemocnění.....	14
1.4.1. Chirurgická léčba.....	14
1.4.2. Léčba zářením (radioterapie).....	14
1.4.3. Chemoterapie.....	15
1.4.4. Hormonální léčba.....	16
1.4.5. Imunoterapie (biomodulační léčba).....	16
1.4.6. Další léčebné možnosti.....	16
1.5. Typy léčby z hlediska jejího cíle.....	17
1.5.1. Protinádorová léčba.....	17
1.5.2. Podpůrná (symptomatická) léčba.....	18
1.5.3. Paliativní léčba.....	18
2. Karcinom prsu.....	19
2.1. Etiologické faktory karcinomu prsu.....	20
2.2. Symptomy nemoci a diagnóza.....	21
2.3. Program mamografického screeningu v České republice.....	22
2.4. Léčebná terapie rakoviny prsu.....	23
2.5. Rekonstrukční výkony.....	24
3. Partnerský vztah.....	25
3.1. Představy a očekávání mužů a žen ve vztahu.....	26
3.2. Proměna partnerského vztahu.....	27
4. Dopad onkologického onemocnění na partnerský život a relevantní studie.....	30
II. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE.....	39
5. Úvod do výzkumného problému.....	39
5.1. Cíl práce a výzkumné otázky.....	39
5.2. Výzkumná strategie.....	39
5.3. Metody výběru a charakteristika výzkumného souboru.....	40
5.4. Metody získávání dat.....	41
5.5. Průběh výzkumu.....	43
5.6. Metody zpracování a analýza dat.....	44
5.7. Etika výzkumu.....	44
6. Výsledky výzkumu.....	45
6.1. Příběhy respondentek.....	45
6.2. Přehled výsledků.....	51
6.3. Interpretace výsledků a diskuze.....	60
6.4. Limity výzkumu.....	65
6.5. Doporučení pro další výzkum.....	66
7. Závěr.....	67
Souhrn.....	68
Seznam použité literatury.....	70
Přílohová část práce.....	76

Úvod

Onkologické onemocnění patří k nejzávažnějším a široce rozšířeným zdravotním problémům současné doby. Pozitivní diagnóza představuje významný zásah do života pacientů, kteří toto onemocnění prožili nebo s ním momentálně bojují. Vysoké nároky nejsou kladeny pouze na nemocného člověka, ale promítají se do života členů celé rodiny a příbuzných. Onemocnění se se svými důsledky odráží do životního stylu, včetně finanční, sociální, ale i partnerské a intimní stránky. Na život jedince nepůsobí pouze nemoc jako taková, ale i její náročná léčba, mnohdy provázena nežádoucími vedlejšími účinky. Většina léčebných modalit, kterými si nemocní procházejí, ovlivňuje fyzické, psychologické a interpersonální aspekty a mohou se odrážet i v charakteru partnerského soužití.

Cílem předložené práce bylo navázat na činnost předchozích badatelů a prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jakým způsobem nemoc ovlivnila partnerskou oblast pacientek s diagnostikovaným karcinomem prsu.

Práce je z hlediska své struktury rozdělena na část teoretickou, která obsahuje terminologické minimum, charakteristiku onkologického onemocnění, symptomy a přehled postupů, které jsou v léčebné praxi nejčastěji doporučovány. Dále je čtenář seznámen s problematikou nádorového onemocnění, které postihuje ženy nejčastěji, tedy s karcinomem prsu. Dozví se základní informace o rizikových faktorech i možnostech včasného odhalení nádoru prsu. V závěru teoretické části jsou shrnuty dostupné studie s relevantní tematikou. Celá tato část je provázána teoretickými poznatky z oblasti partnerských vztahů, vývojem a představami, které si partneři do vztahu přinášejí, ale i tím, jak závažná chronická nemoc může vztah ovlivnit.

Druhá část podrobně referuje o metodologii výzkumného projektu. Zahrnuje informace týkající se výběru vzorku a jeho charakteristiku, představuje metody sběru dat a kroky realizované při analyzování získaných údajů. Nábor respondentek byl zajištěn pomocí informačních letáček a prostřednictvím spolupráce s lékařským personálem. Dále navazuje kapitola, která čtenáři představuje výsledky a je zakončena diskuzí, kde jsou zjištěné výsledky podrobeny konfrontaci s předchozími studiemi.

V přílohové části práce je k dispozici šablona informovaného souhlasu včetně pozvánky vyzývající k účasti na výzkumu, která byla rozeslána na vybraná pracoviště.

Výběr tématu byl ovlivněn aktuálností dané problematiky, rodinnou zkušeností a v neposlední řadě přínosem získaných dat pro čtenáře nebo jedince, kteří sami s onemocněním bojují nebo jsou v kontaktu s někým, kdo danou nemoc prožil. Informace

v této práci mohou poskytnout stručný přehled o nemoci a průběžně vkládané výpovědi mohou přiblížit čtenářům pocity a zkušenost pacientek s tím, co jim nemoc vzala nebo předala. Domnívám se rovněž, že výsledky lze aplikovat v průběhu sezení či terapie s klienty s obdobnou zkušeností.

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. Charakteristika onkologického onemocnění

V obecné rovině bychom mohli pod pojmem „onkologické onemocnění“ mohli definovat různorodou skupinu chorob, které si prostřednictvím nekontrolovatelného buněčného růstu zajišťují další prostor v těle organismu, čímž jsou ohroženy jednotlivé orgány a životně důležité funkce (Angenendt a kol., 2010). Možnost rakovinového bujení existuje u všech typů buněk, které se v organismu nacházejí, přičemž nejčastěji se nádory objevují v místech (tkáních), kde dochází k jejich nejvyššímu množení. Z toho vyplývá, že nejčastěji bývá postižen především dýchací a trávicí systém. Výskyt nádorů je ovlivněn i hormonální stimulací buněk, a v důsledku toho patří mezi velmi častá onemocnění nádory prsu a vaječníků u žen nebo nádory prostaty u mužů.¹

V současném světě je onkologické onemocnění po kardiovaskulárních příhodách u dospělých osob a u dětí po vážných úrazech druhou nejčastější příčinou úmrtí. Nádorová onemocnění se mohou u člověka objevit v jakémkoli věku. V dospělosti umírá na nádorové onemocnění zhruba každý pátý člověk, v dětské populaci je úmrtnost velmi nízká (okolo 3 %), přičemž tyto údaje platí pro civilizovaný svět. Výskyt nádorového onemocnění se s narůstajícím věkem zvyšuje a kulminuje u lidí okolo 65. roku života (Dostálová, 1993). Když se ale podíváme na počet nemocných rakovinou v různých částech světa, zjistíme značné rozdíly co do postižení určitého orgánu nebo frekvence. V civilizovaných zemích onemocní rakovinou přibližně každý čtvrtý člověk, což je 25 % lidí z celkové populace. Situace v rozvojových zemích byla po dlouhou dobu jiná, zejména proto, že tamní lidé se nedoživali příliš vysokého věku a příčinou jejich úmrtí byly často nemoci infekčního původu nebo podvýživa. V současné době se situace mění, a i v rozvojových zemích se délka života mírně prodlužuje. Obyvatelstvo těchto zemí přebírá škodlivé zvyky vyspělých států, a proto dnes z celkového počtu nově diagnostikovaných nádorových onemocnění ve světě (za jeden rok), připadá téměř polovina onemocnění právě rozvojovým zemím. Co se týče postižení jednotlivých orgánů, vyskytují se v různých zemích rozdíly, čtenáře však odkazuji např. na knihu Jak vzdorovat rakovině od Olgy Dostálové (1993).

¹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Rakovina>

Vznik onemocnění není podmíněno jedním faktorem (např. genetickými predispozicemi), ale na jeho vzniku se podílí řada dalších faktorů. Předpokládá se, že imunitní systém člověka je v současné době vystaven zátěži rozmanitých škodlivých efektů, které přispívají k jeho selhání. Mnohé studie naznačují, že za zvýšeným výskytem nádorového onemocnění mohou stát mimo jiné zplodiny, kuřácký zlozvyk, konzumace alkoholu a drog, nevhodné stravovací návyky nebo nedostatek pohybových aktivit (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, & Beuth, 2010). „Často se setkáváme s přístupem, že člověk, který onemocněl rakovinou, vlastně „platí“ za výstřední způsob života, jinými slovy, že „na něj došlo a musí platit za své hříchy“ (Angenendt a kol., str. 40). Další studie se mimo jiné zaměřily na to, zda by za vznikem onkologického onemocnění nemohly stát psychické nebo sociální zátěžové situace. Většina pacientů se pro své onemocnění snaží najít nějaké smysluplné vysvětlení. Častým závěrem bývá tvrzení, že za původem jejich onemocnění stojí dříve prožité události, které pro ně znamenaly velkou psychickou zátěž. Až 60 % pacientů, kteří byli v rámci jedné studie dotazováni na to, jak vypadal jejich život před vznikem onemocnění, skutečně potvrdilo, že byli vystaveni psychicky vyčerpávajícími období a ve svých výpovědích zdůrazňovali vlastní podíl na vzniku nemoci. Potřeba najít nějaké vysvětlení má pro nemocného člověka uklidňující efekt. Problém však spočívá v tom, že většina studií má retrospektivní charakter, čímž vzniká možnost určitého zkreslení, protože pacient může dobu předcházející nemoci interpretovat v souladu s tím, co již o svém onemocnění ví. Spíše než tvrdit, že určité psychické znaky mohou přímo ovlivnit vznik rakoviny je na místě připomenout, že sociální a duševní zátěž může nepřímo vést ke vzniku různých zlozvyků a ty se mohou následně odrazit ve zvýšené rizikovosti vzniku nádorového onemocnění (Angenendt a kol., 2010).

1.1. Příznaky doprovázející onkologické onemocnění

Nejčastěji se setkáme se třemi skupinami příznaků, které mohou predikovat nádorové onemocnění. První skupinou jsou příznaky místní, kdy nádory rostoucí na určitých místech způsobují problémy pro tato místa typická. Problémy jsou způsobeny tím, jak nádory rostou a pronikají do okolních tkání. Ilustrativním příkladem může být bolest nebo hmatatelné bulky s kožními změnami doprovázející nádory prsu. Do druhé skupiny spadají příznaky celkové povahy a jedná se např. o oslabení organismu doprovázeného únavou, malátností, nechutenstvím, výrazným úbytkem hmotnosti nebo nočním pocením. Poslední skupinou jsou příznaky paraneoplastické, při nichž dochází k projevům, jež jsou způsobeny látkami funkčně podobných hormonům, které jsou uvolňovány nádorovými buňkami a ovlivňují dějové pochody v organismu.² Jsou to tedy doprovodné jevy nemoci, ale nesouvisí přímo s progresí primárního ložiska a metastazováním nádoru. Takovým projevům je nutné věnovat pozornost proto, že mohou upozornit na výskyt (do té doby nerozpoznaného) nádoru (Klener, 2002).

² Zdroj: <http://www.lecba-rakoviny.cz/priznaky-rakoviny>

1.2. Diagnostika nádorů

Předpokladem úspěšné léčby je včasné zachycení nádorového onemocnění. Důležitou roli sehrává sám pacient. V případě, že shledá některý z varovných příznaků, měl by na tuto změnu svého lékaře upozornit. „*Lidé často již v premorbidním období prožívají úzkost a strach. Vnímají tělesnou změnu, která je spojena s určitým nepohodlím. Procházejí fázemi naděje, že „to přejde“ a nakonec je obtíže a obavy přivedou k lékaři. Už v tomto období se objevují různé představy a fantazie, které odpovídají jejich životní zkušenosti*“ (Zemanová, 2008, str. 249). Lékaři se u nového pacienta zajímají o rodinnou anamnézu, a to hned ve třech generacích, tedy o anamnézu rodičů, sourozenců, prarodičů, případně o anamnézu vlastní rodiny. Dále se zjišťuje osobní anamnéza nemocného, která zahrnuje informace o vývoji v dětství, prodělaných nemocech, úrazech a operacích. U žen jsou zjišťovány informace z průběhu těhotenství a porodu. Pozornost by měla být věnována i varovným příznakům, mezi které spadá nevysvětlitelná redukce váhy, krvácení, déletrvající kašel aj. (Klener, 2002). Dále se sleduje pracovní a sociální anamnéza v životě nemocného. Odborníci se dále podrobně zaměřují na vývoj současných obtíží a fyzikální vyšetření (tj. pohledem, pohmatem nebo poslechem). Další postup je již odvislý od rozhodnutí odborníků. V současnosti se v rámci diagnostiky využívá široká škála metod pro správné určení nemoci a jejího rozsahu (tzv. klinického stádia). Mezi tyto metody patří např. ultrazvuk (ultrasonografie), rentgenové snímky, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRI), mamografie³, dále lze provést endoskopii⁴, biopsii⁵ nebo cytologii. Vyšetření bývá doplněno o hematologické, imunologické vyšetření a funkční vyšetření některých orgánů (Klener, 2002; Koutecký, & Konopásek, 1993).

³ Metoda rentgenového vyšetření prsů.

⁴ Vyšetřovací metoda k prohlédnutí dutých orgánů a prostor, umožňuje také odběr tkáně k mikroskopickému vyšetření nebo k uskutečnění některých menších zákroků (odstranění polypů).

⁵ Jde o mikroskopické posouzení odebrané části tkáně, kdy se stanoví, zda je vzorek tkáně nádorového charakteru a o jaký konkrétní typ nádoru jde.

Zdroj: <http://www.lecba-rakoviny.cz/biopsie-a-histologicke-vysetreni>

1.3. Dělení nádorů

Nádory lze rozdělit na základě různých kritérií, nicméně pro naše účely si uvedeme dělení nádorů podle zhoubnosti. V této rovině rozlišujeme nádory nezahubné neboli benigní, které bývají dobře ohraničené a nešíří se do okolní tkáně, případně do dalších částí těla. V některých situacích bývají pro svou polohu nebo z důvodu jejich tlaku na okolní struktury odstraněny, aby se předešlo vzniku závažnějšího zdravotního problému.

Druhou skupinu tvoří nádory zhoubné – maligní, které se liší od benigních nádorů vyznačují velmi agresivním růstem rakovinových buněk. Ty se nekontrolovatelně množí na úkor zdravé tkáně a prostřednictvím krevního nebo lymfatického systému se šíří do jiných orgánů, kde následně zakládají dceřiná ložiska (tzv. metastázy) (Hartl, & Hartlová, 2000; Walló, 2005). Rakovinové buňky jsou charakteristické tím, že disponují schopností růstu, aniž by k tomu potřebovaly přítomnost růstových faktorů a rovněž i schopností uniknout kontrole imunitního systému. Dále je pro ně charakteristická neschopnost reagovat na signály o ukončení růstu a v oblastech, kde se nacházejí, lze zaznamenat zvýšený výskyt zánětlivých míst.⁶

U zhoubných nádorů se stanovuje grading (stupeň diferenciací nádoru, který určuje morfológickou podobnost nádoru s mateřskou tkání); staging (rozsah; velikost nádoru a přítomnost metastáz v jiných orgánech nebo v mízních uzlinách) a potenciální účinek medikamentů a hormonů na nádor (Vorlíček, Abrahámová, & Vorlíčková, 2012; Walló, 2005).

Třetí skupinou jsou nádory intermediární (též se setkáme s výrazy semimaligní nebo potenciálně maligní), které představují předěl mezi benigními a maligními nádory, respektive nemají všechny znaky zhoubných nádorů.

Důležité je poznamenat, že „podle původu tkáně, kterou jsou nádory tvořeny, podle vzhledu a vlastností buněk se potom dělí na jednotlivé typy. Různé typy zhoubných nádorů mají odlišnou agresivitu a odlišnou reakci na ozařování, chemoterapii či hormonální léčbu“ (Walló, 2005, str. 40).

⁶ zdroj: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Rakovina>

1.4. Léčba onkologického onemocnění

Maligní choroby představují pro organismus citelnou zátěž na rozdíl od jiných nemocí. Před stanovením léčby i v jejím průběhu je důležité brát zřetel na věk pacienta, jeho celkový stav, klinické stádium onemocnění nebo na prognostické faktory, které umožní předvídat budoucí vývoj onemocnění. Vlivem léčby bývá zhoršena i kvalita života pacienta, a proto je třeba mít nepříznivý aspekt léčby také na paměti (Koutecký, 1999). V praxi se nejčastěji používají všechny léčebné modalities, tedy chirurgický zákrok, radioterapie (tj. metody lokální, lokoregionální), chemoterapie (léčba systémová), hormonoterapie a nově také monoklonální protilátky (imunoterapie). Všechny uvedené modalities se vyznačují svou přesně stanovenou indikací (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

1.4.1. Chirurgická léčba

Tato léčba je nepostradatelným prvkem onkologické léčby. Nicméně v některých případech není žádoucí operací začínat a některá nádorová onemocnění operativně léčit ani nelze. K chirurgické léčbě nelze přistoupit také z důvodu těsného kontaktu nádoru na velké cévy, nebo pokud se nádor nachází v blízkosti mozkového kmene (Koutecký, & Konopásek, 1993). *„Je zcela logické, že nádor jako cizí, nepřátelský vetřelec v našem těle by měl být odstraněn, a to i za cenu poškození celistvosti organismu. Pravda o léčbě nádorových nemocí je však úplně jiná. Operace je součástí komplexní léčby, někdy nejen velmi důležitá, ale i zásadní, jindy však pouze doplňková nebo dokonce nevhodná“* (Koutecký, & Konopásek, 1993, str. 49).

1.4.2. Léčba zářením (radioterapie)

Cílem záření je nádor postupně zničit nebo alespoň zamezit jeho růstu a invazi do okolních struktur. Postup je doporučen tehdy, je-li nádor ozařováním léčitelný, nebo pokud není možné pacienta z různých důvodů operovat. Radiační léčba je využívána i za okolností, kdy provedený chirurgický zákrok nebyl dostatečně radikální, nebo nemohla být odstraněna část nádoru či byly ponechány zbytky nádorových buněk v místě postižení. V některých případech je radioterapie využívána proto, aby se předešlo lokální recidivě (opětovnému vzniku nádoru v postižené oblasti). Jednou z podmínek k použití radioterapie je především dobrá citlivost nádorové tkáně na záření, neboť jsou známy i typy nádorů, které nejsou vůči záření citlivé. Před zahájením radioterapeutické léčby je vhodné pacienty ujistit, že daný postup není provázen bolestí, navíc potencionální obtíže bývají zpravidla mírného

charakteru, bez výrazně intenzivního průběhu. V některých případech není vyloučena reakce kůže, což se projeví např. zčervenáním nebo svěděním. Tyto obtíže však po ukončení léčby postupně odezní.⁷ Doba ozařování netrvá déle než několik minut denně a celková doba léčby ozařováním se odhaduje zhruba na 5 až 6 týdnů a podle potřeby může mírně kolísat (Koutecký, & Konopásek, 1993).

1.4.3. Chemoterapie

Mezi základní metody používané během onkologické léčby patří také chemoterapie. Předpokladem je, že nádor nemusí být omezen pouze na určitou oblast těla, ale může být rozšířen i na jiná místa. Nastane-li druhá zmíněná možnost, není dostačující spoléhat se na metody, které jsou cílené pouze na oblast zjištěného ložiska, ale je nutné zahájit léčbu celého organismu. Chemoterapie tedy není zacílená pouze na primární nádor, ale postihuje i dceřiné buňky (metastázy). Je účinná také v boji proti velmi malým nádorovým ložiskům (tzv. mikrometastázám), které jsou dostupnými metodami špatně zachytitelné a rozpoznatelné. Chemoterapie bývá ordinována, když má být posílen účinek operace nebo radioterapie; rovněž v případech, kdy nebyla operace dostatečně radikální, a na postiženém místě zůstaly nádorové buňky. Chemoterapie se volí také tehdy, nachází-li se nádor v místech, která nelze operovat (v oblasti cév a v určitých částech mozku), nebo je zjištěna velká senzitivita nádoru vůči chemickým látkám (Koutecký, & Konopásek, 1993).

Důležité je informovat, že existují rozdíly v léčebném potenciálu chemoterapie u různých typů nádorů. Některé typy nádorů jsou chemorezistentní a liší se podle své senzitivity na chemoterapeutickou léčbu. To znamená, že existují typy nádorů, které lze cytostatickou léčbou potencionálně léčit, případně prodloužit život. Existují však i nádory, které nejsou pomocí chemoterapie léčitelné nebo jen s minimálním efektem (Klener, 2002; Vorlíček, Adam, Šmardová, & Vorlíčková, 2013; Vorlíček, Vyzula, & Adam, 2000).

V současné době je dostupná široká škála preparátů (cytostatik), ale nejčastěji jsou podávány jejich kombinace. Lze je ordinovat ve formě tablet, mastí a prostřednictvím injekcí do svalů nebo do krevního oběhu.

Léčba probíhá periodicky, nejčastěji po 3 týdnech a trvá obvykle zhruba šest měsíců. *„Bohužel nemáme k dispozici cytostatika, která by postihovala výhradně nádorové buňky, a musíme počítat s tím, že dočasně poškodíme i normální buňky. To je příčinou vzniku vedlejších nežádoucích jevů, které chemoterapie většinou doprovázejí“* (Koutecký, &

⁷ <http://www.anamneza.cz/nemoc/Rakovina-prsu-119#prubeh-anch>

Konopásek, 1993, str. 55). Nežádoucí reakce se za některých okolností nemusejí dostavit vůbec, nebo je jejich průběh poměrně mírný. U jiných kombinací preparátů mohou být tyto reakce v intenzivnější podobě, často doprovázeny zvracením, padáním vlasů, slabostmi nebo nechutenstvím (Koutecký, & Konopásek, 1993; Vorlíček, Vyzula, & Adam, 2000).

1.4.4. Hormonální léčba

V případě, že je prokázána spojitost nádoru s hormonální hladinou v těle, hovoří se v odborných kruzích o „hormonálně dependentních (senzitivních) nádorech“ a bývá předepsána hormonální léčba. Nejvýraznější je závislost přítomnosti hormonu pro růst hormon-dependentních nádorů u karcinomu prsu nebo prostaty. *„Z toho plyne snaha zamezit proliferaci⁸ těchto hormon-senzitivních nádorových buněk potlačením fyziologické produkce těchto hormonů v těle, nebo zablokováním navázání těchto hormonů na jejich receptory“* (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003, str. 355). Léčba disponuje přesně nastavenými kroky a patří k šetrnějším formám terapie. O jejím pozitivním účinku se dá hovořit až po delší době, nejdříve však za dva měsíce. Nicméně celá tato terapie pokračuje ještě několik příštích let. Pokud by měla být redukce hormonů okamžitá, řešením je odstranění varlat u mužů a vaječníků u žen vaječníků (Koutecký, & Konopásek, 1993).

1.4.5. Imunoterapie (biomodulační léčba)

Tato forma léčby nabývá v posledních letech na významu. Podstatou je obnova narušené funkce protinádorové imunity. Na rozdíl od chemoterapie a radioterapie umožňuje imunoterapie odstraňovat nádorové buňky, a to nezávisle na jejich generačním cyklu (Klener, 2002).

1.4.6. Další léčebné možnosti

Vedle výše zmíněných metod existují i další, které jsou ve fázích klinického testování a mohly by posilovat účinek již používaných modalit. Mezi metody, které by mohly přinést úspěch v léčbě nádorů, patří transplantace kostní dřeně (Klener, 2002), nebo genetické inženýrství, které je již v některých zemích v USA i v Evropě klinicky uskutečňováno (Koutecký, & Konopásek, 1993).

⁸ Tj. hojné množení.

1.5. Typy léčby z hlediska jejího cíle

1.5.1. Protinádorová léčba

Protinádorová léčba zahrnuje různé modalitty, od chirurgie, radioterapie a chemoterapie přes genovou terapii, přičemž jejím cílem je odstranění či alespoň redukce nádorových buněk v těle.

V průběhu protinádorové léčby můžeme sledovat několik záměrů, a tak dělit léčbu na kurativní a nekurativní. Kurativní léčba si klade cíle nejvyšší, tedy úplné uzdravení onkologického pacienta. Postup je navržen v případech, kdy je rozsah a charakter nádoru včetně celkového stavu nemocného takový, že je možné nádor z organismu odstranit. Během léčby se může kvalita života výrazně zhoršit, proto bývá potřebné doplnit ji o léčbu podpůrnou. Kurativní terapii se rozumí především léčba chirurgická doplněná o další postupy. Samotná chemoterapie, případně radioterapie mohou být zvoleny s předpokladem kurativního účinku pouze u vybraného počtu onemocnění (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003).

Naopak léčba s nekurativním účinkem se snaží odstranit nádorové buňky, nicméně ne všechny. Tato léčba bývá navržena v případech, kdy není možné prostřednictvím dostupných metod pacienta vyléčit. Důvodem je nejen vysoké stádium onemocnění, ale i rezistentnost nádoru vůči předepsané léčbě nebo celkový stav pacienta. V úvahu se musí brát i všechna další onemocnění pacienta, kvůli kterým není možné vybrat agresivní kurativní léčbu. K této formě léčby se lékaři přiklání zhruba u 30–40 % pacientů. Procento se však ještě zvyšuje díky pacientům, kterým sice byla původně doporučena kurativní terapie, ale došlo u nich k návratu onemocnění (tzn. k relapsu). Pravděpodobnost na uzdravení bývá v těchto případech bohužel velmi nízká (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003).

Cílem dalšího – adjuvantního postupu – je zvýšit pravděpodobnost na úplné vyléčení pacienta. Postup je volen tehdy, je-li nádor odstraněn, ale předpokládá se, že v místě mohou být přítomny mikrometastázy, které nemusely být pomocí dostupných zobrazovacích metod detekovány. Ty by později mohly být základem pro vznik vzdálených metastáz a generalizaci onemocnění. „*Adjuvantní léčba je podávána s kurativním cílem, neboť může teoreticky tyto mikrometastázy zničit. Tím se prodlouží jednak procento u pacientů tří nebo pětileté bezpříznakové přežití a také počet vyléčených pacientů*“ (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003, str. 227). Na druhé straně s sebou tato léčba přináší mnohé negativní

dopady, mezi které patří vznik sekundárních malignit⁹ nebo zhoršení kvality života (Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2005).

Naproti tomu neoadjuvantní léčba je předoperační postup stanovený s úmyslem redukovat primární nádor a zničit výskyt možných mikrometastáz (Vorlíček, Vyzula, & Adam, 2000). Díky tomuto kroku může být usnadněna operace a zachována funkce orgánu nebo tkáně. Na druhé straně je třeba mít na paměti, že tento postup je spojen s rizikem, že jeho účinek bude minimální a dojde pouze k odkladu chirurgického zákroku. Tento typ léčby nespadá mezi základní standardní postupy, které by byly vhodné pro všechny typy nádorových onemocnění, ale bývá doporučen jen v těch případech, ve kterých byl již její pozitivní účinek prokázán (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003; Vorlíček, Abrahámová, & Vorlíčková, 2012).

1.5.2. Podpůrná (symptomatická) léčba

Cílem podpůrné léčby je zajistit co nejlepší kvalitu života nejen pacientovi, ale i jeho nejbližším v průběhu nemoci. Snaží se zmírnit bolesti způsobené nádorem i projevy zapříčiněné protinádorovou léčbou (Vorlíček, Abrahámová, & Vorlíčková, 2012). Podpůrná péče se rovněž zaměřuje na odstranění psychosociálních problémů, které jsou přítomny u pacientů i jeho okolí (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003).

1.5.3. Paliativní léčba

Jako poslední se podívejme na koncept paliativní léčby, který bývá v literatuře občas zaměňován s pojmem nekurativní léčba, nicméně dnes mezi nimi existuje zásadní rozdíl. Tato léčba zahrnuje „*komplexní podpůrnou léčbu nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života*“ (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003).

⁹ „Sekundární malignity jsou nádorová onemocnění, která se objevují několik let od léčby primárního onemocnění. Jsou spojována s onkologickou léčbou, konkrétně radioterapií, chemoterapií nebo jejich kombinací.“
Zdroj: <https://www.onkologickedny.cz/program/sekundarni-malignity/c194>

2. Karcinom prsu

Pojmem „karcinom prsu“ se rozumí „*různé histologické formy maligních nádorů vznikajících z epiteliálních buněk mléčné žlázy*“ (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010, str. 183). Jednotlivé typy se však liší, a to na základě klinického a radiologického nálezu, dále svými biologickými vlastnostmi a aktivitou. To, co tyto typy spojuje, je infiltrace prsní žlázy maligními buňkami, které mají schopnost proniknout do okolních struktur a vytvářet metastázy.

Nádor a jeho růst je často ovlivněn hormonální stimulací, a proto bývají k jeho léčbě využívány hormony. Z hlediska citlivosti spadá karcinom prsu mezi středně chemosenzitivní a radiosenzitivní nádory, proto bývají tyto léčebné postupy společně s hormonoterapií doporučovány pacientkám v rámci adjuvantní i neoadjuvantní léčby, ale i v rámci léčby paliativní, kdy jsou zjištěny inoperabilní a metastatické nálezy (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

Karcinom prsu patří v České republice k nejčastějšímu zhoubnému onemocnění u žen (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010). Obdobnou situaci však lze spatřit i v jiných vyspělých zemích, kde si nádory prsu udržují také přední postavení. Mezi všemi zhoubnými onemocněními u žen zastupuje až 20% podíl. Výskyt karcinomu prsu nicméně stále stoupá a každoročně je na celém světě nově diagnostikováno několik milionů nových případů. Zvyšuje se však i počet žen, u nichž bylo onemocnění zjištěno v časném stádiu, zejména díky novým možnostem v diagnostických postupech. Tyto pokroky a důraz na prevenci se odrážejí v mírném poklesu úmrtnosti, což dokládají i dostupné statistiky.

Výskyt onemocnění roste úměrně s věkem žen. U žen mladších 20 let se vyskytuje velmi zřídka, u žen do 30 let je výskyt stále ještě poměrně nízký. Zásadní růst počtu pacientek s karcinomem prsu je zejména mezi ženami nad 50 let.¹⁰

¹⁰ <https://www.mou.cz/co-jsou-nadory-prsu/t2609>

2.1. Etiologické faktory karcinomu prsu

Existuje velké množství rizikových faktorů, které mohou podmiňovat karcinom prsu. Odborníci je nejčastěji klasifikují dle specifických rovin, z nichž přední místo kromě vyššího věku zastává genetika společně s vrozenými faktory. Může se jednat například o mutace supresorových genů BRCA 1 (který je lokalizován na 17. chromozomu) a BRCA 2 (na 13. chromozomu). Uvádí se, že přítomnost zmíněných genů je spojena až s 85% pravděpodobností vzniku karcinomu prsu. Dalším faktorem je výskyt karcinomu prsu v rodině – především u matky, sestry nebo babičky (Büchler, & Kořán, 2009).

Dále se může jednat o vlivy hormonální, které jsou uváděny do vztahu s dlouhodobým vystavením ženským pohlavním hormonům – estrogenům a progesteronům. Zvýšené riziko karcinomu prsu bývá také diskutováno v souvislosti s předčasným nástupem první menstruace, s menopauzou ve vysokém věku, těhotenstvím po 30. roce života, nuliparitou nebo dlouhodobým užíváním estrogenů a gestagenů v rámci substituční léčby (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010; Bernstein, 2002).¹¹

Dalšími rizikovými faktory jsou faktory dietní (= nutriční, tzn. obezita, zvýšený příjem tuků a nedostatečná fyzická aktivita) a faktory vnějšího prostředí. Na tomto místě je třeba zmínit, že i když panuje shoda v rizikových faktorech, přesto je možné některé z nich ovlivnit a redukovat představované riziko například pomocí zdravého životního stylu a včasných preventivních kontrol.

Na závěr je bohužel nutné zmínit skutečnost, že karcinom prsu vzniká bez evidentního rizikového faktoru (kromě věku) až u 50 % populace žen (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).¹²

¹¹ Některé studie se zaměřily na vztah výskytu rakoviny prsu a vícečetná těhotenství, vzhledem ke skutečnosti, že hladina estrogenu a progesteronu je u žen vyšší než v případě žen s jednočetným těhotenstvím (Norman a kol., 1993; Thomas a kol., 1998). Nicméně jiné studie nepoukázaly na významné spojitosti zvýšeného rizika rakoviny prsu a vícečetného těhotenství (Krul a kol., 2015).

¹² Viz také: <https://www.mou.cz/co-jsou-nadory-prsu/t2609>

2.2. Symptomy nemoci a diagnóza

Jak už jsme v průběhu textu zmínili, rakovina prsu patří k nejčastějším typům nádorů u žen, avšak také k nejlépe zjištěným nádorům. Ženy, u nichž byl nádor objeven a zavčas léčen, disponují poměrně vysokými šancemi na přežití. Jeho přítomnost lze zjistit skrze preventivní samovyšetření, které by mělo být nedílnou součástí péče každé ženy (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010). Ženy starší 20 let by ho měly provádět každý měsíc vždy po ukončení periody (8-10 dní po skončení menstruace) a to z toho důvodu, že se prsní tkáň v průběhu cyklu mění (v době před menstruací a v jejím průběhu může být velmi citlivá vlivem kolísavosti hormonální hladiny). Kromě manuální palpce by se součástí vyšetření mělo stát i vizuální posouzení prsů (Adam, Vorlíček, & Koptíková, 2003).¹³

Mezi příznaky, které by měly vzbudit pozornost, patří změna velikosti a tvaru prsu, retrakce bradavky nebo kůže, kožní edém, asymetrie bradavek, výtok z bradavek s krví, bolest prsu nebo zvětšené mízní uzliny v podpažní jamce, změna barvy nebo citlivosti prsu, podezřelý útvar (nebolestivá bulka) v prsu¹⁴ (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

V České republice je nádor prsu každoročně diagnostikován 90–100 ženám, které věkově zatím do screeningového programu nespádají, což jsou ženy do 35 let. Studie, kterou realizovalo Mammacentrum Medicon v Praze, prokázala, že karcinomy u věkově mladších žen jsou diagnostikovány v pokročilejším stádiu. V té době již nádor nabývá větších rozměrů a mohou být postiženy i spádové uzliny. Navíc objevení nádorových ložisek u těchto mladších žen bývá často spíše dílem náhody (Skovajsová, 2010).

¹³ Viz také <http://www.anamneza.cz/nemoc/Rakovina-prsu-119#prubeh-anch>

¹⁴ Nejčastěji bývá postižen horní zevní kvadrant. Výjimečně se stane, že jsou postiženy oba prsy nebo dva kvadranty (výskyt okolo 3 %).

Zdroj: <http://www.anamneza.cz/nemoc/Rakovina-prsu-119#prubeh-anch>

2.3. Program mamografického screeningu v České republice

Pro detailnější zobrazení a zachycení případných maligních lézí se využívají zobrazovací metody jako je mamografie a ultrazvukové vyšetření, které se provádí v rámci pravidelných preventivních prohlídek. Screening karcinomu prsu v České republice funguje od roku 2002. Jde o preventivní vyšetření, které se řadí mezi neinvazivní metody a jehož cílem je zachytit rozvíjející se zhoubný nádor včas s předpokladem jeho snazší léčitelnosti a vyšší délky života nemocných žen. Nárok na toto vyšetření, které je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, má každá žena starší 45 let ve dvouletých intervalech, a to i tehdy, neměla-li s ňadry dosud žádné problémy (Büchler, & Kořán, 2009). Dobře léčitelný je nález, který je v nehmotném stavu. Skovajsová (2010) odkazuje na informace ze screeningového programu, který ve Švédsku probíhá už více jak 25 let. Ukazuje se, že až 90 % žen s nálezem karcinomu prsu o velikosti menší než 20 mm a bez postižení spádových lymfatických uzlin v podpaží, má naději na úplné vyléčení. Mamografické vyšetření je vhodné provádět u žen středního a vyššího věku, kdy je zhruba 80 % žlázy v involuci a získaný snímek je poté snazší vyhodnotit. Mladším ženám bývá doporučováno vyšetření pomocí ultrazvuku, neboť prsní tkáň je při své hustotě špatně prozářitelná a pro mamograf nepřehledná.

Bohužel v České republice přijde za lékařem příliš pozdě až 10 % žen, přičemž většina z nich vyšetření oddaluje ze strachu, že během léčby přijdou o vlasy, o prs, dále ze strachu z nemocničního prostředí a výjimkou není ani nedůvěra v možnosti léčby (Skovajsová, 2010).

2.4. Léčebná terapie rakoviny prsu

Možnosti léčby se odvíjejí od toho, v jakém stádiu se onemocnění nachází při jeho nález. Pro stanovení klinického stádia (rozsahu onemocnění = stagingu) je v praxi využívána klasifikace pod zkratkou TNM (klinická klasifikace před léčbou)¹⁵ a pomocí ní jsou sledovány následující tři faktory: T (primární nádor) vymezuje rozsah nádoru; pod písmenem N (regionální mízní uzliny) se vymezuje přítomnost (nebo absence) metastáz do lymfatických uzlin; ke stanovení M (vzdálené metastázy), tedy k přítomnosti nebo absenci vzdálených metastáz se používá rentgenový snímek plic, sonografické vyšetření jater a scintigrafie kostí (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

Zásadním faktorem při plánování léčby je jeho operabilita, velikost a počet infiltrovaných regionálních uzlin, dále záleží na věku a celkovém zdravotním stavu pacientky. Vorlíček, Vyzula, & Adam (2000) uvádí, že zhruba u 20 % nemocných žen dochází k recidivě při histologicky negativním nálezů na uzlinách, kdežto při postižení axilárních uzlin se míra rizika výrazně zvyšuje a dosahuje pravděpodobnosti 60-80 %.

Léčba karcinomu prsu zahrnuje v různé míře všechny léčebné modalities, které jsme v předcházející části nastínili (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010). Během chirurgického zákroku lze provést záchovnou operaci, kdy se odstraní pouze postižené místo. V horším případě se odebírání mléčná žláza celá (mastektomie), nicméně velikost nádoru by neměla přesáhnout 2 cm a je třeba počítat s následným ozářením zbytku žlázy (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

¹⁵ Existuje také klasifikace pod zkratkou pTNM (patologická klasifikace), která se využívá k posouzení klinické klasifikace doplněnou o výsledky získané v průběhu operativního zákroku nebo vyšetřením patologickým (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010, str. 187; Kodet, & Prausová in Koutecký a kol., 2004, str. 152-153).

2.5. Rekonstrukční výkony

Rekonstrukce se provádí u žen, u nichž bylo nutné prs v rámci onkologické operace kompletně odstranit. Tento postup je využíván zejména v souvislosti s tzv. multicentrickým nádorem. „*Mnoho žen před mastektomií má obavy, že spolu s prsy přijde i o svou ženskost. Neustále však dochází ke zdokonalování moderních technik rekonstrukce prsu. Díky rekonstrukci prsu lze pacientku navrátit do plnohodnotného intimního i společenského života.*“¹⁶ Možnost korekce vzniklých deformit nijak neovlivňuje průběh léčby ani prognózu, ale zásadním způsobem může ovlivnit psychiku pacientky. Proto by neměl být tento aspekt odsouván do pozadí, ale měla by mu být věnována dostatečná pozornost (Adam, Krejčí, & Vorlíček, 2010).

¹⁶ <http://www.klinikaweiden.cz/weiden/rakovina-prsu/rekonstrukce-prsu.htm>

3. Partnerský vztah

V této a následující kapitole bude pozornost věnována partnerským vztahům, jejich vývoji v jednotlivých věkových obdobích, vzájemným očekáváním, s nimiž partneři do vztahu vstupují, ale i tomu, jak se nemoc do vztahu promítne a jak jej ovlivní. Čtenáři budou představeny hlavní poznatky z dané oblasti, které budou později doplněny o studie, které se vybranou tématikou zabývaly.

Vágnerová (2007) definuje partnerství jako variantu intimního vztahu, v rámci kterého se člověk vzdává své identity ve prospěch identity párové, a vztah tak nabývá jiných rozměrů, než jakých se vyznačovaly milostné experimenty navazované v minulosti. Takový vztah není jen koexistencí dvou lidí, ale spojuje jeho představitele natolik, že se navzájem podněcují v rozvoji svých vlastností a kompetencí, získávají podněty k osobnímu rozvoji, ale obdobným způsobem je také omezuje. Partnerským vztahem se zabýval například americký psycholog Robert Sternberg, který zdůraznil tři komponenty, jimiž se vztahy vyznačují. První z nich je intimita založená na sdílení přítomnosti, vzájemné tělesné a duševní blízkosti, potřebě otevřenosti a snaze o porozumění. Druhým znakem je milostná touha po partnerovi, kterou lze spojit s idealizací, obdivem a sexuální potřebou. V počátku vztahu je milostná touha (zamilovanost) dominantní složkou, nicméně fáze zamilovanosti po určité době odezní a přechází ve stabilnější vazbu. Třetí složkou je připoutání, pod kterou si lze představit vazbu k partnerovi, která se rozvíjí pozvolně v průběhu času, je pro ni charakteristické sdílení hodnot, společné řešení problémů, ale i stereotyp, což vypovídá o stabilitě vztahu (Sternberg, 1987; Vágnerová, 2008).

3.1. Představy a očekávání mužů a žen ve vztahu

Každý z nás má nějakou představu o tom, jak by měl společný vztah fungovat a projikuje do něho své představy. Tyto představy vycházejí z nabytých zkušeností každého z nás a jsou do jisté míry determinovány i obecně přijímanými standardy. Na tom, jak na společný vztah nahlížíme a jak ho hodnotíme, se podílejí i dříve prožité vztahy, věk nebo aktuální potřeby. Tyto potřeby bývají ovlivněny tím, jakou podobu má láska v daném období a jak bývá uspokojena. Přístup k partnerství může být ovlivněn vývojově, tedy může se lišit v závislosti na tom, v jaké životní fázi se nacházíme.

Osobní chápání partnerství však ovlivňuje to, co bude vyzdvihováno a naopak. Očekávání, která má člověk od vztahu, by se měla u obou partnerů v přijatelné míře shodovat. V opačném případě by nesoulad mezi prioritami partnerů mohl přispět ke vzniku konfliktů a následnému rozpadu. Přestože se mohou představy mužů a žen mírně rozcházet, mívá skoro každý potřebu navázat a udržet uspokojivý partnerský vztah. Především výzkumy ukázaly, že jsou aspekty, na nichž se muži i ženy shodují, a které považují za důležitou součást dobrého vztahu. Mezi nejčastěji zmiňované patřila vzájemná láska, upřímnost, respekt, sdílení stejných hodnot i vzájemné porozumění a podpora (Matlin, 2008; Poněšický, 2003; Vágnerová, 2008).

3.2. Proměna partnerského vztahu

Střední dospělost

Toto období je dle Vágnerové (2008) vymezeno od 40-50 let. Kvalita vztahu v období střední dospělosti je podmíněna subjektivním pocitem a životní spokojeností obou partnerů. Přestože toto období není jasně ohraničené, stěžejním úkolem této fáze je dosažení určité pracovní pozice a vytvoření pozitivních vztahů s partnerem, dětmi a rodiči, neboť tento okruh slouží jako zdroj bezpečí a jistoty. Období střední dospělosti je charakterizováno také jako období zralosti a zvýšené zodpovědnosti ve vztahu k dětem a ke stárnoucím rodičům. Přesto, že pro období je typická interindividuální variabilita, jsou jeho součástí významné mezníky, které jedince začínají limitovat. Z tohoto důvodu bývá tato fáze označována jako období posledních šancí a akcentovaného úsilí o jejich maximální využití (Čermáková, 1997). Střední dospělost vystihuje rovněž stereotypní chování, navyknutí si na určitý životní styl, role i mezilidské vztahy.

Z výše uvedeného důvodu si proměnami prochází také potřeba intimity a způsob jejího naplnění. Pohled na vztah k partnerovi je vlivem prožitých okolností také přehodnocen. Člověk v tomto období vyžaduje od fungujícího vztahu něco jiného než v dřívější etapě. Vzájemné porozumění a sdílení života se stávají důležitějšími aspekty vztahu než milostné okouzlení. Bývá akceptována fyzická a psychická změna partnera i pokles jeho atraktivity. Někteří si však neumějí přiznat, jakou roli sehrává partner v jejich životě. Vnímají ho jako samozřejmou věc a vzhledem k neustále se opakujícím skutečnostem s absencí nových podnětů a monotónností se může provázet s nezájmem, lhostejností, redukcí vzájemné přitažlivosti, intimity a citovým vyhasnutím (Vágnerová, 2008).

Starší dospělost

Období starší dospělosti (50-60 let) je spojeno s řadou dalších změn, které jsou doprovázeny sníženou tělesnou, tak i psychickou kondicí, poklesem kognitivních schopností i změnou v sociálním postavení. Tento proces je nevratný a člověk se musí naučit odhadovat své možnosti a vážit si pozitivních věcí, které má. Z tohoto důvodu nemá zájem prosazovat zásadní změny a pozornost zaměřuje spíše na vlastní pocity, představy, ale i možné obavy z budoucnosti. Vztah je hodnocen na základě prožitých událostí a je výsledkem kompromisu vycházejícího z toho, že se starší a vyrovnanější páry snaží vyvarovat konfliktům a vyhroceným situacím. Kvalita vztahu se odvíjí od jiných aspektů než sexuálního uspokojení, které v tomto období ztrácí svou původní podstatu. Partneři již netrvají na opakovaném

dokazování lásky a toho, jak je jeden pro druhého důležitým. V tomto období je podstatná vzájemná blízkost a povědomí o každodenních aktivitách partnera (Seifert, Hoffnung, & Hoffnung, 1997). Starší člověk si je již plně vědom vlastností a schopností svého partnera, toleruje jeho návyky a respektuje jeho zájmy. Očekávání ve vztahu k partnerovi a jeho hodnocení je tak založeno na realističtějším pohledu než kdysi. V některých vztazích však může být hodnota partnera v rámci stereotypu dlouho upozaděna či přehlížena a často si jí člověk uvědomí až v důsledku hospitalizace, nemoci či smrti.

Do popředí se začínají dostávat jiné potřeby, především vzrůstající pocit bezpečí a jistoty. Problémy ve vztahu, které dříve byly, se stárnoucího člověka nedotýkají již tak silně a přistupuje k nim benevolentněji (Seifert, Hoffnung, & Hoffnung, 1997). Tato transformace však nesmí být vnímána jako ztráta zájmu o partnera. Spokojenost ve vztahu má tendenci se s věkem spíše zvyšovat, což souvisí třeba s tím, že partneři již neřeší starosti s dospívajícími potomky apod. Na druhé straně je třeba se po odchodu dětí zaměřit na nové směřování vztahu, změnit charakter volného času a vyplnit ho jinými očekáváními a cíli. Skutečnost, že bývají partneři zatěžkáni menším množstvím povinností, se může odrazit v prázdnotě vztahu a může ventilovat rozdílnost v postojích a zastávaných hodnotách (Vágnerová, 2008).

Stáří

Partnerský vztah lidí v tomto období (60-75 let) je závislý na dlouholetém soužití a dopadech, které souvisí s příchodem stárnutí. Spokojenost partnerů má tendenci stoupat, „často jde spíše o důsledek uvědomění významu partnera a hodnoty společného života, nad nimiž se lidé více zamýšlejí až na počátku stáří, v rámci bilancování vlastního života“ (Vágnerová, 2008, str. 368). Výrazná je změna životního stylu v souvislosti s odchodem do důchodu. Partneři v tuto dobu spolu tráví mnohem více času a mohou tak akcentovat rozdíly v hodnotách a narůstat problémy, které se v předešlé době nevyskytovaly. Intimita tvoří důležitou složku vztahu i v tomto věku, nicméně nabývá podoby důvěry a blízkosti. Partneři si vzhledem ke zvyšujícímu se věku a společně prožitých událostech uvědomují, jakou roli pro ně jejich partner představuje. Partner je ten, kdo je téměř vždy k dispozici, problémy jednoho se týkají i druhého, je zárukou opory a porozumění v zátěžových situacích. U partnerů, kteří společně strávili většinu života, bývá posílená párová identita a nad pocitem individuálního já převažuje společné „my“. Lidé v tomto věku mají předvídatelné reakce s určitým průběhem, vyznačují se méně emotivním nábojem, a to zejména co se týče negativních emocí. V tomto období lze spatřit i stírání genderových rozdílů, kterými se vztah dříve vyznačoval (Bedford, & Blieszner, 2000; Vágnerová, 2008). Nemoc nebo zhoršení

zdravotního stavu partnera, které je pro tuto fázi časté, dopadá na společný vztah a bývá prožíváno jako vlastní ohrožení. V souvislosti s nastalými událostmi je člověk nucen omezit vlastní aktivity a věnovat se nemocnému partnerovi. Přijímá dominantní postavení, které je spojeno s požadavkem zodpovědnosti, často náročnějším, než je schopen zvládnout. Nezřídka se stává, že ti, kteří jsou v roli pečovatele, se k nemocnému ještě více emočně připoutají. V případě smrti partnera dojde k nenahraditelné ztrátě a pro partnera k výraznému zásahu do života (Vágnerová, 2008).

4. Dopad onkologického onemocnění na partnerský život a relevantní studie

Je-li u jednoho z partnerů diagnostikováno některé ze závažných onemocnění, je pochopitelně znatelný jeho dopad na společný vztah. U onkologických diagnóz tomu není jinak, právě naopak – dopady této nemoci mohou být výrazné a dlouhodobé. Nemoc se může stát intenzivní etapou v životě partnerů. Nádorová onemocnění (ale i jiné život ohrožující nemoci) se výrazně promítají do fyzické, sociální a emocionální oblasti včetně vztahové roviny a sexuality (O'Connor, & Aranda, 2005). Někteří pacienti se trápí tím, jak mají diagnózu sdělit partnerovi, co vše mu říci, jaké to bude dál s jejich intimním životem a zda je partner neopustí. Nejen tyto, ale i mnohé další otázky napadají a znepokojují nemocného. Nemocný člověk bývá ve vztahu ke svému okolí přecitlivělý, podrážděný, vztahovačný a potřebuje pocítit emoční podporu (Vágnerová, 2004). Obává se bolesti, negativních projevů léčby a přepadá jej strach ze smrti (Hagedoorn a kol., 2000). Řada studií, které se zaměřily na **psychologické aspekty nemoci** u pacientek s rakovinou prsu, se navíc shoduje v tom, že přibližně 20–40 % žen trpí symptomy deprese, úzkosti, studu a bezcennosti. Tyto projevy však mají tendenci se časem zmírnit, případně zcela odeznít.

V těchto náročných situacích dochází nejednou k přehodnocení hodnot a člověk si uvědomí, jak mu na partnerovi navzdory nemalým neshodám stále záleží. Nemoc je v takovém případě může svést opět dohromady, ačkoli byli zvyklí žít si svůj vlastní život. Vztah se v důsledku toho může stát pevnějším a vzácnějším.

Změna, která ve vztahu nezřídka nastává, se týká převzetí odpovědnosti ze strany zdravého partnera. Existují zaběhnuté činnosti, které se budou muset pod vlivem nemoci zajistit jiným způsobem. Partner se musí postarat o chod domácnosti a převzít dohled nad činnostmi, které byly až dosud v kompetenci druhého partnera. V tuto chvíli se mohou u zdravého partnera vyskytnout obavy, že je toho na něho v jeden okamžik příliš a situaci nezvládne. S tímto aspektem souvisí **změna partnerských rolí**. Tuto změnu mohou špatně snášet zejména ti pacienti, kteří byli zvyklí o všem sami rozhodovat, samostatně řešit problémy a o druhé se vždy vzorně postarat. Partner, ačkoli přebírá řadu povinností, by měl mít stále na vědomí, že *„jeho nemocný partner je stále plnoprávným členem domácnosti a má co říci ke všem věcem, které se společně domácnosti týkají.“*¹⁷

¹⁷ <http://www.lecba-rakoviny.cz/partner-ma-rakovinu>

Např. studie, kterou realizoval Hawkins a kol. (2009), se zabývala proměnou intimního života v souvislosti s různým typem rakoviny a prokázala, že změna rolí je častá a výrazná, o čemž svědčí následující výpověď: „*moje role pečovatelky nahradila roli manželky*“ (Hawkins a kol., 2009, str. 275). Nemocný člověk je nahlížen spíše jako pacient než jako partner, přičemž tuto změnu potvrdilo 28 % žen a 47 % mužů, kteří se starali o své nemocné partnery. Ženy také potvrdily, že partnera vnímaly jako dítě, o které bylo třeba pečovat: „*staráš se o něho jako kdyby byl dítě, což dopadlo na redukci intimního života*“ (Hawkins a kol., 2009, str. 275).

Jiné výzkumy zaměřily **pozornost na partnery** nebo nejbližší příbuzné u osob, které onemocněly rakovinou. Tyto výzkumy se snaží přiblížit změny a pocity ze strany partnerů, tedy z opačné perspektivy (např. Kim, Schultz, & Carver, 2007) než bude realizován náš výzkum. „*Pro blízké lidi není za těchto okolností snadné chovat se požadovaným způsobem. Nemocný se změnil, je jiný – jednak svým chováním, ale i svou novou situací, změnou své role. Pro zdravé lidi je kontakt s těžce nemocným náročný z mnoha důvodů. Jednak jim jeho choroba připomíná vlastní zranitelnost, funguje jako symbolické ohrožení vlastní existence. Kromě toho je závažná nemoc blízkého člověka stresovou situací. Je ohrožením určité hodnoty, kterou vztah k tomuto člověku představuje* (Vágnerová, 2004, str. 32). Zvládnout tuto stresovou událost vyžaduje určitý čas a partner prochází obdobnými fázemi jako by reagoval na vlastní nemoc. Vědomí, že někdo z blízkých lidí trpí závažnou nemocí, v něm může vyvolávat negativní emoce doprovázené pocitem viny či bezmocnosti. Tento předpoklad byl potvrzen i v rámci studie, která se zabývala vyrovnáním se s onkologickým onemocněním. Ačkoli jsou partneři považováni za nejvýznamnější zdroj emoční podpory pro ženy s rakovinou prsu, ukázalo se, že jejich partneři prožívali vysokou míru stresu srovnatelnou s tou, kterou zažívaly ony samy (Northouse, 1989). V jiné studii bylo dokonce poukázáno na to, že partneři prožívali více depresivních příznaků než jejich partnerky, kterým se rakovina prsu vrátila (Given, & Given, 1992). Dále bylo potvrzeno, že až třetina partnerů má problémy se spánkem, má noční můry, trpí nechutenstvím nebo mají problémy s koncentrací, které negativně ovlivňují jejich schopnost pracovat (Wellish a kol., 1978).

Mnoho jiných studií se zabývalo dopadem nemoci na **kvalitu partnerského vztahu** včetně intimní roviny a zjišťovaly, jak jsou tyto oblasti vlivem nemoci zasaženy. „*Nádor a léčba mění sexuální funkce, potěšení ze sexu, rovnováhu ve vztahu, narušuje pocit bezpečí v životě včetně partnerského života*“ (Šrámková, 2013, str. 105).

Jsou páry, u nichž je toto stresující období příčinnou toho, že se na povrch vynoří problémy, které až do tohoto okamžiku zůstávaly „skryté“ nebo přehlížené. Vzhledem k množství změn a náročné léčbě není nijak ojedinělé, že některé z nich **končí rozchodem partnerů**. Jak tvrdí onkopsycholožka a sexuoložka Laura Janáčková (2014)¹⁸ *“je zvláštní sledovat, jak jsou někdy nekvalitní, jak se lidé opouštějí, anebo naopak, jak jsou kvalitní, a ti lidé spolu jsou a neplatí tam už žádné zákony o atraktivitě, ale je to o něčem naprosto jiném.”* Výzkumy, které se tímto tématem blíže zabývaly, zjistily, že hlavním důvodem k rozpadu vztahu bylo onkologické onemocnění, přičemž na tomto tvrzení se shodovala polovina partnerů, jimž se vztah v důsledku léčby onemocnění rozpadl. Na druhé straně nebyla prokázána souvislost, že by za vyšší úmrtností pacientů s onkologickým onemocněním stál rozpad vztahu.¹⁹

Výše uvedené tvrzení ale neplatí vždy. Jak se ukázalo, důležitou roli hraje spokojenost s partnerským a sexuálním životem před nemocí. Pokud se mezi partnery objevovaly problémy již v době před propuknutím nemoci, je vysoce pravděpodobné, že dojde k vzájemnému odcizení.²⁰ Pokud ale byli ve vztahu před nemocí spokojeni, s největší pravděpodobností ani v tomto okamžiku nenastanou výrazné problémy. H. Haškovcová (1991) ve své publikaci s názvem „Spoutaný život“ upozorňuje, že v případě nemoci lze shledat i významné rozdíly ve vztahu mezi staršími manželskými páry a mladými dvojicemi. *„...i po velmi problematickém manželství partner toho druhého psychicky podrží, je překvapivé, že tomu mezi mladými milujícími se páry není tak pravidelné. Snoubenecké a mladé manželské páry mají svou vlastní představu o společné budoucnosti, která bude plná a daleká. Nemoc jednoho z nich je zaskočí a společné plány a cíle se stávají ohroženými a neuskutečnitelnými. Vzrůstá nejistota a silí panika. Starší manželské páry, v nichž jeden onemocní, vykazují většinou určitou harmonii, ať již faktickou, či domnělou. Vyzrálé řešení situace je úměrné zkušenostní konfrontaci s tím, co se může v životě stát a co může v životě být ztraceno“* (Haškovcová, 1991, str. 247).

Jedna ze zahraničních prací, která shrnuje významné aspekty partnerského a intimního života u žen s rakovinou prsu je článek Lisy Allo (2000). Autorka zde prostudováním již prezentovaných studií uvádí, že většina párů se přizpůsobí změnám v důsledku nemoci poměrně dobře, mnozí dokonce potvrzují **zlepšení v kvalitě partnerského vztahu**.

Další studie, která se zabývala vlivem nemoci na vztah a na to, jestli měla pozitivní či negativní dopad, je studie z roku 2005, ve které autoři zvolili kvalitativní výzkumnou

¹⁸ <https://psychologie.cz/andel-sexu-smrti/>

¹⁹ <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vztahy-a-sexualni-zivot-onkologicky-nemocnych-474623>

²⁰ <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/sexualni-zivot-pri-chemoterapii/>

strategii. V rámci této studie probíhaly rozhovory s oběma partnery odděleně a autoři se dotazovali na kvalitu vztahu po 2 týdnech a po 3 a 12 měsících od zahájení léčby. Po 12 měsících se autoři dotazovali, zda nemoc partnera sblížila, odcizila nebo byla bez efektu. 42 % dvojic odpovědělo, že nemoc jejich společný vztah upevnila a že od dané doby jsou si s partnerem bližší, 6 % uvedlo, že došlo k citovému odloučení alespoň u jednoho z partnerů. Autoři se zaměřili i na charakteristiky, které by s dosaženými pozitivními výsledky mohly souviset. Skutečnost, že si partneři byli vzácnější, pozitivně korelovala s pozorností, poskytovanou něhou, láskou a s ochotou doprovodit partnera na chirurgický zákrok, dále s poskytováním rad z partnerčiny strany v prvních 2 týdnech nebo s vnímáním pacientky jako „důvěrného přítele“. Autoři studie konstatují, že vyjádření něžnosti a citů přispívá k posílení intimity a blízkosti a udržuje dvojici pohromadě i v těchto těžkých chvílích (Dorval a kol., 2005). Podpora partnera je brána jako nejpodstatnější zdroj podpory pro ženy s karcinomem v prvních týdnech léčby, což bylo prokázáno nejen v této studii, ale i mnoha dalších (Neuling, & Winefield, 1988). I jiné, dříve realizované studie ukázaly, že dvojice potvrdily lepší komunikaci, náklonnost a kvalitu vztahu posílenou zažitou zkušeností Carter, & Carter, 1993).

Ve studii z roku 1998, kterou realizoval Ganz se svými kolegy se ukázalo, že větší partnerské problémy mohou nastat u žen, které jsou **mladší 50 let** a že pro mnoho dvojic znamená diagnóza onkologického onemocnění pouhé vyhrocení již existujících problémů. Ukazuje se, že partneři, kteří dovedou o nemoci otevřeně mluvit, se dovedou lépe přizpůsobit nastalým problémům. Zjistilo se také, že problémy vyvstávají hlavně mezi partnery, kteří již v minulosti zaznamenali problémy v sexuální oblasti. Vedle toho se pak častěji objevují u žen, které přikládají větší důraz svému vzhledu a poprsí. Důsledkem pak mohou být myšlenky, že jejich partneři s nimi nejsou šťastní a jejich přáním je najít si někoho zdravého.

Některé zahraniční studie zabývající se dopadem závažné nemoci na partnerský život přišly s výsledky, že **vztah se daleko častěji rozpadne v případě, onemocní-li žena**. Jednu takovou studii provedli neuroonkologové, kteří do své studie zařadili přes 500 nemocných pacientů. Ukázala se 6krát vyšší pravděpodobnost rozpadu vztahu onemocní-li rakovinou žena než v opačném případě (Glantz a kol., 2009). Obdobné výsledky přinesla studie, která probíhala v letech 1992–2010 a do níž bylo zapojeno bezmála 3000 párů. Důvodem k rozpadu manželství byla nejen rakovina, ale i srdeční a plicní onemocnění nebo cévní mozková příhoda. Autoři studie spatřují důvody takových výsledků v tom, že muži se více

obávají potencionální ztráty a hůře zpracovávají stresové situace (Karraker, & Latham, 2015).²¹

Ústředním aspektem partnerského vztahu, který je ovlivněn rakovinou, je **sexualita**. Hlavní oblast výzkumu sexuality a intimity u onkologických pacientek se zaměřuje na dopad mastektomie a lumpektomie²² s různorodými výsledky ve prospěch konzervativní léčby (Kiebert a kol., 1991). Onkologičtí pacienti mají obavy z toho, že se nemoc negativně projeví v jejich sexuálních prožitcích a postojích. Řada nemocných velké změny v sexuálním citění nepocítuje (Vorlíček, Adam, Šmardová, & Vorlíčková, 2013) avšak u jiných osob dochází k poklesu sexuální touhy. Podle výzkumu, který provedl Hawkins a kol. (2009, str. 274) se tyto navíc změny odehrají nečekaně a náhle: „*náš sexuální život skončil ze dne na den a z toho, co bylo hezké, nezbylo najednou nic.*“

Sexuální touha může být tedy v některých případech nižší, což je podmíněno stresem a negativními projevy doprovázející příslušnou léčbu. *V době, kdy se nemají sami rádi, mají nízké sebevědomí a své partnery někdy paradoxně chrání tím, že je mají raději než sebe, a proto je odstrkují, někdy s představou odpudivosti a nenávisti k vlastnímu tělu.*²³

Se strachem z tělesné blízkosti se lze setkat i na straně zdravých partnerů. Někteří se obávají, aby nemocnému partnerovi neublížili, slovně se jich nedotkli a nebyli příliš dotěrní. Tento racionální strach má za následek narušení sexuální atmosféry. Výjimečný není ani strach iracionální, kdy se partner potýká s obavami, zda by se od nemocného partnera nemohl nakazit nebo na něho nepůsobily medikamenty užívané během chemoterapie. Těmto špatným interpretacím lze zabránit konzultací s ošetřujícím lékařem, kdy je možné nejasnosti ohledně intimního života vyřešit. Neřešené situace, sobectví a osobní nezralost mohou vést ke komunikačním chybám a ke ztrátě porozumění v „dříve fungujícím“ vztahu. Dalším výzkumným tématem je problematika sexuálních dysfunkcí po onkologickém onemocnění. Mezi nejčastější problémy (spojenými zejména s chemoterapeutickou léčbou) patří ztráta sexuální touhy, snížená sexuální aktivita, ztráta pohlavní role (způsobeno amputací penisu, pochvy), dále to jsou poruchy vzrušivosti (erekce u mužů, lubrikace u žen), poruchy ejakulace a dosahování orgasmu, bolest při pohlavním styku, poruchy plodnosti a necitlivost prsou (Emilee a kol., 2010; Fobair a kol., 2006; Ganz a kol., 2003; Speer, a kol., 2005). Například v jedné studii autoři zjistili, že 69 % žen bylo sexuálně aktivních, nicméně

²¹ http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vztahy/nemoc-manzelky-zvysuje-riziko-rozvodu_305716.html?showTab=nejctenejsi-7

²² Jde o chirurgické odstranění ložiska z prsu spolu s částí okolní zdravé tkáně.

²³ <http://www.tribune.cz/clanek/12141-aplikovana-psychologie-prozivani-telesne-lasky-u-onkologickych-pacientu>

uváděly **řadu obtíží**, mezi nimiž byly nejčastěji zastoupeny nedostatek touhy (56 %), poruchy vzrušivosti (46 %), nebo problémy s dosažením orgasmu (38 %) (Bloom a kol., 2004). Jiná studie zaměřená na onemocnění rakoviny prsu, sledovala sexuální problémy u 209 žen mladších 50 let. V rámci této studie bylo zjištěno, že ženy měly v dané oblasti určité problémy, které ale měly tendenci postupně mizet, nicméně rok po léčbě ještě u mnohých z nich výrazně přetrvávaly (Burwell a kol., 2006).

Hawkins a kol. (2009) se zabývali intimním životem po léčbě rakoviny a ukázalo se, že 19 % žen a 12 % mužů potvrdilo preferenci nekoitálních praktik, objímání, hlazení, masáže apod. Obdobné výsledky potvrdila i studie, kde centrem zájmu byli pacienti s jiným onkologickým onemocněním – konkrétně s rakovinou plic. Lékaři se shodovali, že dopad nemoci závisí na aspektech jako je stádium, věk, pohlaví a to, jaký vztah byl, než se objevila nemoc. Ukázalo se, že fyzická intimita sice poklesla, ale byla nahrazena emoční intimitou (vzájemným porozuměním, projevovanou solidaritou, sledováním potřeb pacienta apod.) (Lindau a kol., 2011). Něžnosti ve formě dotyků a mazlení mohou pro nemocné znamenat více než samotný pohlavní styk. Je vždy výhodné, pokud se partneři umí dohodnout, co je pro oba dva uspokojující, neboť i přes nemoc, potřebují pacienti právě v tomto období tělesnou blízkost a projevy lásky od svých partnerů.²⁴

Jedním z důsledků léčby rakoviny u žen je nástup menopauzy. Předčasná menopauza bylo jedno z nejčastěji zmiňovaných témat ve výzkumu, kterou realizoval Avis a kol. v roce 2004. Výsledky ukázaly, že nástup menopauzy byl pro mnohé ženy překvapením. Nejen, že si připadaly o mnoho let starší, trpěly intenzivními návaly horka, ale odrazila se i ve spokojenosti se sexuálním životem mnohých pacientek. Svě o tom vypovídají následující výpovědi z uvedené studie: „...menopauza u mě způsobila vaginální atrofii a nedostatečnou lubrikaci, což způsobilo, že mi pohlavní styk není příjemný a je provázen silnou bolestí“ (Avis a kol., 2004, str. 302). Obdobné výsledky přinesla studie realizovaná pod vedením Wilmoth (2001, str. 282), kdy ženy také uváděly problémy při pohlavním styku: „je to jako bych to dělala poprvé, styk je pro mě velmi bolestivý“. Ukázaly se i problémy s dosažením orgasmu: „nikdy jsem problém neměla, až teď, potřebuji mnohem více času a je těžké ho dosáhnout.“

Opravdový vztah k životnímu partnerovi či partnerce a vzájemná **otevřená komunikace** může být jedním z pilířů, které pomohou překonat i tu nejhlubší životní krizi těžké nemoci (Tobiasz-Adamczyk, 2012). Karešová (2011) doporučuje nevyhýbat se otevřené komunikaci

²⁴ <http://www.tribune.cz/clanek/12141-aplikovana-psychologie-prozivani-telesne-lasky-u-onkologickych-pacientu>

o intimních tématech s partnerem i s lékaři. Přestože se ze strany pacientů vyskytuje mnoho nejasností ohledně intimního života, spadá tato problematika stále mezi zanedbávané oblasti. Nedostatek srozumitelně podaných informací, strach a ostych položit intimní otázky, může jen prohloubit depresi, které může pacient v této složité situaci prožívat. „*Na jedné straně jsme si vědomi skutečnosti, že pocity týkající se sexuality ovlivňují chuť do života, osobnost, chování a vztahy s ostatními lidmi. Na druhé straně pacienti s nádorovým onemocněním, jejich lékaři a ošetřující personál o těchto otázkách velmi málo hovoří a naslouchají. Podle signálů, které členové zdravotnického týmu vysílají přímo či nepřímo, si pacient může myslet, že sexualita a pohlavní funkce nejsou v tomto období života důležité. Pro mnohé pacienty je však skutečnost úplně jiná.*“²⁵ Tento aspekt potvrzuje i výzkum z roku 2007, kdy se na vzorku 50 pacientů a 32 zdravotnických odborníků ukázaly neodpovídající představy a očekávání pacientů a zdravotnického personálu. Pacienti vyhledávají informace o tom, jak sexuálně žít i po léčbě a postrádají otevřenou komunikaci na dané téma s ošetřujícím personálem. Naopak lékaři předpokládají, že pacienti jsou zaměřeni obdobně jako oni na boj s nemocí a jejich komunikace je do určité míry limitována nedostatkem času, zkušeností nebo studem (Hordern, & Street, 2007). Další studie (realizována na vzorku žen s rakovinou vaječnicků) shledala jako příčiny omezené komunikace mimo jiné např. věk patientek, nedostatek soukromí (často jsou pacienti doprovázeny někým blízkým) nebo fakt, že ošetřující personál nechává prostor pacientkám, zda o tom začnou samy hovořit (Stead a kol., 2003). V jiném výzkumu se ukázalo, že rozhodujícím faktorem při komunikaci o sexualitě sehrával zejména typ nádoru a pouze 20 % pacientů byly podány uspokojující informace (Hawkins a kol., 2009).

Skutečnost, že o sexualitě u onkologických pacientů se nikdy příliš nemluvilo, dále potvrzuje i onkoložka a sexuoložka Laura Janáčková (2014): „*všichni si myslí, že když ti lidé bojují o život, řeší tak vážné věci, že je sex ani nenapadne. Přitom je to nesmírně důležité, protože muži si potřebují dokázat, že jsou ještě chlapi a že to zvládnou, a ženy potřebují doteky, něhu, i když nemají například prs. Potřebují ujištění, že je ten chlap miluje.*“²⁶

Vzhledem k tomu, že v našem vzorku budou ženy s karcinomem prsu, rozhodla jsem se přidat ještě stručné pojednání o vnímání vlastního těla, které s problematikou vztahů a sexualitou žen neodmyslitelně souvisí. Otevřené otázky, které např. zahrnovala studie od Avis a kol. (2004) potvrdily, že nejen menopauza, ale i tělesné změny jsou pro ženy

²⁵ Vorlíčková, Hilda. (2006). "Nebojme se s pacienty hovořit o sexu!" [online]. In *Sestra*. [cit. 2016-09-12]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nebojme-se-s-pacienty-hovorit-o-sexu-273983>>.

²⁶ <https://psychologie.cz/andel-sexu-smrti/>

výrazným a často zmiňovaným tématem. Ňadra patří mezi symboly sexuality, mateřství, ženskosti, krásy a jejich význam je zdokumentován v mnoha současných společnostech (Tobiasz-Adamczyk, 2012). „*Prsy jsou ženským sekundárním pohlavním znakem, kterému, kromě jeho biologického významu patří a je mediálně posilován kult krásy*“ (Skovajsová, 2010, str. 19). Nádorové onemocnění prsu má z tohoto důvodu výrazný zejména dopad na vnímání vlastního obrazu. Obecně „*nádory, jejichž důsledkem je některé z handicapujících poškození vedoucí ke změně vzhledu s následnou změnou vnímání tělesného schématu, vedou ke sníženému sebevědomí a sebehodnocení*“ (Šrámková, 2013, str. 106). Umocňují člověka v tom, že sám sebe vnímá jako „nečistého, neplodného, zamořeného“. Ovlivňuje i vnímání své vlastní sexuální atraktivity, což je podpořeno tělesnými projevy, jako jsou jizvy, lymfedémy, popáleniny, alopecie, kolísavost v tělesné hmotnosti, nebo amputace (např. prs) (Šrámková, 2013). Studie z roku 2004, která se zabývala psychosociálními důsledky u žen s rakovinou prsu. Často zmiňovaná byla obava ze ztráty vlasů nebo nárůstu hmotnosti a jizvy, což opět dokládají následující výpovědi: „*vyrovnat se se ztrátou vlasů pro mě bylo horší než smířit se s tím, že jsem přišla o ňadro.*“ „*Ztráta vlasů mi soustavně připomínala, že mám rakovinu.*“ „*...trápím se při pohledu do zrcadla. Když jsem oblečená, myslím si, že jsem stejná jako předtím, ale když se svléknu a vidím jizvy, ten pohled mě děsí*“ (Avis a kol., 2004, str. 301).

Posledně jmenovaný následek ve formě ztráty prsu je pro ženy velmi stresujícím okamžikem a mohou pochybovat o své vlastní hodnotě. Bojují s myšlenkami, že po ztrátě prsu přišly o své ženství a nejsou již pro své partnery dostatečně přitažlivé. V této době je důležité poskytnout ženám čas a pomoc, aby se postupně mohly vypořádat s proměnou svého zevnějšku. S tímto problémem se však potýkají i ženy, které podstoupily prs zachovávající chirurgický výkon, ale nevzhledné pooperační jizvy se pro ně stávají příčinou dalších pochybností a studu (Angenendt a kol., 2010).

Cílem další zahraniční práce bylo zhodnotit změny v body image, sexualitě, kvalitě života a projevech emotivity (úzkost a deprese) na vzorku žen se zvýšeným rizikem rakoviny prsu, které podstoupily mastektomii. Ukázalo se, že 61 % žen zmínilo pozitivní změny v životě, ale protichůdně k tomu, 46 % zmiňovalo negativní dopady na intimní oblast a 25 % na femininitu a to v době jednoho roku od mastektomie. Autoři výsledky diskutují tak, že ženy nevnímají negativní dopad mastektomie na sexuální život za tak výrazný problém, než když by žily s vysokým rizikem vzniku nádoru. Redukovat strach je pro mnohé ženy cestou, jak ovlivnit život pozitivním způsobem (Brandberg a kol., 2008). Jiná studie svou pozornost zaměřila na pohled partnerů na sexualitu a vnímání tělesných změn u jejich partnerek,

kterým bylo diagnostikováno nádorové onemocnění prsu. Autoři zvolili polostrukturované rozhovory, které realizovali se čtyřmi vybranými respondenty. Jedním ze shledaných poznatků bylo, že ženy se často mylně domnívají, že muži jsou fyzickými změnami (např. jizvy) ovlivněni, zneklidněni a odrazuje je to (Sheppard, & Ely, 2008). Další článek, jehož autorem je Schover (1991), je uvedeno, že pro spokojenost v sexuální oblasti po ukončení léčby je mnohem podstatnější celkový psychický stav ženy, spokojenost ve vztahu a spokojenost v sexuální oblasti před onemocněním než míra poškození prsu.

Další výzkumy soustředí pozornost na ženy, které nemají partnera a zaměřují se např. na možnost navázání nového vztahu. Ukazuje, že častou myšlenkou pacientek je obava, že pro své partnery nebudou atraktivními (Holmberg a kol., 2000).

Ve výše uvedené části byly představeny základní aspekty, které se dotýkají oblasti vztahu partnerů. Pro lepší ilustraci byly poznatky doplněny o statistické údaje a výpovědi účastnic z kvalitativních studií realizovaných v zahraničí. Vzhledem k tomu, že je problematika partnerských vztahů velmi široká, prolíná se poslední kapitolou více oblastí. Aspektů, které se diskutují v souvislosti se vztahy a léčbou, je však mnohem více, včetně rodiny, dětí nebo širších sociálních vazeb.

Naše studie je realizována z pohledu samotných pacientek, které se zúčastnily výzkumu bez přítomnosti svých partnerů a hovořily o dopadu onkologické diagnózy na jejich vztah s partnerem a o změnách, které s sebou nemoc přinesla. Jak již bylo řečeno, nemoc neovlivní pouze pacientku, ale může dopadat na partnera, jejich společný vztah, role, vzájemnou komunikaci a sexuální aktivitu.

II. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

5. Úvod do výzkumného problému

Jak ukázaly předchozí studie, léčba nádorového onemocnění negativně ovlivňuje partnerský a intimní život žen. Na druhé straně jsou patrné i pozitivní důsledky např. v podobě upevnění vazby mezi partnery. Vzhledem k tomu, že řada zahraničních studií byla realizována prostřednictvím dotazníkového šetření, rozhodli jsme se v dané problematice zjistit podrobnější informace a oslovit ženy s karcinomem prsu, osobně se s nimi setkat a dát jim příležitost povyprávět nám svůj příběh a zkušenosti.

5.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Práce si klade za cíl popsat dopad onkologického onemocnění, konkrétně karcinom prsu diagnostikovaný ženám, na jejich partnerský vztah.

Pro námi stanovený cíl jsme si zvolili následující výzkumnou otázku:

Jaký je dopad onkologického onemocnění (karcinomu prsu u žen) na partnerský vztah?

5.2. Výzkumná strategie

Vzhledem k tomu, že mnohé studie byly realizovány formou dotazníkového šetření s daty zpracovanými statisticky, může být jejich závěr spojen s jistým omezením, a to v podobě určité míry nesrozumitelnosti o tom, co vlastně dané výsledky znamenají. Právě volba kvalitativního přístupu, pro kterou jsme se rozhodli, umožňuje již zjištěné výsledky oživit a připomenout čtenářům konkrétní lidské příběhy, které v případě statistických analýz zůstávají skryty za číselnými údaji. To podtrhuje i následující poznámka Miovského (2006, str. 33): „*zatímco výsledek statistické analýzy může přinést jasný a prokazatelný závěr, doprovodná prezentace vhodně vybraného případu může být ilustrativní ukázkou, z níž bude zřejmé, jak daný fenomén v praxi vypadá, co v konkrétním případě znamená pro život jedince.*“

Vzhledem k výše uvedenému jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkumnou strategii, a to zejména z důvodu, že se snažíme tématu porozumět a nahlédnout do detailů. Náš vzorek je zastoupen menším počtem (ne náhodně vybraných) žen, než tomu bývá v případě kvantitativní výzkumné strategie, nicméně adekvátně tomu, co je cílem našeho zkoumání.

Naším cílem je získat co nejvýstižnější obraz o prožívání nemoci a partnerství, tzn. způsob, jak se partneři s touto nemocí vyrovnávali, jak na ni reagovali, jak se léčba odrazila v jejich partnerském životě, jaké změny vyvstaly v souvislosti se změnou zaběhnutého režimu domácnosti apod.

5.3. Metody výběru a charakteristika výzkumného souboru

Naším úkolem bylo získat výzkumný soubor žen, které měly zkušenost se zvolenou diagnózou a v dané době měly dlouhodobý partnerský vztah. Volba tohoto typu onkologického onemocnění spočívala ve vyšší incidenci oproti jiným typům, a dále proto, že ačkoli je k dispozici mnoho zahraničních zdrojů, kde je pozornost věnována pacientkám s tímto typem onemocnění, chtěli jsme realizovat studii v českém prostředí. Častým tématem prací v našich podmínkách je prožívání diagnózy, prevence a informovanost žen, psychosociální péče nebo vliv nemoci na psychiku ženy. Vzhledem k tomu, že karcinom prsu postihuje stále mladší ženy v reprodukčním věku, je potřebné věnovat pozornost i jiným oblastem, v našem případě partnerskému životu.

Nábor respondentek probíhal v několika krocích. Bylo osloveno několik všeobecných praktických a interních lékařů ze zdravotnického zařízení v Praze. Po zkontaktování se s lékaři byly rozeslány na daná místa letáčky o účasti na výzkumu. Využili jsme mimo jiné metody sněhové koule, kdy jsme se oslovené respondentky zeptali, zda nemá ve svém okolí ženy s obdobnou diagnózou. Se všemi respondentkami jsme se telefonicky spojili a informovali je o probíhajícím projektu, aby svou účast mohly předem pečlivě zvážit. Ze sedmi žen, které jsme zkontaktovali, souhlasilo s účastí pět z nich, přičemž jedna odmítla z časových důvodů a další odmítla proto, že se k této etapě nechtěla vracet. Na následující stránce je k dispozici tabulka obsahující hlavní charakteristiky jednotlivých respondentek (věk, věk na začátku nemoci, rodinný stav, aktuální zdravotní stav a druh podstoupené léčby).

Tabulka č. 1: Charakteristika respondentek

Respondentka	Věk	Věk na začátku onemocnění	Rodinný stav (délka vztahu)	Zdravotní stav	Druh léčby
Anna	47 let	44 let	s partnerem 25 let	v remisi	chirurgický zákrok, radioterapie
Iva	41 let	38 let	rozvedená – po 22 letech; s partnerem 4 roky	v remisi	chemoterapie, radioterapie
Klára	67 let	49 a 61 let	aktuálně bez partnera – po 31 letech	v remisi	chirurgický zákrok chemoterapie, ablace, radioterapie
Lucie	44 let	42 let	vdaná 20 let	v léčbě	chemoterapie a biologická léčba
Petra	47 let	23 a 40 let	rozvedená – po 13 letech, aktuálně bez partnera	v remisi	chemoterapie, radioterapie

5.4. Metody získávání dat

Pro účely této práce jsme se rozhodli použít polostrukturované interview, protože chceme detailně porozumět danému tématu. Volba polostrukturovaných rozhovorů proběhla i díky možnosti improvizace, pružnějšímu doplňování chybějících informací (Ferjenčík, 2010), i možné záměny pořadí připravených otázek, abychom, jak píše Miovský (2006, str. 159) „*maximalizovali výtěžnost rozhovoru.*“

Naším prvním úkolem bylo seznámit se s odbornou literaturou shrnující poznatky relevantní naší oblasti a na základě toho sestavit vhodné tematické okruhy, které by pokryly zkoumanou oblast. Otázky, které jsme si připravili, vycházely z konzultace s výzkumným týmem projektu hovoryozdravi.cz, který se zabývá vlivem nemoci (nejen onkologické) na různé roviny života. Tato organizace se v rámci svých výzkumných aktivit věnovala i problematice karcinomu prsu a díky zkušenostem těchto výzkumníků jsme mohli identifikovat místa, která by mohla být problematická např. z hlediska svého rozsahu a finalizovat tak otázky interview. Snažili jsme se vyvarovat otázek sugestivních, dvouhlavňových nebo otázek pro cílovou skupinu obtížně srozumitelných.

Vytvořené schéma se nejprve skládalo z otázek, které zjišťovaly základní charakteristiky dané respondentky a informace týkající se nemoci:

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je (bylo) Vaše povolání?
3. Kolik let Vám bylo v době, kdy jste onemocněla?
4. Popište prosím, jaký charakter měla Vaše nemoc (příznaky, stádium...).
5. Jaký druh léčby jste podstoupila?
6. Jak jste prožívala stanovenou léčbu?
7. Kdy jste léčbu ukončila?
8. Jaký je Váš současný zdravotní stav?
9. Je ve Vašem příbuzenstvu někdo, kdo měl diagnostikováno onkologické onemocnění?
10. Prodělala jste v posledních letech některé další nemoci?

Dále se jednalo o otázky, které se týkaly pohledu respondentek na partnerský vztah:

11. Jak dlouho jste s Vaším současným parterem?
12. Popište, prosím, jaký byl Váš vztah s partnerem v době před onemocněním.
13. Jak dlouho jste spolu byli, než Vám diagnostikovali rakovinu?
14. Jak byste ho zhodnotila ve srovnání s jinými vztahy – např. přátel?
15. Jak reagoval Váš partner na sdělení diagnózy?
16. Jak onemocnění a podstupovaná léčba ovlivnila Váš vztah s partnerem?
17. Přemýšlela jste v té době o Vašem vztahu?
18. Jak byste charakterizovala přístup/pomoc ze strany Vašeho partnera?
19. Jak se nemoc odrazila na Vašem chování a psychice?
20. Jak jste vnímala blízkost a dotyky partnera?
21. Jak byste charakterizovala období, kterým jste si prošla s odstupem času? Myslíte, že Vás nemoc s partnerem sblížila, vzdálila nebo neměla žádný dopad?
22. Co podle vás může pomoci ženám s tímto onemocněním a jejich partnerům, aby lépe zvládaly danou situaci?

5.5. Průběh výzkumu

Rozhovor proběhl individuálně s 5 ženami a v souvislosti se zachováním anonymity jsou v průběhu textu představeny ženy pod smyšlenými jmény – Anna, Iva, Klára, Lucie a Petra.

Vzhledem k tomu, že námi zkoumané téma je pro ženy velmi citlivou záležitostí, bylo podstatné zajistit takové místo setkání, kde by se respondentky cítily bezpečně, příjemně a nebyly vystaveny rušivým vlivům neznámých lidí. Rozhovor byl uvozen krátkým neformálním rozhovorem pro navázání raportu s účastnicemi. Příjemnou atmosféru jsme se snažili umocnit také zajištěním drobného občerstvení.

Dále byly postupně shrnuty informace týkající se etických a technických požadavků, respondentkám byly připomenuty cíle a závěry výzkumného projektu. Rovněž jsme respondentky seznámili s variantou, že bychom celý rozhovor nahráli na předložený diktafon, abychom se mohli lépe soustředit na průběh rozhovoru s tím, že po přepisu jednotlivých pasáží bude rozhovor smazán. Respondentky následně stvrdily svůj souhlas s účastí podpisem informovaného souhlasu.

Většina rozhovorů trvala okolo 60 minut, nicméně poslední z nich probíhal 2 hodiny a 34 minut. Realizace rozhovoru byla náročná i z důvodu, že jsme obdobně zaměřený výzkum dosud nerealizovali a vstupovali jsme do něho s mírnou nejistotou. Na druhé straně jsme jej považovali za výzvu, jak zapracovat a rozšířit pole naší působnosti v oblasti, která nás zajímá.

5.6. Metody zpracování a analýza dat

Jednotlivé rozhovory byly převedeny do písemné podoby v nejbližší době po jejich pořízení a doplněny o poznámky, které jsme si z rozhovoru odnesli. Dalším úkolem bylo získaná data utřídit a pečlivě vyhodnotit. Než jsme se k tomuto kroku dostali, provedli jsme úpravu dat, která nám usnadnila další práci s nimi. Jednalo se tzv. redukci prvního řádu, což je velmi častá pomůcka po provedení plné transkripce. Účelem tohoto kroku je učinit přepis informací přehlednějším pro analytickou práci. Text byl očištěn od slov, která narušovala plynulou podobu, a která sama o sobě postrádala význam. Získané informace, které jsme měli nyní přehledně převedené v elektronické podobě, jsme podrobili analýze, a to prostřednictvím metody vytváření trsů, která umožňuje seskupit a konceptualizovat výroky respondentů do skupin z hlediska vzájemného překryvu. „*Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.*“ (Miovský, 2006, str. 221). Společným znakem trsu může být například tematický překryv, což znamená, že v textu identifikujeme ty pasáže, které pojednávají o jedné konkrétní oblasti. Snažili jsme se sledovat, v čem a v jakých tématech se respondentky shodovaly, kde se naopak jejich výpovědi rozcházel a tyto pozorované oblasti interpretovat.

5.7. Etika výzkumu

Součástí všech společensko-vědních výzkumů je respektování etických zásad, které jsou definovány v zákoně č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Z tohoto důvodu bylo respondentkám na počátku setkání představeno téma práce, účel a metody sběru dat. Dále byly seznámeny s tím, že z informací, které nám poskytnou, budou vyčleněny údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci, a budou s nimi disponovat pouze členové výzkumného týmu. Respondentky byly také informovány o tom, že zapojení se výzkumu je dobrovolné a že svou účast mohou kdykoli ukončit. Na závěr byly všechny respondentky požádány o podpis informovaného souhlasu, kde stvrdily, že jsou seznámeny se svými možnostmi a že jimi sdělené informace slouží výhradně pro účely bakalářské práce.

6. Výsledky výzkumu

Níže budou čtenáři ve stručnosti představeny příběhy našich respondentek. Jména, pod kterými je uvádíme, jsou smyšlena a rovněž byly odstraněny veškeré informace, které by mohly vést k identifikaci osob.

6.1. Příběhy respondentek

Paní Anna – „hlavně, aby to bylo pryč...“

Rozhovor s paní Annou proběhl v místě jejího pracoviště po skončení pracovní doby a je jedinou respondentkou, s níž jsem se v minulosti setkala v prostorách jedné vysoké školy v Praze. Nicméně o tom, že prodělala tuto nemoc, jsem se dozvěděla až tehdy, když jsem se jí zmínila o tématu bakalářské práce.

Paní Anně je 47 let, s manželem jsou spolu 25 let, ale nikdy se nevzali. Mají jednu dceru, které v době diagnózy bylo 23 let, a studovala vysokou školu. Anna pracuje jako programátorka ve výpočetním centru, její manžel je v invalidním důchodu. Anna byla celý život zdravá, nikdy se s ničím neléčila a nebyla hospitalizovaná. Výskyt onkologického onemocnění v rodině mají, na rakovinu žaludku zemřela Anně babička.

Anna na nádor prsu přišla zcela náhodou. Samovyšetření nikdy nepřikládala váhu a ke svému praktickému lékaři se rozhodla zajít s alergickou reakcí, která se u ní vyskytla po požití zeleniny. Zde byla svou lékařkou upozorněna, že poměrně dlouho neabsolvovala preventivní prohlídku a vzhledem k tomu, že pacientce mělo být zanedlouho 45 let, byla rovněž odeslána s žádankou na mamografické vyšetření. Snímky z mamografu ukázaly nález v levém prsu a v této chvíli se Anně obrátil život, což dokládá i její výpověď o tom, jak se cítila, když vyslechla diagnózu: „*Já jsem málem první šla do kolen. To bylo hrozný.*“ Do 10 dnů byla paní Anna hospitalizována, přičemž v mezičase si musela zařídit potřebné záležitosti v práci, zařídit předoperační vyšetření apod. „*Vše se seběhlo hrozně rychle a ani mi u téhle nemoci neřekli žádné vyhlídky.*“ Tahle chvíle čekání na zákrok byla nekonečně dlouhá, vyhlídky nejasné, ale tím, že to byla zároveň doba poměrně krátká, nestihla si Anna ani pořádně uvědomit, co ji čeká. Její manžel již před tím podstoupil náročné operace žaludku a musel držet přísné diety. Proto i v tomto čase věnovala velkou pozornost tomu, aby manžel dodržoval předepsané požadavky a neměla tolik času zabývat se sama sebou. Po chirurgickém odstranění poškozené tkáně docházela 2krát týdně po dobu 3 měsíců na ozařování. „*Chemoterapii jsem neměla, zaplat' pánbůh. Já jsem měla jenom ozařování, samo o sobě probíhalo docela dobře. Ze začátku to bylo naprosto v pohodě a ke konci mě trošičku*

spálili. Ale to bylo na konci té léčby. Ostatní lidi si tam stěžovali, že je spálili hned na začátku. Každý tohle snáší jinak. Ale já jako naprosto v pohodě, po radioterapii mě manžel odvezl na tramvaj a já jsem mazala do práce.“

Nyní uplynuly dva roky, Anna chodí na pravidelná vyšetření a uvědomuje si, jaké štěstí měla, že byl nádor zachycen včas, ačkoli ona sama by po dovršení 45 let na mamograf nešla a jak na závěr našeho rozhovoru dodala: „*o nemoci jsem vůbec nepřemýšlela, nikdy mě nenapadlo, že by mě něco takového mohlo potkat. Hlavní je ta prevence, aby ženy samovyšetření a mamograf absolvovaly.“*

Anna je s nemocí vyrovnaná, i když strach, zda se nemoc jednou nevrátí, stále zůstává. „*...vyřezali mi to, nemůže tam nic být, skončilo to. Já to беру tak, že když má člověk přístup – ano, páni doktoři udělali, jsou v tu chvíli všemocní, tak, že to tělo se s tím lépe vyrovnává.“*

Celý rozhovor byl proložen opakujícím se myšlenkami na výraznou podporu ze strany partnera, dcery a rodičů a na nulovou snahu získat informace z internetu, nebo prostřednictvím sociálních sítí a organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty z důvodu možného nárůstu strachu a neklidu na straně pacientky. „*...ani po sdělení diagnózy jsem nic nehledala, protože to všechno bylo tak rychlé, že jsem potřebovala zařídit spoustu věcí. Člověk by pak moc přemýšlel a vymýšlel pitomosti, takže bylo dobré, že se vše seběhlo takto rychle.“*

Paní Iva – „...co tě nezabije, to tě posílí...“

Rozhovor s paní Ivou proběhl po vzájemné domluvě v jejím bytě. Společně s námi byla doma i její dcera, která ale po představení nebyla rozhovoru přítomna. Paní Ivě je 41 let a má dvě děti, syna a dceru ve věku 22 a 20 let, které v době propuknutí nemoci ukončovali střední školu a na místo dalších studiích na vysoké škole, si hledali brigády. S otcem svých dětí se rozvedla kvůli neshodám a jeho zálibě v automatech. Trvalo to dlouho, než se Iva k tomuto kroku rozhodla, protože byla, jak sama říká, slepá a manželovi věřila, že s hraním skoncuje. Pak jí nezbývalo nic, než situaci řešit a zachránit sebe a děti. Paní Iva před nemocí pracovala jako bankovní poradkyně a této činnosti se věnuje dodnes. V současné době má partnera, se kterým je přes 4 roky, pracuje na vedoucí pozici v IT firmě. S parterem se seznámili díky přátelům, jejich vztah měl téměř idylickou podobu, a když si plánovali první společnou dovolenou, musela paní Iva na své plány zapomenout. To, co jí v příštích měsících čekalo, bylo období strachu, zmatku a nejistoty.

Paní Iva si na bulku v levém prsu přišla při samovyšetření a vzhledem k tomu, že již ještě předtím docházela ve svém volném čase jako dobrovolnice k onkologicky nemocným pacientům, byla obeznámena s tím, jak podstatné je vyšetření pravidelných intervalech provádět. Paní Iva si však nikdy nemyslela, že s rakovinou bude bojovat i ona, neboť z jejího rodinného okruhu se zatím nikdo na onkologii neléčil. Z pozitivního nálezu byla Iva nejprve v šoku, s nímž se musela vypořádat. Nicméně i díky podpoře rodiny a jiných žen z dobrovolnického centra se Iva s nemocí „smířila“ a brzy na to podstoupila léčbu, během které si prošla chemoterapií a radioterapií.

Od té chvíle se snaží si život užívat a každý den vnímá jako jedinečný. Od léčby uplynul rok a půl a Iva rovněž v pravidelných intervalech dochází na vyšetření. Přesto, když se v myšlenkách vrací zpět, uvědomuje si, že díky své zkušenosti má tato nemoc má kromě odvrácené tváře i nějaké lepší stránky v podobě nových přátel, informací a změn, které ve svém životě udělala. Občas totiž měla tendence se bránit změnám a nahlížela na ně jako na nemožné, mnohdy se podceňovala ve svých schopnostech něco dokázat. Dnes však nedá dopustit na spojení že *„nic nelze vnímat jako nemožné, pokud se o to člověk sám nepokusí.“*

Paní Klára – „...z mozku to vyřadit nelze“

Rozhovor s paní Klárou proběhl společně domluvě v jednom zdravotnickém zařízení. Kontakt na paní Kláru jsem dostala od jedné lékařky a paní Klára mi už do telefonu částečně vyprávěla svůj příběh. Již při telefonickém kontaktu jsem se těšila na její vyprávění. Paní Kláře je nyní 67 let, nicméně během své pracovní kariéry se stala ředitelkou hotelu, což byla práce, která byla časově velmi náročná. Nyní již je několik měsíců na důchodě, ale stále se snaží vypomáhat bývalým kolegům, případně se snaží pomáhat svým dětem s hlídáním vnoučat. V současnosti je paní Klára bez partnera, nicméně před léčbou a v době léčby žila dlouhodobě se svým partnerem.

Když si ve 40 letech paní Klára nahmatala bulku na levém prsu, neprodleně navštívila lékaře a vyžádala si kontrolu. Lékaři jí oznámili, že se jedná o cystu a doporučili jí, aby pravidelně jednou ročně docházela na kontrolu na mamografii a sono. Tento postup paní Klára po celou dobu striktně dodržovala, nicméně devátou kontrolu absolvovala s pozitivním výsledkem. Nález byl tumor o velikost 55 mm. Paní Klára mi ještě sdělila, že během devíti let se jí bulka zvětšovala a byla nepohyblivá. Paní Kláře se změnil od základů život, byla zvyklá aktivně pracovat a vést velký podnik s mnoha zaměstnanci. Představa, že jí léčba fyzicky změní, se jí vtírala do myšlenek velmi často, neboť jako ředitelka velké společnosti měla působit

elegantně a dobře vypadat. I další postup léčby pro ni byl velkou zkouškou. Klára podstoupila 3x chemoterapii, poté následovala operace, kdy jí byl odstraněn nádor, a pro špatné výsledky biopsie ji byla provedena ablace. Na pooperačním pokoji měla Klára velké bolesti a zjistilo se, že měla silné vnitřní krvácení a urychleně musela podstoupit další zákrok. Poté prošla druhou sérií 3 chemoterapií a s odstupem 3 měsíců absolvovala ještě radioterapii. Paní Klára se později rozhodla podstoupit rekonstrukci prsu.

Kláře se však nemoc po 13 letech vrátila do druhého prsu, kdy byla opět operována, ne však tak razantně – bez ztráty prsu. Vedle toho paní Klára podstoupila i hysterektomii, kdy jí byla odebrána děloha a vaječníky.

Výskyt onkologického onemocnění má Klára v rodinné anamnéze. Na rakovinu tlustého střeva zemřel Kláře dědeček, matka na rakovinu tlustého střeva a otec prodělal rakovinu ledvin, přičemž všichni zemřeli v docela nízkém věku.

Paní Klára pomáhá ženám, které se momentálně ocitají v situaci, které sama dříve musela čelit. Snaží se jim poskytovat rady a informace o tom, co je během léčby čeká a připravit je na to. Sama říká, že *„kdyby se mě někdo před lety zeptal, nikdy bych si netroufla říct, že bych tohle mohla vůbec dělat a že všechno budu prožívat poměrně v klidu.“*

Paní Klára na své nemoci vidí určitě i pozitiva a jako stěžejní předpoklad léčby, který několikrát zdůraznila, považuje otevřenou komunikaci a upřímnost lidí okolo sebe: *„Myslím si, že je vše o komunikaci a vyhýbání se negativním vlivům jako jsou i lidi mezi námi. Já jsem během těžkého období v nemoci vyřadila pár přátel a je mi bez nich dobře. Kdy jsem zjistila, že to ani přátelé nebyli, možná nebýt nemoci bych ani nezjistila.“*

Paní Lucie – „...někdy to není snadné...“

Na paní Lucii jsem dostala kontakt od jedné lékařky a sešli jsme se s ní u ní doma v době, kdy měla děti ve školce, abychom nebyly vyrušovány. Paní Lucie je s manželem velmi dlouho, nedávno oslavili 20leté výročí svatby. S manželem vychovávají dvě malé děti, a to ve věku 3 a 5 let. Paní Lucie onemocněla před 2 lety, když jí bylo 42 let. Paní Lucie si nahmatala bulku v pravém prsu a jako u jediné respondentky léčba v tuto chvíli ještě probíhá. Paní Lucie podstupovala chemoterapii, nicméně nežádoucím dopadem po podání chemoterapie byla spontánní perforace tenkého střeva. V současné době paní Lucie podstupuje biologickou léčbu, jejíž aplikaci má 1krát do měsíce. Poté ji nebývá 2-3 dny příliš dobře, nicméně biologickou léčbu snáší lépe, netrpí nevolnostmi a pomalu jí dorůstají vlasy. *„V současné době se cítím hodně unavená, ale je to i kvůli zimě, tu snáším vždy špatně. V létě*

se cítím mnohem lépe. Po perforaci tenkého střeva, při které jsem byla v kritickém stavu a přežila jsem jen o vlásek, už to bylo horší. Strávila jsem téměř měsíc na JIP v nemocnici...“

V současné době je paní Lucie v invalidním důchodu, nicméně před odchodem na rodičovskou dovolenou pracovala jako asistentka ředitele.

Výskyt onkologického onemocnění mají v rodině, genetická mutace BRCA1 a BRCA2 byla bohužel potvrzena i její sestře, která rakovinou prsu onemocněla rok před tím, než diagnostikovali nemoc Lucii. Onkologickou diagnózu si před několika lety vyslechl i její manžel, který se léčil s rakovinou varlete. Nicméně i přesto se s partnerem snaží, aby spolu byli stále šťastni a nemoc jim příliš neovlivňovala jejich rodinný život. Přiznává, že to v okamžiku, kdy jejich malé děti zlobí, není příliš lehké, zejména když jí není v souvislosti s léčbou dobře.

Paní Petra – „...musím říct, že mě v tom manžel nechal hodně vykoupat...“

Tento rozhovor proběhl jako poslední a s paní Petrou jsme se domluvily, že se společně sejdeme v jednom zdravotnickém zařízení. Rovněž mi dovolila oslovit její obvodní lékařku, abych měla prostor si v případě potřeby poshánět nějaké informace ohledně její diagnózy. Tento krok učinila sama, aniž bych jí o to žádala. Musím přiznat, že jsem se na společné setkání také těšila, protože paní Petra mi několikrát volala a ujišťovala mě, že s rozhovorem počítá.

Náš rozhovor probíhal jinak než v případě předešlých respondentek. Paní Petra mi začala vše vyprávět a já měla opravdu pouze několik příležitostí, kdy jsem jí do rozhovoru vstoupila, abych jí položila doplňující otázky a rozhovor se nestočil někam, kde bychom se příliš odchýlili od tématu. Rozhovor trval 2,5 hodiny.

Paní Petře je nyní 47 let, částečně pracuje, chodí kontrolovat osoby, které jsou v dané době na neschopence. S bývalým manželem se vzali, když bylo Petře 29 let. Paní Petra začala být nemocná ještě v době, než potkala svého budoucího manžela. Vše začalo v době, kdy jí bylo 23 let, a lékaři diagnostikovali Hodgkinův lymfom. Paní Petra postoupila chemoterapii, nicméně protože se jí nemoc zhoršila, podstoupila transplantaci kostní dřeně a autotransplantaci kmenových buněk. Poté následovalo ozáření a mezi ozařováním prodělala paní Petra dvakrát horečnatý šok a skončilo to nerozpoznaným zánětem srdce. Za devět let nemohla paní Petra dýchat, otékaly jí nohy, byla více než tři-čtvrtě roku léčena na astma. Když se stav paní Petry zhoršoval a sotva byla schopna vstát z křesla, podstoupila řadu

vyšetření, kdy se zjistilo, že jí nefunguje jedna chlopeč. Paní Petra tak podstoupila transplantaci chlopně a operace dopadla dobře. Vzhledem k tomu, že paní Petra věděla, že nikdy nebude mít vlastní děti, rozhodli se s manželem pro adopci. *„Malého jsem dostala rok na to, po čtyřech letech, co jsme čekali. To jsem si říkala, že ho nedostane, že uvidíme, co bude. Hrůza byla, když jsem docházela na psychotesty, do toho oteklé nohy, nemohla jsem dýchat. Ale to jsem to tam kamuflovala, že mi nic není...Ale musím říct, že srdce dobrý, všechno pohodě ...no a za rok na to jsem dostala malého, teď je mu 11 let...Dostala jsem ho v 8 měsících, mám ho od malička.“*

Ve 40 letech paní Petře zjistili rakovinu prsu, což pro ni byla další rána, se kterou se ale prala opět velmi statečně a docházela na chemoterapii. Bohužel se osud s paní Petrou příliš nemazlil a její manžel od ní po ukončení léčby odešel kvůli jiné ženě. Nyní je na syna sama a se vším jí pomáhá její maminka a sestra.

Nedávno paní Petře zjistili, že jí nefunguje i aortální chlopeč a v nejbližší době by měla podstoupit další zákrok. *„...jenomže mě nikdo nechce odoperovat. Takže je to takové dost náročné (smích). Teď mě čeká trombolýza a nikdo neví, co bude. Takže pan doktor mi řekl, že musím podepsat souhlas, že tam jdu s tím, že tam opravdu můžu zůstat...“*

Výskyt onkologického onemocnění v rodinné anamnéze, s rakovinou ledvin bojoval Petry tatínek.

6.2. Přehled výsledků

Na tomto místě budou představeny výsledky, k nimž jsme po analýze rozhovorů dospěli, a jednotlivé úseky budou průběžně doplňovány medailonky našich respondentek. Respondentky vyprávěly o emočně zbarvených tématech, hovořily o ztrátách a náročných situacích, před něž byly postaveny a musely se s nimi umět vypořádat. Zkušenosti žen se v určitých oblastech různí, což lze odvíjet i od toho, jaký vztah měli s partnerem před nemocí, jak často se partnerovi o všem svěřovaly, ale i tím, jaký vztah v tuto chvíli prožívají a jak moc si důvěřují. Individuální vlastnosti, ale i nastavené aspekty léčby sehrály také nepochybně výraznou roli.

Partnerský život před onkologickou diagnózou

Respondentky často mluvily o vztahu s partnerem, jak se seznámily, **jaký byl vztah** na jeho počátku a v době, než onemocněly. Tři naše respondentky mají stálého partnera, zbylé dvě jsou aktuálně samy, ale v době onemocnění s partnerem dlouhodobě žily. Všechny respondentky vedly před propuknutím nemoci **aktivní** společenský, profesní a intimní život. Hovořily o tom, jak společně naplňovali volný čas, nicméně v některých vztazích se již dříve vyskytlo **stresující období**, kdy bylo potřeba se s partnerem vzájemně podpořit a povzbudit. Respondentky v době před nemocí měly rozjetou profesní kariéru, která v některých případech byla časově velmi náročná, nebo měly malé děti, o které bylo potřeba se denně starat. Jedna respondentka se společně s manželem rozhodli pro adopci vzhledem k tomu, že prodělala nemocí více a věděla, že vlastní děti mít nikdy nebude. V jiných případech ženy uváděly, že se s **onkologickou diagnózou** setkaly v rodině nebo že **i jejich partner** se potýkal s dlouhodobějším zdravotním problémem. Na jednom z níže uvedeném medailonku je zobrazeno i to, jak může předešlá onkologická nemoc v mladém věku způsobit i **nepřijetí ženy do rodiny partnera**. O těchto aspektech pojednávají následující výpovědi našich respondentek:

„Užívali jsme si, ale už to nebylo takové jako na jeho počátku. To je ale jasné, postupně vám trochu ten vztah „zevšední“, vadí občas některé jeho zvyky, reakce. Ale jsem ráda za to, že předchozí vztahy dopadly tak, jak dopadly. Mého současného partnera bych neměnila. Mám, vím, to nejlepší, co můžu mít. Občas jsme se na něčem možná trochu neshodli, ale nikdy to nebylo nic, co by vedlo k nějakému velkému konfliktu. Možná jsme spolu chvíli nemluvili, ale vždy jsme se později zase udobřili a bez problémů fungovali dál“ (Iva).

„Náš vztah byl skvělý. My jsme byli devět let sami, a to bylo všechno v pořádku. My jsme podnikali vše, co jsme mohli. ...Jeho matka mě ale nesnášela, už od počátku jsem jí vadila.

Řekla, že jsem krypl a že mu nikdy nedám dítě. “ Tento aspekt se nezměnil ani potom, kdy onemocněl Petry tchán a jediný, kdo s ním jezdil na vyšetření a chodil za ním do nemocnice, byla právě Petra. „ ...když měl rakovinu prostaty, tak jsem to byla já, protože jeho synové (manžel má ještě mladšího bratra) nesnášejí nemocnice a tchýně ta už vůbec ne. Takže jsem za ním jezdila já. Malého jsem odvezla tchýni a s tchánem jsem jela na vyšetření, vozila jsem mu tam prádlo, věci a tak... “ (Petra).

„ ...každý vztah je jinej a je založen na úplně něčem jiným a záleží na tom, jaký ten člověk je. On, když začal být nemocný, musel mít tvrdou dietu a s platem 10.000,- Kč měsíčně a s holkou, který bylo 15 let, tak toho moc ve vztahu nevyčaruješ“ (Anna).

Ještě před propuknutím nemoci, se partneři doplňovali i v oblasti **společných zájmů a koníčků nebo pracovní náplně:**

„S partnerem rádi lyžujeme, nebo vyrazíme na běžky. Máme zaběhlé rituály a společně slavíme i naše narozeniny. Samozřejmě spoustu času nám zabrala naše práce. Partner pracuje v jedné IT společnosti a jeho práce je časově velmi náročná... “ (Iva).

„Když jsme ještě neměli děti, tak jsme trávili čas spolu. Chodili jsme na výlety, do divadla, do kina atd. Zpívali jsme ve sboru, jezdili se sborem na zájezdy“ (Lucie).

Nicméně **vzájemná starost a podpora** zafungovala v životech některých našich respondentek i dříve, než samy onemocněly. Tento aspekt například dokládá zkušenost Anny, která se dlouhodobě starala o svého manžela, který prodělal několik vážných operací žaludku:

„ ...do té doby já nemocná nebyla, ale můj mužskej ano. Ten má silnou cukrovku, před tím měl vředy, dělali mu operaci žlučových cest. Šel do nemocnice a měl 120 kg, pak mi ho vrátili, a to měl už 56 kg...Takže si tak vzájemně vypomáháme, v jeden okamžik jsem se starala já, pak on... “ (Anna).

Útěchu v náročné situaci prožila i paní Lucie a Iva:

„Jsme dva lidé, kteří už toho spolu hodně prožili. V roce 2004 nám zemřelo kvůli zanedbání lékařů miminko, chvíli po porodu. Manžel potom onemocněl rakovinou varlete. Všechny tyto skutečnosti zřejmě asi zapříčinily i manželovu diagnózu – roztroušenou sklerózu. Opravdu se spolu nenudíme..., ale nic nás nerozdělilo... “ (Lucie).

„ ...vždy jsem se mu snažila pomoci a podpořit v tom, co chtěl...Doufám, že by se partner o nás vyjádřil podobně...Náročná pro mě byla třeba i péče o mou babičku, které taky zjistili rakovinu prsu. Té ale přes 80 let a léčba nepřipadala v úvahu. Tehdy mi opravdu moc pomohl“ (Iva).

Nicméně paní Petra, která se během vztahu léčila i s nemocným srdcem a podstoupila operaci chlopně má **opačnou zkušenost s oporou partnera**. Přiznala, že manžel ne příliš dobře snášel její pooperační stav:

„No moc dobře to nedával. Já si pamatuju, když jsem byla po operaci srdce, jak ze mě trčelo 12 hadiček, a ležela jsem polomrtvá, tak on seděl za tím sklem a nebyl schopnej za mnou ani přijít. On mě jenom viděl a říkal: já jsem to fakt nedal. Když jsem tě viděl, tak jako hrůza“ (Petra).

Život s onkologickou diagnózou

Při sdělení diagnózy neměla žádná z našich respondentek svého partnera v ambulanci. Některá ani netušila, že by se za pár dní mohly stát onkologickými pacientkami, což byl případ Anny, která šla k lékaři původně kvůli silné alergické reakci. Po příchodu domů nebylo pro pacientky snadné sdělit tuto informaci svým partnerům nebo dětem. Nejen, že samy byly z takové zprávy v šoku, ale překvapení a obrovský **strach byl znatelný i na straně partnerů**, což dokládají následující výpovědi respondentek:

„...byl v šoku. Přišlo to nečekaně, člověk si něco plánuje, dovolenou a nějaké společné volno a pak, pak se to pokazí tím, na co byste ani nepomysleli. Objal mě, brečel, v danej okamžik nevěděl, co má prostě říct. Jen mě držel a byli jsme oba zticha. V tu chvíli se Vám zrekapituluje celej život a vy možná stojíte na jeho konci. Nevíte, co bude. Nevíte, co bude s vámi, jestli se uzdravíte nebo ...Tento okamžik si dodnes pamatuju...“ (Iva).

„Samozřejmě byl hodně překvapen, nečekal to. Ale dokázali jsme o tom všem hned dosti diskutovat“ (Klára).

„Byl v šoku, ale nedal to na sobě znát. Ale pak byl u svý mámy, a to bylo špatný. Řekla mi to jeho máma. On prostě k ní potom často chodil a brečel. Báł se, že se mi něco stane a že zůstane sám“ (Anna).

„Manžel si tuto diagnózu vyslechl už v roce 2006 u sebe, ale nyní to bylo jiné, máme malé děti...Báł se o mě, jestli to zvládnu a přežiju a před dětmi nesměl dát nic znát“ (Lucie).

Po prvotním šoku se ukázalo, že partneři byli ženám obrovskou podporou a poskytovali jim **potřebnou útěchu, pochopení a povzbuzení**, že vše dobře dopadne.

„Po chvílce ale sebral sílu, odvalu a opakoval mi, že tento boj vyhraje, že zvládneme tuhle překážku zdolat. Ani nevím, co bych dělala, když bych ho neměla a něco takového neslyšela. Když si uvědomím, že jiné ženy to štěstí nemají, nebo jsou samy...Bylo mi 40 let, když mi diagnostikovali rakovinu“ (Iva).

„...nejhorší to bylo říci vše mojí mámě. Mamce bylo 73 let v té době. Babička moje umřela na rakovinu žaludku, takže to jsem se bála, ale naštěstí mě podržel můj mužskej, i když z toho bylo hotovej...“ (Anna).

Dále respondentky často mluvily o tom, zda **hovořili s partnerem o nemoci**, o jejich dopadech, projevech a jak je znatelné z níže uvedených příkladů, každá se k tomuto aspektu stavěla s trochu jiným postojem, což mohlo vycházet z jejich osobnostních předpokladů, ale i snahy ochránit partnera před nápořem strachu z nejistoty a neznámého. Pro jiné ženy bylo naopak velmi důležité o nemoci mluvit, o tom, jak bude léčba probíhat a obecně, o tom, se se stane později. V tomto okamžiku hledaly ujištění a podporu partnera, že se pro ně v tomto okamžiku nic nemění.

„O nemoci jsme nemluvili. Já jsem dělala jako by nic... zvolila jsem tuhle strategii a než abych jeho deptala tím, že jsem nemocná, tak o tom jsme se nebavili. Tím, že jsem já byla klidná, nedávala jsem na sobě nic znát, bylo vše v pohodě. Statečná jsem musela být, a snažila jsem toho partnera udržet v klidu, aby se nebál“ (Anna).

„...jako před onemocněním, nic se nezměnilo“ (Lucie).

„...v pohodě, nebránil se přijímat informace o mé nemoci. V době nemoci byl náš vztah s partnerem normální, z jeho strany trochu soucitný, ale díky mému optimismu se dá říct, že v naprosté pohodě. (Klára).

Vzhledem k tomu, že některé respondentky měly v době nemoci **malé děti**, bylo pro ně podstatné se s partnerem domluvit na tom, jestli dětem o nemoci řeknou a jak to s nimi vhodně rozebrat. Tento aspekt byl pro partnery velmi náročný a znepokojující, a to nehledě na to, zda se jednalo o menší děti nebo dospívající. Nicméně naše respondentky zvolily postup, kdy se rozhodly svým dětem povprávět pravdu o své nemoci a diagnózu před nimi neskrývají.

„Nic před dětmi netajíme, vědí, že jsem nemocná a chodím na léčbu do nemocnice“ (Lucie).

„Mám s ním (se synem) vztah, že ví všechno. Chodí do 5. třídy, už je velkej, rošťák, ještě 3-4 roky a pak to bude „mami, prosím tě“! My jsme spolu rádi, sedneme si a povídáme si. Odmalinka ho učím mít lokty, aby se uměl postarat o sebe i o mě potom. Chodí se mnou po doktorech, naučila jsem ho píchnout mi injekci. Ví, že jsem nemocná“ (Petra).

„Ona je zvláštní člověk na tohle... Ona si to žere dovnitř a nedává najevo žádné emoce, nevím, po kom to má. Když slyšela diagnózu, tak ztuhla a šla za mojí maminkou a podívaly si o tom společně“ (Anna).

Ačkoli partneři převážně o své nemoci mluvili, ukázalo se, že respondentky často přemýšlely nad tím, **jaké to pro jejich partnery musí být a co prožívají**.

„Na začátku byl pochopitelně vykořejenej, jako my všichni... Vzhledem k jeho diagnóze roztroušené sklerózy jsem se bála i já o něj, aby nepřišla nějaká ataka“ (Lucie).

Jedna z respondentek dokonce svému partnerovi navrhla i **možnost rozchodu**, aby se pro něho nestala přítěží.

„Bála jsem se o něho moc, ale protože jsem ho nechtěla trápit, po několika dnech jsem mu řekla, že se musíme rozejít. Byla jsem na dně. On to dokázal ustát a slíbil, že mě ve všem podrží. A to také dělal, doprovázel mě na všechny chemoterapie. Myslím, že nejsem já ta statečná, ale je jím on, za to, co dokázal“ (Iva).

Omezení, které s sebou nemoc přinesla, zasahovala do různých oblastí života. Respondentky často diskutovaly **téma společných aktivit s partnerem**. Některé ženy se často veřejnosti stranily, byly unavené a společenský život šel najednou stranou. To doléhalo i na partnera, který se snažil být po bohu partnerky a kontakty s přáteli tak byly omezeny na minimum. Nicméně další přiznaly, že **únava a vyčerpání**, které léčbu doprovázely, rovněž ovlivnily jejich pohled na každodenní náplň.

„Neměla jsem vůbec náladu se s nikým vídat, byla jsem slabá, vyčerpaná, podrážděná. Tohle byl velký rozdíl...“ (Iva).

„No trošku jo, protože jsme začali chodit častěji ven, koupili jsme si pejska, takže byli jsme spolu. Klidovější režim jsme nastavili“ (Anna).

„Teď jsem se musela smířit s tím, že když jsem nemohla, tak jsem nemohla...kdyby vedle mě něco padalo, haldy prachu, tak nemůžu, hold se nedá nic dělat, uklidí se to zítra. S tím jsem se smířovala strašně dlouho. Ale i s tím jsem se smířila. Když to nejde, půjde to třeba za 2 dny“ (Petra).

Nicméně některé z našich respondentek s nemocí bojovaly tak, že se snažily **žít obdobným způsobem**, jakým žily, než jim byla zjištěna onkologická diagnóza.

„Čas jsme trávili víceméně stejně, jako když jsem byla zdravá. Převážně chalupa, vycházky, výlety...Chodila jsem i v době celé léčby do zaměstnání“ (Klára).

S tím, že ženy onemocněly, bylo **potřeba se postarat o chod domácnosti a zajistit finanční rozpočet**.

„Manžel byl strašně tolerantní, pomáhal to jo, my jsme si vyšli vstříc...Jemu nevadilo starat se a dělat práci v domácnosti. On je kuchař, takže strašně rád vařil a nikdy mu nevadilo. Když jsme doma uklízeli, tak jsme uklízeli oba... On docela dlouho bydlel sám, takže byl schopnej se o sebe postarat. Vařil, pral, žehlil, žádný problém v tomhle“ (Petra).

Tuto změnu silně pocítila například i paní Anna. Její manžel byl často v nemocnici a kvůli vleklým komplikacím podstoupil několik operací a předčasně odešel do invalidního důchodu. Anna zajišťovala chod po finanční stránce, rodinu živila hlavně ona a starala se, aby vše fungovalo, ale i po té praktické, aby bylo vyžehleno, uvařeno apod.

Dalším často zmiňovaným aspektem, který souvisel s vedlejšími projevy léčby, byly obavy žen, že přijdou o vlasy, výrazně ztratí nebo přiberou na váze, přijdou o své ženské rysy nebo jim po chirurgickém zákroku zůstanou nehezke jizvy. Bály se, že se jim **změna jejich zevnějšku odrazí i do jejich partnerského života**. Tento aspekt je pochopitelný i vzhledem k poměrně mladému věku žen, ale i profesnímu zaměření, které si vyžadovalo eleganci a upravenost. Proto pro ně bylo útěchou to, když od svých partnerů slyšeli povzbuzení a ujištění.

„Ze začátku to bylo takové, uříznou mi prso, budu „naprd ženská“, ale neudělali mi mastektomii, odebrali tkáň a uzliny, jinak to bylo v pohodě. Ale stejně o tom přemýšlíš, že kus ženské z tebe vezmou. Ale prostě, není dobrý o tomhle přemýšlet, není to dobrý. Protože v tu chvíli, některé ženy mají problémy doma, muž na ně kouká spíše jako na nějakou služku a když si začnou připouštět ještě tohle, že po operaci už nejsou ženy, tak je to špatně...“ (Anna).

„Samozřejmě jsem ihned po první chemoterapii přišla o vlasy a veškeré ochlupení, obočí a řasy, což pro mě, jako ženu, nebylo příjemné a za další jsem měla vedlejší účinky jako je silné nechutenství k jídlu, někdy naopak i velký hlad a chuť na vše, dále se mi postupně objevila plíseň na všech prstech, vysychání očí, nosní sliznice...“ (Klára).

„Moje druhá otázka u lékaře byla, jestli mi vypadají vlasy, tak mi řekli, že jo, ale já jsem je měla. Až když jsem šla na transplantaci, tak jsem si je oholila, protože to byly ošklivky. Paruku jsem nosila...Nosila jsem jí ještě, než jsem si oholila hlavu, abych si na to zvykla. Ale pak jsem ji už ani nenosila. Když byl malej ještě ve školce a měli karneval, oblékla jsem ho za indiána, dala jsem mu svou paruku, nakreslila tváře a nikdo ho nepoznal (smích)...Dříve jsem byla zvyklá se výrazně malovat, ale pak mi slzely oči, takže proto jsem s líčením přestala“ (Petra).

Petra popisovala i další komplikace, které se jí jako ženy velmi dotýkaly.

„Měla jsem plíseň v puse a na ženských místech. To bylo hrozný, nemohla jsem si pořádně sednout nebo dojít na toaletu. Vůbec nechápu ženy, které řeší váhu, nechávají si zvětšovat prsa. Mají úplně zbytečné mindráky, nikdy by na to nemyslely, protože si neprošly tím, čím já...“ (Petra).

Pro ženy bylo podstatné, když se o ně partner ne pouze staral, ale také je slovně nebo nějakým gestem ujistili, že vedlejší důsledky léčby nejsou rozhodujícími a **nic se nemění na jejich vztahu k partnerce**.

„Nikdy mi neřekl nic, co by souviselo se změnou vizáže, ani nikdy předtím. Nikdy mi ani na moment nenaznačil, že by ho nějaká fyzická změna ovlivnila, ale asi to bylo i tím, že to na mě nebylo tolik poznat. Měla jsem jizvu, ale to zase nebylo nic tak hrozného. Je také pravda, že jsem po operaci měla bolesti a při prudkých pohybech to bolelo, ale vydržet se to dalo. Jen na sebe musí dávat člověk více pozor, rána byla čerstvá a potřebovalo to čas, aby se to zahojilo“ (Anna).

„Udělal jeden úžasný krok...Potom, co jsem přišla o vlasy, vzal strojek a vlasy si oholil. Tím mě nesmírně dojal... Často jsem si kladla otázky, zda se mu budu ještě líbit a jak mě asi ta léčba může změnit. Když se řekne rakovina, všichni si hned představí člověka, kterému je zle, sotva chodí a vypadají mu vlasy“ (Iva).

„Přibrala jsem výrazně, když jsme se pokoušeli o miminko. Podstoupili jsme umělé oplodnění, kdy jsem měla 51 injekcí hormonů a ze 70 kg jsem přibrala na 103 kg, ale neřešila jsem to já ani partner“ (Petra).

Jak ukazují naše výpovědi, i **intimní oblast** byla centrem pozornosti některých našich respondentek. U některých se totiž v souvislosti s podstupovanou chemoterapií objevily vedlejší projevy, které jim znesnadňovaly a komplikovaly intimní život. Jak se respondentky shodly, vždy pro ně bylo podstatné mluvit o tom hlavně s jejich partnerem a domluvit se na tom, co je příjemné a naopak.

„Doteky a hlazení mi nebyly nepříjemné. Právě naopak, vyžadovala jsem je a byly mi příjemné. Nepřišla jsem si „tak prašivá“. Chtěla jsem, aby mě hladil ve vlasech, po rukách“ (Anna).

„...nepociťovala jsem nijak výrazné změny v sexuálním prožívání. Někdy jsem já možná spíše uhýbala, nicméně jsme se vždy dohodli, co mi je a není příjemné“ (Klára).

„...vůbec jsem na to neměla pomyslení, hlavou se mi honila jediná otázka a to, zda přežiju a nad nemocí zvítězím a pokud ne, co tu bude, když já tu nebudu. Postupem času jsem byla moc ráda za to, že se mne partner sám dotýkal, hladil...Dělal to sám, spontánně...a byla jsem ráda, že se neptal, zda může, že mi tím jakoby nepřipomínal mou nemoc. Prostě jako kdyby žádná rakovina nebyla. „...měla jsem velké bolesti při pohlavním styku, proto jsem to nechtěla. Nejprve na to nebylo pomyslení, postupem času ale, když jsme to zkoušeli, tak to nebylo příjemné. Dost to vážlo...“ (Iva).

„Ráda se s manželem hladím, mám ráda jeho doteky. V současné době se nemůžeme milovat tak, jako dřív, ale v našem vztahu nebyl nikdy sex na prvním místě...“ „...ale vše je o domluvě obou partnerů...“ (Lucie).

Některé z nich o tomto tématu **mluvily i s odborníky**, neboť se těmito nastalými komplikacemi zabývaly a chtěly je řešit.

„Ano konzultovala, ale nebylo to tak, že by mě na to lékaři předem upozornily. Něco jsem si načetla na internetu no a pak jsem sebrala tu odvahu a u lékaře se zeptala... Myslím, že tahle komunikace mi dost pomohla, jednak jsem věděla, že s podobným problémem nejsem sama a dost mi pomohlo o tom mluvit, nebát se“ (Iva).

„S mým onkologem jsem vždy mohla mluvit o všem, i o intimních věcech...“ (Lucie).

„S lékaři jsem nikdy o intimních tématech nemluvila, nikdy s tím nezačali a ani já jsem neměla potřebu to probírat. Žádné problémy jsem při pohlavním styku neměla. Vše probíhalo bez problémů“ (Anna).

„Ne, nebylo potřeba...“ (Klára).

V této souvislosti mluvila paní Petra o tom, že díky nemoci v mladém věku věděla, že nikdy **nebude moci mít děti**:

„Já jsem to přiznala bývalému manželovi snad na prvním rande. Já jsem v tu dobu věděla, že nebudu moci mít děti, takže jsem mu to řekla, protože jsem do něho byla zamilovaná a on mi řekl: tak adoptujeme no a co. Musím říct, že se k tomuhle postavil úžasně“ (Petra).

Jedním z projevů fungujícího vztahu jsou i **společné plány** do budoucna, realizace aktivit, které musí partnery naplňovat a které respondentkám dodávaly chuť bojovat.

„Je také dobré dělat si malé radosti a potažmo dobré skutky. Já jsem se starala o opuštěnou paní. Také jsem ráda plánovala i v době nemoci na co se budu těšit apod. Jak s partnerem pojedeme na výlet, na chalupu...“ (Klára).

„Během nemoci mi pomáhalo i to, že jsme se bavili o tom, co společně podnikneme. To mi pomáhalo, mluvili jsme o tom, kam bychom se společně chtěli podívat a také o možnosti přestěhování se do baráčku... Občas jsem snila, jak to u nás bude vypadat. ...ale chtěla bych zahradu, velkou zahradu s terasou. Představovala jsem si, jak budeme všechno promýšlet, jaké koupím květiny, záclony...“ (Iva).

Plány do budoucna zejména měly ženy, které vychovávaly malé děti. Tento aspekt je výrazně emotivní u paní Petry, která se stará o syna, kterého si s bývalým manželem adoptovali, a to jí dodávalo chuť s nemocí bojovat a vyhrát:

„...to jsem si říkala, to přeci nemůžu, nechat tady toho malého, on věří jenom mě. Vždyť táta se na něho vykašlal, vlastní máma se na něho vykašlala. Říkám to prostě nejde, já ho tady nemůžu nechat. Mám s ním vztah, že ví všechno. O sobě ví, o mě ví. Já jsem to nastavila tak, že ví, že je adoptovanej a když mi ze začátku říkal: „maminko tuhle pohádku já poslouchat nechci“, tak jsem si ho posadila jako dospělého chlapa a všechno jsem mu vyprávěla. On se na mě podíval těma modrýma kukadlama a řekl mi: „maminko, já jsem si tě vybral.“ Co bych mohla chtít víc? On je na mě strašně závislej, strašně moc mi věří, je na mě fixovaný“ (Petra).

Pohled na partnerský vztah po prodělání nemoci

Na závěr jsme s respondentkami diskutovali téma, které se dotýkalo dopadu léčby a jak se na vztah s odstupem času dívají. Pouze Lucie, která v tuto dobu léčbu podstupuje, ho hodnotila z nynější perspektivy. Zde jsou po čase poměrně různorodé výpovědi žen, neboť jedna zastává názor, si jeden druhého více váží, další respondentka potvrzuje to, že se s partnerem mohou bavit o čemkoli, aniž by se cítila nepříjemně.

„No, jako mě se nezdá, že by se ten vztah vylepšil. Mně přijde pořád stejnej, my jsme moc žádné výkyvy neměly, někdy to byla Itálie, ale to byl jeden den a pak to bylo vše v pohodě. Jakmile je ženská nemocná a rychle mastím do hospody, abych tam nemusel nic dělat, to u nás určitě nebylo. Myslím, že díky nemocem, které nás potkali, jsme si začali sebe více vážit“ (Anna).

„Žijeme běžným partnerským i rodinným životem, máme malé děti. Oba se snažíme, abychom byli spolu stále šťastní a nemoc neovlivňovala náš rodinný život“ (Lucie).

„Chtěla bych říci, že nás léčba neovlivnila, že pokračujeme stejně dobře jako před tím. Vztah máme stále parádní, ale je tam něco hezkýho, něco, co nevím, jak popsat. Ale teď se už neostýchám mu říci vůbec nic. Je to takové pouto mezi námi, naprostá důvěra a oddanost, touha se ho dotýkat a být mu nablízku. Říci mu naprosto vše, bez ostychu“ (Iva).

„Spíše neměla dopad, možná by to byla otázka spíše na partnera. I když spolu nejsme, nebyla důvod k rozchodu moje nemoc“ (Klára).

Paní Petře se krátce po ukončení léčby vztah rozpadl, i když důvodem k **rozchodu** nebyla její nemoc, ale jiná žena. Bývalý manžel se nezajímá o její aktuální stav, ani o syna, kterého si společně adoptovali. Petra tak musela po léčbě místo klidu rychle zajistit bydlení a postupně se vrátit do práce.

„Začal se čím dál více zdržovat mimo domov, a chodil mi domů nepředvídatelně opilej...já jsem se doma akorát tak klepala a říkala, ať ho malej nevidí. A když byl doma, tak jen spal, byl strašně unavenej. A jednou večer takhle přišel domů, bylo asi půl 10, tak jsem si ho posadila proti sobě a řekla: hele, ty někoho máš, vid'? Odpověď byla: mám no. Já se dneska sbalím a odejdu. Sebral se a odešel a od té doby je s ní. Trvalo to takhle asi 4 měsíce a vlastně jsou spolu doteď. Nejhorší na tom je, že za vším spálil mosty. O malého se nestará, bere si ho 2krát do roka, dva roky mi neplatil, byla jsem bez peněz. Nebýt maminky a sestry, to bych asi nedala...musím říct, že mi rodina hodně pomohla. Když odešel manžel, měla jsem dvacku v peněžence, vůbec jsem nevěděla, co budu dělat, jak zaplatím nájem...“

6.3. Interpretace výsledků a diskuze

Cílem předložené práce bylo zjistit zkušenosti žen s onkologickým onemocněním a dopadem této nemoci na vztah s partnerem. Empirickým šetřením, resp. polostrukturovanými rozhovory s pacientkami s karcinomem prsu jsme se snažili zjistit, které oblasti jejich vztahu to nejvíce zasáhlo, tedy, které oblasti byly z pohledu samotných pacientek nejvíce ovlivněny. Specifika této nemoci společně s léčebnými možnostmi jsme podrobně rozebrali v teoretické části, aby si čtenář ne příliš znalý této problematiky, udělal obrázek o tom, co jednotlivé léčebné modality zahrnují, neboť o nich pacientky často mluvily a léčba se se svými dopady liší (např. u léčba, která zahrnuje chirurgický zákrok nebo léčba v podobě chemoterapie a radioterapie může dosahovat rozdílnosti v podobě nežádoucích projevů apod.). Vzhledem k tomu, že každý vztah je založený na jiných aspektech a pro jeho fungování bývají stěžejní vždy jiná hlediska, věnovali jsme pozornost v rámci teoretického ukotvení i vývoji vztahu a očekáváním, která partneri od vztahu mají. Dále jsme věnovali pozornost i takovým informacím jako je věk partnerů, délka vztahu, ale i náročnost léčby, což jsou aspekty, které mohou na vztah partnerů působit v různé míře a dle toho jej ovlivnit.

Rozhovory jsme zahajovali tím, že nám respondentky vyprávěly o své nemoci, kdy a jak jim byla diagnóza sdělena, jestli měly nějaké příznaky, které by signalizovaly tuto nemoc, jaký druh léčby podstoupily, jak ji snášely, ale zajímali jsme se také o otázku, jak na tuto diagnózu reagoval jejich partner. S respondentkami jsme hovořili o tom, jak jsou s partnerem dlouho spolu, jak jim vztah fungoval, jak trávili volný čas a některé také hovořily o náročných obdobích, které se svými partnery prožily. Některé pacientky již dříve prožily velmi stresové období, kdy se mohlo jednat o chronické onemocnění partnera, úmrtí v rodině, problémy s otěhotněním a bylo třeba poskytnout partnerovi podporu a péči. Tento aspekt se nám jeví jako podstatný proto, abychom si udělali představu o tom, jak respondentky s partnerem před nemocí vycházely a jestli postoj partnera v době léčby probíhal dle očekávání, která navazovala na popis vztahu v předchozí době.

Odtud jsme se přesouvali k otázkám, které se týkaly dopadu nemoci na jejich vztah. Zajímalo nás, jestli pocítily nějaké změny ve vztahu, změny v chování partnera apod. Respondentky se v názorech mírně lišily dle stanovené léčby, doby od ukončení léčby, což rovněž korespondovalo mírou závažnosti onemocnění a individuálních potřeb partnerů. Léčbu každá respondentka prožívala jinak, u některé se vyskytly doprovodné negativní příznaky, jiná léčbou prošla bez výrazných komplikací a nežádoucích projevů a jejich život

probíhal téměř obdobně, jako před onemocněním. Jedna z respondentek aktuálně léčbu podstupovala a vzhledem k tomu, že má malé děti, boj s nemocí nevzdává a snaží se dělat vše proto, aby nad nemocí zvítězila. Tento rozhovor byl nás pravděpodobně nejnáročnější ze všech realizovaných vzhledem k probíhající léčbě a nejistotě vztahující se k tomu, že nález byl již v pokročilém stádiu.

Před onemocněním se respondentky aktivně podílely na chodu domácnosti, rozvíjeli své profesní kompetence a staraly se o děti. Tento aspekt byl s příchodem nemoci částečně omezen a roli více přebral partner případně nejbližší rodinní příslušníci. Vzhledem k tomu, že některé respondentky zastávaly v rámci své profese vedoucí pozice, věnovaly se pracovním požadavkům i během své léčby. Jiné se vrátily postupně do pracovních kolejí a jedna respondentka, u níž léčba aktuálně probíhá, je v invalidním důchodu. V rámci tohoto období jsme si definovali několik oblastí, které se nám při analýze odkryly. Respondentky mluvily o tom, jaký vztah s partnerem měly, zejména v kladném slova smyslu. Některé respondentky popisovaly vztah tak, že po době, co jsou spolu, musejí umět udělat kompromis nebo tolerovat některé zvyklosti partnera, nicméně bez výrazných problémů, které by vztah ohrožovaly. Dále popisovaly své aktivity na poli profesního zaměření či volnočasové aktivity s partnerem. Rovněž hovořily o náročných obdobích, které si však následně žádaly vzájemné pochopení a pomoc. Tyto zkušenosti mohly později sehrávat významnou roli a stát se možným spouštěčem nemoci. Na příkladu paní Lucie je vidět, že ona si dlouhodobý stres doléhající z prožitých zkušeností dává do souvislosti s nemocí (roztroušená skleróza), která později vyvstala u jejího manžela. Snad již tento poslední faktor mohl v příštích letech formovat a posílit partnerův přístup k nemocné partnerce.

Významným okamžikem se stalo sdělení diagnózy partnerovi. Potom, co se samy dozvěděly tuto zprávu, přijde obtížný okamžik, a to, jak to vše vhodně sdělit partnerovi, dětem nebo zbytku rodině. Respondentky neměly v době sdělení diagnózy své partnery s sebou a tuto informaci jim tedy předaly až po příchodu domů. Jde o šokující zprávu, která může ovlivnit život ženy a jejího partnera. Tento okamžik mohl být u některých žen „usnadněn“ prodělanou nemocí nebo již zkušeností s nádorovým onemocněním. Tato skutečnost je rovněž odvislá od toho, co pojem rakovina vyvolá v mysli příjemce a povědomím, kterým o této nemoci disponuje. Reakce partnerů spočívala zejména v překvapení, šoku, nedůvěře a strachu z neznámé situace.

Hojně diskutovaným tématem byla i vzájemná podpora a útěcha partnerů. Partneri pomáhali svým partnerkám v době nemoci se zajištěním domácnosti, s dětmi, vozili je do nemocnice na vyšetření, chemoterapii a prožívali s nimi chvíle zoufalství a nejistoty.

„V době nemoci byl vztah s partnerem normální, z jeho strany trochu soucitný, ale díky mému optimismu se dá říci, že v naprosté pohodě“ (Klára).

Vzájemná pomoc partnerů svědčí o harmonii a zejména kvalitě a vyzrálosti jejich vztahu, která může být ovlivněna právě již předešlými zkušenostmi i délkou jejich vztahu a tím, co společně prožili (např. v případě Lucie úmrtí miminka krátce po porodu). S kvalitou partnerského vztahu souvisí další aspekt, kterým je tolerance. V této době bylo potřeba se v dané době vzdát zaběhlých činností, a i vzhledem k vyčerpání a únavě nebylo možné u některých pacientek vykovávat činnosti, na které byly dosud v rámci svých aktivit, zvyklé.

„Při životě mě držel milovaný manžel, který den ze dne převzal péči o naše malé děti“ (Lucie).

Tato změna, která koresponduje s poznatky uvedenými v teoretické části (str. 21–30), s tím, že nebývá snadné smířit se s nastalými změnami a to zejména u osob, které byly zvyklé si se vším vždy poradit a postarat se o potřebné záležitosti. S tímto aspektem jsme se během rozhovorů rovněž setkali:

„...pacienti si to nesmí připouštět a pustit si to do života. Je jasný, že omezení tam nějaké je“ (Petra).

V zahraničních výzkumech se ukázalo, že opora, kterou poskytují nemocnému jeho nejbližší, představuje jednu ze stěžejních podmínek pro lepší zvládnání průběhu onkologické nemoci. Tyto aspekty jsou potvrzeny i výpověďmi našich respondentek a korespondují s výsledky výzkumu, který realizoval např. Schnoll a kol., 2002.

Dalším bodem bylo posílení komunikace mezi partnery. Nicméně v této otázce ženy volily různé strategie, neboť některé z nich si nepřály o své nemoci mluvit, ať už to vycházelo z jejich tužeb, osobnostních charakteristik, snahy nemyslet na nemoc a žít normální život, nebo proto, že tím nechtěly umocňovat strach u svého partnera. Tento předpoklad byl potvrzen ve výzkumu, kde autoři provedli hloubkové rozhovory s ženami s karcinomem prsu a zjistili, že komunikace v rámci partnerského vztahu byla méně otevřená, a to z důvodu vzájemné ochrany před tím, trápit jeden druhého (Holmberg a kol., 2001). Podobné výsledky přinesli autoři studie, jejíž součástí byli muži s rakovinou prostaty. I zde se ukázalo, že partneři spolu příliš nehovořili o nemoci a jejích důsledcích, o svých emocích a obavách, a to z obdobných důvodů zmíněných u předešlé studie (Boehmer, & Clark, 2001). Ostatní

respondentky naopak potřebu o své nemoci mluvit měly a cítily se lépe, pokud se mohly svěřit s tím, co je v tu chvíli trápilo. Otevřená komunikace se ukazuje jako výrazný bod v boji proti rakovině, a to jak na straně nemocného, tak na straně partnera, což podtrhují výzkumy zmíněné v teoretické části.

Co se týče podpory v náročných okamžicích, v jednom kvalitativně zaměřeném výzkumu realizovaném ve Velké Británii na vzorku pacientů s kolorektálním karcinomem, se ukázalo, že samotní pacienti byli ti, kteří museli podporovat svou rodinu a přátelé, když je seznámily se svou diagnózou (Hall a kol., 2012). Tento aspekt lze vysledovat i v naší práci, neboť například některé z nich to takhle popisovaly.

„...když jsem dělala v nejmenovaném obchodě vedoucí papírnickví, tak jsem tam potom chodila každý den, abych holky viděla, tak musím říct, že jsem tam trávila hodně času, abych z toho nevypadla. Když někdo přišel a zmínila jsem se, že mám rakovinu, tak lidi najednou nevěděli, jak se mnou mají mluvit. Říkala jsem, mluv se mnou normálně, chodím na chemoterapku a je to jako chřipka. Na chřipku se taky umírá“ (Petra).

Komunikace se ukázala jako stěžejní i pro oblast sexuality. V tomto směru se ženy nejvíce obávaly toho, že přestanou být pro své partnery atraktivní a přitažlivé, zejména se trápily možnostmi ze ztráty vlasů. Neznepokojovala je ani tak zjizvení, popálení apod. spojené s léčbou, ale alopecie pro ně byla znakem, kterým se před zahájením léčby znepokojovaly snad nejvíce. Některé z nich již před ztrátou vlasů zašly do specializovaného obchodu a pořídily si paruku, aby měly čas si na nový účes zvyknout. Ukázalo se, že některé ženy měly problémy spojené s léčbou, zejména problémy s lubrikací. Tento problém bývá často spojen s léčbou, jejíž součástí je chemoterapie a potvrdila ho řada zahraničních výzkumů (Avis a kol., 2004; Wilmoth a kol., 2001). Tato oblast si nicméně zasluhuje hlubšího zkoumání, proto se jako jeden z žádoucích budoucích výzkumů jeví rozpracování problémů v sexuální oblasti u osob po různém druhu nádorového onemocnění.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že způsob, jakým se nemoc odrazila ve vztahu, je odvislý i od toho, jaký vztah spolu partneři udržovali před nemocí, jak si dokázali vzájemně pomoci, jak se tolerovali, jak se vzájemně podporovali v zájmech, aktivitách, ale i jejich zkušenostmi z rodinného prostředí či osobnostními předpoklady. Respondentky si také uvědomily pozitivní stránky nemoci v podobě posílení vztahu s partnerem a ujistily se, že jsou schopni zvládnout nároky spojené s léčbou.

Prožívání celé situace se může lišit dle věku. My jsme získali heterogenní vzorek z hlediska věkové struktury, ale i tak můžeme spatřit jisté podobnosti ve výpovědích žen. Mezi respondentkami byly určité věkové rozdíly, nejmladší bylo 41 let a nejstarší z nich 67 let. Heterogenitu lze spatřit i z hlediska stanovené léčby. Jiné bude prožívání celé situace u žen, které podstoupily chirurgický zákrok, jiné u žen, u nichž byla součástí léčby chemoterapie a jiné u žen, které podstoupily mastektomii.

6.4. Limity výzkumu

Určitá limitace našeho výzkumu se týká povahy získaných dat. Vzhledem k počtu zúčastněných žen je možné, že v případě oslovení dalších respondentek by se objevily oblasti, které v naší práci nebyly zmíněny. Oblast partnerských vztahů v souvislosti s onkologickým onemocněním, je široký a nepochybně složitý fenomén a při účasti jiných pacientek by se nám mohla otevřít témata, která nám v tuto chvíli zůstala „skryta“. Odtud lze konstatovat, že ve vztahu k našemu počtu respondentek, nemusela být zajištěna saturace výzkumu.

Rovněž jsme spolupracovaly s respondentkami, u nichž byla léčba úspěšná a dle toho se mohly odvíjet i jednotlivé výpovědi respondentek. Nicméně i když jedna respondentka byla v léčbě, její zkušenosti se výrazně nelišily od těch, co mají léčbu již za sebou. Proto by bylo dobré sledovat vývoj názorů pacientek při léčbě, po léčbě a několik let od ukončení léčby. Dalším aspektem, který mohl ovlivnit získaná data, bylo aktuální rozpoložení žen (nálada, únava...) ale i vnější prostředí (místnost, kde byl rozhovor veden, přítomnost někoho jiného, schéma rozhovoru...).

Za limit práce může být považován i způsob výběru respondentek. Výběr prostřednictvím lékařů z osloveného zdravotnického zařízení může signalizovat, že se do výzkumného souboru dostanou pouze vybrané pacientky. Odtud dále vyplývá, že tento výběr značně redukuje reprezentativnost dosažených výsledků, neboť náš výzkumný soubor reprezentuje pouze jeho vybranou populaci dle regionu na úkor zbytku republiky.

Jsme si vědomi toho, že se nám v práci odkrylo více témat, které nešly prozkoumat více detailně, nicméně i přes tento aspekt považujeme sesbíraná data jako přínosná pro další pokračování v této oblasti. Naše data nám mohou posloužit jako podklad pro realizaci dalších projektů, již blíže zaměřených.

6.5. Doporučení pro další výzkum

Realizovaný výzkum nabízí mnoho podnětů pro návazné studie. Doporučili bychom například realizovat studii, kde by byli osloveni oba partneři z daného vztahu a sledovat pohledy obou partnerů. Tedy, jak nahlížíjí na nastalou situaci a zachycovat odlišnosti či podobnosti ve vnímání a prožívání celé situace. Metodologicky by šlo realizovat polostrukturované interview pouze s partnerem žen anebo naopak realizovat interview za přítomnosti druhého partnera.

V teoretické části jsme se dotkli i tématu vzhledu a body image. K tomuto tématu jsme se v některých případech dostali i my. Lze polemizovat nad tím, jestli by byl důraz na vzhled a pojetí vlastního těla jiný v případě, že bychom měli ve vzorku ženy mladších ročníků. Toto téma se nabízí jako oblast budoucího zkoumání i vzhledem k mediálnímu tlaku na vzhled a prezentaci každého z nás.

Dalším doporučením by bylo téma, které jsme již výše zmínili, a to sledování vývoje názorů na partnerský vztah – v brzké době po ukončení léčby a po několika letech.

Při finalizaci práce nás napadla možnost i využití ohniskové skupiny, tedy zajistit setkání více žen s obdobnou diagnózou a sledovat, zda budou ženy otevřenější ve svých odpovědích, jaká témata pro ně budou nejdiskutovanějšími v rámci společné diskuze o partnerském životě. Nicméně tomuto kroku by pravděpodobně mělo předcházet alespoň jedno společné setkání. Dalším návrhem by mohlo být použití kvalitativního dotazníku, který by byl rozeslán anonymně pacientkám s předpokladem, že by šlo na straně účastnic omezit nepříjemný pocit z kladených otázek a citlivosti reflektovaného tématu. Z tohoto důvodu by se mohly zúčastnit i ženy, které by splňovaly naše kritéria, ale z osobních důvodů si nepřály zapojit se do tohoto projektu.

Realizovat by také šlo studii, v níž bychom se zabývali výhradně mužskou populací a jejich pohledem na změny v rámci partnerského života. V této souvislosti byla realizována i řada výzkumů, která se zabývala vlivem rodinného stavu na zdravotní stav pacientů. Některé výzkumy dokonce potvrdily, že muži těží z manželství více než ženy, neboť je jim poskytovány větší sociální nebo emocionální podpora (Anderson, & McCulloch, 1993). Posledním návrhem je příští výzkum soustředit na osamocené ženy, příp. vdovy, které během nemoci nemají podporu ze strany partnera.

7. Závěr

Cílem předložené práce bylo zjistit zkušenosti žen s onkologickým onemocněním a dopadem této nemoci na vztah s partnerem. Empirickým šetřením, resp. polostrukturovanými rozhovory s pěti oslovenými respondentkami jsme se snažily identifikovat, které oblasti jejich vztahu to nejvíce ovlivnilo. Výzkumný soubor byl zastoupen ženami, které měly diagnostikovaný karcinom prsu. Respondentky měly v době nemoci dlouhodobý partnerský vztah, čtyři z nich se nacházely v remisi a jedna respondentka v danou chvíli podstupovala biologickou léčbu.

Ačkoli se respondentky lišily z hlediska stanovené léčby, z hlediska doby, která uplynula od ukončení léčby, věku, kdy onemocněly, ale obecně i svými zkušenostmi a prožitky, ukázalo se, že nemoc, se kterou se musely vyrovnat, v převážné většině jejich vztah upevnila a výrazně zlepšila komunikaci s partnerem. Rovněž se musely vyrovnat s tím, že nešlo všechny aktivity plnit včas a v tak precizním provedení, jak byly do dané chvíle zvyklé. Výraznou změnou byl pro partnery společně trávený čas, který se snažili vyplňovat vhodnými aktivitami, i když ne vždy to bylo např. z důvodu únavy možné. Dále se ukázalo, že stěžejní pro partnery byla i vzájemná podpora a povzbuzení, což se ale u některých párů prokázalo i dříve, neboť většina z nich prožila události, kdy bylo potřeba druhého partnera podržet. Pro ženy bylo zásadní také mluvit s partnerem o intimních věcech, neboť i v této oblasti prožívaly změny a potřebovaly se s nimi vyrovnat. Tyto změny byly umocněny i změnou visáže, jizvami, mastektomií atd.

Některé aspekty léčby byly vnímány respondentkami jako zátěž. Obávaly se, jak budou zvládat průběh léčby a také měly strach o svého partnera a děti. Jejich partneři dokázali po dobu nemoci převzít zodpovědnost a mnohé starosti na sebe a zařizovat vše okolo dětí, domácnosti a zároveň věnovat péči nemocné partnerce. Výrazným bodem, na kterém se respondentky shodovaly, byly společné plány do budoucna, nad kterými s partnerem přemýšleli. Ačkoli bylo toto období pro respondentky vyčerpávající a plné obav, dokázaly na něm vidět i pozitivní aspekty, a to zejména v posílení komunikace a důvěry v partnera. Tyto a další myšlenky se ukázaly jako významné a figurovaly jako častá součást myšlenek partnerů.

Výsledky lze doporučit pacientům, kteří momentálně s nějakou formou nádorového onemocnění bojují, ale i personálu zdravotnických organizací a neziskových sdružení, která s onkologickými pacienty taktéž spolupracují.

Souhrn

V rámci předložené práce jsme se věnovali problematice onkologického onemocnění žen a jeho dopadem na partnerský vztah. Cílem bylo identifikovat oblasti změn, které mohou v důsledku takto závažného onemocnění vznikat a s nimiž se partneři mohou potýkat.

V kapitolách, které jsou součástí teoretické části, jsme se snažili o vysvětlení pojmů, představit charakteristiku onkologického onemocnění, léčebné postupy i přehled dalších oblastí, které se dotýkají tématu a jejichž objasnění považujeme za významnou součást pro porozumění další části práce. Dále se věnujeme problematice partnerského vztahu, jeho vývojem a páteří této části je i přehled výzkumů, které byly realizovány v zahraničí a vztahují se k tématu partnerského života a dopadu nemoci na jeho jednotlivé aspekty.

Empirická část představuje výzkumný design, od návrhu strategie zkoumání, přes výběr vzorku a volbu metody sběru dat. Kontakt na respondentky jsme obdrželi ve spolupráci s lékaři, kteří nejprve ženy oslovili s možností účasti na projektu. Výzkumu se zúčastnily ženy s karcinomem prsu a vzhledem k jejich různorodým zkušenostem byly čtenáři nejprve představeny prostřednictvím příběhu, který zachycoval stěžejní informace. Ženy, které se zúčastnily, onemocněly karcinomem prsu, ať se na nemoc přišlo náhodou nebo prostřednictvím některých typických příznaků. Léčba, kterou měly stanovenou, se také lišila, neboť ne všechny respondentky prošly chemoterapií, jedna se obešla s chirurgickým zákrokem s následnou radioterapií, jiná vzhledem k nepříznivým dopadům chemoterapie podstupovala biologickou léčbu. Všechny respondentky měly v době nemoci dlouholetý partnerský vztah, vychovávaly své děti a jedna respondentka si s manželem dítě adoptovala vzhledem k tomu, že vlastní děti mít nemůže.

Do výzkumného projektu bylo zapojeno celkem pět respondentek, se kterými jsme realizovali polostrukturované rozhovory na základě předem přichystaného schématu. Sesbíraná data byla podrobena analýze, a to za použití metody vytváření trsů. Při zpracování výsledků jsme se pro lepší orientaci snažili o zachycení zkušeností a názorů respondentek na jejich život s partnerem v době, než onemocněly a poukázat na jeho stěžejní linie. Odtud jsme se přesunuly k době samotné nemoci a veškeré poznatky jsme doplnili jejich výpověďmi, aby bylo možné sledovat pocity, jemné nuance, změny a osobní zkušenosti.

Shromážděním zahraničních pramenů byl vytvořen přehled aktuálních studií k řešené problematice, který ilustruje nástin tohoto tématu a jeho širších kontextů. Jedním z často diskutovaných témat byla otevřená komunikace s partnerem, kterou vyzdvihly všechny naše respondentky. Z dříve realizovaných studií je zřejmé, že narušená komunikace mezi partnery

nebývá v tomto období výjimkou, což následně komplikuje možnost hovořit o prožívaných pocitech či obavách a může vyústit až do podoby, kdy si partneri uvědomí, že pocit porozumění se z jejich vztahu vytrácí. Negativní důsledky nemoci souvisí i s jinými psychologickými aspekty např. intimního partnerského života. V řadě studiích, které jsme citovali, se ukázalo, že u lidí s onkologickou diagnózou klesá sexuální aktivita i schopnost sexuálního prožitku, což může korespondovat s tím, do jaké míry je narušeno vnímání tělesného obrazu. V našem případě byly znatelné problémy v této oblasti u dvou žen, přičemž jedna z nich aktuálně léčbu podstupuje. Ostatní ženy v této oblasti změny nepocítovaly nebo byly jen dočasného charakteru, což odpovídá i výsledkům zjištěným v předešlých studiích (např. Bloom a kol., 2004). Bližší informace k shledaným výsledkům jsou k dispozici v předešlých kapitolách, vyjadřujeme se k nim v rámci kapitoly interpretace dat a následné diskuzi, kde se snažíme zachytit možné vztahy a souvislosti.

Seznam použité literatury

1. Adam, Z., Krejčí, M., & Vorlíček, J. (2010). *Speciální onkologie. Příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén.
2. Adam, Z., Vorlíček, J., & Koptíková, J. (2003). *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada.
3. Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V., & Beuth, J. (2010). *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál.
4. Anderson, T. B., & McCulloch, B. J. (1993). Conjugal support: Factor structure for older husbands and wives. *Journal of gerontology. Social Sciences*, 48, 133-142.
5. Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 241-248.
6. Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(5), 295-308.
7. Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing research*, 56(1), 44-53.
8. Bedford, V. H., & Blieszner, R. (1997). *Personal relationships in later life families*. In Milardo, R.M., Duck, S.: *Families as relationships*. J. Wiley, New York.
9. Bernstein, L. (2002). Epidemiology of endocrine-related risk factors for breast cancer. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*, 7(1), 3-15.
10. Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.
11. Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., ... & Arver, B. (2008). Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949.
12. Burwell, S. R., Case, L. D., Kaelin, C., & Avis, N. E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2821.
13. Büchler, T., & Kořán, M. (2009). *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba*. Praha: Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.
14. Čermáková, M. (1997). *Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
15. Dienstbier, Z., & Hronovská, L. (2011). *Rakovina a sex: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině.
16. Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

17. Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., ... & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3588-3596.
18. Dostálová, O. (1993). *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada.
19. Emilee, G., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
20. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha. Portál.
21. Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.
22. Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.
23. Given, B., & Given, C. W. (1992). Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *Journal of the American Medical Women's Association*, 47(5), 201-6.
24. Glantz, M. J., Chamberlain, M. C., Liu, Q., Hsieh, C. C., Edwards, K. R., Van Horn, A., & Recht, L. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237-5242.
25. Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijjer, R. G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-oncology*, 9(3), 232-242.
26. Hall, S., Gray, N., Browne, S., Ziebland, S., & Campbell, N. C. (2012). A qualitative exploration of the role of primary care in supporting colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3071-3078.
27. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
28. Haškovcová, H. (1991). *Spoutaný život (kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK.
29. Hatcher, M. B., Fallowfield, L., & A'Hern, R. (2001). The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews. *BMJ*, 322(7278), 76.
30. Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer nursing*, 32(4), 271-280.
31. Holmberg, S. K., Scott, L. L., Alexy, W., & Fife, B. L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer nursing*, 24(1), 53-60.
32. Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy

- after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186(5), 224.
33. Karraker, A., & Latham, K. (2015). In sickness and in health? Physical illness as a risk factor for marital dissolution in later life. *Journal of health and social behavior*, 56(3), 420-435.
 34. Kiebert, G. M., De Haes, J. C., & Van de Velde, C. J. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a review. *Journal of Clinical Oncology*, 9(6), 1059-1070.
 35. Kim, Y., Schultz, R., & Carver, C.S. (2007). Benefit finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69(3), 283-291.
 36. Klener, P. (2002). *Klinická onkologie*. Praha: Galén.
 37. Koutecký, J., & Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo rakovina*. Praha: Makropulos.
 38. Koutecký, J. a kol. (2004). *Klinická onkologie*. Praha: Riopress.
 39. Krul, I. M., Groeneveld, E., Spaan, M., Van den Belt-Dusebout, A. W., Mooij, T. M., Hauptmann, M., ... & Lambalk, C. B. (2015). Increased breast cancer risk in in vitro fertilisation treated women with a multiple pregnancy: a new hypothesis based on historical in vitro fertilisation treatment data. *European Journal of Cancer*, 51(1), 112-120.
 40. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
 41. Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20(2), 179-185.
 42. Matlin, M. W. (2000). *Psychology of women*. New York: Harcourt College Publ.
 43. McGaughey, A. (2006). Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative literature review. *Journal of midwifery & women's health*, 51(6), 45-49.
 44. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 45. Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer*, 41(17), 2613-2619.
 46. Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social science & medicine*, 27(4), 385-392.
 47. Norman, R. J., McLoughlin, J. W., Borthwick, G. M., Yohkaichiya, T., Matthews, C. D., MacLennan, A. H., & de Kretser, D. M. (1993). Inhibin and relaxin concentrations in early singleton, multiple, and failing pregnancy: relationship to gonadotropin and steroid profiles. *Fertility and sterility*, 59(1), 130-137.

48. Northouse, L. (1989). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* (Vol. 16, No. 4, pp. 511-516).
49. O'Connor, M., & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.
50. Poněšický, J. (2003). *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton.
51. Seifert, K., Hoffnung, R. J., & Hoffnung, M. (2000). *Lifespan development*. Houghton Mifflin.
52. Sheppard, L. A., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.
53. Schnoll, R. A., Knowles, J. C., & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-59.
54. Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA: a cancer journal for clinicians*, 41(2), 112-120.
55. Skovajsová, M. (2010). *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta a.s.
56. Speer, J. J., Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C. L., Decker, V. B., ... & Decker, D. A. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The breast journal*, 11(6), 440-447.
57. Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British journal of cancer*, 88(5), 666-671.
58. Sternberg, R. J. (1987). *The triangle of love: Intimacy, passion, commitment*. New York: Basic Books.
59. Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada.
60. Takahashi, M., & Kai, I. (2005). Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social science & medicine*, 61(6), 1278-1290.
61. Thomas, H. V., Murphy, M. F., Key, T. J., Fentiman, I. S., Allen, D. S., & Kinlen, L. J. (1998). Pregnancy and menstrual hormone levels in mothers of twins compared to mothers of singletons. *Annals of human biology*, 25(1), 69-75.
62. Tobiasz-Adamczyk, B. (2012). Health-related quality of life in women after cancer treatment. *Przegl Lek*, 69(2), 67-71.
63. Tomasi-Cont, N., Lambertini, M., Hulsbosch, S., Peccatori, A. F., & Amant, F. (2014). Strategies for fertility preservation in young early breast cancer patients. *The Breast*, 23(5), 503-510.

64. Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
65. Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
66. Vorlíček, J., Abrahámová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada.
67. Vorlíček, J., Adam, Z., Šmardová, L., & Vorlíčková, H. (2013). *Chemoterapie a Vy: Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. Brno: Masarykův onkologický ústav.
68. Vorlíček, J., Vyzula, R., & Adam, Z. (2000). *Praktická onkologie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
69. Walló, O. (2005). *Sekundární zisky: neutíkejte před rakovinou prsu*. Praha: Gutenberg.
70. Zemanová, M. (2008). Psychoterapie v onkologii. *Onkologie*, 2(4), 249-252.

Internetové zdroje

- 1) "Biopsie a histologické vyšetření." (2016). [online]. In *Léčba-rakoviny.cz*. [cit. 2016-09-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.lecba-rakoviny.cz/biopsie-a-histologicke-vysetreni>>.
- 2) "Co je rakovina." (n. d). [online]. In *Léčba-rakoviny.cz*. [cit. 2016-09-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.lecba-rakoviny.cz/co-je-rakovina>>.
- 3) Janáčková, L. (2008). "Aplikovaná psychologie - prožívání tělesné lásky u onkologických pacientů." In *Medical Tribune*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12141-aplikovana-psychologie-prozivani-telesne-lasky-u-onkologickych-pacientu>>.
- 4) Janáčková, L. (2011). "Anděl sexu a smrti." [online]. In *Psychologie.cz*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<https://psychologie.cz/andel-sexu-smrti/>>.
- 5) Janáčková, L. (2014). "Vztahy a sexuální život onkologicky nemocných." [online]. In *Sestra*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vztahy-a-sexualni-zivot-onkologicky-nemocnych-474623>>.
- 6) Karásek, P. (2015). "Co jsou nádory prsu." [online]. In *Masarykův onkologický ústav*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<https://www.mou.cz/co-jsou-nadory-prsu/t2609>>.
- 7) Lakomý, R. (2014). [online]. "Co je nádor a jak vzniká?" In *Linkos*. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/nadory-mozku-a-cns-c70-72/o-nadorech-mozku-a-michy/>>.
- 8) "Paraneoplastické projevy." (n. d). [online]. In *Velký lékařský slovník*. [cit. 2016-09-19]. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/paraneoplasticke-projevy-3>>.

- 9) "Příznaky rakoviny." (n. d). [online]. In *Léčba-rakoviny.cz*. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.lecba-rakoviny.cz/priznaky-rakoviny>>.
- 10) "Rakovina." (2016). [online]. In *Wikipedie*. [cit. 2016-09-18]. Dostupné z WWW: <<https://cs.wikipedia.org/wiki/Rakovina>>.
- 11) "Rakovina prsu." (n. d). [online]. In *Anamneza*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.anamneza.cz/nemoc/Rakovina-prsu-119#prubeh-anch>>.
- 12) "Sekundární malignity." (n. d). [online]. In *Brněnské onkologické dny*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<https://www.onkologickedny.cz/program/sekundarni-malignity/c194>>.
- 13) Vorlíček, J., Adam, Z., & Vorlíčková, H. (2013). "Sexuální život při chemoterapii." [online]. In *Linkos*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/sexualni-zivot-pri-chemoterapii/>>.
- 14) Vorlíčková, H. (2006). "Nebojme se s pacienty hovořit o sexu!" [online]. In *Sestra*. [cit. 2016-09-12]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nebojme-se-s-pacienty-hovorit-o-sexu-273983>>.
- 15) Wildová, O. (2016). "Onkologické onemocnění neznamená konec sexuálního života." [online]. In *Medicina.cz*. [cit. 2016-09-5]. Dostupné z WWW: <<http://medicina.cz/clanky/10946/34/Onkologicke-onemocneni-neznamena-konec-sexualniho-zivota/>>.

Přílohová část práce

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Pozvánka k účasti na výzkumném projektu

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Název práce: Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah: příběhy respondentek s karcinomem prsu

Autor práce: Mgr. Aneta Polánská

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 136 597

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 85

Abstrakt:

Předkládaná práce se věnuje problematice onkologického onemocnění, resp. dopadu karcinomu prsu na partnerský život. Hlavním cílem je navázat na přechozí studie autorů, kteří se v rámci své činnosti této oblasti věnovali a získat tak subjektivní výpovědi patientek v českém prostředí. Tato problematika je v současnosti aktuálním tématem vzhledem k nárůstu počtu nemocných pacientů i výrazným změnám, které s sebou tato nemoc přináší a její dopad nelze přecházet. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, přičemž teoretická část představuje poznatky z oblasti onkologie, včetně příznaků, léčby nádorového onemocnění a rovněž shrnuje předešlé výzkumy. Praktická část se zaměřuje na popis výzkumného projektu a vzhledem k našemu cíli byla zvolena kvalitativní strategie. Jako metoda sběru dat byla zvolena varianta polostrukturovaného interview, neboť díky ní mohly být zachyceny jedinečné zkušenosti žen. Volba jednotlivých otázek byla diskutována jak s lékařským personálem, tak s dalšími lidmi, kteří jsou zapojeni v organizacích, které se věnují jak výzkumným, tak pomáhajícím aktivitám na poli psychoonkologie. Do výzkumu se zapojilo 5 respondentek, se kterými jsme se po vzájemné domluvě sešly a o daném tématu si popovídaly. Po detailní analýze dat se ukázalo, že onkologické onemocnění výrazně ovlivnilo a zasáhlo do vztahu partnerů. V našem případě to byly příběhy převážně se šťastným koncem, kdy nemoc oba partnery sblížila a ukázala, jak se na sebe mohou v náročných chvílích spolehnout. Výjimkou byla jedna pacientka, od které partner po překonání nemoci odešel. Ačkoli se ženy podrobily různým druhům léčby, některé jsou v remisi několik měsíců, jiné několik let, ukázaly se jejich zkušenosti v některých oblastech jako zásadní, které ovlivnily i víru v sama sebe a jejich partnery. Partneři jim byli obrovskou oporou a svým chováním a starostlivostí dávali svým partnerkám najevo, že nároky nemoci jsou schopni zvládnout. Výsledky, které v naší práci přinášíme, i jejich interpretace jsou

obsaženy v závěru praktické části a jsou diskutovány i ve vztahu s výsledky zahraničních studií.

Klíčová slova: karcinom prsu, partnerský vztah, léčba, kvalitativní výzkum, psychoonkologie

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Title: The impact of oncological illness on a relationship: narratives of women with breast cancer

Author: Mgr. Aneta Polánská

Supervisor: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Number of pages and characters: 136 597

Numbers of appendices: 4

Number of references: 85

Abstract:

The presented thesis deals with the problem of oncological illness, respectively the impact of breast cancer on partner life. The main goal is to build on previous studies of authors who have devoted themselves to this topic and to obtain subjective statement from patients in the Czech environment. This issue is currently an up-to-date topic due to the increase in the number of patients affected and the significant changes that the disease brings with it and its impact cannot be overcome. The bachelor thesis consists of two parts whereby the theoretical part presents knowledge from the field of oncology, including symptoms, treatment of cancer and also summarizes the previous investigations. The practical part focuses on the description of the research project and a qualitative strategy has been chosen due to our goal. As a method of data collection, a semi-structured interview option was chosen as it was possible to capture the unique experience of women. The choice of questions was discussed both with medical staff and people who are part of organizations involved in both research and helping activities in the field of psychology. The survey involved 5 respondents with whom we met and discussed the topic. After a detailed analysis of the data, the oncological disease proved to have a significant effect on the relationship of the partners. In our case the stories had predominantly their happy endings when partners became closer to each other thanks to the disease and it testified how they can rely on themselves during difficult times. The only exception was a patient who was abandoned by her partner after recovering from the illness. Although women have undergone different types of treatment, some in remission for several months or several years, their experience in some areas proved to be essential and it also influenced their self-belief and belief in their partners. Partners were great support for them and through their behaviour and care manifested the ability to handle the

requirements of the disease. The study's outcome and its interpretation is to be concluded in the conclusion of the thesis and is discussed in relation to foreign studies.

Key words: breast cancer, partnership, treatment, qualitative research, psychooncology

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Kód

Název studie: Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah
Příběhy žen s karcinomem prsu

Potvrzuji, že se dobrovolně účastním výzkumného projektu, který je podkladem pro vypracování bakalářské diplomové práce.

- Byla jsem seznámena s cílem výzkumného projektu, s jeho průběhem, metodami sběru dat včetně jeho závěrečného výstupu.
- Byla jsem obeznámena, že informace, které poskytnu, budou sloužit jako podklady pro bakalářskou práci a že po dobu trvání výzkumného projektu budou mnou poskytnuté informace vedeny pod anonymními kódy, tj. bez uveřejnění identifikačních údajů mé osoby. Dále jsem seznámena s tím, že informace nebudou předávány jiným osobám, neposkytnu-li k tomu svůj písemný souhlas.
- Jsem seznámena i s informací ohledně možného přerušení své účasti ve výzkumu nebo o možnosti z něho zcela vystoupit a to kdykoli, aniž bych musela uvést důvod.

Prohlašuji, že zcela rozumím informacím, které se týkají výzkumu a mé účasti v něm, nemám žádné připomínky a v souladu s tím poskytuji souhlas k anonymnímu užití dat k výše uvedenému účelu.

Datum:

Podpis:

Příloha č. 4: Pozvánka k účasti na výzkumném projektu

Pozvánka k účasti na výzkumném projektu

Vážená paní,

tímto dopisem si Vás dovoluujeme oslovit s žádostí o spolupráci na psychologickém výzkumu v rámci řešení bakalářské práce na téma: „*Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah: příběhy žen s karcinomem prsu*“.

Cílem výzkumného projektu je prozkoumat dopad onkologického onemocnění na partnerský život. Z tohoto důvodu hledáme ženy, které podstoupily léčbu karcinomu prsu a byly by ochotné si na výše zmíněné téma popovídat.

Všechny údaje poskytnuté v průběhu rozhovoru budou anonymizovány a přísně důvěrné. Případný rozhovor bych ráda nahrávala na diktafon a pro potřeby zpracování následně přepsala. Po přepisu bude audiozáznam smazán. Rozhovory lze na základě předchozí domluvy uskutečnit na místě, které pro Vás bude dostupné a kde se budete cítit nejlépe. Výstupem práce bude interpretace sesbíraných dat podpořených výpověďmi zúčastněných osob a výsledky budou moci posloužit jako podpora ženám, které rovněž onemocněly rakovinou prsu. V souladu s etickými aspekty výzkumu je umožněno účast přerušit nebo z výzkumu kdykoli bez uvedení důvodu odstoupit.

Hlavním řešitelem je studentka psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci Mgr. Aneta Polánská ve spolupráci s vedoucí bakalářské práce PhDr. Marií Marečkovou, Ph.D.

Pokud by Vás zajímaly jakékoli informace o cílech a náplni projektu i jeho průběhu, rády Vám je sdělíme na emailové adrese: polanska.aneta@seznam.cz.

Předem děkujeme za přečtení a budeme se těšit na spolupráci s Vámi.
Aneta Polánská