Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017 IARMILA MLEZYVA

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ženy po nádorovém onemocnění prsu

Women after breast cancer

Iarmila Mlezyva

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Navazující magisterský

Studijní program: Speciální pedagogika

2017

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Ženy po nádorovém onemocnění prsu*, potvrzuji, že jsem ji pod vedením vedoucího práce vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla získána k využití jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. 12. 2017

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí diplomové práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D., za příkladné vedení diplomové práce a pomoc při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat svým respondentkám za jejich ochotu a sdílnost, v poskytování cenných informací. Chtěla bych také poděkovat svým rodičům a blízkým přátelům za veškerou podporu ve studiu.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Ženy po nádorovém onemocnění prsu“ se věnuje vlivu na vybrané aspekty psychosociálního života žen, které prodělaly rakovinu prsu. Teoretická část popisuje karcinom prsu, příčiny vzniku rakoviny, incidenci, představuje klasifikaci nádorů a rizikových faktorů, uvádí strategii prevence a seznamuje čtenáře se symptomatologii a kvalitou života. Dále se věnuje vybraným současným terapiím v léčbě karcinomu prsu. V praktické části diplomové práce jsou prezentované čtyři rozhovory, které byly základem analýzy a interpretace výzkumného šetření.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jaký vliv má rakovina na vybrané psychosociální aspekty života žen, které toto onemocnění prodělaly. Dále jsem se pokusila zjistit, jaké potíže způsobuje rakovina v oblasti rodinného života, jaký vliv má rakovina na zaměstnání, jaký vliv má rakovina na psychický stav a jaký faktor nejvíce znesnadňoval období léčby. Ke splnění cílů byla zvolená metoda kvalitativního výzkumu. K výzkumnému šetření byly použity techniky polostrukturovaného rozhovoru, analýzy lékařské dokumentace a vlastního pozorování.

KLÍČOVÁ SLOVA

Karcinom prsu, kvalita života, psychosociální aspekty nádorového onemocnění

ABSTRACT

The master's thesis *Women after breast cancer* describes the influence of breast cancer on some aspects of the psychosocial life of affected women. In the theoretical part, the author describes the breast cancer, its causes, incidence, presents classification of tumors and risk factors, introduces strategies for prevention and makes the reader aware of symptoms and the quality of life of sufferers. Furthermore, the author analyzes contemporary therapies for the treatment of breast cancer. The empirical part of the master's thesis includes four interviews that serve as the basis for analysis and interpretation of the research.

The goal of this thesis is to understand what influence breast cancer has on some of the psychosocial aspects of life of women that suffered from it. The author also investigates what obstacles the breast cancer causes within family life, its influence on work, the psychological state of the victims and what factors created the most difficulties during patients' treatment. The author chose the method of qualitative research, and the techniques of semi–structured interview, analysis of medical documentation and self–observation.

KEYWORDS

Breast cancer, quality of life, psychosocial aspects of tumor

Obsah

1 Úvod 8
2 Teoretická východiska 10
2.1 Rakovina prsu – celospolečenský problém 10
2.2 Incidence a mortalita karcinomu prsu 11
2.3 Příčiny vzniku karcinomu a rizikové faktory 13
2.4 Klasifikace nádorů 15
2.5 Strategie prevence – možnosti včasného záchytu 16
3 Symtomatologie v kontextu kvality života 18
3.1 Kvalita života a rakovina prsu 18
3.2 Reakce na sdělení diagnózy 20
3.3 Biologická úroveň 22
3.4 Psychologická úroveň 23
4 Současné možnosti léčebné terapie karcinomu prsu 26
4.1 Biologická úroveň 26
4.2 Psychologická úroveň 31
5 Výzkumné šetření 43
5.1 Metodologie výzkumného šetření 43
5.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru 44
5.3 Kazuistiky 46
5.4 Výsledky šetření 69
6 Závěr 75
7 Soubor použitých informačních zdrojů 77
8 Seznam příloh 80

1 Úvod

Už pouhé slovo nádor v našich představách vyvolává úzkost, strach a beznaděj. Bývá to především strach ze smrti, z opuštění, z bolesti, ze změny vzezření a také strach o naši budoucnost. Statistické údaje uvádí, že v současnosti u nás každoročně onemocní 70 000 lidí nádorovým onemocněním. Z tohoto vyplývá, že během svého života v České republice onemocní každý třetí člověk a zhruba každý čtvrtý na něj také zemře (Janáčková, 2014).

Karcinom prsu patří k závažným nádorovým onemocněním a také k nejčastějším zhoubným onemocněním u žen. Svými důsledky zasahuje do všech oblastí života ženy, do života její rodiny a z tohoto důvodu se stává celospolečenským problémem. Karcinom prsu se zařazuje mezi tzv. civilizační choroby, ale nejedná se o onemocnění moderní doby, jde o onemocnění se starobylou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin (Abrahámová a kol., 2009).

Během posledních desetiletí medicína učinila v léčbě rakoviny velké pokroky, přesto je stále mnohem více lidí, kteří prodělali nebo se léčí na toto onemocnění a po ukončení léčby se musí vyrovnat s fyzickými a psychickými následky tohoto onemocnění a léčby.

Téma diplomové práce „Ženy po nádorovém onemocnění prsu“ jsem si vybrala proto, že v mém blízkým okolí velmi často slyším příběhy těchto žen. Hlavním důvodem proč jsem se rozhodla napsat tuto práci je ten, že psychické a sociální problematice není věnováno v odborné literatuře tolik pozornosti jako stránce léčebné.

V současné době naše rodinná kamarádka s tímto onemocněním žije už čtyři roky. Komukoliv jsem sdělila, že píši diplomovou práci na toto téma, tak mi odpověděl, že někoho s tímto onemocněním zná. Uvědomila jsem si, že tomuto tématu by měla být věnovaná větší pozornost a informace o tomto onemocnění, včetně možnosti prevence by se měly dál šířit.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část je rozdělená na tři kapitoly a popisuje karcinom prsu, příčiny vzniku rakoviny, incidenci, představuje klasifikaci nádorů a rizikových faktorů, uvádí strategii prevence a seznamuje čtenáře se symptomatologii a kvalitou života. Dále se věnuje vybraným současným terapiím v léčbě karcinomu prsu. V praktické části diplomové práce jsou prezentované čtyři rozhovory, které byly základem výzkumného šetření.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jaký vliv má rakovina na vybrané psychosociální aspekty života žen, které toto onemocněním prodělaly. Dále jsem se pokusila zjistit, jaké potíže způsobuje rakovina v oblasti rodinného života, jaký vliv má rakovina na zaměstnání, jaký vliv měla rakovina na psychický stav a jaký faktor nejvíce znesnadňoval období léčby. Ke splnění cílů byla zvolená metoda kvalitativního výzkumu. K výzkumnému šetření byly použity techniky polostrukturovaného rozhovoru, analýzy lékařské dokumentace a vlastního pozorování.

2 Teoretická východiska

2.1 Rakovina prsu – celospolečenský problém

Karcinom prsu je onemocnění s dlouhou historii, tedy není onemocněním moderní doby. Důkazem jsou první zmínky o této nemoci v papyrech z doby 3000 let před Kristem, které jsou uložené v Britském muzeu v Londýně. Tato choroba upoutala pozornost i lékařů starověku a otců medicíny. Zabýval se ji Hippokrates a později i Galén, který ve starověkém Římě přirovnal rozšířené lymfatické a krevní cévy u pokročilého karcinomu prsu ke krabím nohám. Z té doby pochází název „cancer." Novější historie poznamenaná poznáváním charakteru onemocnění a snahami o účinnou léčbu, se datuje od počátku 19. století (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

J. Abrahámová, L. Dušek a kol. (2003) uvádí, že dvacáté století, zejména jeho druhá část, bylo zaměřeno **na komplexní multimodální léčbu,** která se zaměřuje na časnou detekci, snížení mortality a zlepšení kvality života. Až v roce 1940 Virchow vyslovil teorii o vzniku nádoru z epitelových buněk prsu a Halsted roku 1894 referoval v nemocnici Johna Hopkinse o svých výsledcích s radikální mastektomií, jako metodou léčby karcinomu prsu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Onkologické onemocnění zaujímají v České republice 2. místo v počtu úmrtí. Každý třetí člověk onemocní během svého života nějakým typem nádoru a každý čtvrtý člověk na toto onemocnění zemře. Z tohoto důvodu, onkologická onemocnění představují velký zdravotní, ale i sociální a společenský zásah do života jedince. Onemocnění zhoubným nádorem velice ovlivňuje kvalitu života, mění systém hodnot jedince, ovlivňuje délku života, sociální prostředí a ekonomický status (Šrámková, 2013).

Vzhledem pokroků, které medicína učinila v léčbě rakoviny, je stále více lidí kteří po ukončení léčby se musí **vyrovnávat s fyzickými i psychickými následky tohoto onemocnění**. Problematika karcinomu prsu znepokojuje nejen většinu onkologů civilizovaného světa, ale i pracovníky jiných oborů, zejména ty, jejichž profesi je rozhodovat o poskytnutí financí pro zdravotnictví toho kterého státu. Karcinom prsu zasahuje citelně nejen do života postižené ženy, ale při současném masovém výskytu a nemalé mortalitě, je závažným celospolečenským problémem. Jednou z možnosti jak zlepšit stávající situaci, je kromě účinné léčby, také účinná prevence (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

2.2 Incidence a mortalita karcinomu prsu

„Karcinom prsu je nejčasnějším zhoubným nádorovým onemocněním žen. Svými důsledky zasahuje do všech oblasti života ženy, do života její rodiny a tím vlastně do celé společnosti“ (Abrahámová a kol., 2009, s. 11). Dále také uvádí, že většina zhoubných nádorových onemocnění se zařazuje mezi civilizační choroby.

Karcinom prsu je **nejčastějším zhoubným nádorem** u žen. Četnost karcinomu se zvyšuje s věkem, zdvojuje se každých 10 let až do menopauzy a potom je zvyšování každoročně dramatické. Nejprudší vzestup je po 50. roce věku. Před 20. rokem se karcinom prsu vyskytuje vzácně. Na celém světě se ročně zjistí více než **600 000 nových případů**, což tvoří 20% všech nádorů, které se vyskytují u žen. V některých zemích se zvyšuje četnost o 1 – 2% (Abrahámová a kol, 2009).

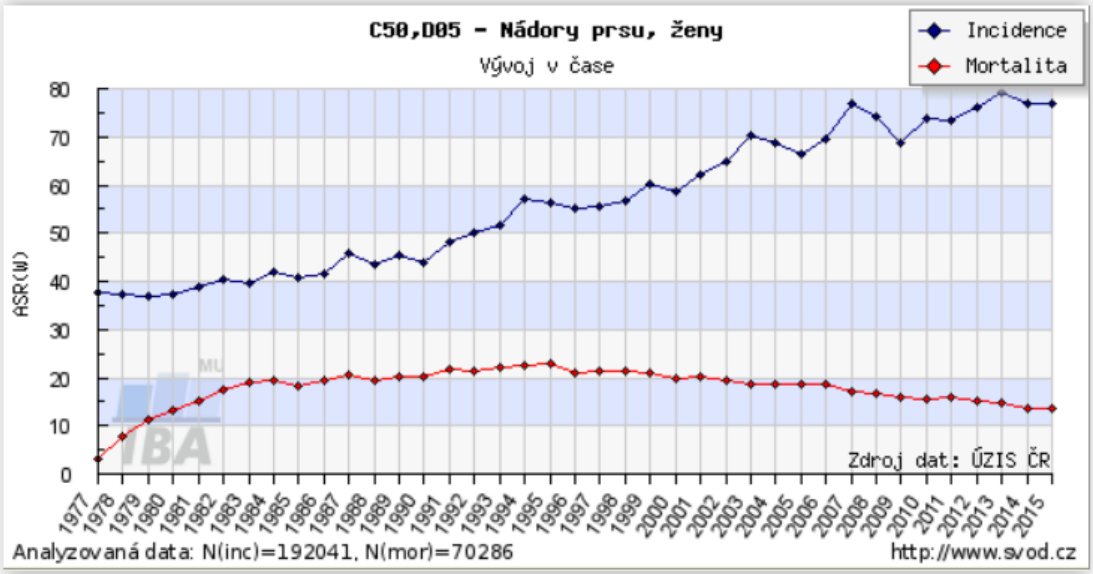
V České republice je karcinom prsu rovněž nejčasnějším nádorovým onemocněním u žen stejně jako na celém světě a za posledních 20 let se jeho **počty zdvojnásobily**. Vysoký výskyt tohoto onemocnění je ve všech vyspělých zemích světe, především v zemích severní a západní Evropy a severní Ameriky. Česká republika ve srovnání s ostatními zeměmi světa obsazuje 30. místo dle věkově standardizovaného přepočtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 žen, ve srovnání s evropskými zeměmi zaujímá **21. místo** (Abrahámová a kol, 2009).

Incidence zhoubných nádorů prsu u žen v mezinárodním srovnávání (údaje dle J.Ferlay, F.Bray, P.Pisani and D.M.Parkin.GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase, No. 5, version 2.0. Lyon: IARCPress, 2004 in Abrahámová a kol., 2009, s. 28).

nejvyšší výskyt celosvětově	ASR (W) > 85/100 000 žen: Spojené státy americké, Belgie, Nový Zéland, Francie, Izrael, Island, Dánsko, Švýcarsko, Velká Británie, Nizozemsko
nejnižší výskyt v Evropě	ASR (W) < 50/100 000 žen: Moldavsko, Slovensko, Estonsko, Bulharsko, Rumunsko, Lotyšsko, Ukrajina, Ruská federace, Litva, Bělorusko
pozice České republiky	ASR (W) 58,4/100 000 žen 21. místo v Evropě, 30. místo ve světě

Tab. 1: Incidence zhoubných nádorů prsu u žen v mezinárodním srovnávání (údaje dle J.Ferlay, F.Bray, P.Pisani and D.M.Parkin.GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase, No. 5, version 2.0. Lyon: IARCPress, 2004 in Abrahámová a kol., 2009, s. 28).

Zhoubné nádory prsu se nevyskytují pouze u žen ve středním a starším věku, ale také u žen mladých. Incidence u žen do 20 let je velmi nízká (od roku 1977 bylo zaznamenáno pouze 9 případů) od 20. roku života je však výskyt častější a incidence narůstá **přímo úměrně s věkem.** Ve věku 20 – 34 let je dlouhodobě zaznamenáno ročně sedm případů na 100 000 žen, tato incidence i přes krátkodobé výkyvy je stabilní. Vzhledem k celkovému stárnutí české populaci se stále více setkáváme se skupinou nemocných žen s karcinomem prsu ve věku nad 70 let. V této věkové kategorii je incidence dlouhodobě rostoucí, nicméně ve stagnaci v posledních letech (Abrahámová a kol., 2009).



Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice: Incidence a mortalita [online]

Karcinom prsu v těhotenství

Karcinom prsu patři mezi nejčastější malignity diagnostikované v těhotenství. Během těhotenství dochází snadno k přehlédnutí klasických příznaků onemocnění v důsledku **těhotenských změn**, jako je např. městnání v prs, hypertrofie prsu, sekrece kolostra a dalších. **Nádory v těhotenství** jsou často diagnostikovány v pozdních stádií. Je třeba zdůraznit, že svůj podíl má na pozdní diagnostice také nedostatečná kontrola rodiček na začátku těhotenství, každá těhotná žena by měla být klinicky vyšetřena na prsa v rámci diagnostiky těhotenství (Halaška, Rob a kol., 2015).

Nádory prsů u mužů

Abrahámová a kol. (2009) uvádí, že **nádory prsu** nejsou závažným problémem pouze ženské populace, ale mohou se vyskytovat **také u mužů**. Incidence karcinomu prsu u mužů je spíše vzácnou záležitostí, objevuje se přibližně 44 nových případů na 100 000 mužů, což je 0,88% a tvoří pouze 0,13% zhoubných nádorů v mužské populaci. Dále uvádí, že toto onemocnění postihuje spíše starší muže nad 50 let věku.

2.3 Příčiny vzniku karcinomu a rizikové faktory

Rakovina prsu je onemocněním u kterého se doposud nepodařilo vysvětlit jeho pravé příčiny vzniku. Přestože probíhají intenzivní výzkumy nádorových onemocnění, stále nedokážeme říct, které ženy jsou ohroženy vývojem zhoubného nádoru. I přes rozsáhlé epidemiologické studie jsou odhady osobního rizika vzniku karcinomu prsu u jednotlivé ženy ryze pravděpodobnostní a provázené poměrně významnou nejistotou. Velmi důležité je studium rizikových faktorů pro vznik karcinomu prsu a je to jedna z nejvýznamnějších cest k pochopení příčiny vzniku tohoto onemocnění, možnosti prevence a snižování úmrtnosti (Abrhámová, Dušek a kol., 2003).

Rakovina vzniká z buněk, které obsahují **nesprávnou genetickou informaci**, takže nejsou schopné vykonávat svou původní funkci. Buňka, která je vystavena škodlivým látkám nebo jiným vnějším vlivům může přijmout nesprávnou informaci. V rámci **buněčného dělení** a neustálého tvoření bilionů buněk se stane, že tělo vyvine nějakou vadnou buňku. Pokud se tato buňka dále rozmnoží, vznikají další buňky, které mají stejně chybnou genetickou informaci, a takto se začne vytvářet nádor obsahující velké množství vadných buněk. Za normální činnosti obranného mechanismu těla, což je **imunitní systém**, by měly tyto buňky odhalit a zničit nebo přinejmenším by je měl zablokovat a zabránit dalšímu šíření (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

Abrhámová, Dušek a kol.(2003) uvádí, že lze rozdělit metody studia a využívání znalostí o rizikových faktorech do dvou skupin:

- přístup **epidemiologický** (populační)
- přístup **individuální** (osobní riziko).

Z hlediska **epidemiologického přístupu** jsou velmi významné analýzy zabývající se rizikovými faktory a jejich rozložení ve sledované populaci, které tvoří důležité podklady pro organizaci rozsáhlých preventivních programů nebo organizaci systémů zdravotnické péče.

Cílem epidemiologických programů je navržení postupů ke **snížení incidenci** onemocnění a úmrtností ve sledované populaci (Abrhámová, Dušek a kol., 2003).

Individuální přístup k analýze rizikových faktorů sleduje možnosti prevence u každé jednotlivé ženy, to znamená že, tento přístup vede k výstavbě matematických modelů, které umožnují **výpočet pravděpodobnosti** vývoje onemocnění u dané ženy a **stanovení závažnosti rizika,** na základě srovnávání s průměrným rizikem v celé populaci. Cílem tohoto přístupu je **vytvoření prostředků**, které umožnují volbu **individuálního preventivního programu** pro každou ženu zvlášť na základě zvážení všech osobních rizik a přínosu jednotlivých programů (Abrhámová, Dušek a kol., 2003).

Abrahámová a kol. (2009, s. 36) uvádí následující **klasifikací rizikových faktorů podle jejich významnosti:**

	Faktor	Relativní riziko	Riziková skupina žen
1. Vysoké riziko	věk	10	ženy starší 50. let
	geografická oblast	5	vyspělé země Severní Ameriky a severní Evropy
	osobní historie karcinomu prsu	4	ženy s karcinomem prsu na jedné straně
	rodinná historie karcinomu prsu	3–4	ženy s karcinomem prsu v první příbuzenské linii
2. Střední riziko	věk první menstruace	3	ženy s první menstruací před 12. rokem věku
	věk menopauzy	2	ženy s menopauzou po 54. roce věku
	věk první gravidity	3	ženy s první dokončenou graviditou po 30. –35. roce věku
	socioekonomická situace	2	ženy vyšší socioekonomické a sociální vrstvy
	obezita v postmenopauze	2	index tělesné hmotnosti 35 a více

2. Střední riziko	expozice ionizujícímu záření	2	abnormální expozice po 10. roce věku
3. Faktory diskutovaného rizika	zvýšená konzumace alkoholu		
	kouření		

Tab. 2: Klasifikace rizikových faktorů podle jejich významnosti (Abrahámová a kol., 2009, s. 36)

Lékaři celá letá pozorují, že nemoc s větší pravděpodobností vzniká po **silně stresující událostech v lidském životě.** Imunitní systém není autonomní, ale je řízen signály z centrální nervové soustavy. Změny imunitních funkcí mohou být způsobeny klasickým podminováním, **stresovými podměty** a dalšími psychosociálními funkcemi (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Stres – v současné době je stres považován za příčinu **zhoršení mnoha zdravotních stavů.** Z pohledu historie každá „současná“ doba je mnohem rychlejší než ta předchozí a vyznačuje se větší mírou **stresové zátěže**. Stres nedokážeme měřit, neumíme objektivizovat, ale přes to značně ovlivňuje náš zdravotní stav. Prakticky nemožné je měřit stres psychický. Lidský organismus je schopný řešit krátké občasné stresové napětí, ale při dlouhotrvající stresové zátěži dochází k **zvýšení hladiny stresových hormonů**, jejichž metabolické produkty mají **toxický dopad**. Dále dochází ke snížení energetických zásob, zvýšení krevního tlaku a hladiny cholesterolu, dále snížení hladiny draslíku, zvýšení hladiny sodíku, atd. (V. Adámková, 2010).

2.4 Klasifikace nádorů

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012, s. 53) definují *„zhoubné nádory jako skupinu nemocí, jejíž společným znakem je neomezený růst buněk. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvalé poškozený. Konečným výsledkem je nárůst buněčné masy nádorů, který napadá a ničí normální tkáň.“*

Dále tyto autoři rozdělují **nádory na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné).**

Benigní nádory (neškodné) mají omezený růstový potenciál a zůstávají lokalizováni na místě svého vzniku, nemetastazují. Většinou nemají **větší negativní účinek** na organismus. **Maligní (zhoubné, zlé) nádory** se rychle rozšiřují a rostou infliltrativně a destruktivně do okolí

a vytvářejí vzdálená ložiska tzv. **metastáze**, tyto pokud nejsou včas zachycená, můžou způsobit smrt organismu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012) rozlišují dva typy šíření nádorů v organismu:

a) **přímé šíření** spočítá v místní růst, který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla.

b) **zakládání** vzdálených dceřiných ložisek neboli metastazováním.

Obecně lze říci, že nádor je **soubor abnormálních buněk**, který rostou a chovají se poměrně samostatně bez ohledu na řídící vlivy organismu.

2.5 Strategie prevence – možnosti včasného záchytu

Vhodná prevence a úspěšná léčba nám umožní snížit počet žen, které každoročně onemocní nádorem prsu nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním. V tomto případě je velmi důležité **studováni rizikových faktorů** karcinomu prsu, které nám umožňují formulaci **obecných zásad prevence**, jejichž respektování snižuje riziko vzniku tohoto onemocnění a nabízí racionální možnost péče o vlastní zdraví. Na druhou stranu nám poznatky o rizikových faktorech umožňují **vytipování skupin žen**, které mají **zvýšené riziko** a u kterých lze vhodnou **intervencí zdravotnické péče a včasnou diagnostikou** zabezpečit úspěšnou léčbu. Obecně lze říci, že studium rizikových faktorů a pochopení jejich vztahů k vývoji nádorového onemocnění, rozšiřuje naše **možnosti prevence a snižuje úmrtnost na rakovinu prsu** (Abrahámová a kol., 2009).

Primární prevence je zaměřena na zdravou populaci. Zaměřuje se na možnosti vzniku nádorového onemocnění a také omezuje nebo vylučuje etiologický faktory, které se mohou na vzniku nádoru podílet. Mezi primární prevenci patří: zlepšení kvality životního prostředí, změna stravovacích návyků, složení stravy (pravidelnost stravy) a životosprávy (stres, pohybová aktivita, konzumace alkoholu a nikotinu). Do primární prevence se zařazuje i cílené vyhledávaní možných rizikových jedinců, např. sledování osob z rodin, kde se již karcinom vyskytl, vyšetření pomoci molekulární genetiky, atd. (Adámková, 2010).

Sekundární prevence je včasného zachycení záchytu karcinomu prsu pomocí samovyšetření vlastních prsů.

Screening

„Cílem skríningu (aktivního vyšetřování) je detekovat karcinom prsu když je malý, a před tím než má šanci se rozšířit cévní propagací. Jde o stadium carcinomu in situ. Klinické vyšetření, mamografie prsu a výuka samovyšetření jsou efektivními nástroji pro úspěšný širokoplošný skríning“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 32).

Různé zahraniční studie prokázaly, že **screening pomoci mamografie** výrazné snižuje úmrtnost způsobenou karcinomem. Tato úmrtnost se snižuje o více než 40 % u žen, které podstoupily širokoplošným skríningem a největší přínos je u žen nad 50 rokem života (Horák, Abrahámová, Povýšil a kol., 2000).

J. Abrahámová a kolektiv (2009), vyjmenovává **několik cílů screeningu**:

- včasné zjištění a diagnostikování karcinomu prsu v době, kdy je ještě velmi malý a hmatem sotva zjišťovaný, s cílem zabránit jeho rozšíření
- snížení úmrtnosti na toto onemocnění ve sledované populaci
- snížení rozsahu onemocnění v kategoriích T (Tumor) a N (uzlina) u populace, která podstoupila vyšetření pomocí screeningu oproti ženám, které nepodstoupily vyšetření screeningem
- zvýšené zastoupení carcinoma in situ u žen, které prošly screeningem.

Screeningový test by měl být **jednoduchý, levný, jednoduše proveditelný a jednoduše interpretovatelný**, na rozdíl od mamografie, která je dražší, využívá speciální přístrojovou techniku – mamograf, speciální filmy, speciální zaškolení tým rentgenologů a dalších odborných pracovníků. Screening je vždy levnější než léčba pozdních stadií karcinomu. Pro efektivní využití screeningu, musí se ho zúčastnit 70 % cílové populace, proto akci by měla předcházet široká kampaň, která vysvětluje jeho smysl. Velmi důležitá je i podpora praktických odborných lékařů. Skríningový program obsahuje kromě vlastního vyšetření (mamografie) i perfektní vyhodnocení výsledků, proto by měla probíhat **spolupráce s odborným klinickým týmem** (onkologem, patologem, chirurgem), který se kvalifikovaně postará o ženy s jakýmkoliv nálezem (Horák, Abrahamová, Povýšil a kol., 2000).

3 Symptomatologie v kontextu kvality života

3.1 Kvalita života a rakovina prsu

Ludíková a kol. (2014) zmiňuje, že s pojmem **kvalita života** se setkáváme **již od 20. let 20. století** v odborné literatuře a jednalo se spíše o ekonomické pojetí, které zahrnovalo materiální zajištění zejména nižších vrstev v USA. V dnešní době **kvalita života** je zkoumána v rámci různých **vědních oblastí**, zejména z pohledu filozofie, ekonomie, lékařství, sociologie, psychologie a dalších.

Světová zdravotnická organizace rozlišuje čtyři základní oblasti, které vystihuji kvalitu lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a postižení. Tyto oblasti jsou:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti**
- **psychicky zdraví a duchovní stránku bytí**
- **sociální vztahy**
- **prostředí**

V současné době, **studium kvality života** se stává novým interdisciplinárním oborem, který se zabývá kvalitou života na různých úrovních, od hodnocení životni úrovně národní populace, přes porovnání potřeb specifických skupin obyvatel, až po měření individuální schopnosti, při čemž se dává přednost multidimenzionální holistické koncepci člověka jako bio–psycho–eko–sociální jednotky (Ludíková a kol., 2014).

Dále autoři Ludíková a kol. (2014) uvádí, že řady výzkumných šetření jasně ukazují, že kvalita života je ovlivňována mimo samotné postižení nemoci i řadou dalších faktorů, mezi kterými významnou roli hraje i **míra podpory**, která jim je poskytnuta z rodiny, blízkého okolí a zejména od odborných pracovníků.

Kvalita života je nejčastěji interpretována ve dvou hlavních rovinách (Ludíková a kol., 2014) :

- **objektivní rovina**, která zahrnuje souhrn indikátorů objektivních (např. ekonomické indikátory, životní podmínky a další),
- **subjektivní rovina**, která zahrnuje souhrn indikátorů subjektivních (např. možnost sebe–realizace, pocit úspěchu, osobní spokojnost a jiné).

Kvalitu života nelze striktně posuzovat na úrovni jedné z výše uvedených rovin, jelikož se vždy jedná o výsledek průniku, respektive interakce obou rovin.

Moráň (2007) uvádí, že kvalitu života lze charakterizovat jako **pocit štěstí a životní spokojenosti**. Tato životní úroveň je podmíněná dobrým funkčním stavem celkového organismu, který umožnuje uskutečnění každodenních činnosti a prožívat v nich uspokojení. Jako důležité faktory uvádí tělesné, duševní a sociální zdraví, samostatnost, nezávislost, dobré ekonomické a sociální zázemí, zaměstnání a dobré vztahy s okolím.

Liba a Buková (2012) považují **zdraví člověka** za základní zdroj a předpoklad pro optimální fungování člověka v jeho **bio–psychické a socio–kulturní struktuře**, jako projev harmonické rovnováhy **tělesného a duševního** stavu člověka. Zdraví je základem **plnohodnotného života** každého člověka a jeden z rozhodujících ukazatelů vysoké životní úrovně.

Janáčková (2014) uvádí, že **kvalitu života ovlivňuje** toto:

- stav psychické a fyzické pohody (opakem je např. bolest, nevolnost, deprese, strach, atd.)
- úroveň schopnosti sebeobsluhy
- pohyblivost – schopnost vykonat kvalitní pohyb, vycházky, atd.
- sociální aktivita a pozitivní odezva
- spolupodílení na vytváření vlastního osudu a možnost spolurozhodovat
- člověk hodnotí svůj život jako smysluplný.

Klener (1999) zmiňuje, že **kvalitu života** (QoL) nelze snadně definovat, jelikož zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví, ale v celkovém pohledu též psychickou kondici, společenské uplatnění, nenarušené rodinné vztahy, apod. Fyzická kondice je určována, do značné míry, výskytem různých symptomů, k nimž se přidávají i nežádoucí účinky protinádorové léčby. Tento autor také uvádí, že kvalitu života ovlivňuje technická zručnost ošetřujícího personálu a způsob komunikace s lidmi i míra a citlivost podávání informací. Z uvedeného vyplývá, že kvalita života je určená povahou onemocnění, jeho průběhem i zavedenou léčbou. Na kvalitu života májí vliv také **ošetřující a rodinný lékař**, kteří mají nezastupitelné místo v zprostředkování celého řetězce vyšetřovacích a léčebných procedur, **jejich slovo** je pro nemocného významnou zpětnou vazbou a může kvalitu života pozitivně ovlivnit.

3.2 Reakce na sdělení diagnózy

Osoba s nádorovým onemocněním, které je **sdělena diagnóza**, prožívá své onemocnění jako těžkou **osobní katastrofu** a často diagnózu rakoviny vnímá jako **rozsudek smrti**. Od okamžiku sdělení má pouze jedinou jistotu: **nic není jisté**. Svět se mu rozpadá před očima, problémy, které byly dříve důležité, jsou nyní bezvýznamné. Od této chvíle se člověk s rakovinou zajímá jen o jediné, **jestli bude žít, jak dlouho a jak bude vypadat jeho další život**. Při sdělování diagnózy mohou jedinci **reagovat úzkostí, panikou nebo bezmocností.** Některé osoby **jsou zmatené, nejsou schopné adekvátně reagovat na otázky a nerozumějí tomu, co jím chce lékař sdělit** (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Dále Angenendt, Schütze–Kreilkamp a Tschuschke, (2010) uvádí, že často při sdělení diagnózy se objevuje **fenomén disociace**, který představuje ztrátu integrity vlastního vnímání, myšlení, cítění a jednání. Může se projevit např. derealizací (situace je prožívaná jako ve filmu), depersonalizací (nemocný má pocit, že se celá situace týká někoho jiného) nebo posunutím vnímáním času (dotyčný celou situaci prožívá zpomaleně nebo naopak zrychleně). Obecně vzato jsou tyto reakce obrannými mechanismy, které zajišťují, aby nedošlo k příliš vážnému narušení psychiky jedince. U osob, u kterých dochází k disociativním reakcím, později budou s vetší pravděpodobností trpět **posttraumatickou stresovou reakcí**.

Angenendt, Schütze–Kreilkamp a Tschuschke, (2010) také uvádí, že po stanovení diagnózy a během následné léčby, ženy postižené rakovinou prsu zažívají velmi široké spektrum praktických, psychologicky a emocionálně náročných situací, se kterými se musí vypořádat. Mezi ně patří:

- **Šok z diagnózy** – až u 48% žen je možno po sdělení diagnózy zaznamenat manifestní posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD)
- **Vedlejší účinky léčby**, jako je např. nevolnost, zvracení a chronická únava
- **Fyzické změny** tělesného obrazu a tělesných funkcí.

V období diagnostiky nádorového onemocnění prochází člověk **fyzicky i psychicky náročným procesem.** Psychická **podpora blízkých osob** je v tomto období velmi důležitá, protože nemocný jedinec prožívá emoce strachu, úzkosti a nejistoty. Mnohdy i sdělení diagnózy je velmi náročná událost a nemocný člověk v tomto okamžiku potřebuje podporu od blízkého člověka. V období adaptace na onkologické onemocnění **prochází člověk pěti stadií dlouhodobého procesu**, které byli popsaný Kübler–Rossovou. Fáze kurativní zahrnuje

operační léčbu, chemoterapii, radioterapii či biologickou léčbu nebo chemoterapie či radioterapie operaci předchází. V období protinádorové léčby trpí řada lidí nejen stresem, úzkostí, strachem, ale až **60% onkologicky postižených lidí trpí depresí**. V kurativní fázi se často objevuje únava, nechutenství, zažívací potíže, mnohdy úbytek na váze a vážné bolesti (Šrámková, 2013).

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012) uvádí, **fáze psychické odezvy** na závažný zdravotní stav dle teorie Kübler–Rossové či Horowitze:

1. **šok** – emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, ztížením dechem, silným neklidem nebo naopak strnulostí. Osoby se ptají, proč se to stalo, proč právě mně, proč právě teď. Tato reakce může trvat různě dlouho a většinou sama odezní.
2. **popření** – jedinci se nechtějí smířit s diagnózou, hledají racionální vysvětlení a popírají celou situaci, pochybnosti vyjadřují větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nic mi není.
3. **agrese** – osoby s rakovinou se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí. V této fázi tyto osoby mohou přestat komunikovat se zdravotníky, jsou nespokojení, hádají se a odmítají pomoc i léčebné zákroky.
4. **smlouvání** – lidé se uchylují k pomyslné autoritě boží, přírodní, či k autoritě lékaře a vyjadřují svá očekávání, své plány, které ještě chtějí uskutečnit.
5. **deprese** – nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se osoby s rakovinou zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti a opět podle svého osobnostního založení, trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím nebo strnulostí, stažení se do sebe a odmitání veškeré spolupráce s okolím.
6. **smíření** – fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Jedinec s nádorovým onemocněním se zklidní a je schopný účinně spolupracovat na své léčbě.

Lidé, jimž byla diagnostikována rakovina nebo jiná vážná nemoc, procházejí **velkými výkyvy nálady**. Prožívají strach, zlobu, sebelítost, pocit, že ztrácejí kontrolu nad životem. Členové rodiny většinou na takové zvraty v náladách reagují nejprve strachem a často se také začnou **komunikaci** s nemocným úplně vyhýbat, protože je pro ně **matoucí a bolestná.** Je mimořádně důležité, již v prvních týdnech po diagnóze, **vytvořit základ pro upřímnou a otevřenou komunikaci.** Člověk potřebuje vědět, že smí dávat své pocity najevo a že se to od něj dokonce očekává (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

3.3 Biologická úroveň

Pro člověka s rakovinou představuje **bolest často nejděsivější aspekt choroby**, přikládá jí zvláštní význam, každému nepříjemnému pocitu věnuje nesmírnou pozornost, protože má obavy, že by mohlo jít o náznak toho, že se **nádor znovu objevil nebo metastázuje** do jiné části těla. Bolest může mít čistě **fyziologické příčiny**, nebo může být vyvolána pouhým **psychickým stresem** (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

Bolest často velmi souvisí **s napětím a strachem**. Mnoho lidem proto přináší úlevu **pravidelná relaxace a řízená imaginace**. Relaxace snižuje zejména svalové napětí, pomoci mentální imaginace si nemocný snáze vytváří pozitivní očekávání toho, že se může uzdravit. Z tohoto důvodu se snižuje jedincův strach, jeho napětí a nakonec i bolest (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

Janáčková (2014) uvádí, že bolest je **nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost** spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Každá bolest má část neurofyziologickou (nervové struktury, kterými je zprostředkována), část psychologickou (prožitkovou, k níž se váže citová a prožitková paměťová stopa). Další část je **sociální**, která obsahuje vzájemné interakce mezi trpícím a jeho blízkým i širším okolím. Může se stát, že nemocný, který trpí bolesti, přikládá některé z výše uvedených častí větší nebo odlišný význam než jeho okolí.

Mezi **vedlejší účinky** ozařování a **chemoterapie** patří: **chronická únava, chudokrevnost nebo anémie, nevolnost až zvracení** a může také dojít k **poškození sliznice a podráždění kůže.** Později se vyskytují také následné škody jako zjizvení (fibróza) v podkoží nebo ve tkání orgánů, může dojít k disfunkci štítné žlázy a k hormonálním problémům. Kvůli možnému poškození reprodukčním orgánů je třeba včas konzultovat s klientkou, zda bude chtít v budoucnosti mít dítě (Dobos, Kümmel, 2013).

Mnoho lidí s nádorovým onemocněním musí se svou nemocí žít **po dlouhou dobu.** Aby se dosáhlo uzdravení, je potřeba aby léčba byla agresivnější, dlouhodobější a toxičtější. Následkem toho se rakovina pro mnoho lidí, kteří ji přežili, **stává chronickým onemocněním.** Tito lidé se po dobu svého života budou muset naučit s těmito riziky a poškozeními zacházet, aby jejích šance na přežití a **kvalita života** byly co nejvyšší. V mnoho případech bude vždy přítomná hrozba recidivy nebo zhoršení původního stavu onemocnění, což od osoby

s nádorovým onemocněním vyžaduje velké nasazení a zásadní životní změny, které budou mít přímé následky na způsob života a tím i na jeho kvalitu (Tschuschke, 2004).

Kromě onkologické léčby, nové oblasti **psychoonkologie a psychoneuroimunologie** nám prostřednictvím výzkumných závěrů nabízejí další možnosti a způsoby (vědomosti a strategie), které mohou být užitečné, ať již lidem s nádorovým onemocněním nebo jejich rodinných příslušníkům, tj. **psychosociální metody,** které jim umožní aktivně se postavit a překonat strach a zoufalství (Tschuschke, 2004).

Postmastektomický bolestivý syndrom

U části žen (4–10%), které se podrobily operaci prsou, částečné nebo radikální mastektomii, je nebezpečí vývoje tohoto **bolestivého syndromu.** Bolestivost se může objevit bezprostředně po operaci nebo po několika dnech, týdnech nebo měsících. Bolest je charakterizována jako **pocity stahování a pálení** zejména v oblasti **hrudní stěny** v okolí operační jizvy, **v podpaží** a **zadní partii paže.** Ženy si stěžují na pocit „mrtvení“ a pocit „cizí tkáně“ v okolí jizvy. Účinným prostředkem předcházejícím postmastektomickému algickému syndromu je včasné zavedení fyzikální rehabilitace, měly by se provádět jemné masáže jizvy, cvičení paže a plavání (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Lymfedém

Lymfedém neboli lymfatický – mízní otok paže, na straně souhlasné s operací prsu, se může objevit po několika letech po absolvování lokální léčby, bez jakékoliv souvislosti s připadnou progresí choroby. Studie, které se zabývají lymfedémem po radikální mastektomii, uvádějí jeho četnost je 25%. Aby nedocházelo k zadržování mízy, postižená končetina by měla být vždy ve zvýšené poloze, jak jen to je možné. Ihned po operaci, by měl nastat **rehabilitační režim,** který je zaměřený na prevenci otoků a zahrnuje cvičení, chůze, krátký běh, plavání či gymnastika (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

3.4 Psychologická úroveň

V důsledku tělesných změn jako je např. mastektomie, odstranění lymfatických uzlin, apod. nebo blížících se léčebných postupu (ozařování, chemoterapie) **objevuje úzkost, smutek, deprese, ztráta kontroly, bezmocnost, beznaděj, zlost, hněv a pocity viny.** Ke zmírnění a odstranění těchto negativních prožitků se využívá široké spektrum psychologicko–terapeutických metod (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Nádorové onemocnění většinou zastihuje jedince **nepřipraveného**. Jedinec s tímto onemocnění se ocitá v těžké životní situaci, **cítí bezmoc, ohrožení, má strach z vyšetřování a z budoucnosti, obává se důsledku léčby, bolesti, bezmocnosti, ztráty důstojnosti, inkontinence, ztráty intimity i závislosti na druhých při uspokojování svých potřeb.** Trpí strachem ze smrti, mnohdy se ocitá v beznaději, která je silným předpovídajícím faktorem **suicidálního jednání** a koreluje s ním více než **deprese**. Nádor a léčba také mění **sexuální funkce a sexuální život,** rovnováhu v partnerském vztahu, narušuje pocit bezpečí v životě včetně partnerského života (Šrámková, 2013).

Nemocný bude pravděpodobně častěji plakat, protože se děsí možnosti ztráty života blízké smrti. Mrzí ho, že ztratil představu o sobě jako vitálního a silného člověka. Žal je normální reakce a rodina by se to měla snažit pochopit. Pokud je jedinci odepřena možnost hovořit o tom co prožívá, co ho nejvíce trápí a co je pro něj nejdůležitější s nejbližšími lidmi, pak se cítí skutečně osaměle (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) vzniká jako protrahovaná reakce na stresovou situaci většinou neobyčejně hrozivého a ohrožujícího charakteru (může se jednat o katastrofu, teroristický útok, zločin, nemoc, atd.) Typickou symptomatikou jsou **psychotické reminiscence** v dotírajících vzpomínkách či snech, emoční otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, neprožívání radosti, vyhýbání se činnostem a situacím připomínajícím trauma, nespavost, afinita k agresi, panice, zvýšena komorbidita s depresí, suicidalitou, závislostmi a agresivním chováním. Symptomy se objevují po traumatu, po období latence, které může trvat od několika týdnů až po několik měsíců (Müller a kol., 2014).

Narušení psychologické a sociální sféry může vyvolat výrazné **osobní utrpení a zoufalství** u žen s rakovinou prsu v souvislosti se stadiem onemocnění, jeho zpracování nebo nezpracování sdělené diagnózy, průběhu léčby. Tyto stavy se následně negativně projeví na průběhu onemocnění (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Život každé ženy s rakovinou prsu je dále velmi **zatěžován změnami v oblasti sociálních rolí, změnami upořádání rodinného života, omezením pracovní schopnosti a změnou finanční situace.** Zhruba polovina žen s rakovinou se musí vyrovnávat z dalším nepříznivým postupem nemoci a s možností, případně i nevyhnutelností smrti (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Psychologické dopady rakovinu prsu, dle Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke (2010):

- u 20–60% nemocných je uváděn **opakovaný distres**
- u většiny žen s rakovinou prsu se objeví **úzkostné symptomy**, u 12–30% případů lze hovořit o klinicky relevantní úzkosti
- v případě pokročilého stadia onemocnění a paliativní léčby se uvádí až 40% klinicky **depresivních žen**
- pokud je překonáno původní onemocnění, psychologické obtíže přetrvávají často ještě dlouhou dobu a mají tendenci **stát se chronickými.**

Vzhledem k rozmanitosti a komplexitě možných psychických omezení u žen s rakovinou prsu v různých stádiích nemoci a léčby a o různé kvalitě a intenzitě, je velmi důležité aby mohla být každá osoba **v péči onkologického psychologa, terapeuta nebo lékaře,** který ji kvalifikovaně a citlivě vysvětlí vše potřebné o jejím onemocnění, o léčebných metodách a podpůrných opatřeních (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Klímová a kol. (2015, s. 24) uvádí, že *„psychosomaticky léčit znamená, v nahlížení na celistvost léčené bytosti, rehabilitovat a revitalizovat její mentální vzorce vztahování se k sobě a ke světu ve vzájemné souhře, podpoře a respektování ozdravných procesů somato–buněčných funkcí organismu. Proces léčení je vždy aktivním procesem léčené osoby v systému vztahů za předpokladu jejího přijetí a porozumění somato–mentální jednoty a kauzality. Tato kauzalita je vždy jedinečná a závislá na individuálním životním příběhu a mentální struktuře dané osoby. Od této jedinečnosti se odvíjí i metodologie terapeutického přístupu. Ozdravný proces je zkušeností, prožitkem, poznáním a vývojem současně.“*

Klinická realita poukazuje na to, že mnoho žen je ještě dlouho po zvládnutí diagnózy a následné léčbě **velmi zranitelná a některé můžou mít i sebevražedné tendence.** Tyto ženy se potýkají zejména s velkým omezením v soukromém a osobním životem a často i s **celoživotní posttraumatickou stresovou poruchou** (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

4 Současné možnosti léčebné terapie karcinomu prsu

Při léčbě karcinomu prsu je velmi důležité, aby byla **zahájená skutečně záhy v časném stádiu onemocnění.**

4.1 Biologická úroveň

V současné době medicína bojuje s nádorovým onemocněním především pomoci chirurgické léčby, radioterapie, chemoterapie, hormonální, biologické a jiné metody léčby (jako např. imunoterapie, fototerapie, termoterapie, atd.).

Müller a kol (2014) uvádí, že v medicinské praxi se setkáváme s následujícím tříděním terapií na postupy:

- **chirurgické (radikální)** – pomáhají léčit nemoci a úrazy operativně manuálním a instrumentálním ošetřením
- **medikamentózní (farmakoterapie)** – pomáhají léčit nemoci a úrazy pomoci léků a infuzních roztoků
- **fyzioterapie** – se zabývá léčbou pohybového systému, jehož funkce je narušená nepřiměřenou namohou (včetně psychické), po úraze či nemoci
- **psychoterapie** – se zabývá léčbou narušeného duševního stavu jedince nebo zlepšení jeho vztahu k příslušnému sociálnímu systému.

Chirurgická léčba

Zakladatelem moderních terapeutických chirurgických výkonů je americký chirurg Halstedt, který v roce 1882 provedl tzv. „kompletní operaci“ od té doby se postupně ubíralo na radikalitě výkonu úměrně s tím, jak vzrůstal význam dalších léčebných metod např. chemoterapie, radioterapie. Dnešní snahou jsou nejlepší funkční pooperační výsledky a co nejmenší narušení psychiky žen s nádorovým onemocněním, samozřejmě pří maximálním léčebném výkonu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Chirurgická a radiační terapie jsou lokoregionálními způsoby léčby a i přes současné znalosti jsou k trvalému léčebnému výsledku u pokročilejších stadií nepostačující, na rozdíl od systémové, tedy chemické a hormonální léčby tohoto onemocnění, která je naprosto nezastupitelná v likvidaci celkového onemocnění. Podle různých prognostických faktorů lze odhadnout riziko rozvoje choroby ještě před tím, než skutečně nastane, a podle toho se řídí léčebná strategie (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

V dřívějších dobách byla chirurgická léčba jedinou možnou variantou. Chirurgická léčba spočívá v odstranění nádoru nebo jeho časti. Janáčková (2014) uvádí, že rozsah operačního zákroku ovlivňují následující faktory: velikost nádoru, typ nádoru, umístění nádoru a celkový stav osoby.

Chirurgické postupy lze rozdělit na diagnostické a terapeutické.

Nechirurgická léčba časných stadií karcinomu prsu

Radioterapie v léčbě karcinomu prsu

Radioterapie je významnou součástí **multimodalitní léčby** karcinomu prsu. Během uplynulých 100 let bylo postavení této metody v léčbě karcinomu prsu několikrát revidováno zejména v souvislosti s použitím systémové terapie a s odklonem od mastektomií ve prospěch prs šetřících chirurgických výkonů. Během této doby radioterapie prošla fascinujícím technickým pokrokem, od ortovoltážní rentgenové terapie přes vysokoenergetické ozařování pomocí kobaltových ozařovačů po soudobou radiační onkologii, která se opírá o lineární urychlovače a trojdimenzionální plánování s pomocí počítačové tomografie (Petera, Filip, 2001).

Janáčková (2014) zmiňuje, že **radioterapie** neboli léčba zářením je jedním ze způsobu léčby většiny zhoubných onemocnění, které spočívá v destrukci nádorových buněk. Radiační změny v nádorových buňkách mohou zabránit dalšímu dělení, tímto způsobem nádorové buňky umírají a nádor se zmenšuje. Usmrcené buňky jsou rozloženy a krevní cestou jsou vyloučené z těla.

Petera a Filip (2001, s. 13) uvádí že „v primární léčbě karcinomu prsu radioterapie zahrnuje:

a) radioterapie prsu po parciálním chirurgickém zákroku s anebo bez ozáření regionálních uzlin a lůžka tumoru.

b) ozáření hrudní stěny s jizvou po mastektomií s anebo bez ozáření regionálních uzlin

c) ozáření celého prsu u inoperabilního tumoru, axilárních a nadklíčkových uzlin.“

Chemoterapie

V současné době, je chemoterapie vnímána jako medikamentózní léčba nádorových onemocnění. **Chemoterapie** je léčba chemickými látkami–cytostatiky s prokázaným

protinádorovým účinkem. V současné době rozlišujeme nejméně čtyřicet cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Pokud se jednotlivá cytostatika používají samostatně tak účinnost se pohybuje mezi 20 až 65%. Účinnost se významně zvyšuje při jejich kombinování, což je v klinické praxi běžné (Abrahámová a kol., 2009).

Chemoterapie u lidí s nádorovým onemocněním **vyvolává velké obavy,** zvláště z pohledu **vedlejších účinků.** Jeden z nejzávažnějších vedlejších účinků protinádorové terapie je právě její působení na zdravé zárodečné buňky v kostní dřeni. Z této příčiny ubývají buňky, které se tvoří v kostní dřeni – krevní destičky, červené a bílé krvinky. Nedostatek červených krvinek způsobuje **únavu, nevýkonnost, ospalost a někdy i dušnost.** Nedostatek krevních destiček způsobuje snadný **vznik modřin a krvácení**, a nedostatek bílých krvinek zvyšuje **náchylnost k infekci.** Mezi další nežádoucí účinky chemoterapie patří nevolnost, někdy i zvracení. Další velmi obávaný vedlejší účinek je **vypadávání vlasů,** které mohou vypadat hned po první dávce, ale i později po opakovaném podávání chemoterapie. Podávání některých cytostatik může vyvolat **obtíže se sliznicemi** (např. pálení a bolest v ústech, krku, při polykání, zánět apod.), **průjem, či naopak zácpa, potíže s močení, ledvinami, srdce, dýcháním, brněním prstů rukou nebo nohou a další** (Janáčková, 2014).

Hormonální terapie

Janáčková (2014) uvádí, že **hormonální terapie** je léčba, která ovlivňuje **hladinu ženských a mužských hormonů.** Tato léčba lze požít jen u nádorů, které jsou tzv. hormonálně závislé (v nádoru je zjištěná přítomnost tzv. hormonálních receptorů) a doporučuje se u nádoru prostaty, prsu a děložního těla.

Janáčková (2014) uvádí několik typů hormonální terapie:

- **ablační,** která vyřadí orgán produkující hormony
- **kompetitivní,** kde látka vytěsňuje nepříznivý efekt určitého hormonu
- **inhibiční,** kde látka zamezuje tvorbě určitých hormonů
- **aditivní,** při které se dodávají určité hormony.

Janáčková (2014) uvádí i několik vedlejších účinků při hormonální léčbě, které jsou obvykle méně výrazné než u chemoterapie. Jedná se především **o únavu, návaly tepla, pocení, gynekologické problémy, žilní obtíže, otoky varixy, bolesti kloubů, apod.**

Biologická léčba

Biologická léčba spočívá v podávání látek, které ovlivňují celou řadu řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. Biologická terapie je tzv. **cílená léčba,** která je zaměřená na konktrétně cílovou strukturu v nádorové buňce či na určitou dráhu jejího vývoje. Biologickou léčbu lze podávat ambulantně formou infuzí do žíly nebo ji lze užívat v tabletové formě. Někdy však léčebný postup vyžaduje hospitalizaci. Mezi nežádoucí vedlejší účinky biologické terapie patří **místní podrážděnost, bolestivost, zánět žíly a zvýšené riziko krevních sraženin.** Může dojit také k **alergickým reakcím** různého stupně, projevující se kožní kopřivkou, otokem tkání, ztíženým dýcháním, pokles krevního tlaku. Dále se může vyskytnout také **horečka, bolest svalů, kloubu a zad, únava, nespavost, bolesti hlavy, nechutenství a nesoustředěnost.** Při některých typech biologické léčby může dojít k **vypadání vlasů** nebo k změně barvy vlasů (Janáčková, 2014).

Fyzikální rehabilitace

Rehabilitační péče je **velmi důležitou** součástí léčby karcinomu prsu a nemělo by se na ni zapomínat. Rehabilitace po operaci nádoru prsu je hrazená zdravotní pojišťovnou. Ženě se věnuje fyzioterapeutka, která ji naučí provádět speciální cviky. Cvičení po operaci prsu včetně lymfatických uzlin je zaměřeno na **obnovení a udržení hybnosti** v ramenním kloubu, pružnosti kůže a jizvy.

Hlavním cílem fyzikální rehabilitace je minimalizovat, eventuálně zcela předejit možným nepříznivým pohybovým následkům léčebných (zejména chirurgických) výkonů. Fyzikální rehabilitace má být provedená neprodleně po primárním zákroku a soustava cvičení směřuje k prevenci lymfedému horní končetiny a k omezení postmastektomického bolestivého syndromu. Vhodné cvičení ramenního kloubu je prevencí vzniku syndromu zmrzlého ramene (Abrahámová a kol., 2009).

Po záchovných operacích prsu (segmentektomie, kvadrantektomie) se obvykle nevyskytují zvláštní obtíže. Amputační operace s odstraněním podpažních uzlin mohou představovat zásah do dynamiky horní končetiny. Po zahojení, je potřeba co nejdříve **začít se cvičením,** které má za cíl návrat pohyblivosti v ramenním kloubu a snížení pocitu ztuhlosti a tahu v oblasti jizvy. Tato cvičení se musí provádět pozvolna několikrát denně, nejlépe před zrcadlem pro srovnání pohyblivosti paže na straně operované s paží zdravou. Při cvičení není vhodné překonávat bolest, v těchto případech je třeba přestat a pokračovat až po odeznění nepříjemných pocitů. Ošetřující lékař, rehabilitační pracovnice nebo zdravotní sestra, poskytují

přesný a **individuální návod** jak cvičit a měli by ženu vhodně informovat (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Příklady doporučených cviků prováděných po operaci prsu ať již ablační nebo částečné

V prvních pooperačních dnech se doporučují pouze **pasivní jemné mobilizace v ramenním kloubu.** Od 1. dne po výkonu se ihned trénují aktivní pohyby prstů, zápěstí a loktu na straně operované a provádí se aktivní cvičení celé druhostranné horní končetiny a dolních končetin včetně cévní gymnastiky. Od 1. dne je vhodné také začít s procvičováním stisku ruky. Toto cvičení lze provádět s měkkým míčkem nebo smotkem látky, které se opakovaně stisknou v dlani. Od 1. pooperačního dne se provádějí **dechová cvičení, cvičení horní končetiny** se doporučuje od 2 až 3 pooperačního dne. Provádí se zejména kyvadlový pohyb paže, který se provádí nejlépe ve stoje s opřením předloktí o lenoch židle. Postupně lze přidávat obtížnější cviky, jako je např. dosah a roztahování. Je velmi důležité, aby cviky se prováděly oběma horníma končetinama a nejlépe před zrcadlem tak aby, žena měla zrakovou kontrolu o symetrii pohybů zdravé a nemocné paže (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Dalším cvikem je **šplhání po zdi**. Tento cvik se provádí oběma rukama čelem ke zdi. Velmi důležitá je kontrola symetrie pohybu obou paží. Šplhání se provádí tak, že nemocná stojí ke zdi bokem a paží na postižené straně se snaží dosáhnout co nejvýše. Velmi dobrým cvikem je též cvičení a přetahování s kladkou, které lze jednoduchým způsobem improvizovat i v domácích podmínkách. Velmi důležité je **provádět cviky denně,** 3krát i více dle možností, a to alespoň vždy 10–15 minut. Doporučuje se cvičit do tolerance a vyvarovat se bolesti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Používání epitézy

Odstranění prsu, zejména pokud byl prs objemnější, může způsobit **nerovnoměrnou zátěž** z přetahování hrudníku ke zdravé straně. V důsledku toho vyplývají **bolesti v zádech a krční páteři se ztuhlostí krku.** Je potřeba, co nejdříve (ihned po zahojení jizvy) začít nosit epitézu. V současné době je dostupný široký výběr dokonalých epitéz, které se vkládají do speciální podprsenky. Výběru vhodné epitézy je třeba věnovat náležitou péči, jelikož záleží nejen na velikosti, ale i na tvaru epitézy. Ihned po operaci se předepisuje tzv. pooperační epitéza, která je naplněna jemnou vláknitou výplní, je měkká a také lehká. Tato pooperační epitéza má za úkol vyplňovat košíček podprsenky ihned po operaci před zahojením jizvy a její úkol je převážně psychologický. Na zkoušku definitivní silikonové epitézy je potřeba zvolit přesnou velikost podprsenky a do košíku se vkládají vhodné epitézy podle velikosti a tvaru

hrudníku na operované straně. Nošení prsní náhrady není zábranou v návštěvě společenských událostí nebo veřejných koupališť a není překážkou jakéhokoliv módního odívání. Dobře padnoucí epitéza pomáhá k návratu do normálního života (Abrahámová a kol., 2009).

Rekonstrukční výkony u nás dosud nejsou běžnou záležitostí. U mladých vyléčených žen se doporučuje, aby tento zákrok nebyl indikován příliš brzy. Zásadně se provádí po skončené základní léčbě, kdy nemocná nejeví žádné známky nádorové choroby. Výsledky doposud provedených rekonstrukcí jsou **překvapivě dobré a estetické**, lze tedy očekávat, že s postupujícím pokrokem v léčbě se rozšíří i možnost těchto plastických výkonů. Rozhodnutí o vhodnosti této operce náleží ošetřujícímu lékaři a plastickému chirurgovi (Abrahámová a kol., 2009).

4.2 Psychologická úroveň

Speciální pedagogika je interdisciplinární obor, který je primárně včleněný do soustavy pedagogiky, ale má **výrazný přesah** do psychologie, sociologie, medicíny a dalších věd. Tento obor se snaží v teoretické a praktické rovině řešit **možnosti podpory osob**, u kterých z důvodu zdravotního postižení a onemocnění, sociálního znevýhodnění a jiných příčin je výrazně narušena jejich schopnost společenské adaptace a následně jejich **společenské uplatnění a postavení.** K dosažení tohoto cíle přitom využívá celou řadu přístupů spojených se specifickými metodami, technikami, formami a další možné **prostředky intervence.** Velmi důležitou roli mají přístupy terapeutické povahy. Terapeutické přístupy lze obecně charakterizovat jako takové způsoby **odborného a cíleného jednání** s člověkem, jež směřuje k odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží a odstranění jejich příčin (Müller a kol., 2014).

Prvním krokem k uzdravení je **posílit viru** ženy v účinnosti léčbě a v obranyschopnosti jejího těla, aby se naučily **vyrovnávat se stresem a měly silu** překonat tuto náročnou životní situaci.

Lidé s nádorovým onemocněním jsou si plně vědomí **nenávratného plynutí času.** Aby bylo možné dosáhnout **nejlepšího terapeutického výsledku,** musí být dodržená konzistentní struktura v rámci terapie (četnost sezení, délka jednotlivých sezení, termíny, apod.), se zde plánování sezení mění v přímém důsledku na zhoršování zdravotního stavu jedince, případně v závislosti na hrozbě smrti. Terapie musí být flexibilní a četnost kontaktů se může výrazně lišit. Tyto zásady platí i pro terapeuta, který by měl být **neustále k dispozici,** neboť čas hraje v psychoterapii lidí s rakovinou důležitou roli a je velmi nepředvídatelným faktorem. Jedinec

s nádorovým onemocněním v psychicky labilním stavu měl by mít možnost **sám řídit emocionální zátěž,** kterou je schopný unést tím, že si prostřednictvím psychoterapeutické práce drží část problému od těla. Terapeuti proto musí chápat, že variabilita terapeutických sezení je u osob s rakovinou nutnou podmínkou (Tschuschke, 2004).

Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná činnost, při které psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovednosti k tomu, aby u klienta došlo **k žádoucí změně** směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a začlenění do sociálního prostředí (Vybíral a Roubal, 2010).

V současné praxi nacházíme celou řadu psychoterapeutických systému, ale všechny mají společný cíl – **pomoci člověku.**

Behaviorální metody jsou z vědeckého hlediska velmi fundované a osobám s rakovinou nabízejí specifickou **psychologickou pomoc,** která má dlouhotrvající účinky. Spektrum osvědčených metod zahrnuje behaviorální techniky, které jsou velmi spolehlivé **v oblasti relaxace, redukce bolesti, zmírnění příznaků nevolnosti a zvracení, atd.** Behaviorální techniky v kombinaci s kognitivními metodami umožňují pozitivně ovlivňovat nevědomé negativní myšlenky a rovněž významně a trvale snižují úzkost a stres (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Kognitivní–behaviorální terapie, neboli KBT se nejvíce využívá po oznámení diagnózy a jako **podpůrná léčba při depresi a úzkostných stavech.** Dostupné výzkumy ukazují význam speciálně vyškolených psychoonkologických psychologů, nebo lékařů. Ve Velké Británii je velmi dobře klinicky a vědecky založený psychoonkologický koncept s názvem „Adjuand psychological therapy“, v překladu adjuvantní psychologická terapie, která je prováděna psychologickým, nebo lékařským personálem, který je v oblasti psychoonkologie zkušený a vyškolený. Tato metoda **dosahuje skvělých výsledků** (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Müller a kol., (2014) uvádí, že podstatou behaviorální terapie je analýza zjevného chování jedince v problémové situaci a její podstatou je posilování žádoucího chování. **Kognitivní terapie** si klade za cíl analýzu myšlení, názorů, přesvědčení a postojů jedince.

Dle počtu klientů, můžeme dělit terapie na:

- **individuální**
- **skupinové**
- **hromadné**

V individuální psychoterapii existují různé směry, které umožnují aby nemocní využili psychoterapeutickou pomoc. Velmi účinné jsou programy na **redukci stresu.** I zde je kladen důraz na psychoterapeutické vzdělání, je prováděná zkušenými psychologickými či lékařskými psychoterapeuty. Individuální terapeutická intervence pomáhá obzvláště při **snižování nebo odstraňování úzkosti a deprese,** což následně dlouhodobě zvyšuje kvalitu života. Ve vědeckých studiích bylo prokázáno, že dochází ke zlepšení ve fyzické oblasti a rovněž ke snížení psychosociálně podmíněné zátěže, např. zlepšení komunikace s nejbližším okolím (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Délka individuální terapie závisí na tělesném stavu jedince.

Skupinová pomoc ženám s rakovinou je zřejmě nejúčinnější ve skupinách. Existuje mnoho vědeckých studii, které prokazují přínos skupinové psychoterapie osob, potýkajících se s rakovinou a s problémy, které toto onemocnění doprovázejí. Osoby s nádorovým onemocněním přistupuje ke skupině nejprve velmi skepticky a často i se strachem, protože se musí představit skupině jako jedinec s postižením, a je neustále konfrontován s problémy ostatních nemocných. Často se stává, že dochází k obraně a odmítnutí účasti ve skupině, ale přitom **skupinová terapie** v případě osob s rakovinou představuje tu **nejlepší pomoc,** protože jedinečným způsobem ztělesňuje vzájemnost a pocit **„nejsem v tom sám."** Prožitek toho, že není se svým trápením, úzkostí a problémy sám, může člověk zažívat pouze ve skupině, kde jsou na tom ostatní stejně jako on. (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Ve skupině je možné společně hledat řešení. Tyto životně důležité zkušenosti jsou jedinečné a posilují chuť do života. Pokud je skupina profesionálně vedená a specializuje se na potřeby žen s rakovinou, může dosáhnout velkého rozmachu výsledků, jako např. snížení úzkosti, deprese, stresu a nadměrného rozrušení, posílení fyzické kompetence, zlepšení imunitních funkcí, vybudování a zlepšení zvládacího chování a s tím spojeného **zvýšení kvality života** (Angenendt, Schütze–Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Hromadní terapie označuje postup, při kterém terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více osob současně (Müller a kol., 2014).

Další metodou terapie je **progresivní uvolnění svalů podle Jacobsona,** která kombinuje tělesné a duševní uvolnění a je proto ideální při poruchách spánku. Princip spočívá v napnutí a uvolnění jednotlivých skupin svalových skupin. Po opakováním trénováním dokážeme svaly uvolnit pomoci vůle.

Autogenní trénink je nejrozšířenější relaxační autoregulační metodou v dnešní době. Jedná se o psychologickou metodu, která umožnuje **regulovat psychické i fyzické funkce,** jež jsou nepřístupné přímému ovlivňování vůlí. Autogenní trénink využívá vzájemnou provázanost duševního i tělesného dění. Velkou výhodou této metody je široké spektrum možností užití, mezi které patří např. odstraňování nebo zmírnění bolesti. Tato metoda vede k **celkovému zklidnění a harmonizaci psychických i tělesných funkcí** (Janáčková, 2014).

K základním principům AT patří relaxace a pasivní koncentrace, svoboda, nezávislost, postupnost, neverbální aspekty nácviku AT a také osobní zodpovědnost a znovuzískání kompetence. Velmi důležitý je **samostatný trénink.**

Víchová (2016) zmiňují následující základní principy autogenního tréninku:

- **Relaxace a samostatní trénink** – metoda AT je založena na dvou současně fungujících principech: relaxaci a pasivní koncentraci, tedy na uvolnění a na poddání se určité představě.
- **Svoboda** – pro zahájení nácviku je nutné svobodné rozhodnutí každého člověka. Toto rozhodnutí musí být vědomé a svobodné.
- **Nezávislost** – principem AT je nezávislost na terapeutovi, místě, čase, pomůckách a finančních zdrojích.
- **Postupnost** – vše se v AT děje postupně, krok po kroku, bezpečně tempem klienta. Jednotlivé stupně na sebe navazují a každý stupeň se dále dělí a nácvik dalšího cviku probíhá po úspěšném zvládnutí toho předchozího.
- **Neverbální aspekty nácviku autogenního tréninku** – základem je nespěchat, každou sugesci nechat doznít, pokračovat až když nám tělo dá signál. Dalším aspektem je zacházení s časem a prostorem a výběr pozice a správné usazení či uložení.
- **Osobní zodpovědnost a znovuzískání kompetence** – AT vrací kompetenci uzdravení a osobní zodpovědnost za cvičení.

- **Trénink** – nácvik, učení, dovednost. Schopnost relaxovat je dovednost, můžeme se ji naučit prostým opakováním, tréninkem. Velkou výhodou AT je vedle léčebného působení také jeho sekundární vliv, který spočívá v **rozvoji osobnosti klienta.**

Aromaterapie

Aromaterapie je **relaxační metoda,** která využívá vonných látek s cílem posílení tělesného zdraví a navození pocitu pohody. Základním a hlavním principem aromaterapie je **komplexní psychosomatický přistup** ke klientovi. Jedná se o komplexní přístup k duši i tělu. Aromaterapie působí nejen na příčiny a patologické změny způsobené onemocněním, ale především **aktivizuje psychickou regulaci.** Aromaterapie je zcela individuální terapie, každý člověk má jinou schopnost vnímat a zapamatovat si vůně. Vždy je velmi důležité si uvědomit, že biologicky aktivní látky působí na člověka prostřednictvím jeho **psychiky, čichu a duše,** proto musíme používat vůně, které jsou klientovi příjemné (Nagornaja, 2002).

Arteterapii z hlediska přístupu ke klientům lze rozdělit na **individuální a skupinovou** arteterapii.

Dramatoterapie

Psychoterapeutická intervence pomoci dramaterapie se zaměřuje na posílení adaptivního chování, na odkrytí traumatu za účelem jeho zpracování a integrace v psychice klienta, na prevenci patologických obran (maladaptivního chování) a důsledků poruchy, jako např. závislosti, suicidita, deprese (Müller a kol, 2014).

Psychoterapeutická intervence **dosahuje** těchto **cílů** v několik fázích léčby (Müller a kol, 2014):

- Emoční abreakce a katarze
- Rekonstrukce traumatu (narace, dramatizace) v bezpečném terapeutickém procesu
- Snížení síly emočního napětí, které je vázané na trauma
- Změna subjektivního hodnocení traumatu pro další život jedince
- Integrace zážitku do životní zkušenosti.

Dramatetarepie řeší situaci „teď a tady“, ve skupině se sice rekonstruuje individuální minulost, ale zkoumána je přenesením do přítomnosti, to znamená, že se pracuje **se skutečnými emocemi, cítěním a kognicí** (Müller a kol, 2014).

Muzikoterapie

Muzikoterapeutický proces využívá **hudební zkušenosti** pro dosažení terapeutických (tedy nehudebních cílů). Důležitým aspektem muzikoterapie je **navázání a rozvoj terapeutického vztahu.** V klinickým pojetí se jedná o **systematický proces intervence,** který opakovaně a cíleně využívá hudebních aktivit. Tento proces je zároveň metodický a dělí se na určité fáze. Terapeutických cílů je široký spektrum a odvíjí se od kontaktu mezi muzikoterapeutem a klientem (Müller, 2014).

Mezi **obecné cíle muzikoterapie** patří (Müller, 2014):

- vytvoření podpůrného, emocionálně stabilního vztahu
- podpora silných stránek, psychosociálních potřeb a intaktní složky osobnosti klienta dle kontextu terapie nebo kontaktu s klientem (např. podpora pozitivního vnímání vlastní osoby, zážitek úspěchu, ocenění, vlastní kompetentnosti nebo volby)
- rozvoj hudebních schopností a dovedností, ačkoli nejsou primárním cílem terapie.

Hudba je pro naši psychiku velmi účinná. **Rytmus** přibližuje některé z přirozeních rytmů těla, například dýchání. Optimální stav relaxace jsou schopny vyvolat především pomalé skladby barokní hudby, jejíž části mají kolem šedesáti dob za minutu a vyvolávají v mozku alfa vlny. Pomalému rytmu hudby se též přizpůsobí činnost srdce, puls a dech. Výběr hudby samozřejmě závisí na vkusu každého jedince (Janáčková, 2014).

Hájková, Strnadová (2011) uvádí, že **cílem muzikoterapie** není předně získání nových dovedností, ale především **relaxace, uvolnění, naladění, aktivace i odpočinek.** Hudba **odbourává stres** a terapie hudbou může být provedená různými způsoby.

Ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl složením dvou řeckých slov **ergon – práce a therapia – léčení, terapie.** Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činnosti zapojí. Tyto činnosti by měli být pro ně smysluplné nebo by jejich provádění měli

považovat za důležité (Krivošíková, 2011). Dále Krivošíková (2011) uvádí, že ergoterapie se nevztahuje pouze na zaměstnání nebo práci, ale **vztahuje se ke všem činnostem,** které naplňují čas a prostor jedince a dávají jeho **životu smysl.** Do těchto aktivit se zařazují každodenní činnosti, které umožnují lidem potvrdit sebe sama, přispívají k životu jejich rodiny a umožnují jim účast v širším společenským kontextu.

Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je **smysluplná činnost** či **zaměstnávání** (occupation). Vybrané činnosti by měli zohledňovat osobní a sociální potřeby jedince, jeho aktuální zdravotní stav, věk, pohlaví a podmínky prostředí, ve kterém se pohybuje. Zvolené činnosti, které se používají jako terapeutický prostředek, musí odrážet tyto skutečnosti a měli by brát ohled na sociální role, které osoba zastává nebo se od ní očekávají. V důsledku toho, se ergoterapie také podílí na návaznosti léčebné rehabilitace, na ostatní složky rehabilitace, tedy na **rehabilitaci pracovní sociální a pedagogickou** (Krivošíková, 2003 in Krivošíková, 2011).

Cílem ergoterapie je (Česká Asociace Ergoterapeutů: Co je ergoterapie?, 2015):

- podporovat zdraví a duševní pohodu osob pomoci smysluplné aktivity nebo zaměstnávání
- pomáhat ve zlepšení dovedností, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- umožnit osobě naplňovat její sociální role
- napomáhat k plnému zapojení osob do aktivit v sociálním okolí a komunity
- uplatňovat terapii zacílenou na klienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie
- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí, potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností, v interakci s prostředím (zvládání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí)
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života, všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění

Krivošíková (2011) uvádí, že **výsledkem ergoterapeutického** působení je:

- naučit se novou nebo dříve zapomenutou činnost,
- pomoc při plánování, organizování a udržování rovnováhy v realizaci činnosti a aktivit v běžném životě v různých obdobích života každého člověka,

- najít alternativní způsob provádění činnosti nebo úkolů, a tím usnadnit provádění činnosti u osob s nějakých onemocněním
- poskytovat metody a zdroje pro nácvik různých způsobů provádění činnosti nebo aktivity
- pomoví vlastních vyšetření specifikovat oblasti problému jedince,
- doporučit technické nebo kompenzační pomůcky, které umožní zvýšit soběstačnost jedince v běžných denních aktivitách.

Jóga

Jóga obdobně jako AT vyžaduje minimum prostoru potřebného ke cvičení. Z inspirativního a komplexního přístupu se nyní zaměříme na dýchání, které silně souvisí s cévní činností, srdeční činností a správným fungování vnitřních orgánu (Víchová, 2016).

Jógový dech – cílem této techniky je osvojení schopnosti dýchání celými plícemi, při kterém se zapojují všechny způsoby dýchání: břišní, hrudní a podklíční.

1. **Břišní neboli brániční dech**

Při nádechu se bránice pohybuje dolů a stlačuje břišní orgány. Břišní stěna se vyklenuje směrem vpřed. S výdechem se vrací bránice zase vzhůru a břišní stěna se opět zplošťuje. Výdech je na rozdíl od nádechu pasivním dějem. Břišní dech je základem dýchání, který umožňuje plné využití kapacity plic, přirozeným způsobem zpomaluje a prohlubuje dech a podporuje uvolnění (Jóga: Plný jógový dech, 2016).

2. **Hrudní dech**

S nádechem se zdvíhají žebra a hrudník se rozvírá, s výdechem se vracejí žebra opět do původního postavení. Proud vzduchu se dostává do středních oblastí plic, ale plíce se plní méně, než při břišním dýchání. Dech je rychlejší a povrchnější. Na tento způsob dýchání přecházíme automaticky ve stresových situacích, když jsme nervózní nebo v napětí. Při bezděčném rychlém dýchání zvýšené napětí je intenzivní a přetrvává. Prolomit tento bludný kruh nám pomůže hluboký a pomalý břišní dech (Jóga: Plný jógový dech, 2016).

3. **Podklíčkový dech**

U tohoto druhu dýchání proudí vzduch do hrotů plic. S nádechem se zvedá horní část hrudníku s klíčními kostmi, s výdechem opět klesá. Dech je velmi povrchní a rychlý. Tento

způsob dýchání se objevuje v silně stresových situacích, prožíváme-li strach nebo nedostává-li se nám vzduchu (Jóga: Plný jógový dech, 2016).

4.3 Sociální úroveň

Sociální rehabilitace

Sociální terapie spočívá v opětné **zařazení klienta** zpět **do společnosti.** Sociální terapie je specifickým druhem **odborné intervence,** která má za cíl dosáhnout přímé a nepřímé působení žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řeší situaci, která jej bezprostředně ohrožuje a má předcházet vzniku rizikovému chování (Zakouřilová, 2014).

Dle Zakouřilové (2014) **sociální terapie zahrnuje:**

- Odborné poradenství
- Diagnostika
- Primární, sekundární a terciální prevenci
- Krizovou intervenci
- Spolupráci terapeuta s dalšími osobami, které hrají důležitou roli v životě klienta
- Zapojení jiných odborníků do spolupráce
- Různé formy rehabilitace – zejména sociální, např. zajištění sociálních služeb, materiální zabezpečení, atd., dále také rehabilitaci rodinou (např. podpora, náprava nebo obnova rodinných vztahů), a volnočasovou.
- Resocializaci
- Přímou terapeutickou práci – setkání s klientem, terapeutické rozhovory a realizace speciálních technik, atd.
- Aplikace dalších metod, které podporuji dobrý průběh sociální terapie

Mezi **základní cíle** sociální terapie patří (Zakouřilová, 2014):

- Podpora klienta
- Adaptace klienta na nové prostředí
- Realistický náhled klienta a realizace úpravy obtíží
- Nalezení možnosti klienta k řešení jeho problému
- Přehodnocení vlastního postoje klienta k problémům a danostem v jeho životě
- Žádoucí změny v chování klienta a v jeho sociálním prostředí
- Úprava postojů a výchovných praktik klientů
- Odstranění nežádoucích vlivů ze života klienta a jeho rodiny

- Sociální začleněný klienta do společnosti.

Sociální opora

Výsledky četných studií a klinická pozorování poukazují na to, že **sociální opora** poskytovaná osobám s nádorovým onemocněním může být **velmi užitečná.** „Sociální oporou“ rozumíme **přítomnost jiné živé bytosti stejného druhu,** která má na postiženého jedince příznivé působení a uspokojuje jeho sociální požadavky. Očekávání, které mají osoby od svého užšího sociálního okolí, jsou spíše **emocionálního charakteru.** Sociální opora je komponentou nádorového onemocnění, která by neměla být podceňovaná. **Psychosociální pomoc** nemocným rakovinou by měla bezpodmínečně zahrnout doprovázející sociální oporu prostřednictvím důležité vztahové osoby (Křivohlavý, 2013).

Ve stejné míře jako se zvyšuje množství lidí, kteří díky pokroku v medicíně překonali rakovinu, se zároveň klade větší **význam psychologické, psychoterapeutické nebo psychiatrické intervence.** Cíle těchto léčebných opatření lze shrnout do následujících bodů, které lze doložit četnými empirickými studiemi (Křivohlavý, 2013):

- zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří jsou v podobné situaci;
- redukce strachu z léčby;
- snížení zoufalství a deprese;
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací;
- zmírnění pocitů izolace, bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými;
- vedení k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení;
- lepší spolupráce s lékařským týmem;
- obecné zlepšení kvality života.

Potřeba někam nebo k někomu patřit směřuje do sociální oblasti života člověka od narození až po smrti. Uspokojení této potřeby směřuje k nejvyšší míře spokojenosti, blaha a štěstí (Křivohlavý, 2013).

Rodina

Rodina je **sebeorganizující se systém,** všechny její části jsou na sebe vázané a vzájemně se ovlivňují. Rodina není tedy pouhým součtem částí, ale vzájemné interakce mezi jednotlivými členy dávají rodině jako systému, řád, uspořádání, zdroj energii k fungování. Sebeorganizující

se systém rodiny dokáže nabídnout v součinnosti biologických, psychických a sociálních aspektů, **ideální prostředí** k naplnění vývojových potřeb a úkolů (Klímová a kol., 2015).

Největší oporu a zázemí jistě nachází každá žena ve své rodině, která by se měla snažit společně řešit tuto velmi nepříjemnou situaci. Tam, kde je výborné rodinné zázemí a dobrá spolupráce rodinných příslušníků, tak řešení této situace je podstatně snadnější (Abrahámová a kol., 2009).

Může se stát, že partneři a členové rodiny potřebují stejnou psychickou podporu jako nemocné ženy, protože se cítí zmatení a neschopní pomoci a bezmocně pozorují jak někdo, koho milují, bojuje se smrtelnou nemocí (Simonton, Matthews–Simontonová, Creighton, 2011).

Křivohlavý (2002) uvádí, že klienti, kteří měli pevnější rodinné zázemí a sociální oporu, žili kvalitnějším životem a také déle. Uvádí, tři možnosti, jimiž se pozitivní vliv sociální podpory zřejmě projevuje. První důvod je, že osoby které žijí v rodině jsou donucováni aby navštívili lékaře. Druhý důvod je, že tito lidé jsou diagnostikovaní včas a dříve se dostávají do léčebného procesu. Třetí důvod je kvalita mezilidských vztahů.

Partnerský vztah

Klímová a kol. (2015) uvádí, že partnerský vztah je **naplněním života** a je to něco k čemu náš vývoj směřuje. Potřeba být s někým v blízkém kontaktu je jedna z nejsilnějších a po opuštění primární rodiny nám ji naplňuje partnerství. V partnerském vztahu toužíme být přijímáni, milováni, toužíme sdílet životní okolnosti a být pro někoho důležití. Dále chceme k někomu patřit, společně vytvářet a budovat.

Při onemocnění je velmi závažná i **otázka partnerského vztahu.** Je velmi důležité, aby partner byl velmi citlivý, chápající a vstřícný, nemoc ani léčba nevylučují normální sexuální chování partnerů. Často se stává, že nemoc a její řešení partnerské vztahy ještě utuží. V těchto nesnadných chvílích, se partneři sblíží a naučí se **těžké období života** řešit společně, účelně a racionálně. Pokud partner nedokáže psychicky zvládnout skutečnost nemoci blízké osoby, může i on konzultovat a navštěvovat psychologa, který mu v tomto může pomoci (Abrahámová a kol., 2009).

Zaměstnání

Návrat na trh práce nebo zavedení důchodového řízení je velmi **citlivou otázkou.** Návrh řešení tohoto problému je ryze individuální a záleží na fyzickým a psychickým zdraví každého člověka. Největší snahou zdravotního týmu je co nejrychlejší návrat k běžnému způsobu života. Rychlost návratu a vykonávání normálních aktivit po prodělané léčbě závisí kromě původního rozsahu onemocnění a typu léčby i na mnoho **individuálních faktorech.** V důsledku nemoci mohou vzniknout **existenční problémy,** které člověk musí řešit. Každá nemoc sebou přináší **sociální problémy** (Abrahámová a kol., 2009).

Dále J. Abrahámová a kolektiv (2009) uvádí, že pokročilá nemoc vyžaduje velmi **intenzivní terapii** a ženy omezuje v životních aktivitách. Většinou ženy musí **opustit své zaměstnání,** má pouze invalidní důchod a strádá z pocitu nemožnosti dalšího uplatnění. Má **omezené finanční prostředky** a tento dopad pociťuje celá rodina. Potřebuje opakovaně doprovod do zdravotnického zařízení a někdy vyžaduje i **péči druhé osoby.** Žena s malými dětmi není schopná se o ně sama postarat a musí vyhledat pomoc někde jinde.

Kvalitu života významně ovlivňuje i uplatnění na trhu práce. M. Farková (2009) uvádí, že mezi **nejčasnější psychologické důsledky nezaměstnanosti** patří:

- pokles sebedůvěry, snížení pocitu vlastní hodnoty a důvěry k ostatním lidem,
- často se objevují deprese, fatalismus, apatie poslední stupeň psychického strádání,
- nárůst sociální izolace, ztráta schopnosti organizovat si svůj čas,
- neshody uvnitř vlastní rodiny ze ztráty zaměstnání.

Vztah mezi **štěstím a práci** je oboustranný. Zaměstnání pomáhá člověku budovat **sebedůvěru a umožnuje udržovat vztahy s druhými lidmi,** což je velice důležité pro celkový pocit **životní spokojenosti.** Zaměstnání nejenže souvisí s naší hmotnou zajištěností, ale také naplňuje naší potřebu výkonu a sounáležitosti se skupinou (Slezáčková, 2012).

Léčba nádorových onemocnění je velmi náročná léčbou vyžadující nemocniční péči. Klient se může snadno dostat do finanční tísně, jelikož nemůže pracovat a zůstává dlouhodobě v pracovní neschopnosti.

5 Výzkumné šetření

Třetí kapitola bude věnována výzkumnému šetření. **Hlavní cíl** této práce bylo zjistit **vliv na vybrané aspekty psychosociálního života žen s rakovinou prsu.**

Souvisejícím cílem bylo také zjistit odpověď na následující **dílčí výzkumné otázky:**

Jaký vliv má rakovina prsu na oblasti rodinného života?

Jaký vliv má rakovina prsu na zaměstnání?

Jaký vliv měla rakovina na psychický stav?

Jaký faktor nejvíce znesnadňoval období léčby?

5.1 Metodologie výzkumného šetření

Během výzkumného šetření k **naplnění výzkumných cílů** byla zvolená metoda kvalitativního výzkumu. Techniky, které byly používané při výzkumném šetření, jsou následující:

- polostrukturovaný rozhovor s ženami, které prodělaly rakovinu prsu
- analýza lékařské dokumentace
- vlastní pozorování

- **Tab. 3: Časový harmonogram práce**

leden 2017 – červen 2017	shromažďování a studium literatury
duben 2017 – listopad 2017	vypracování teoretické části
leden 2017	příprava výzkumné části
květen 2017 – 2017 červen	sběr dat
listopad 2017	zpracování, interpretace a analýza získaných dat

Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník

vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách."(Creswell in: Hendl, 2016, s. 46).

Výhodou kvalitativního výzkumu je získání hlubšího popisu, získáme podrobný popis a vhled při zkoumání a můžeme provádět podrbnou komparaci případů.

V metodologické literatuře jsou uvedené různé definice, popisy a koncepce výzkumu. K výzkumu můžeme přistupovat jako k **organizovanému, systematickému a logickému procesu zkoumání,** při němž se využívá empirická informace pro zodpovědění otázek nebo testování hypotéz (Punch, 2015). Dále Punch (2015) uvádí, že aplikování výzkumných metod v sociálních vědách v posledních pětatřiceti letech velmi rozšířilo. Hlavním trendem byly rostoucí zájmy a rychlý vývoj kvalitativních výzkumných metod prakticky ve všech základních a aplikovaných oblastech sociálních věd.

Pomoci kvalitativní metody získáváme data **pozorováním, studiem různých dokumentů či artefaktů nebo nestrukturovaným rozhovorem.** Data se nezpracovávají, nýbrž se podrobně do hloubky kvalitativně analyzují, interpretují a přisuzuje se jim určitý význam. Cílem kvalitativních výzkumů je vytváření nových hypotéz a teorií, které lze následně ověřovat kvantitativními metodami (Thorová, 2015).

Fenomenologické postupy v rámci kvalitativního výzkumu se používají při snaze **porozumět** zkoumanému jevu **do hloubky,** mapují individuální zkušenosti lidí, jejích vlastní vnímaní reality, osobní přiřazování smyslů a významů vlastní zkušenosti (Thorová, 2015).

Životní historie nebo životní příběh v rámci kvalitativního výzkumu obsahuje popis životní dráhy, ústní nebo písemné vyprávění člověka o vlastním životě nebo životě jiné osoby, které zkoumající osoba zaznamenává (Thorová, 2015).

5.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru

Hledání respondentek pro moji diplomovou práci nebylo tak těžké, jak jsem si na začátku představovala. Původně jsem uvažovala o tom, že respondentky oslovím přes organizaci Mamahelp, na kterou jsem se i obrátila. Nakonec jsem všechny respondentky našla v mém blízkém okruhu. Do výzkumného vzorku bylo zařazené **celkem čtyři ženy,** které byly vybrány podle jednoho stanoveného kritéria, a to, že jim byla stanovená **diagnóza karcinom prsu.** Všechny respondentky jsem oslovila osobně, byly to osoby z okruhu mých kamarádů, přátel a rodiny.

Komukoliv jsem sdělila, že píší o ženách, které prodělaly karcinom prsu, tak mi odpověděl, že ve svém okolí někoho zná. Přesto, že těchto žen, je opravdu mnoho, ne každá žena chce si znovu připomenout tyto kruté chvíle. Setkala jsem se třeba i se ženou, která ani po třiceti letech nechtěla o této skutečnosti hovořit, proto jsem neskutečně vděčná mým respondentkám, které se chtěly se mnou podělit o tuto **náročnou životní situaci.** Všechny respondentky se výzkumu zúčastnily dobrovolně a měly radost, že se o jejich zkušenost někdo zajímá. Bylo vidět, že v tomto směru **chtějí šířit osvětu a otevřeně se podílet na šíření informací** o tomto onemocnění. Dvě respondentky byly mladší a dvě ženy byly v důchodovém věku. Všechny s rozhovorem souhlasily, souhlasily i s jeho nahráním a podepsaly Informovaný souhlas (viz. Příloha 2). Délka rozhovorů trvala jednu až dvě hodiny. Místo setkání si respondentky zvolily samy. Ve všech případech to bylo veřejné místo, restaurace, zahrádka nebo kavárna. Při sdělování, že ve své práci zachovám anonymitu respondentek, mi každá žena sdělila, že by ji nevadilo, kdybych uváděla pravé jméno.

V rámci výzkumu jsem uvažovala o tom, že bych oslovila i jednu ženu z Rumunska a zjistila jaká je péče o tyto ženy. Ve chvíli, kdy jsem ji chtěla sdělit tento záměr, jsem se dozvěděla, že znovu bude muset podstoupit chemoterapii, jelikož karcinom se znovu objevil. Záměr jsem přehodnotila, jelikož se domnívám, že tento rozhovor by mohl být psychickou zátěží.

5.3 Kazuistiky

V následující kapitole budou prezentovány **kazuistiky respondentek.** Informace jsem obdržela pomoci **polostrukturovaných rozhovorů a pozorováním.** Dále jsem měla možnost nahlédnout do **lékařské dokumentace.**

Kazuistika 1

Jméno: Katka

Pohlaví: žena

Rok narození:1978

Diagnóza: karcinom prsu hormonálního původu

První respondentku jsem poznala díky své kolegyni z práce. Požádala jsem ji o kontakt a potom jsem se s Katkou domluvila na uskutečnění rozhovoru. Setkaly jsme se v odpoledních hodinách v restauraci v Rudné, kam obě rády chodíme. Místo setkání si Katka sama zvolila. Společně jsme si daly oběd a poté jsme začaly dělat rozhovor. Rozhovor jsme uskutečnily v klidnější nekuřácké části restaurace, dopoledne, kdy v restauraci bylo málo lidí. Restaurace disponuje také zahrádkou, ale Katka preferovala posezení vevnitř. Tato restaurace je taková skrytá a známá převážné místním obyvatelům. Celková doba rozhovoru byla dvě hodiny.

Hned na začátku byla Katka velice otevřená, okamžitě mi nabídla tykání a bylo vidět, že rozhovor mi poskytne velice ráda. Po celou dobu mě obklopovala pozitivní energii, úsměvem a dobrou náladou.

Katka pracuje jako kosmetička, je vdaná a má dvě děti. Byla jsem úplně unešená množstvím informací, které o této nemoci věděla. Bylo vidět, že nečekala jen na lékařskou pomoc, ale že si sama zjišťovala, hledala, četla, ptala se a byla ochotná udělat cokoliv, jen aby se uzdravila a také aby pomohla známým, kteří s rakovinou bojovali.

Rodinná anamnéza: Matka zdravá, bez závažných zdravotních komplikací. Otec dlouhá léta bojoval s rakovinou, nejdříve s rakovinou kůže a poté s rakovinou prostaty, kterou mu odoperovali, ale bohužel tato rakovina pronikla do dalších orgánů a následně zemřel. Babička zemřela také na rakovinu, která následně metastázovala do celého těla.

Osobní anamnéza: Katka se narodila v roce 1978 a neměla žádné zdravotní komplikace ani v dětství ani v dospělosti. Katka měla jako první dítě chlapečka a po dvou letech

se jí narodila holčička. Myslí si, že po druhém porodu její tělo to hormonálně nezvládlo. Katky nádor je hormonálního původu. První zdravotní komplikace se objevily po narození druhého dítěte. Katka na toto období vzpomíná takto *„já vlastně nejdřív jsem začala mít problém při kojení s dcerou, kdy mi nepřestalo téct mlezivo, trvalo to docela dlouho a, i když jsem zašla za gynekologem, tak jsem dostala pár prášků na zastavení, ono i přesto to nefungovalo. To se přestalo líbit i jemu, poslal mě na mamograf a na sono na Karlák, tam když jsem vlastně došla, tak se na mě utrhli, proč by mi měli dělat mamograf, udělali mi jenom sono a ještě tam byla ta paní doktorka, která vlastně řešila, proč jsem to přišla k ni vůbec řešit, tak jsem ji říkala ten důvod a ona mi řekla, že mám nějakou hormonální poruchu a dokavad Vám neteče vlastně krev a není to čokoládově hnědý tak se nemusíte ničeho bát. Půl roku na to se mi začala na té prsní žláze objevovat bulka, ale mlezivo se neměnilo, teklo pořad světlý, tak jsem si říkala, že mi tam asi zatvrdlo to mlíko, které tam mám po tý dceři a sem to nějak neřešila. Bulka trošku narostla, skoro do pěti centimetrů a zůstávala tak pořád nějak stejná a už mi přišlo divný, že se nějak nerozpouští, že tam pořád je, ale váhala jsem jít k tomu doktorovi.“*

Tím že dělá kosmetičku, byla na kosmetickém školení, kde jí kamarádka při masírování upozornila, že se ji to prso vůbec nelibí a že by měla vyhledat lékařskou pomoc. Hned po školení se objednala ke svému gynekologovi, který ihned poznal, že to není v pořádku *„tak díky tomu, že mě upozornila ještě ta kamarádka, tak hnedka po tom školení, jsem se objednala ke svému gynekologovi, ten je vlastně odborník, co se týká onkologických onemocnění prsu a šla jsem k němu. Hned na to šáhnul a hned v jeho očích bylo vidět, že to nevypadá dobře, že je to to, co jsem si nechtěla připustit, že by to být mohlo a hned začal kolotoč vyšetření.“*

Zdravotní péče a psychický stav

Katka ke svému gynekologovi má a měla velkou důvěru, znají se dlouho a vždycky v něm našla velkou oporu *„já jsem mu naprosto důvěřovala a díky němu jsem se vlastně i dostala k jedné z nejlepších odbornic na léčbu onkologického onemocnění prsu, která je vlastně takovou matkou tyhle léčby.“*

Při sdělování skutečnosti, že Katka trpí rakovinou, nebyl přítomen nikdo z rodiny a oznámení proběhlo přímo při nálezu bulky *„normálně na rovinu, ten pan doktor se podíval, zatvářil se, řekl, nevypadá to moc dobře. Známe se velmi dobře, protože mi rodil obě děti a známe se dlouho. Díky tomu, že pan doktor je i onkolog, tak vlastně byl schopnej na tom Karláku rychle reagovat a zařídit mi všechny vyšetření, které člověk potřebuje.“*

Katka vzpomíná, že když šla znovu na vyšetření na Karlovo náměstí, tak se potkala s paní doktorkou, která ji před rokem sdělovala, že má přijít až ji poteče krev *„tak jsem byla na mamografu, na sono znovu a potkala jsem se tam s tou paní doktorkou, která mi dělala to sono před rokem a tak udiveně mi povídá „ „to je jako to samé prso, které jsme řešily spolu“ “, a já podívám ano. Ale je pravda, že od té doby se k tomu stavěla líp, všechno mi vysvětlovala i ten přístup ke mně úplně změnila. Pak mi dělali biopsii a z té biopsie zjistili, že je to zhoubný nádor, kterej se bohužel už rozšířil až do uzlin, tím jak jsem to dlouho nechala, takže to bylo takový hodně špatný. Začal takovej léčebnej kolotoč, prvně jsem začala chemoterapie, po té terapeutická léčba a následně operace, kde došlo k odebrání celého prsu.“*

Po celou dobu, se Katka snažila být velmi optimistická i z toho důvodu, že předběžně věděla zhruba, co léčba rakoviny obnáší. Hodně se soustředila na to být optimistická.

Katka říká, že nejsmutnější bylo čekat v čekárně, kde bylo hodně nemocných *„člověk dokavad to nevidí, máte doma třeba jednoho nemocného, ale nevidíte kolik lidí chodí do těchto ordinací, plná čekárna lidí, který mají takovýdle onemocnění a všichni jsou smutní a jakoby nešťastní, je to fakt hrozný, musí člověk sebrat veškerou odvahu a sílu a říct si, že to vybojuje a musíte bejt štastnej, tak jsem se snažila při těch chemoterapiích tam šířit veselo a bejt zábavná ale je pravda když už šla šestá, sedmá, osmá chemoterapie tak už jsem tam nechtěla, už jsem se těšila až to bude za mnou, protože člověku je hůř a hůř už si říká, že mu hůř nemůže bejt a bohužel může. Jsem si říkala, že už se těším na tu poslední, už jsem úplně odpočítávala ty kapičky, který odkapávaly do tý krve, aby už to byl konečně konec, aby už jsem tam nemusela.“*

Zároveň Katku vždy potěšilo, když v čekárně potkávala ty samé lidi, kteří pořád bojovali, to ji dávalo sílu a odvahu bojovat dál.

Katka vzpomíná, že nejnáročnější byla poslední chemoterapie a následná operace. V tu dobu pociťovala nejvíce, že je na pokraji svých sil a bále se, že tento boj prohraje *„poslední chemoterapie byla hodně náročná a pak operace tam jsem šla úplně vysmátá, hodně jsem se těšila, že to bude už jakoby za mnou, ale bohužel se tam něco nepovedlo a já musela ještě ten den absolvovat druhou operaci a to mě jakoby asi doběhlo všechno a porazilo na kolena a začala jsem mít strach, že to nedám.“*

Katka podstoupila celkem osm chemoterapií a na začátku nevěděla, kolik jich celkem bude. Po operaci Katka podstoupila ozařování. Přiznává, že se lékařů moc nevyptávala, ale že ani oni neměli snahu ji to vysvětlit *„já nejsem moc zvídavej typ nebo se nepouštím do věcí jakoby do hloubky, ale musím říct, že ani ti doktoří s tebou moc nekomunikují a nespolupracují.*

Měla jsem kamarádku v Motolské nemocnici, zdravotní sestřičku, která se stará právě o onkologické nemocné pacienty s tím, že jim zavádí piky a porty, což jsou věci, který šetří žíly a proto jsem potřebovala papír, aby mi je mohli zavést v Motolské nemocnici a když jsem vlastně o to žádala paní doktorku onkoložku tak mi říkala „ „to ještě uvidíme, na to je času dost, uvidíme kolik vlastně těch chemoterapií dostanete.“ “ Katka si myslí, že je velmi důležité mít důvěryhodné informace a hlavně známí *„všechno stojí pravděpodobně peníze, pokud ty sama nezískáš informace od někoho známého nebo že se to někde dočteš, tak ti opravdu takové informace vůbec neposkytnou, nabízí to vlastně podle mě pacientům až ve chvíli, kdy už nemají skoro žádné žíly nebo když ví, že ta léčba bude hodně dlouhodobá, jako hodně, hodně, že budou třeba mít na doživotí chemoterapii tak tam je ten předpoklad, že žíly fungovat nebudou tak to nabízí podle mě takovým lidem. Když jsi poprvé nemocná a žíly fungujou tak jak mají tak to nikdo neřeší. Přesto v zahraničí zavedení těchto věci je zcela běžné na začátku chemoterapie.“*

Během léčby důvěřovala nejvíce svému gynekologovi, jelikož vždy jí všechno řekl upřímně a na rovinu. Myslí si, že většina doktorů nemá na své klientky dostatek času, vždy jsou zaplněné čekárny lidí a lékaři mají málo času na to, aby svým klientům vše vysvětlili a dali jim prostor na dotazy *„vím, že jsme se nějak dostali k tomu, kdy mě vystrašili. Já jsem skončila někdy chemoterapii třeba v červenci a na operaci jsem byla objednaná až na září, protože vlastně ten můj doktor, kterej mě měl operovat, měl dovolenou a oni mě tam úplně vystrašili, že už jsem měla mít dávno po operaci a po těhlech věcech. Já s úsměvem jsem řekla paní doktorce „paní doktorko to je v pohodě, jsem v naprostým pořádku a zdravá a ona mi tak odvětila „ „no to by bylo hezký, kdyby to byla pravda.“ “* Katka říká, že to pro ni bylo velké zklamání a mysli si, že lékaři by měli být vždy velkou oporou. *„měla by říct to je dobře, že se tak cítíte, víc tě povzbudit a nakopnout.* Katka nevyhledávala žádnou psychologickou péči na začátku léčby, ale po smrti svého tatínka se její psychický stav zhoršil a zároveň se zdvojnásobil strach ze smrti *„já jsem psychologa vyhledala až tehdy, kdy mi odešel tatínek. To byla věc, kterou jsem nedala a že se znovu zdvojnásobil strach o to, že můžu umřít a že mám ty dvě malé děti a to tělo mi začalo samo vypovídat a začalo se chovat destruktivně tak, že jsem začala hledat pomoc.“*

Katka si na začátku nezjišťovala informace, bála se většího stresu, že by propadla panice, ale byla velice otevřená k svému okolí a to okolí se snažilo pomoci ze všech sil, takže rodina a kamarádi získávali informace, předávali je Katce a povzbuzovali ji, aby to nevzdala a bojovala dál. Katka nevyhledávala žádné informace ani podporu přes organizace, které se zabývají ženami po nádorovém onemocnění, ale cítila potřebu dělat osvětu pomocí své upřímnosti o tom, co prožívá a také se chtěla zapojit do jednoho projektu, který se zabývá

ženami po nádorovém onemocnění prsu, ale tam už měli dostatek lidí. Katka má kamarádku, která prodělala rakovinu prsu o dva roky dřív než ona. Katka byla první, které se kamarádka svěřila *„byla jsem člověk, který jí holil hlavu a který to s ní prožíval vlastně strašně moc. Rok před tím než jsem onemocněla já tak to dostala mého bráchy tchýně, tý jsem vlastně zařizovala všechno, co se týče tady v Praze. Hledala jsem doktory a podobně.“*

Je zřejmé, že Katka hledala pomoc na všech stranách a snažila se ze všech sil, aby našla to nejlepší *„nebo co mi hrozně vadilo, říkám, já mám štěstí, že mám hodně známých ve zdravotnictví a díky té známé, která chodí na hodně školení pro zdravotní sestřičky tak třeba, když jsem šla na ozařování tak mi přinesla strašně drahý náplasti, který jsou takový krycí folie a dávají se na to místo, které bude ozařované a vlastně to pokrývá ten kus, aby došlo k co nejmenšímu ublížení těch okolních tkání, aby se kůže nespálila, to jsou vlastně další věci. Když jsem byla poprvý, vlastně, v Motolské nemocnici na konzultaci s tím ozařováním, tak jsem se ptala ošetřující lékařky, která vlastně to tam programovala, jak mě budou ozařovat, co mi budou dělat, říkala jsem jí, že mám možnost mít tyhle ty krycí folie a ona „ „to je výborný jako, to je super, na to my nemáme tady čas vylepovat“ “, tak já říkám co když mi je nalepí doma a ona „ „no pokud vám je vylepí doma, tak klidně s nima přijďte“ “ tak tohle mi připadá vrchol, pokud někdo něco takového vynalezne a mělo by to fungovat, tak by to prostě mělo být automaticky zařazený do toho programu. Je pravda, že člověk se hodně potí při těch chemoterapiích a ty náplasti špatně držely a pak jsem neměla na to jít si koupit nový, ale dočetla jsem se, že existuje sprej, kterej si nastříkáš před tím, a taky tě chrání, tak jsem zkoušela požívat alespoň to, ale nikdo ti o tom neřekne. Jsou rádi, když nemáš na sobě nic a oni tu léčby dělaj, tak jak jsou zvyklý.* Katka tu samou zkušenost má i při léčbě svého otce *„my jsme hledali pro taťku, jelikož tam bylo jasný, že je to fakt špatný, tak jsme chtěli, aby taťkovi píchali vysoké dávky vitamínu C, v zahraničí, třeba v Německu je to zcela běžné, dostupný v lékárně, dává se to pacientům právě na podporu toho, aby mohli dostat právě tu chemoterapii, když vidí, že jsou špatné výsledky krve a ten pacient se necítí dobře a je zcela vyřízenej.“*

Katka už dva roky bojuje s rakovinou, v současné době dochází pravidelně na kontrolu a bere léky, podstupuje hormonální terapii a každý měsíc dostává injekci implantát do břicha. Jak dlouho bude léčba trvat tak to Katka netuší, ale je ráda, že je stále pod dohledem lékařů *„někdy je lepší to nevědět. Je tam ten strach, člověk se bojí, co to bude nebo jak to bude, jak se bude cítit nebo co se s ním bude dít, ale pořád to neví, ale teď když jsem bohužel už všechno prodělala a bohužel se tyto onemocnění někdy vrací tak si říkám, že vůbec nevím, jestli bych do toho šla se stejnou odvahou, že bych možná ten strach měla mnohonásobně větší. Hrozně moc*

si přeju, aby to už nepřišlo.“ Na otázku jestli o těch věcech přemýšlí často, Katka přiznala, že ano. Katka si myslí, že je velmi důležité, aby lékaři, popřípadě psychologové, povzbuzovali lidi, kteří s tímto onemocněním bojují *„opravdu si myslím, že by ti doktoři měli mnohem víc s těma lidma mluvit. Já vím, že je to těžký a že i pro ty doktory je to těžký, protože těch lidí je hrozně moc, ale je potřeba aby ty lidi slyšeli od těch doktorů víc pozitivních věcí, aby ty lidi do toho šli víc naplno. Tady je to tak rozdělený v tom státě, nevím, jestli i ve světě, ale bohužel tady v České republice, třeba mýho tatínka by na Karlák vůbec nevzali, kdyby byl starší, než šedesát let, ale jen protože mu bylo padesát dva tak se o něj postarali, mojí babičce bylo sedmdesát dva, kdyby jí někdo tu šanci a naději dal tak by tu mohla být dodnes. Ve chvíli, kdy se rozhodne někdo, že ten člověk je na léčbu moc starej tak jí ani nedostane a je to velká beznaděj pro celou tu rodinu. Když já jsem zkoušela obvolávat všechny možný nemocnice kvůli tátovi, chtěla jsem protonovou léčbu, chtěla jsem strašně moc věcí a dostáváš zprávy typu tento pacient není vhodný kandidát. “* Nemocnice ani neuvádí, z jakého důvodu byla tato léčba zamítnutá.

Zdravotní pojišťovny

Katka tvrdí, že i zdravotní pojišťovny by měly usilovat o lepší péči a dělat toho více pro osoby s nádorovým onemocněním. Hlavně by měly přispívat mnohém víc na lékařskou péči a následně na pomůcky. Všechno stojí hodně peněz a pro rodinu je to velká finanční zátěž. Dále by pojišťovny měly podporovat a angažovat se ve výzkumech *„mohlo by bejt mnohem více takovejch těch programů, kdy je člověk zařazenej do speciální léčby, která jim dává větší možnost, protože jinak ty doktoří tu šanci nemaj a to co mě docela drtí je to, že člověk onemocní nevlastní vinou a musím jít koupit si paruku. Nemusim. Můžu si jít koupit paruku za pět set, ale když chci vypadat a cítit se dobře a chci se těm dětem ukázat tak si musím koupit paruku za sedm tisíc a pojišťovna vám na ni dá tisícovku. Nebo šátky na hlavu, aby to bylo příjemný, aby se člověk nepotil, a stojí to třeba sedm set korun, tisíc korun. Jako proč? Proč to pro tyhle lidi, který jsou fakt takhle vážně nemocný, není za nula. Teď mám třeba epitézu, mám jí rok už je taková použitá, ztrácí tvar, už nevypadá hezky a bavila jsem se v lékárně kolik vlastně stojí nová epitéza, protože na tu vám jednou za dva roky přispěje pojišťovna a nová epitéza stojí osmnáct set korun. Já mám třeba štěstí, že mám manžela, kterej vydělá, ale pak jsou lidi, který jsou na tom mnohem hůř a ty peníze nemají, je to opravdu nesmysl, je to opravdu těžký. Jeden partner přestane úplně pracovat, nemůže nijak fungovat a ještě potřebuje tyhle věci. Málo která ženská chce ukázat okolí a světu, že je bez vlasů. Ta ženská se chce cítit dobře, to by jí mělo dodat taky sebevědomí. Když chlap je plešatej tak je plešatej a nikoho to ani nenapadne, ale když příjde plešatá ženská tak se hodně lidí nad tim pozastaví.“*

Katka si myslí, že většina lékařů jede striktně podle systému a bojí se udělat něco navíc *„buď neví nebo si jedou fakt striktně podle toho co určí pojišťovna a moc novýho člověku vlastně ani nenabídnou. Teď se mi třeba stalo to, že mám injekci do toho břicha, pravidelně mi paní doktorka předepsala střik a když už jsem měla jít na čtvrtou tak jsem šla do tý ordinace, kde mě doktorka zkontrolovala a předepsala mi další střik. A teď se mi třeba před měsícem stalo, že mi řekla, musíte si pokaždý přijít pro recept, protože pojišťovna se rozhodla, že se musí po každý rozhodnout jestli to bude schvalovat a nebo nebude. Mně to příde neuvěřitelný. Ta pojišťovna má neuvěřitelnou moc.“* Katka měla uzavřené i životní pojištění a i tam se vymluvili na nějaký problém ve smlouvě a nebyla ji uznána.

Rodinné prostředí

Po celou dobu léčby Katka cítila velkou oporu ve své rodině. V té době její otec také bojoval s rakovinou a chodili společně na chemoterapie, podporovali se navzájem. Doprovázela je vždy rodina, čekali na ně vždy v čekárně.

Katka vzpomíná, že po chemoterapii jí bylo zle, byla hodně unavená, přestala ovládat své tělo a bylo to hodně náročné. Katka přiznává, že se bála o své děti, že nebude schopná se o ně postarat i vzhledem k tomu, že byly hodně malé *„spíš jsem měla strach, že když umřu, že tady zůstanou jen s mým manželem. První vlastně moje věc, kterou jsem si musela ujasnit, bylo vlastně s mýma rodičema, že bych byla moc ráda, kdyby o mé děti se starala i má maminka a jakoby mu s tím pomáhala. To byl jakoby ten pocit, že tu zůstanou beze mě, že jsou maličký a že budu chtít prostě, aby ta moje rodina zafungovala jako celá.“*

Katka má spoustu koníčků, chodí tancovat, cvičit, ráda tráví čas s rodinou a chodí na procházky. Snaží se věnovat své rodině hodně času a velice si ji váží.

Zaměstnání

V době, kdy Katka zjistila, že má rakovinu tak byla na mateřské dovolené a o práci vůbec nepřemýšlela i vzhledem k tomu, že její manžel dokázal rodinu finančně zajistit. V současné době se Katka vrátila ke své práci, ale jelikož má vlastní kosmetický salón a školí kosmetičky, tak si může dovolit si svou práci naplánovat.

Katka nepociťovala, že by se lidi na ní zvláštně dívali, ale bylo to i tím, že měla krásnou paruku, vždy chodila upravená a nalíčená. V létě, když začalo být horko tak chodila normálně s oholenou hlavou. Katka se několikrát zamýšlela, proč právě ona musí bojovat s tímto onemocněním *„je pravda, že když je člověk takto vážně nemocnej tak první jeho otázka je proč*

já. Já jsem měla takový to, nejsem věřící, ale začala jsem se více obracet k Bohu, i když teďka po pravdě nevěřím, ale vzala jsem na milost anděly a rozhodla jsem se, že budu věřit na anděly, kteří stoji při nás. Já už jsem si tolikrát položila otázku, co jsem udělala špatně, že jsem takhle onemocněla a vlastně jsem na nic nepřišla. Myslím si, že jsem svůj život prožila správným způsobem, že jsem dělala to, co mě hodně baví. Jediný to, že jsem si toho brala hodně na sebe, dvě malý děti. Syn bohužel celý dva roky v noci nespal. Já jsem se nevyspala, do toho jsme se stěhovali a do toho jsem otěhotněla vlastně znovu, tak to byly takový hodně těžký chvíle."

Na otázku co by Katka doporučila ženám, které se setkávají s tím to onemocněním, odpověděla *„je velmi těžké, protože když jsem se to dozvěděla poprvé a doufám, že se to nedozvím nikdy už víckrát, tak jsem si myslela jako první, že nebudu brečet, ale volala jsem to svojí mamince a brečela jsem celou cestu, co jsem jela domů. To šlo úplně samo, a pak jsem si říkala tak dost teď je čas začít bojovat a nechtěla jsem nechat tu nemoc nad sebou vyhrát."*

Katce hned po první chemoterapii začali vypadávat vlasy, ale ze všech sil se snažila překonat nemoc i její důsledky *„Nejdřív jsem začala cítít, že mi po chemoterapii vypadávaj vlasy tak jsem řekla, ne ne ty mě nedostaneš, já si je sundam sama a šla jsem a voholila jsem si je a furt jsem se snažila jí ukázat, že když tady si chtěla bejt tak tady seš, ale jen na chvíli. Opravdu si myslím, že to tak i fungovalo, protože ten nádor se vlastně zmenšil."*

Na otázku jaký jsou tři věci, který Katku napadnou, když se řekne slovo rakovina, Katka odpověděla, že bohužel na první místě je smrt, pak těžký boj pro který se člověk rozhodne, že ho chce vyhrát a za třetí jsou modlitby směřované tam někam nahoru.

Kazuistika 2

Jméno: Eliška

Pohlaví: žena

Rok narození:1988

Diagnóza: karcinom prsu na levém prsu, po konzultaci s lékařem byla provedená oboustranná mastektomie prsu

Elišku jsem poznala přes rodinného kamaráda, kterého jsem oslovila s prosbou o pomoc. Věděla jsem, že zná několik žen ve svém okolí, které prodělaly rakovinu prsu. Také jsem věděla, že dokonce měl v práci kolegyni, která prodělala karcinom prsu a musela na rok opustit zaměstnání a věnovat se léčbě. Když jsem ho požádala o doporučení, ihned ho napadla Eliška, protože je to mladá holka a bylo znát, že její životní příběh ho zasáhnul. S Eliškou jsem se domlouvala telefonicky i písemně e–mailem. Třikrát byla schůzka odložena ze zdravotních důvodů nebo z časové vytíženosti, ale nakonec jsme se sešly a rozhovor probíhal ve velmi přátelském duchu. Rozhovor jsme uskutečnily dle Eliščina přání v obchodním domě blízko centra Prahy, vybraly jsme si klidnější místo v jedné kavárně. Během setkání jsme si s Eliškou vykali. Celková délka rozhovoru trvala hodinu, protože Eliška už několik rozhovorů poskytovala a měla své odpovědi jasně zformulované. Možná to bylo i tím, že Eliška pracuje pro společnost Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. a svůj příběh vypráví poměrně často.

Rodinná anamnéza: rodiče zdraví bez závazných zdravotních komplikací.

Osobní anamnéza: Eliška onemocněla ve 23 letech v době, kdy studovala magisterské studium. O svém onemocnění se dozvěděla v roce 2011, kdy pravidelně chodila běhat a jednoho dne se cítila velmi špatně, svou pravidelnou trasu neuběhla a vrátila se domů velice unavená a vyčerpaná. Doma zjistila, že jí píchá v levém prsu a nahmatala si tvrdou bulku. V pondělí 22. 8. 2011 se dozvěděla, že má karcinom prsu. První myšlenky byly, jak tuto náročnou situaci vysvětlit rodičům *„první reakce byla, jak to asi vysvětlím rodičům a co budu dělat, já jsem vlastně v tý době byla ve čtvrtým a měla jsem nastupovat do pátého ročníku navazujícího magisterského studia a měla jsem novou práci. Pro mě první otázka byla tady toho, jak vlastně se bude můj život zaobírat, jestli to půjde zvládnout a jaká léčba mě samozřejmě čeká.“* Eliška šla k lékaři hned, jelikož jí bolelo prso a myslela si, že se jedná o nějaký zánět a dostane antibiotika. Jelikož bylo období dovolených, tak na doporučení od známé, šla k jinému gynekologovi a ten jí naštěstí obratem poslal na mamografické vyšetření, kde jí udělali

ultrazvuk, mamograf a biopsii, za deset dnů si měla přijít pro výsledky. Během této doby, Eliška odjela na dovolenou. Po návratu se Eliška dozvěděla, že karcinom je velký a velmi agresivní a musela podstoupit první chemoterapii během jednoho týdne od obdržení diagnózy.

Zdravotní péče a psychický stav

Z počátku měla naordinovaných osm chemoterapií, ale její tělo to snášelo velmi špatně a docházelo téměř ke všem nežádoucím účinkům. Eliška to nevzdala, byla odhodlaná se uzdravit za jakoukoliv cenu a žít dál svůj život. Eliška měla štěstí, že o práci nepřišla, ale léčba byla velice náročná a často musela mít pracovní neschopnost *„moje práce měla velká omezení. Byla jsem v pracovní neschopnosti, jelikož jsem měla vážné vedlejší účinky chemoterapie, ale naštěstí mi v práci vyšli vstříc. Já jsem po chemoterapii byla týden doma, na čtrnáct dní jsem šla do práce a v polovině chemoterapií jsem musela zůstat doma kvůli náběhu na zápal plic a kvůli náchylnosti na infekci, tak jsem musela zůstat v pracovní neschopnosti.“* Po osmi chemoterapiích Eliška nastoupila na operaci, kde podstoupila oboustrannou mastektomií prsu, odstranění lymfatických uzlin, celkem 27 uzlin na jedné straně. Eliška během léčby prodělala cévní mozkovou příhodu *„bohužel jak jsem měla hodně komplikací při chemoterapií, tak jsem měla špatný krevní obraz a ještě vlivem vrozené vady srdce, tak jsem měla cévní mozkovou příhodu, takže já jsem po tý operaci ochrnula na levou část těla hlavně jakoby ruka, noha potom relativně odezněla.“* Léčba se docela dost zkomplikovala, Eliška byla postavená před další životní výzvu a musela podstoupit operaci srdce. Přiznává, že z důvodu léčby, kterou tělo nepřijalo tak jak by mělo, má dodnes potíže a stále musí být pod lékařským dohledem. S lékařskou péči a přístupem je velmi spokojená a myslí si, že byli velmi pečliví během léčby *„spokojená s lékařskou práci, přístupem, péčí jsem byla nadmíru, ale nevím, jestli to bylo tím, že jsem měla štěstí, primárně jsem mohla jít k tomu známému lékaři, který samozřejmě mi pak domluvil hned onkologii, ale myslím si opravdu, že ta péče v Čechách je na vysoké úrovni. Nesetkala jsem se s nějakým špatným přístupem, naopak, že jsem byla tak extrémně mladá, tak si dávali hodně pozor na to a chodila jsem na další doplňující vyšetření.“* Informace čerpala převážné z internetu, ale Eliška říká, že neměla potřebu vyhledávat si hodně informací, přímo se ptala lékařů a žádná alternativní léčba nepřipadala k úvaze. Na internetu je také hodně nepodložených informací a obávala se, že by dostala ještě větší strach. Pročítala si např. příběhy lidí, kteří si prošli tím samým osudem.

Eliška přiznává, že na onkologii jsou dlouhé čekací fronty a stává se pravidelně, že čekací doba je i několik hodin. Je to způsobeno nedostatkem pracovníků ve zdravotnictví a také, na chemoterapie nefunguje objednávací systém *„je pravda, že se dlouho na onkologii čeká, to*

bylo hodně nepříjemné, ale já jsem to brala jakoby povinnost tam čekat s ohledem na to, že jsem dostala perfektní lékařský přístup, třeba taková daň to čekaní. Ale bylo to opravdu velmi nepříjemné, protože člověku třeba není dobře, tak tam musel třeba čekat dvě, tři hodiny a vlastně čekám tam do dneška. Když jdu na onkologii, tak vím, že mám počítat čtyři hodiny času, knížku, nabítej mobil, pití a svačinu, bohužel to tak je. Ten lékař je přetížený, těch pacietů je tam spousta a je pravda, že když tam člověk dlouho čeká a ví, že za ním tam čeká, dalších dvacet lidí, tak nechce asi toho lékaře zdržovat zbytečně. Myslím si, že by měla být možnost objednání, ale vím, že za současného systému to není možné, že lékaři jsou přetížení a opravdu prostě, i když by rádi věnovali víc času, tak na to prostor nemají."

Eliška byla rozhodnutá nemoc porazit a dělala pro to všechno *„já jsem se rozhodla, že na tu nemoc prostě neumřu, že to prostě pro mě není, já jsem vnitřně cítila, že tu nemoc porazím, že to zvládnu a brala jsem to tak, že teď musím jako něco podstoupit a že to bude náročná léčba, samozřejmě, že jsem si vůbec nedovedla představit jak moc náročná, do jaké míry mě to ovlivní. Myslela jsem si, že budu chodit půl roku na chemoterapií, kde mi pak nebude dobře a že mi vypadají vlasy, ale že to třeba ovlivňuje imunitní systém, lymfatický systém, další spoustu jiných mechanismů v těle, hormonální systém, že mi vypadají řasy, obočí, že přiberu třicet kilo, že nebudu moct vyjít schody, tohle to jsem všechno samozřejmě vůbec nevěděla."*

Eliška tvrdí, že je velmi důležité to nevzdávat a věřit, že léčba bude účinná a mít neustále pozitivní myšlenky *„nebála jsem se, že bych to nezvládla, věřila jsem sama sobě, byla jsem velice pozitivní, radovala jsem se ze života a hodně věci jsem přehodnotila už v době té léčby. Vím, že spousta lidí říká, že to má až po té léčbě, ale já už jsem to měla v tu chvíli. Já jsem se chtěla radovat i z maličkostí, z toho že si můžu jít zalyžovat, že můžu jít tancovat, že mi je docela fajn v ten den a že ho můžu strávit aktivně."* Nejkritičtější období bylo po cévní mozkové příhodě, protože Eliška nevěděla, co bude dál a jaký dopad to bude mít na její léčbu. Bála se, že zůstane ochrnutá na půlku těla, nevěděla, jestli ji rehabilitace pomůže „já jsem podstoupila tolik chemoterapií, nechala jsem si odstranit obě prsa, abych porazila rakovinu a ve finále zůstanu ochrnutá." V tu chvíli musela Eliška sebrat veškerou odvahu a postavit se k tomu čelem.

Eliška zastává názor, že při sdělování této diagnózy by měl být přítomen někdo z rodiny a z odborníků by měli být určitě přítomni psycholog a onkolog *„v ideálním případě by jí to měl sdělovat psycholog společně s onkologem. Měli by jí pomoct ten šok nějak vstřebat, ukázat jí, že je to stav, že to není fatální, že se s tím dá pracovat, provést jí, pokud bude mít zájem celou tou léčbou."* Eliška také zdůrazňuje, že by se nemělo zapomínat na děti, že i oni vnímají, že se

v rodině něco děje, že matka není v pořádku a je velmi důležité jim to vysvětlit a trávit s nimi hodně času. Během léčby by se mělo dbát na komplexní péči. I po léčbě ženy často řeší vedlejší účinky léčby, např. nemohou otěhotnět „ *člověka to hodně změní, ta nemoc mu hodně vezme, ale i hodně dá, já si myslím, že věc, kterou mi dala je takový nadhled. Já jsem byla optimistická i před nemocí, to se nezměnilo, ale neřeším neřešitelné.*

Zdravotní pojišťovny

Eliška si myslí, že zdravotní pojišťovny toho dělají dost pro ženy s nádorovým onemocněním, ale myslí si, že velký problém je v poskytování psychické podpory, navštěvování psychologa a v interdisciplinární spolupráci, která v České republice ještě nefunguje *„tato podpora v České republice není samozřejmá a nefunguje tak jako v komplexních onkologických centrech někde v zahraničí. Třeba v Americe jsou soukromé kliniky, kde pacientka dostane rady od psychologa, onkologa, všeobecného lékaře, sexuologa, neurologa a jsou to odbornicí, který spolupracují. Tak to třeba u nás nefunguje a není, ale myslím si i ze zkušenosti z nějakých evropských konferencí vím, že jsou státy, kde to funguje z poloviny, tak jako třeba u nás. Ta primární péče, pokud jde člověku o život, onkologická vyšetření, CT, operace, apod., jsou v perfektním stavu a opravdu si myslím, že pojišťovny plní to co mají, ale potom ta rekonvalescence, rekondice a ta pomoc nějakého psychoterapeuta, myslím si, že by měla být ve větší míře.“*

Rodinné prostředí

Velkou oporou ji byla rodina, přátelé a také přítel. Všem přátelům veřejně oznámila, jaké onemocnění ji potkalo a že podstoupí léčbě *„energii jsem čerpala sama ze sebe, ale samozřejmě podporou mi byla rodina a přátelé, ale já jsem docela dost lidí kolem sebe chránila, aby nevěděli, čím vším procházím. Od začátku jsem o všem začala mluvit otevřeně, to mi i pomáhalo. Já jsem všem v práci, v rodině, přátelům, i na Facebook jsem dala jasně vědět, že jsem nemocná, že podstupuji léčbu a že věřím, že to zvládnu, ale nechtěla jsem třeba, aby mojí rodiče věděli, jak moc špatně mi je, jsem je chtěla chránit.“*

Ve volných chvílí chodili s přítelem na procházky, chodili tancovat a snažila se věnovat své rodině. K Vánocům si přála nové lyže a před osmou chemoterapií ještě dokázala se na ně postavit na horách a třikrát sjet sjezdovku. Nejtěžší pro ni bylo říct rodičům, že je nemocná.

Eliška si myslí, že do velké míry rakovina prsu zatěžuje finanční stránku rodiny *„ ta žena ať chce nebo ne, tak nějakým způsobem musí omezit svojí pracovní činnost a určitě jsou*

zvýšené náklady na stravu, dopravu, spousta dalších věcích, zdravotní pomůcky, takže určitě je to náročné.

Zaměstnání

Eliška musela přehodnotit své budoucí povolání, jelikož chtěla pracovat na kriminálním oddělením a chtěla být velice fyzicky aktivní *„to bohužel se svým zdravotním stavem vůbec nemůžu, takže to je omezení. Tím, že jsem velmi aktivně sportovala, tak mám omezení i ve sportu. Možná mě to omezení i v tom mít děti, ale určitě žít tak aktivně, jak bych chtěla, trpím únavou, musím jít spát. Kdybych se nad tím zamyslela, tak těch omezení dokonce života je spoustu. Potažmo mě rakovina připravila o obě prsa.*

Od začátku léčby Eliška věděla, že bude chtít pracovat s ženami, které prochází tímto náročným obdobím a doufala, že tímto přístupem pomůže v prevenci a osvětě týkající se tohoto závažného onemocnění. Úsměv a radost ze života ji neopustili ani na chvilku a snažila se ze všech sil bojovat se svou nemocí.

Eliška říká, že mnoho žen musí opustit zaměstnání během léčby a také poté mohou pracovat jen na poloviční úvazek, protože chronická únava jim zůstane napořád *„ta chtonická únava už zůstane napořád, těm ženám po chemoterapiích do konce života a o tom se skoro vůbec nemluví, že se třeba po dvou, třech letech může objevit chronická únava a to se projevuje i na psychice těch žen, hlavně u těch mladých.“* Tato skutečnost je dána i tím, že mladé ženy jsou velice vytížené, mají malé děti, práci a starost o rodinu. Na začátku to ženy nezvládají fyzicky, poté se to projeví na jejich psychice a je velká pravděpodobnost, že onemocní znovu. Eliška se snaží být velice optimistická a vůbec si na nic nestěžuje. Je ráda, že může žít svůj život naplno a nenechává se limitovat svým zdravotním stavem *„ takový ty klišé, jako se říkají, tak člověk potom pozná, že to nejsou klišé, ale realita, ta jeho nová realita. Při sdělování diagnózy byl přítomný partner, současný manžel.* Ten jí také doprovázel na onkologické vyšetření a staral se o ní *„určitě ta nemoc ten vztah nějak posune. Jsem mu vděčná, že se k tomu takhle postavil.* První tři slova, které Elišku napadnou, když se řekne slovo rakovina, jsou organizace, pro kterou pracuje, poté boj a za třetí velká nespravedlnost *„nespravedlnost, protože to množství žen, které znám, které onemocněli tak si to vůbec nezaslouží. Určitě existuje na světě spousta lidí, kteří si o to přímo říkají, svým životním stylem a tím jak se chovají nezodpovědně k sobě, ke svému okolí, ke svému zdraví. Umírají maminky od malých dětí, super lidi, který by si zasloužili a chtěli žít a udělali by proto cokoliv by na světě mohli.*

Organizace, pro kterou Eliška pracuje, se zabývá ženami a snaží se vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace, poskytovat metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocných a sjednotit snahy organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu. Jeden z hlavních cílů tohoto projektu je setkávání žen se stejným onemocněním, které si můžou navzájem sdílet své zkušenosti a podpořit se.

Z vlastní zkušenosti Eliška ví, že povědomí o rakovině prsu je poměrně vysoké, ale samovyšetřování provádí jen málo která žena. Ženy o tom dost slýchají, vědí o tom, ale stále si myslí, že se jich to netýká *„ženy, které provádí samovyšetření prsu každý měsíc je podle mě minimum. I z toho důvodu, že sama edukuju, sama chodím na ty přednášky, učím a ptám se, kdo si pravidelně provádí samovyšetření, tak z padesáti žen z obecenstva se zvedne jedna taková ruka, která třeba ani neví jak je to správně. Je velký kus práce před námi, aby jsme s tím něco udělali.“ Eliška by doporučovala všem ženám, které prochází tímto obdobím, aby to nevzdávaly a bojovaly, protože život stojí za to. Měli by se radovat z maličkostí, užívat si života, otevřeně mluvit o svým onemocnění a věnovat se svým přátelům a rodině.“* Eliška začala s rehabilitací velmi brzo *„ ještě tu noc, co jsem se probudila na Jipce, tak jsem osm hodin cvičila, protože jsem se nechtěla smířit s tím, že tu ruku nerozhýbám, nechtěla jsem přijmout fakt, že zůstanu ochrnuta.* Eliška cvičila pravidelně pod dohledem fyzioterapeuta.

Kazuistika 3

Jméno: Magda

Pohlaví: žena

Rok narození: 1960

Diagnóza: karcinom prsu, horní zevní kvadrant na levé straně

Magdu jsem poznala díky moji mamince, která ji zná několik let, ještě předtím než prodělala karcinom prsu. Jelikož se vídají poměrně často, skoro každý týden, tak se ji zeptala, jestli by mi rozhovor poskytla. Magdu jsem znala jen z vyprávění. Jednoho dne jsem za ní zašla do práce a zeptala jsem se ji ještě osobně. Potvrdila mi, že rozhovor ráda poskytne a vyměnily jsme si kontakt. Potom jsme se telefonicky domluvily na uskutečnění rozhovoru, který probíhal v té samé restauraci, kde jsem uskutečnila i rozhovor s Květou. S Magdou jsem se setkala po pracovní době, kolem půl deváté večer a šly jsme do restaurace, která se nachází asi 300 m od jejího zaměstnání. Rozhovor jsme uskutečnily venku na zahrádce, protože bylo krásně a nebylo zde moc lidí. Magda byla hned od začátku otevřená, vyrovnaná se svým onemocněním a taková rázná, zkrátka člověk, který se s ničím moc nepárá a vše řeší na rovinu.

Rodinná anamnéza: Tatínek zemřel na selhání srdce, měl kardiostimulátor, maminka zemřela na amyotrofickou laterální sklerózu.

Osobní anamnéza: Magda se narodila v roce 1960 a během života neměla žádné závažné zdravotní komplikace. Jednoho dne byla na chatě, svědělo ji na levém prsu, a když si na něj sáhla, tak zjistila, že má bulku. Sdělila to své nejstarší dceři, která byla s ni na chatě a za pár dnů vyhledala lékařskou pomoc *„já jsem to vzala tak jak to je a hotovo tečka. Mě když řekli, že mám rakovinu, tak ta nejmladší dcera byla se mnou. Paní doktorka mi potvrdila na základě všech vyšetření a biopsie, že nález je pozitivní a já jsem vyšla, zapálila jsem si, ta mrňavá se rozbrečela."* Magda si myslela, že podstoupí operační zákrok a všechno bude v pořádku. Léčila se ve Vinohradské nemocnici. Od sdělení diagnózy uplynuly skoro dva roky, dozvěděla se to v říjnu v roce 2015.

Zdravotní péče a psychický stav

Magda má nepříjemnou zkušenost s lékařskou péči v době, kdy její otec byl nemocný *„otec mi umřel nedávno v říjnu, no napsali selhání srdce, měl kardiostimulátor a já nejsem přesvědčená o dostatečný péči a léčbě. Když jsem tam za ním chodila, špatná péče."*

Magda byla velice spokojená s paní doktorkou, která ji měla na starosti *„s paní doktorkou velice, ta je úžasná žena, i jako jizvu pomalu nemám vidět, jo, odoperovaný, i taková jako v klidu, v pohodě, no a pak když jsem byla po tý operaci, že jo, tak jsem ležela na JIPO a ona mi přišla říct, že mi museli vzít ještě uzlinu, že tam byly mikro metastáze a na základě toho mi bylo jasný, že je to chemoterapie, no a to jsem se rozbrečela a to mě sundalo dolů, já byla furt v klidu a furt v pohodě, než mi tohleto řekla."* Potom byla odkázaná na jinou paní doktorku se kterou měla nepříjemnou zkušenost *„oni před těma chemoterapiema dávaj premedikace, dávaj léky sebou domů proti zvracení, že jo, vona mi je jednou zapomněla napsat. Tak jsem dělala bordel u ní, říkám takhle ne teda."* Hned po první chemoterapii Magda musela postoupit i léčbu na obnovení bílých krvinek, jelikož jich měla hodně málo. Tato léčba byla také hodně bolestivá. Po každé chemoterapii jí bylo nevolno, zvracela, nemohla jíst, měla zažívací potíže *„strašný, já sem to prostě nedávala, i ta paní doktorka prohlásila, že sem pro ní byla těžkej oříšek. Byla sem třikrát v nemocnici, já sem nejedla, nepila, já měla hrnek čaje na celý týden, půlku housky na celý týden, já sem to prostě nesla těžce, já sem to nedávala. Léky po těch chemoterapiích, na ty sem se nemohla ani podívat, hned sem šla zvracet, já sem to do sebe ani nedostala."* Magda prožívala ukrutný bolesti, byly chvíle, kdy se válela bolestí, z toho jak ji bylo pořád zle, nedokázala spát a prášky také nemohla brát.

Magda podstoupila celkem devět chemoterapií a je neustále pod lékařským dohledem. Magda vzpomíná na dvě nejkritičtější období, kdy už si nepřála žít *„já sem dala takhle hlavu do polštáře, já už nemůžu, já už chci umřít. A přitom já sem bojovník, já sem silná povaha, klidná povaha, ale prostě sem to nedávala, mě bylo furt tak zle."*

Magda říká, že na chemoterapie musela někdy čekat déle, ale je trpělivý člověk, takže jí to nevadilo. Měla sebou vždy knihu nebo časopisy a četla si *„mě tam měli rádi, pomatují si mě do dneška, já sem všechno házela se srandou, když sem tam chodila na ty chemoterapie. To se vám vždycky udělá dobře, relativně a pak další nápor."* Magda vzpomíná, že největší psychickou zátěží byly chemoterapie *„ty chemoterapie mě sundaly dolů. Do tý doby jsem to brala jakoby normálně."* V současné době, Magda chodí na vyšetření každé tři měsíce.

Magda je spokojená se zdravotní péči, kterou máme tady v České republice *„já si myslím, že pořád je dobrá, oproti třeba Anglii, kde jako mám kamarádku, tak je to tragédie, tady ještě máme zdravotnictví poměrně na vysoké úrovni, já si nemůžu stěžovat, nemůžu."* Magda si to myslí i přesto, že její otec nedostal vhodnou péči, jakou by si představovala *„jako co si budeme povídat, o mladý lidi se postaraj, o ty starý, když už sme za zenitem, tak vám daj*

nějaký, prostě nasadí nějakou paliativní léčbu a tím to končí, já si jako iluze nedělám, absolutně ne. Bohužel je to tak.“

Magda si myslí, že lékaři nemají dostatek času na své klienty *„na tý onkologii, tam to berou jak chleba na krámě, oni vám nasadí léčbu, nasadí vám léky, chodíte na kontrolu, zeptají se vás, jak vám je, bla, bla, hotovo tečka. Oni by se museli zbláznit, kdyby s každým pacientem se měli babrat, podle mě při týhle té chorobě, čím více se o to zajímáte, tím je to horší.*

Z tohoto důvodu, Magdě se stalo, že se dostala do dalších zdravotních potíží, protože lékařka ji zapomněla předepsat medikaci *„ona mi zapomněla napsat léky, co to je? Jo? Honem, honem, rychle, rychle a nenapíše vám léky a já sem si to uvědomila až doma. Nepovažuju to za správný, když tomu pacientovi to má předepsat, tak mu to má předepsat. Pak je to na pacientovi, jestli si to veme nebo ne.“* Magda nepodstoupila žádné rehabilitace a po operaci necvičila, nevzpomíná, že by ji to bylo doporučené.

Zdravotní pojišťovny

Magda si myslí, že zdravotní pojišťovny toho dělají dostatečně dost pro ženy s rakovinou prsů, hlavně v oblasti primární peče *„už jen že platí ty léky, to sou neskutečný sumy a já ty léky beru dále, protože ty léky mám do konce života, třeba ty premedikace co mi dávali, to bylo přes pět tisíc a kdyby si to člověk měl hradit sám, tak jak? I když pro mě ty premedikace to byly vyhozené prachy, protože já sem to nebrala, já sem se na to nemohla podívat. Z tohohle hlediska, já nemůžu říct ani slovo.“*

Rodinné prostředí

Magda měla štěstí, že její dcera studovala zdravotní školu a snažila se ji pomoci, ze všech sil. Nejstarší dcera byla v té době těhotná, vozila ji do nemocnice a také se ji snažila podporovat. Jediná, kdo selhala v těchto těžkých chvílích, byla prostřední dcera, která se o zdravotní stav své matky nezajímala a nekomunikovala. Magda pevně doufala, že uvidí maturitní ples své mladší dcery a že se dočká svého vnoučete, to jí dodávalo energii bojovat.

Magda vzpomíná, že velkou oporu měla ve svých dvou dcerách, ale zároveň se snažila je chránit *„na Silvestra třeba sem jim řekla, seberte se a jeďte na chalupu, co tady na mě budete koukat, jo? Musela sem si to vyžrat sama, nikdo nepomůže, nikdo. A říkám, je to všechno v hlavě.“* Magda doporučila svým dcerám, aby pravidelně chodily na kontroly a byly opatrné v tomto směru.

Během léčby se Magda nemohla věnovat žádným koníčkům, dívala se na televizi a ani to jí nebavilo. Vzpomíná, jak jednou šla s dcerou na procházku, ušly dvě stě metrů a Magda nemohla dojít domu, byla neustále vyčerpaná a unavená *„akorát ležíte jako mrtvola a čekáte co bude, jo, a taky furt vám šrotuje něco v hlavě.“* Magda pociťuje i v dnešní době vedlejší účinky léčby, má neustále zažívací potíže. V okolí jizvy necítí okolní tkáň. A při fyzické aktivitě jí to prso bolí. Magda říká, že přehodnotila hodně věcí, ale vždycky byla optimistická. V dnešní době se nezabývá maličkostmi a vytěsňuje nepodstatné věci. Velice si váží vlastní rodiny, která při ní stála, po celou dobu. Magda po celou dobu léčby byla velice otevřená ke svému okolí, na rovinu sdělovala, čím si prochází, ale mrzelo jí, že se její dcery s tím také trápí a psychicky je to zatěžuje.

Magda si nezjišťovala žádné informace, ale dcery ji nabízely, aby navštěvovala organizaci Mammahelp, což ona odmítla. Nechtěla nosit ani paruku, jen šátek *„já sem to všechno zavrhla, já sem říkala, buď se s tím poperu, ustojím to nebo ne a všechno je v hlavě, všechno je v hlavě.“*

Zaměstnání

Magda musela přerušit své zaměstnání, byla tři čtvrtě roku na neschopence. O zaměstnání nepřišla, ale myslí si, že tato nemoc je finanční zátěží. Měla štěstí, že je v důchodovém věku a pravidelně jí chodí důchod, na nemocenský byla čtyři měsíce. Magda pracuje jako prodavačka a je velice přátelská. Magda nezná nikoho ve svém okolí, kdo by trpěl tímto onemocněním. Magda říká, že nedokáže dát žádné doporučení ženám, které procházejí tímto obdobím *„nejsou žádné doporučení, podle mě ne. Já upřímně řečeno sem se z toho vylízala a víc to neřeším. Kdo si tím neprošel, tak to nepochopí a to si myslím já a za druhý, jako každý jsme jiný, někdo s tím bojuje, někdo tomu podlehne, jo a jak znovu opakuji, všechno je v hlavě.“* Magda se těšila do práce, čekala jenom, aby jí narostly vlasy. Hned po první chemoterapii ji začaly vlasy vypadávat *„ona mě na to upozorňovala doktorka, já sem šla na ty chemoterapie, v neděli si du umejt vlasy, doma nikdo nebyl, ta nejmladší byla pryč, no a tak říkám, tak se dám do gala, umyju si vlasy, hlavu, teď to spláchnu a plná vana vlasů. Podívala sem se na sebe do zrcadla a takhle mi začaly téct slzy, no tak sem tak stála u toho zrcadla a říkala si, Magdo neřvi, udělala sem kolo kolem baráku, srovnala sem si to v hlavě a tím to pro mě skončilo.“* Magda říká, že někteří lidé se na ní koukali, ale nic si z toho nedělala *„pokud na mě koukali jako na exota, já sem chodila v šátku, že jo, tak sem si řekla, to je váš problém, ne můj.“*

Kazuistika 4

Jméno: Květa

Pohlaví: žena

Rok narození:1944

Diagnóza: Mastopatia fibrosa mammae 1. dx.

Květu jsem poznala díky moji mamince, která ji zná několik let. Květa bydlí v Praze, je v důchodu a žije společně se svou dcerou.

S Květou jsem se domluvila telefonicky na uskutečnění rozhovoru, který proběhl v restauraci na Praze 6. Původně jsme se domluvily, že budeme někde venku na lavičce, ale bohužel nám to nedovolilo počasí. Místo setkání jsme měly u mojí maminky v práci a poté jsme šly do restaurace. Bylo to klidné prostředí, restaurace byla úplně prázdná, protože jsme tam byly v 10 hodin dopoledne. Celková doba rozhovoru byla zhruba dvě hodiny.

Velice jsem si přála uskutečnit rozhovor s Květou, abych zjistila, jaké to bylo v minulosti, když někdo měl nález na prsu a jak probíhalo léčení. Květa se na setkání moc těšila, přinesla lékařskou dokumentaci a dokonce mi i ukázala prso, kde byla provedená exstirpace.

Rodinná anamnéza: Tatínek zemřel na rakovinu střev, matka zemřela na cévní mozkovou příhodu.

Osobní anamnéza: Květa se narodila v roce 1944. Po narození, Květa měla nález na bradavce, který ji odřízli. Přesně neví, co to bylo, ale je to na stejném prsu, kde prodělala exstirpaci. Po tomto zákroku hodně zhubla a musela být několik dni hospitalizována. Jinak Květa neměla žádné zdravotní komplikace a nepamatuje si, že by někdo z rodiny onemocněl na rakovinu prsu. Květy manžel umřel na rakovinu plic.

Dle vyprávění, Květa jednoho dne při kojení si všimla, že má na prsu bulku. Po dlouhém váhání se rozhodla vyhledat lékařskou pomoc, protože nemohla zatěžovat pravou ruku *„ten nádor jak narůstal, tak přestala fungovat pravá ruka, ono to bylo prorostlý i jako pod paždím, tak já dodneška většinu prací dělám levačkou.“* Květa vzpomíná, že za měsíc zhubla 10 kilo, jelikož se s tím hodně psychicky trápila. Byla mladá, měla dvacet čtyři let a nechtěla přijít o prso. Přemluvila ji její maminka, aby šla do nemocnice.

Zdravotní péče a psychický stav

Po dlouhém váhání a přemlouvání navštívila Motolskou nemocnici, kde ji oznámili, že ji odeberou prso. Květa z nemocnice utekla, protože o něj nechtěla přijít. Přes kamarádku se dostala do Vojenské nemocnice, kde pan doktor ji oznámil, že zkusí rychlou histologii a celý zákrok by měl trvat dvě hodiny *„bylo to načerno, jelikož jsem nebyla zaměstnanec Vojenské nemocnice, no, bylo to vyloženě načerno, úplně zadarmo, ne jako dneska se to uplácí, nic si nevzal.“* Květa vzpomíná, že pan doktor měl velice vstřícný vztah a velice ji litoval, že v tomto věku musí podstoupit takový zákrok. Ihned po operaci musela jít domů *„manžel mě tak brzo ráno odvez na převaz a zase domu, to nešlo, to bylo hrozně přísný v tý Vojenský nemocnici, doktoři chodili v uniformě, jenom si na to hodili plášť.“* Květa bylo velice ráda, že nádor nebyl zhoubný, že se jednalo o nezhoubné cysty. Pravidelně musela chodit každý půl rok na kontroly, ale nesměla chodit do Vojenské nemocnice, musela chodit k jinému lékaři, který byl chirurg a byl to kamarád lékaře, který ji prováděl exstirpaci. Dnes chodí na kontrolu jednou za dva roky.

Po operaci trvalo dlouho, než se to celé zahojilo. Exstirpace proběhla při vědomí, byla udělaná jen lokální anestezie. Celková doba operace trvala hodinu a půl. Květa vzpomíná, že operace bylo komplikovanější, než se předpokládalo *„bylo to při vědomí, jenom mi to opíchali, umrtvili, vždycky se mě ptali, cítíte něco, když jsem nic necítila, tak mi přidali. On říkal, že to bude trvat chvíli a trvalo to hodinu a půl, začal nadávat „ „ to jsem netušil, že ji to prorostlo mezi žebra. Pamatuji si, jako dneska, když to uštipovali a házeli to do nějaké nádoby, jak to cinklo, to muselo být hrozně tvrdý a bylo toho hodně“ .“* Při operaci byl přítomen i medik, který se zaučoval a s kterým je Květa v kontaktu dodnes. Květa je ráda, že z Motolské nemocnice utekla, protože by přišla o celé prso. Poté ji bylo doporučeno, aby neotěhotněla *„mě bylo doporučeno, abych neotěhotněla, dvakrát jsem otěhotněla, to mi dělali interrupci zadarmo, nesměla jsem otěhotnět, že by to jako nebylo dobrý, ale v tom roce sedmdesát jsem tu dceru zatajila a šla jsem až v pátém měsíci na kontrolu, protože bylo to dobrý, ale říkám, to kojení bylo obtížnější.“* Květa neměla odkud získat informace o svém onemocnění, neznala nikoho ve svém okolí se stejnou diagnózou. Uvědomuje si, že dnes je to úplně jinak, zná organizace, které poskytují poradenství a starají se o ženy s tímto onemocněním. Nejvíce se jí líbí Avon pochod, do kterého se hodně zapojuje i její vnučka.

Květa vzpomíná, že byla opatrná, aby se do toho prsa neuhodila, ale jednou se ji stala taková nehoda, která ji hodně vyděsila a vážně se obávala, aby se ji onemocnění znovu nevrátilo *„byla pout‘ tady na Praze 6 a já jsem tu mojí dceru na lodičce houpala a někdo na mě*

promluvil, já jsem se otočila a ta lodička mě bouchla. Ono to snad ani tak nebolelo, jako jsem dostala šok. Tak jsem se strašně dlouho kontrolovala, modřiny jsem měla."

Květa uváděla, že v té době, medicína nebyla vůbec připravená na tato onemocnění. Neexistovala chemoterapie, lékaři dělali, co bylo v jejich silách, ale to vybavení nemocnic bylo velmi chudé. Na první mamograf šla v roce 1980 na Karlovo náměstí.

Květa vzpomíná i na přistup, který prožila při léčbě rakoviny svého manžela a myslí si, že by lékaři měli mít na své klienty více času, více se jim věnovat a povzbuzovat je *„manžel ten mi zemřel, teď je to pět let, na rakovinu plic, ale brali ho jako kus, nějakej cit, vůbec. Třeba jedna paní doktorka, když zastupovala tu jeho paní doktorku, tak manžel ji říkal „ „už mi rostou vlasy, že jo" ", ona říká „ „no, už jste trošku jako Bruce Willis" " ,když jsme šli příští týden na kontrolu, k tý naší doktorce, říká „ „ nedělejte si moc naději, prostě vlasy vám neporostou, jednou je tady nález, tak je tu nález. Já ji nenávidím, od té doby, muž ztratil chuť do života. Manželovi by určitě ty vlasy začly růst tou psychikou, že by si myslel, že ty vlasy jsou delší, ale tím pádem on úplně rezignovat."* Květa říká, že manžel pevně věřil, že se z toho dostane, to mu dávalo sílu dále bojovat, ale tento přístup mu hodně ublížil a ztratil veškerou naději *„on jim věřil, on jim hodně věřil."* Po celou dobu léčby Květa podporovala svého manžela, chodila s ním na chemoterapie a trávila s ním každou chvíli. Květa dokonce dva roky tajila svému manželovi, že je vážné nemocný a říká *„já myslím, že není nikdo, kdo by to chtěl vědět, já jsem to nechtěla vědět, nechtěla, já jsem tomu nevěřila. Já jsem věřila, že budu zdravá a to tě posílí víc než, když ti to v první ráně řeknou."* Květa říká, že člověk musí věřit do poslední chvíle tomu, že se uzdraví *„každá naděje je dobrá, každá."* Květa zdůrazňovala, že velmi důležitá je prevence. Preventivně si chce nechat odstranit dělohu a pro radu půjde k bývalému medikovi, který stál u exstirpace, ale zároveň se poradí i s jinými lékaři.

Květa tvrdí, že v minulosti lékaři měli vřelejší vztah, do své práci vkládali mnohem větší úsilí a bylo to pro ně opravdové povolání „*ty doktoři byli vstřícnější, takový chápající. Třeba jsem narazila na dobrý doktory. Pak když jsem strašně zhubla na těch dvaačtyřicet kilo, tak jsem byla na výživě v Krči, tam že mě vykrměj a tam na mě byli strašně hodný, ale nešlo jenom o to, že já jsem hubená, tam byli i tlustý ženský. Dneska jsou na ně sprostý ty doktoří, s odpuštěním, „ „přežíráš se, jíš sladký, nekontroluješ se" ", to tam nebylo. Oni je brali fakt jako nemocný, že to je nemoc."* I když prošlo tolik let, pokaždé když jde na vyšetření, tak se bojí, aby neměla nález *„můžu ti říct, že až půjdu teď za rok na ten mamograf, tak se toho vždycky bojím, vždycky."*

Květa by doporučila ženám, které teď prochází tímto obdobím, aby měly to štěstí a potkaly dobrého doktora, vyzkoušeli i víc doktorů, aby měly více informací a jiný pohled. Souvisí to i s tím, že jeden doktor ji doporučoval ihned prso odstranit a druhý ji ho zachránil. Bylo vidět, že Květa si o každém lékaři získává informace *„nevěřím jim, musím si je prověřit, i obvodního lékaře jsem si prověřila. Teď můj lékař šel do důchodu, mám jinou paní doktorku, která mi připadá, že je jako svědomitá, ale na mě nevidí žadnej vejdělek.“* Dále také si myslí, že lékaři dnes hodně koukají na finanční stránku, Květa si zjišťovala, že za každý den, obvodní doktorka dostává 7 Kč za každého člověka a říká, že *„pro ně zdravý člověk není pacient a nemocnej pokud možno co nejvíc si ho udržet.“*

Rodinné prostředí

Květa nevzpomíná, že by měla velkou podporu rodiny během léčby *„můj muž byl muzikant, ten chodil hrát, prostě mě postavili před hotovou věc, to tak bylo celý život jako. Já jsem ukecaná, já jsem veselá, já si z ničeho nic nedělám a to že jsem prodělala tuhle zkušenost, tak co tě nezabije, to tě posílí a je to pravda. Žádné litování, žádné úlevy.“* Navíc se musela starat o celou domácnost a svou tchyni, která byla nevidomá.

Květa vzpomíná, že největší obavy měla o své malé dítě, které mělo dva a půl roku. Před operací zašla za bývalou přítelkyni svého manžela a poprosila ji, aby se ji o syna postarala *„oni vás napadají hrozný věci, kdo to nezažil, tak neví.“*

Květa vzpomíná, že dvě kamarádky za ní přišly, aby se jim podívala na prso, kde měli bulku. Nedávno za ní přišla i neteř, které je dvacet let a měla také bulku. Naštěstí to bylo v pořádku. Celou dobu Květa byla k svému okolí otevřená a upřímně mluvila o svém onemocnění.

V současní době, Květa nemá dobré vztahy se svými dětmi a říká, že její životní boj není dostatečně oceněný od jejích dětí. Nedokážou ocenit to, co pro ně udělala. Celý život se snažila žit skromně a šetřila, ale dnes děti pohrdají jejím majetkem a bojí se toho, aby nepřišla o vše.

Zaměstnání

Po operačním zákroku musela Květa dát výpověď v práci, jelikož nemohla zatěžovat pravou ruku a psaní do vkladních knížek vyžadoval krasopis *„nechodila jsem do práce, dělala jsem ve spořitelně a tu pravou rukou jsem furt šetřila, to tenkrát, před těma letama, se psalo do*

vkladních knížek tužkou, inkoustovou tužkou, která nešla vymazat a musel být krasopis, to jsem dělat nemohla, tak jsem dala výpověď.

Přestože Květa musela dát výpověď v zaměstnání, tak po krátké době si našla nové zaměstnání a nepamatuje si, že by z tohoto důvodu měla finanční potíže. Také říká, že byla zvyklá více šetřit a v té době ty ceny nebyly takové vysoké, jako jsou dnes. Z výplaty si mohla dovolit koupit si více věcí, rodina byla zajištěná, neměli žádné dluhy. V dnešní době si uvědomuje, že ten životní styl je jiný, rodiny se často dostávají do finanční tísně, mají hypotéky např. na bydlení, když jeden z partneru onemocní, tak je to velká zátěž pro celou rodinu i z finančního hlediska.

5.4 Výsledky šetření

Na začátku výzkumného šetření byl stanoven **hlavní cíl diplomové práce a dílčí výzkumné otázky,** které se týkají vlivu rakoviny na **psychosociální aspekty život žen,** které prodělaly toto onemocnění. K získání potřebných informací v rámci kvalitativního výzkumu byly použity techniky polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a analýzy lékařské dokumentace. V rámci svého šetření jsem se setkala se čtyřmi respondentkami. Dvě respondentky byly z Prahy a dvě respondentky byly ze Středočeského kraje. Rozhovor byl vždy proveden na místě, které si samy respondentky vybraly. Ve dvou případech to byla restaurace, dále to byla kavárna a zahrádka. Všechny respondentky jsem poznala díky svým kamarádům, přátelům a rodině. Tato skutečnost měla značný **vliv na průběh našeho rozhovoru,** jelikož první krok byl ten, že respondentky byly již osloveny mými kamarády a přáteli, kteří jím představili můj záměr. Následně mi předali informaci, že respondentky s **rozhovorem souhlasí** a mohla jsem si je osobně oslovit. Respondentky ke mně měly od začátku **velkou důvěru a byly velice otevřené.**

Cílem mého výzkumu bylo zjistit jaký vliv má rakovina na vybrané psychosociální aspekty života žen, které prodělaly toto onemocnění. Získané výsledky šetření ukazují, že rakovina má velký dopad na psychosociální aspekty života žen. Kvůli rakovině prsu, ženy často čelí zdravotním i finančním problémům, problémům v rodině, v zaměstnání, v interpersonálních vztazích i v běžných činnostech. Z výzkumu lze obecně vypozorovat, že tyto ženy se musí vyrovnávat zejména se změnami, které se týkají jejich **zdravotního stavu, osobního života**, **rodinného života, zaměstnání, profesního uplatnění a volnočasových aktivit,** a také se změnami, které přináší jejich onemocnění **v interakci s většinovou společností**. Často respondentky uváděly, že nejvíce jim chyběla odborná psychologická podpora a interdisciplinární spolupráce mezi odborníky.

Během výzkumného šetření byly dále nalezeny odpovědi rovněž na dílčí otázky.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaký vliv měla rakovina prsu na rodinný život. Ukázalo se, že rakovina **má velký vliv na rodinný život** a dokáže ho velice změnit. Tři respondentky uvedly, že největší **podporu** našly **v rodině,** jen Květa uvedla, že se s tím musela poprat sama. Také uváděla, že žila v jiné době, kdy žena se musela o rodinu postarat za každou cenu, na manžela se moc spolehnout nemohla. Nejvíce se mohla spolehnout na svoji maminku. Všechny respondentky uvedly, že rakovina měla **velký zásah na psychiku celé rodiny.** Tři respondentky uvedly, že rodina chtěla být **velkou oporou,** členové rodiny se chtěli aktivně

zúčastnit celého procesu léčby, proto vyhledávali informace, doporučení a pokaždé ženy doprovázeli do lékařských ordinací. **Partneři** dvou respondentek museli rodinu **finančně zabezpečit.** Jeden z partneru se také musel postarat o dvě malé děti. Stejně tak dcery Magdy, ji doprovázely na chemoterapie a trávily s ni hodně času. Magda uváděla, že v kritických chvilkách vše dělala jen pro své dcery, donutily ji něco sníst, vzít si léky a pokračovat v boji. Všechny respondentky vzpomínaly na to, že **rodina jim dávala velkou silu jít dál** a nevzdávat to.

Největší dopad má rakovina na **fungovaní matky v rodině.** Matky se musejí vždy o rodinu pečlivě starat. Z důvodu vedlejších účinků léčby, to bylo často nemožné, **neměly sílu pečovat o své děti** a bály se o ně. Naopak např. u Magdy nastala situace, kdy děti se musely postarat o ni. Během léčby, nastaly i situace, že celá rodina musela **zafungovat jako jeden celek** a museli pevně držet při sobě. Jak již bylo zmíněno, toto onemocnění má také dopad na finanční stránku rodiny, jelikož jeden člen přijde o své zaměstnání a přijdou náklady na léčbu. U dvou respondentek významnou roli hráli partneři, kteří dokázali rodinu **dobře zabezpečit a psychicky podpořit.**

Také se ukázalo, že největší **motivací** pro respondentky **byly děti, byly zdroj síly a energie pro matky,** které byly ochotny bojovat s nemocí do poslední chvíle. Katka uváděla, že byly dny, kdy nemohla slézt z postele, ale za každou cenu si přála, aby se uzdravila a mohla jít na procházku se svými dětmi a mohli trávit čas společně. Po uzdravení každá respondentka uvedla, že **si nejvíce váží své rodiny.** Dvě respondentky uvedly, že měly **velký strach** o své malé děti a potřebovaly si ujasnit, kdo se o ně postará, pokud zemřou. Jedna respondentka také uvedla, že to byla **velká zkouška** pro její tři dcery, z nichž jedna přestala úplně komunikovat a nezajímala se o matčin zdravotní stav. Během rozhovoru jsem pochopila, že ani ji nepovažuje za součást rodiny, pro ni rodina opravdu znamená jen blízké osoby, které **v těžkých chvílích byly vždy poblíž.**

Zároveň respondentky uvedly, že se snažily svou **rodinu chránit,** aby její členové také tolik netrpěli. Na začátku se respondentky bály říct jim vše na rovinu, ale postupně se ukázalo, že jim **velice pomáhá mluvit otevřeně** a bez zábran. Proto všem sdělily, že trpí rakovinou a otevřeně o tom mluvily. Jedna respondentka dokonce tuto skutečnost oznámila prostřednictvím sociálních síti.

Všechny ženy uváděly, že nejdůležitější je psychický stav, že vše se dá ovlivnit psychikou. Pro všechny respondentky to byla velmi náročná životní situace, náhlá, a její

důsledky pociťují i do dnes. **Zdravotní komplikace** v důsledku léčby budou mít **celý život.** Mezi zdravotní potíže, které je trápí, patří zažívací potíže, chronická únava a hlavně psychický dopad nemoci. Respondentky vyjadřovaly obavy vůči svému zdravotnímu stavu a bojí se, aby se nemoc znovu nevrátila. Snaží se nekouřit, nepít alkohol a jist zdravě, jen jedna respondentka uváděla, že dost kouří. Během rozhovoru vykouřila pět cigaret, což si myslím, že bylo dáno do značné míry nervozitou.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit **vliv rakoviny na zaměstnání.** Z rozhovorů vyplývá, že rakovina prsu způsobuje **velké omezení ve výkonu jejich zaměstnání.** Všechny respondentky musely **opustit své původní pracovní místo.** Dvě respondentky měly pochopení u zaměstnavatelů, i když během léčby nemohly do zaměstnání docházet z důvodu **vedlejších účinků léčby.** Po ukončení léčby se mohly do zaměstnání vrátit. Ze strany zaměstnavatele to byl dobrý přístup, když umožnil respondentkám se po ukončení léčby vrátit do práce. Jeden ze zaměstnavatelů dokonce umožnil respondentce, aby chodila do práce dle vlastních možností. **Vedlejší účinky** ale byly velmi silné a hrozilo infekční onemocnění.

Ve všech případech, **léčba trvala dlouho,** ženy se mohly vrátit do svého zaměstnání nejdříve **až po roce a půl.** Všechny ženy uváděly, že **mají vedlejší účinky léčby,** což jim způsobuje potíže i při vykonávání zaměstnání. Cítí se **unaveně a mají zažívací potíže,** jedna respondentka uváděla, že chodí na dvanáctihodinové směny a po celou pracovní dobu nic nejí. Také se ukázalo, že respondentky nečerpaly žádné příspěvky, většina žen z důvodu nemoci, je na pokraji svých sil a nemohou si chodit žádat o nějaké příspěvky.

Přerušení zaměstnání má **velký dopad i na finanční stránku celé rodiny.** Léčba je pro celou rodinu **finančně náročná,** jelikož přijdou další finanční výdaje např. doprava do nemocnice, jiné stravovací návyky, apod. Velkou roli při zvládání této situace hraje rodina. Léčba probíhala většinou v ambulantní podobě, ale ve dvou případech byla nutná i hospitalizace. Všechny respondentky, které **podstoupily chemoterapii, měly silné vedlejší účinky, všem vypadaly vlasy, trpěly bolestni, nevolností, zvracely a byly unavené, vyčerpané a většinou na pokraji svých sil.** Jedna respondentka dokonce prodělala cévní mozkovou příhodu, která ještě více zkomplikovala léčební proces.

Eliška musela úplně **přehodnotit své budoucí povolání,** protože chtěla pracovat na kriminálním oddělení, ale její zdravotní stav jí to nedovolí. Také během léčby se rozhodla, že **bude pracovat pro nějakou neziskovou organizaci,** aby pomáhala ženám s tímto onemocněním. Tento záměr měla i Katka, ale ta nechtěla tuto práci vykonávat na plný úvazek,

ale jen dobrovolně přispět k nějakému projektu. Všechny respondentky uvedly, že během léčby **nebyly ve spojení s žádnou organizací,** která se zabývá ženami s nádorovým onemocněním, ale jejich činnost je jim známá.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaký **vliv měla rakovina na psychický stav žen.** Z výzkumu vyplývá, že rakovina **má velký dopad na psychiku žen,** které trpí tímto onemocněním a také **na jejích blízké.** Katka uváděla, že největší psychický dopad toto onemocnění mělo až po ukončení chemoterapie. Velký podíl na tom měla smrt tatínka, který podlehl rakovině. Po této události Katka musela vyhledat **odbornou pomoc psychologa** a začala užívat antidepresiva. Všechny respondentky uváděli, že od samého začátku byly pevně **rozhodnuté rakovinu porazit.** Přes veškerou pevnou vůli, během léčby nastalo několik kritických období, kdy jim docházely síly, ale i přes veškeré vyčerpání nepřestávaly bojovat. Magda uváděla, že „všechno je v hlavě“ a je velmi důležité, aby ženy **neztrácely naději.**

Během výzkumného šetření, jsem se také setkala se známou bloggerkou, která prodělala rakovinu a teď se této problematice věnuje. Potvrdila mi, že **odborná psychologická péče ženám velmi chybí.** Denně dostává desítky dotazů a snaží se všem ženám odpovědět a podpořit je. Myslí si, že hlavní důvod proč ženy se na ní obracejí, jen ten, že **psychologická péče je dráha a málo dostupná.** Také jako jediná, začala veřejně psát o svých pocitech, které prožívala během léčby. Za toto získala **velký obdiv a důvěru žen,** jelikož nikdo nepsal takto otevřeně o svých emocí. Dále mi potvrdila, že je velmi náročné si to přiznat, proto ženy během léčby např. nenavštěvují organizace, které se této problematice věnují. Uváděla, že psychologické oblasti v následujících letech se musí **věnovat velká pozornost.** Také měla zkušenost s tím, že čekací doba na chemoterapie je až 5 hodin, prostory ve kterých je chemoterapie podávaná **jsou nedůstojné,** v ordinaci je až 10 pacientů, někteří zvrací, omdlívají a tento pohled je velmi náročný pro všechny zúčastněné.

Myslím si, že pozornost by měla být **věnovaná i prostorům,** ve kterých se ženy pohybují. Měli by být barevné, ozdobené dekorací, prakticky zařízené a vydávat pozitivní energii, tak aby se v nich ženy cítily uvolněně a dobře.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaký **faktor nejvíce znesnadňoval období léčby.**

Kromě vedlejších účinků léčby, některé respondentky uváděly, že by uvítaly **lepší lékařskou péči a zejména psychickou podporu.** Velmi spokojené byly respondentky, které měly lékaře z okruhu svých známých. U třech žen ze čtyř byla zjištěná nějaká nespokojenost během léčby. Bylo to především z důvodu toho, že lékaři **nemají dostatek času** a některé

respondentky uvedly, že dokonce jim brali naději na uzdravení a **nedokázali je dostatečně psychicky podpořit.** Magda uváděla, že tuto situaci zcela chápe. Zastávala názor, že by lékaři neměli navazovat s lidmi emoční vztah, jelikož je to může pracovně zatěžovat, při neúspěchu léčby demotivovat. Také uváděla, že měla **hodně závažné vedlejší účinky** hned na začátku léčby, jelikož jí paní doktorka zapomněla předepsat medikaci. Myslí si, že lékaři mají hlavně určit diagnózu a zvolit nejadekvátnější způsob léčby. Z výzkumu tak vyplývá, že **lékaři nemají dostatek času** na své klienty, **jsou přetížení a z toho vyplývá i nedostatek komunikace.** Respondentky uváděly, že na onkologii **jsou dlouhé čekací doby** a hodně lidí. Jelikož zdravotný stav žen s nádorovým onemocněním není příznivý, tato skutečnost **je velmi náročná,** obzvlášť když se na chemoterapie **čeká až dvě hodiny.** Dále se ukázalo, že je velmi důležité, aby ženy si našly lékaře, kterému **důvěřují, který s nimi jedná upřímně a se vší úctou.** Lékaři by měli **být trpěliví, měli by mít pochopení a měli by naslouchat a odpovědět na všechny dotazy.** I vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivou záležitost a kompletní sdělení informací má **prokazatelný vliv na stav a další rozhodování těchto žen.** Dále jedna respondentka doporučovala, aby ženy vyslechly **názor i jiných odborníků,** aby se zapojily do **hledání řešení** své nastalé životní situace a aktivně tuto situaci řešily. Při sdělování diagnózy, by měl být **přítomen i jeden člen z rodiny** a také nejlépe psycholog, ukázalo se, že **interdisciplinární spolupráce zcela chybí** a při sdělování diagnózy je přítomen jen lékař a klient.

Velmi důležitá je také **primární prevence.** V České republice je tato prevence hrazená od 45. let věku. Z výzkumu také vyplývá, **že tři ženy ze čtyř měly nález před 45. rokem života.** Zdá se, že vyšetřením před 45. rokem **není věnovaná dostatečná pozornost.** Tato skutečnost se stala osudová i pro jednu respondentku, která rok předtím na vyšetření byla a její obavy nebyly vyslyšeny. Z vlastní zkušenosti můžu potvrdit, že někteří lékaři **nepřikládají velkou váhu prevenci u mladých žen.** Na začátku psaní své diplomové práce jsem chtěla poznat, jak toto vyšetření probíhá. Hned na začátku jsem paní doktorce sdělila, že mě bolí pravé prso a proto jsem přišla. Paní doktorka provedla vyšetření, podala mi zprávu a to bylo všechno. Když jsem se začala dotazovat, jestli to je v pořádku, jaká může být příčina a na kolik je vyšetření spolehlivé, tak mi sdělila, že pokud žena je mladá, tak si na nádor přijde sama, dřív než by na to přišli lékaři. Také mi sdělila, že na vyšetření nemusím pravidelně chodit, až ve 45. letech. Další skutečnost, která pro mě byla zarážející, byla ta, že paní doktorka výsledky vyhlašovala v čekárně, kde bylo zhruba 10 žen. V této chvíli se tyto ženy neměly možnost na nic zeptat. Pokud nějaká žena musela ještě jednou absolvovat vyšetření, tak se v čekárně na ní

upřely všechny pohledy a takto se dostávala do značného stresu. Paní doktorka byla velice zaneprázdněná, i přestože vše fungovalo na základě objednání a běžné čekací doby.

Z výzkumu také vyplývá, že **nejvíce informací respondentky získávali od lékařů, rodiny a známých.** Nikdo plně nedůvěřoval informacím, které jsou na internetu a také respondentky neměly potřeby si tyto informace vyhledávat, aby **se nedostaly do ještě většího stresu.** Respondentky si myslí, že je **velmi důležitá komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocním.** Komunikace může velmi **příznivě podpořit psychiku ženy a také může významně ovlivnit průběh léčby.** Tato komunikace může **působit i psychoterapeuticky.** Další nedostatek je v interdisciplinární spolupráci. Při sdělení diagnózy a během léčby by určitě měly být zapojení **všichni odbornici, zejména psycholog, terapeut, neurolog, speciální pedagog, apod.**

Chtěla jsem zjistit, jestli medicína v léčbě rakoviny udělala nějaký pokrok. Proto jsem uskutečnila rozhovor s Květou, která prodělala exstirpaci v roce 1967. Zjistila jsem, že **pokrok je významný, obzvlášť v diagnostice a prevenci.** Také možnosti léčby jsou na lepší úrovni a vybavení nemocnic je mnohem bohatší.

Rakoviny se naprostá většina lidé děsí, jakmile někdo onemocní rakovinou, stane se to jeho hlavní charakteristikou, ale dotyčný člověk **může mít třeba jiné role a vlastnosti,** např. inteligenci, osobní kouzlo, smysl pro humor, velkorysost, apod., ale ve chvíli, kdy onemocní, tak se **ztrácí jeho lidská identita.** Při léčbě rakoviny je velmi důležité, aby nebyla zaměřená jen na tělo, **ale na celou osobnost jedince,** jelikož se jedná o **problém těla, mysli i emocí. Emocionální a psychická složka hrají velmi významnou roli při léčbě.**

Zdravotní pojišťovny

Jedna respondentka byla nespokojená s tím, že zdravotní pojišťovny toho dělají málo a měly by po vzoru západních zemí **v této oblasti se více angažovat.** Uváděla několik příkladů, kdy v naší zemi je hrazená **jen primární péče,** ale nedbá se tolik na vedlejší účinky onemocnění. Dále uváděla, že některé osoby jsou odmítnuté **bez udání důvodu a nemají nárok na léčbu,** jakou by si představovaly. Také zdůrazňovala, že věci, které hradí zdravotní pojišťovny, jsou **základní věci, které ani esteticky nevypadají dobře.** Pokud žena chce vypadat dobře, tak si musí vše hradit sama, např. musí si sama koupit kvalitní paruku, šátky, epitézu, apod., což v důsledku také má **vliv na sebevědomí žen a na jejích psychický stav.** Ostatní respondentky uváděly, že jsou si plně vědomé toho, že léčba karcinomu prsu je velmi nákladná, obzvlášť medikace a byly spokojené, že alespoň toto je zcela zdarma.

6 Závěr

Psaní této diplomové práce pro mne bylo velkým přínosem, získala jsem nové poznatky týkající se nádorového onemocnění, symptomatologie a s nim souvisejících oblasti kvality života a možnosti intervence v rámci terapie. Setkání a uskutečnění rozhovoru s respondentkami bylo pro mne velkou životný události a na jejích příběhy vzpomínám denně.

Hlavní i dílčí cíle výzkumného šetření diplomové práce byly naplněny. Přínosem předkládané diplomové práce pro obor speciální pedagogiky je představení psychosociálního dopadu tohoto onemocnění na kvalitu života žen, které prodělaly nebo dosud trpí tímto onemocněním. Dále jsem se pokusila uvést možnosti terapie, které mají nezastupitelnou roli v podpoře a prevenci psychických i fyzických obtíží. Bohužel této oblasti není v tuzemské odborné literatuře věnována dostatečná pozornost. Tradiční onkologické přístupy se zaměřují na ambulantní diagnostiku a následnou léčbu pomocí infuze, chemoterapie nebo ozařování. Tyto zákroky by měli jít ruku v ruce s následnou psychologickou podporou a multiprofesionální a interdisciplinární spoluprací a následnou péčí o onkologické klienty. V budoucnu by bylo vhodné zavést více času na uskutečnění obsáhlého rozhovoru lékaře s klientem, aby se mezi nimi od začátku utvářelo pochopení a oboustranná důvěra. Také vůle a přání klienta by měly být východisky pro léčbu a onkologickou intervenci, která by měla být zcela zdarma a všem dostupná. Pro klienty s onkologickou léčbou by se mělo vytvořit přátelské a důstojné prostředí, ve kterém náleznou bezpečné místo pro řešení své nepříznivé situace. Tato práce může být také zdrojem informací pro ženy s nádorovým onemocněním a pro jejích rodiny.

V rámci oboru speciální pedagogika by se měla tvořit osvěta o tomto onemocnění a lépe nastavit podpora ženám v této náročné životní situaci. Rakovině prsu by se měla také více věnovat odborná literatura, která bude více zaměřená na psychickou podporu a možnosti intervence. Některé zahraniční univerzity, jako např. Yale University, pořádají online kurzy, kde informují o prevenci a o nových přístupech k léčbě. Myslím si, že tento nápad je velice dobrý a umožnuje každé ženě získat nové poznatky ohledně prevence a zdravého životního stylu a také současně být v přímém kontaktu s odborníky, kteří reagují na jejich dotazy.

Na závěr bych chtěla říct, že tyto ženy vedly tvrdý boj s nevětším nepřítelem – nemocí. Byly to ženy, které bojovaly každou vteřinu, den a noc, na pokraji svých sil a někdy až do vyčerpání. Nikdy to nevzdaly. Vždy byly připravené posunout svou vlastní hranici, vzdát se všeho a získat to nejcennější – vlastní zdraví.

Potkala jsem ženy, které měly upevněné hodnoty a v hloubce své duše prosily o ten největší dar, dar života, dar zdraví. Byly to ženy, které si velice vážily toho, že mohly ještě na chvilku zůstat v okruhů svých drahých blízkých, v okruhu svých vlastních dětí, manželů, rodičů a kamarádů.

Z jejich výpovědí jsem cítila, jak velký strach mají o tento dar, bojí se, že ho nedokážou dostatečné ochránit, že jednoho dne se probudí a budou muset znovu bojovat, znovu najít ty síly a znovu prokázat tu neskutečnou odvahu. Některé respondentky přiznaly, že mají pochybnosti o druhém vítězství, že už přesně ví, co by je čekalo a vážně se obávají, že by možná nenašly dodatek síly vyhrát.

Přes veškeré obtíže, tyto ženy byly plné energie, upřímné a optimistické. Eliška, která denně pracuje s těmito ženami, má názor, že tyto ženy prošly velkou životní zkouškou, jsou velmi odvážné bojovnice a takový osud si nezaslouží. Po uskutečnění rozhovoru a bližším poznání jsem stejného názoru.

7 Soubor použitých informačních zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978–80–247–3063–9.
2. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80–247–0499–4.
3. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978–80–7387–413–1.
4. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE–KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978–80–7367–781–7.
5. DOBOS, Gustav a Sherko KÜMMEL. *Aktivně proti rakovině: klasická medicína a přírodní léčebné metody*. Praha: Ikar, 2013. ISBN 978–80–249–2143–3.
6. FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978–80–247–2480–5.
7. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, ed. *Zředěný život: léčebné, psychosociální a vzdělávací aspekty progresivních onemocnění*. Praha: Somatopedická společnost, 2011. ISBN 978–80–904464–1–0.
8. HALAŠKA, Michael J. a Lukáš ROB. *Onkologická onemocnění během těhotenství*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978–80–204–3753–2.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978–80–262–0982–9.
10. HORÁK, Jaromír, Ctibor POVÝŠIL a Jitka ABRAHÁMOVÁ. *Atlas nádorů prsu*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80–7169–771–0.
11. JANÁČKOVÁ, Laura. *Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. Brno: Grifart, 2014. ISBN 978–80–905337–4–5.
12. KLENER, Pavel. *Chemoterapie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999. Levou zadní. ISBN 80–7254–028–9.
13. KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?*. Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978–80–260–8208–8.
14. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978–80–247–2699–1.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80–247–0179–0.

16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978–80–247–4436–0.
17. LIBA, Jozef a Alena BUKOVÁ. *Pohyb a zdravie*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Ústav telesnej výchovy a športu, 2012. ISBN 9788070979679.
18. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978–80–244–4296–9.
19. MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. V Praze: Triton, 2007. ISBN 978–80–7387–023–2.
20. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978–80–247–4172–7.
21. NAGORNAJA, Natálie. *Aromaterapie v pediatrii*. 1 vyd. Ústí nad Labem: Cosmetic Karl Hadek International s.r.o., 2002.
22. PETERA, Jiří a Stanislav FILIP. *Nechirurgická léčba časných stadií karcinomu prsu*. Praha: Galén, 2001. Alma mater. ISBN 80–7262–117–3.
23. PUNCH, Keith. *Úspěšný návrh výzkumu*. Vydání druhé. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál, 2015. ISBN 978–80–262–0980–5.
24. SIMONTON, O. Carl, Stephanie SIMONTON a James L. CREIGHTON. *Návrat ke zdraví: [léčebná metoda pro pacienty s karcinomem a jejich rodinu: můžete překonat rakovinu nebo jinou životu nebezpečnou nemoc]*. Vyd. 2. Přeložil Alena AMCHOVÁ. Praha: Plot, 2011. ISBN 978–80–7428–075–7.
25. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978–80–247–3507–8.
26. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978–80–247–4453–7.
27. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978–80–262–0714–6.
28. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178–826–0.
29. VÍCHOVÁ, Veronika. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978–80–262–0999–7.

30. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978–80–247–3742–3.
31. VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978–80–7367–682–7.
32. ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978–80–262–0583–8.

Elektronické zdroje:

33. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice: Incidence a mortalita* [online]. [cit. 2017–12–03]. Dostupné z: https://www.svod.cz/.
34. *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. [cit. 2017–10–29]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1.
35. *Joga–Online.cz–logo: Plný jógový dech* [online]. [cit. 2017–10–29]. Dostupné z: http://www.joga–online.cz/pranajama/plny–jogovy–dech.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1– Informovaný souhlas

Příloha č. 2– Seznam tabulek

Příloha 1

Informovaný souhlas

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumné části mé diplomové práce, jejímž cílem je zjistit jaký vliv má rakovina na vybrané aspekty psychosociálního života žen, které prodělaly toto onemocnění. Dalším cílem je zjistit, jaké potíže způsobuje rakovina v oblasti rodinného života, jaký vliv má rakovina na zaměstnání, jaký vliv má rakovina na psychický stav a jaký faktor nejvíce znesnadňoval období léčby. K výzkumu využiji metodu pozorování, rozhovoru a náhled do lékařské dokumentace. Pokud s účastí souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitelka projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu:_____

V_____dne:_____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:_____

V_____dne:_____

Příloha 2

Seznam tabulek

Tab. 1: Incidence zhoubných nádorů prsu u žen v mezinárodním srovnávání

Tab. 2: Klasifikace rizikových faktorů podle jejich významnosti

Tab. 3: Časový harmonogram práce