

Psychosociální aspekt onkologicky nemocné ženy – karcinom prsu

Martina Juráková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina JURÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H080273**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Psychosociální aspekt onkologicky nemocné ženy –
karcinom prsu**

Zásady pro vypracování:

1. Výběr vhodné odborné literatury, studium a analýza pramenů
2. Vypracování struktury práce, jejího pojetí a osnovy
3. Teoretická východiska – vymezení pojmů z oblasti onkologie, psychologie a vzorců sociálního chování, zpracování dílčích úseků práce
4. Výběr vhodné metodologie pro zkoumání psychosociálního aspektu u onkologických pacientek – dotazníkové šetření
5. Provedení praktické části práce – realizace empirického šetření na oddělení onkologie KNTB Zlín
6. Zpracování dat z dotazníkového šetření, návrh praktických opatření za účelem zkvalitnění péče o pacientky
7. Průběžné předkládání zpracovaných úseků práce a konzultace výsledků s vedoucím práce
8. Finalizace a podrobení práce kritickému myšlení

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Vyd. 1. Praha : Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Základy psychologie. 2. dotisk 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.

VODVÁRKA, Pavel. Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie. Vyd. první. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Chrastina**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala;
- v případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautorka.

Ve Zlíně

6.5.2011

Marlína Juroková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje psychosociálním aspektům onkologicky nemocné ženy s lékařskou diagnózou karcinom prsu. Dotazníkové šetření je prováděno u patientek Onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a.s.. Cílem je zjistit, jaké psychické a sociální problémy provází nemocné v období sdělení diagnózy, léčby a dispenzarizace. Cílem práce je doporučení, jak může zdravotnický personál (všeobecné sestry) přispět ke snížení negativních vlivů nemoci na psychiku a sociální chování patientek.

Klíčová slova: psychosociální aspekt, onkologie, karcinom prsu.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the psychological and social aspect of female oncological patients with the diagnosis of breast cancer. The survey is carried out among patients of the Oncology Department of Tomas Bata Regional Hospital in Zlin. Its aim is to find out what psychological and social problems appear in the different stages of the illness: information about the diagnosis, treatment and dispensary care. The outcome of the thesis is a recommendation how nursing staff can eliminate negative effects of illness on the psychological and social behaviour of patients.

Key words: psychological and social aspect, oncology, breast cancer.

PODĚKOVÁNÍ

Moje poděkování patří Mgr. Janu Chrastinovi za vedení bakalářské práce, vstřícnost, cenné rady, ochotu a podporu.

Další dík patří rodině: manželovi, všem našim dětem a mé mamince, kteří mi pomohli dopracovat se až ke zdárnému ukončení studia.

OBSAH

OBSAH.....	8
ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A POJMY Z OBLASTI ONKOLOGIE.....	14
1.1 PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU	14
1.2 INCIDENCE A MORTALITA U KARCINOMU PRSU	14
1.3 PŘÍČINY VZNIKU KARCINOMU PRSU A RIZIKOVÉ FAKTORY NA NĚM SE PODÍLEJÍCÍ.....	15
1.4 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU	16
1.5 LÉČBA KARCINOMU PRSU	17
1.5.1 Lokální léčba – chirurgická.....	17
1.5.2 Lokální léčba – radioterapie	18
1.5.3 Celková léčba – protinádorová chemoterapie.....	18
1.5.4 Celková léčba – protinádorová hormonoterapie.....	19
1.5.5 Podpůrná léčba.....	19
1.5.6 Symptomatická léčba.....	20
2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NEMOCI.....	21
2.1 NEMOC JAKO ZÁTĚŽOVÁ SITUACE	21
2.1.1 Boj vs útěk.....	21
2.1.2 Strategie zvládání nemoci a utrpení	22
2.1.3 Postoj k nemoci.....	23
2.1.4 Problematické způsoby zvládání těžkostí nemoci	24
2.2 VLIV OSOBNOSTI NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÁ SITUACE.....	25
2.2.1 Vliv osobnostních vlastností na zvládání nemoci	25
2.2.2 Individuální protektivní faktory	26
2.3 CHRONOLOGICKÝ PRŮBĚH ZVLÁDÁNÍ NEMOCI	26
2.3.1 Období vyšetření a sdělení diagnózy	27
2.3.2 Období léčby.....	28
2.3.3 Období dispenzarizace	30
2.3.4 Období konečného stádia a umírání pohledem psychologie.....	30

3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY NEMOCI.....	32
3.1 RAKOVINA PRSU – ÚTOK NA SYMBOL ŽENSTVÍ	32
3.2 RAKOVINA PRSU V HISTORII LIDSKÉ SPOLEČNOSTI.....	32
3.3 POTŘEBA SOCIÁLNÍ OPORY PRO ŽENU NEMOCNOU KARCINOMEM PRSU	33
3.3.1 Dopad nemoci na partnerský vztah.....	33
3.3.2 Dopad nemoci na rodinné vztahy	34
3.3.3 Dopad nemoci na přátelské vztahy	34
3.3.4 Dopad na zaměstnání a vztahy na pracovišti	34
3.4 MOŽNOSTI A ZDROJE POMOCI A PODPORY	35
3.4.1 Léčebná rehabilitace.....	35
3.4.2 Skupiny pro vzájemnou pomoc	36
3.4.3 Protetické pomůcky vs rekonstrukční operace	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	39
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
4.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
4.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	40
4.2.2 Organizace výzkumného šetření	40
4.2.3 Realizace výzkumného šetření	41
4.2.4 Charakteristika otázek	41
5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	43
5.1 VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ NA JEDNOTLIVÉ POLOŽKY DOTAZNÍKU	43
5.1.1 Otázka č. 1 – Věk respondentek.....	43
5.1.2 Otázka č. 2 – Doba od ukončení léčby.....	44
5.1.3 Otázka č. 3 – Reakce na zadání náročného úkolu v zaměstnání	45
5.1.4 Otázka č. 4 – Absolvovaná léčba.....	46
5.1.5 Otázka č.5 – Typ operace.....	47
5.1.6 Otázka č. 6 – Chování lékaře při sdělení diagnózy	48
5.1.7 Otázka č. 7 – Obavy v době zjištění diagnózy	49
5.1.8 Otázka č. 8 – Zdroj informací o nemoci.....	51
5.1.9 Otázka č. 9 – Obavy v době onkologické léčby	52
5.1.10 Otázka č.10 – Obavy v období po ukončené léčbě.....	53

5.1.11	<i>Otázka č. 11 – Negativa v čekárně onkologie.....</i>	<i>54</i>
5.1.12	<i>Otázka č.12 – Kvalita psychické podpory.....</i>	<i>56</i>
5.1.13	<i>Otázka č.13 – Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu ..</i>	<i>57</i>
5.1.14	<i>Otázka č. 14 – Co by pacientky přivítaly k lepšímu psychickému zvládnutí pobytu na onkologii.....</i>	<i>58</i>
5.1.15	<i>Otázka č. 15 – Vliv nemoci na chování pacientek.....</i>	<i>59</i>
5.1.16	<i>Otázka č. 16 – Opora v nemoci.....</i>	<i>60</i>
5.1.17	<i>Otázka č. 17 – Vliv nemoci na partnerský vztah.....</i>	<i>61</i>
5.1.18	<i>Otázka č. 18 – Vliv nemoci na rodinné vztahy.....</i>	<i>62</i>
5.1.19	<i>Otázka č. 19 – Vliv nemoci na přátelské vztahy.....</i>	<i>63</i>
5.1.20	<i>Otázka č. 20 – Vliv nemoci na zaměstnání.....</i>	<i>64</i>
5.1.21	<i>Otázka č. 21 – Změna úrovně sebevědomí.....</i>	<i>66</i>
5.1.22	<i>Otázka č. 22 – Zvládnutí následků nemoci.....</i>	<i>67</i>
5.1.23	<i>Otázka č. 23 – Možný pozitivní přínos nemoci.....</i>	<i>68</i>
5.1.24	<i>Otázka č. 24 – Vlastní rada jiným ženám.....</i>	<i>70</i>
5.1.25	<i>Otázka č. 25 – Zájem o pomoc.....</i>	<i>71</i>
6	ZHODNOCENÍ, VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A DISKUSE	73
	ZÁVĚR.....	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	88
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Karcinom prsu patří v dnešní době k závažným nádorovým onemocněním. Ve světovém měřítku zaujímá první příčku mezi zhoubnými onemocněními žen a z dlouhodobého průběhu incidenčních křivek vyplývá, že se počet nově diagnostikovaných pacientek každoročně zvyšuje. Za posledních dvacet let se toto číslo zdvojnásobilo. Znepokojivými jevy jsou dále mírný vzestup mortality a přesun onemocnění k mladším věkovým skupinám.¹

Statistika poskytuje rozsáhlé údaje o četnosti a průběhu onemocnění, případně úmrtnosti, ale nic nevypovídá o prožitcích a duševním strádání pacientek, které se se svým onemocněním musí denně potýkat. Strach, úzkost, nejistota a obava z budoucnosti, zasahují jak ženu samotnou, tak i její rodinu a okolí. Ztráta symbolů ženskosti způsobená ablačním chirurgickým výkonem také často přináší ženě nepopsatelnou psychickou bolest.

Nejen v současné době se v oblasti věd o člověku a jeho zdraví široce propaguje koncepce holismu. Zdůrazňuje se, že lidský jedinec musí být vnímán jako celek, v jeho bio-psycho-sociální a spirituální jednotě. V minulosti se lékařská věda zaměřovala pouze na biologii tumoru a na porozumění obranným procesům v organismu. Teprve moderní věda poznává psychosociální faktory, které mohou mít pozitivní nebo negativní vztah k vzniku nádorového onemocnění, jeho průběhu či rekonvalescenci.²

Několik let jsem pracovala v onkologické ambulanci, kde jsem se denně setkávala s nemocnými ženami. Měla jsem možnost nahlédnout do mnohých osudů a vyslechnout mnohá vyprávění o těžkostech, které prožívaly. Již tehdy jsem si uvědomovala, jak pacientky touží po tom, aby na ně zdravotnický personál pohlížel jako na lidské bytosti, nikoli pouze jako na „problémovou diagnózu“. Snažila jsem se porozumět jejich občas pro okolí nepochopitelnému chování, kterým na sebe upozorňovaly a které bylo – jak jsem časem pochopila – „zašifrovaným voláním o pomoc“.

¹ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 9.

² Srov. VODVÁŘKA, Pavel. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*, s. 3.

V bakalářské práci se zabývám psychosociálním aspektem onkologicky nemocné ženy. Termín aspekt je zde použit v jeho původním významu „hledisko, pohled, zorný úhel“ (z lat. *aspectus* = pohled, *aspicere* = pohlížet), protože prováděné výzkumné šetření se primárně zabývá nemocí a jejími dopady, jak je vnímají, prožívají a hodnotí samotné pacientky.

Přála bych si, aby práce přispěla k většímu pochopení zdravotnického personálu pro ženy s karcinomem prsu. Aby si zejména všeobecné sestry uvědomily, jak obtížné je takovou diagnózu vůbec přijmout a jak velkou psychickou i sociální zátěž tato nemoc pro pacientky představuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A POJMY Z OBLASTI ONKOLOGIE

Nádorem (rakovinou) se rozumí neomezený růst buněk tkání. Podle charakteru růstu těchto buněk se nádory dělí na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Benigní nádory rostou ohraničeně, nemetastazují (nešíří se do ostatních orgánů), působí pouze v místě svého vzniku tlakem na okolní tkáň. Maligní nádory mají většinou invazivní (rychlý) růst, v počátečním stadiu jsou na jednom místě (tzv. „in situ“), ale později pronikají agresivně do okolí (infiltrují). Lymfatickými cévami mohou proniknout do uzlin, a pokud nejsou zničeny imunitním systémem organismu, usazují se zde a vytvářejí dceřiná ložiska, tzv. lymfatické metastázy. Jsou-li zhoubné buňky šířeny krevní cestou (hematogenní), mohou vytvářet vzdálená dceřiná ložiska, metastázy. Zvláště časté jsou v dobře prokrvených orgánech jako jsou plíce, játra, mozek atd. V této fázi zasažení celého organismu pak hovoříme o systémové chorobě.³

1.1 Patofyziologie karcinomu prsu

Ženský prs je tvořen několika druhy tkání, z nichž každá má svůj specifický význam. Tuková tkáň, pojivová tkáň, lalůčky (lobuly) produkující mléko, vývody (dukty), které mléko odvádějí do bradavky. Nádor může vzniknout z každé z těchto druhů tkání. Podle druhu tkáně pak rozlišujeme typy nádorů. Nádory vycházející z epitelu (výstelková a krycí tkáň, nebo její žlázy) se nazývají v benigní formě papilomy, v maligní formě karcinomy. Karcinom nejčastěji vzniká z duktů (60-75%) a lobulů (10-20%). Jiné typy nádoru jsou vzácné.⁴

1.2 Incidence a mortalita u karcinomu prsu

Celosvětově je každý rok zaznamenáno přes 600 000 nových případů karcinomu prsu.⁵ Dle údajů statistické ročenky je karcinom prsu v České republice nejčastějším zhoubným

³ Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 19.

⁴ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 255.

⁵ Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 26.

nádorem u žen, ale mohou jím být postiženi vzácně i muži. V roce 2007 bylo v České republice diagnostikováno 6500 nových případů. Největší nárůst nově diagnostikovaných je ve věkové kategorii 51-60 let. Přestože v incidenci nepatří ČR na nejvyšší příčky, (z evropských zemí zaujímá 21. místo), mortalita je ve srovnání s jinými státy Evropy vyšší.⁶ Příčinou bývá především záchyt nemoci až v pokročilém stádiu, kdy jsou šance na úplné vyléčení minimální. Rakovina prsu je v dnešní době díky zobrazovacím vyšetřovacím metodám velmi dobře diagnostikovatelná, vhodná je proto větší informovanost v oblasti prevence pro včasný záchyt onemocnění.

1.3 Příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory na něm se podílející

Moderní věda neustále hledá příčiny vzniku nádorového onemocnění prsu, avšak dodnes nenašla jednoznačnou odpověď. Víme, že existují prokázané a pravděpodobné rizikové faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění, a zároveň faktory protektivní. Dle světových studií patří psychosociální oblast pouze mezi rizikové faktory, nikoliv příčiny onemocnění.⁷ Pro příklad uvádím několik dalších rizikových faktorů onemocnění:

- Některé prokázané rizikové faktory:
- karcinom prsu v rodinné anamnéze
- nulipara
- pozdní věk prvního těhotenství
- radiace prsu
- obezita

Některé pravděpodobné rizikové faktory:

- dieta bohatá na tuky
- alkohol

⁶ Portál SVOD, <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>.

⁷ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 30-31.

- perorální kontraceptiva
- kouření

Mezi nejznámější protektivní faktory jsou řazeny:

- těhotenství před 20 rokem věku
- fyzická aktivita
- kojení⁸

1.4 Diagnostika karcinomu prsu

Karcinom prsu má ve většině případů charakter systémového onemocnění, to znamená, že postihuje celý organismus. Proto je velmi důležité nejprve co nejpřesněji zjistit rozsah choroby. K určení velikosti a rozšíření nádoru tzv.staging, se užívá mezinárodní klasifikace nazývaná TNM klasifikace. Přičemž T znamená tumor (nádor), N – nodus (uzlina) a M – metastaza. U každého z uvedených písmen se hodnotí stupeň rozšíření nádoru. Podle rozsahu onemocnění rozdělujeme karcinomy prsu do tří prognostických skupin:

- časná stadia,
- lokálně pokročilá,
- pokročilá s metastatickým rozsevem.⁹

Nevýhody TNM klasifikace spočívají v tom, že nehodnotí biologické vlastnosti nádoru ani vztah mezi nádorem a organismem. To lze zjistit histopatologickým vyšetřením. Histopatologie kromě určení mikroskopického typu nádoru, určení vyžrávání nádoru (tzv. grading) nebo popisu tkáně i vztahu tumoru k okolí umí stanovit také estrogenové a progesteronové receptory, důležité pro možnost hormonální terapie.

⁸ Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 35.

⁹ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 43.

Po zhodnocení všech dalších provedených vyšetření (fyzikální, zobrazovací metody, hematologické vyšetření) určí zpravidla skupina onkologů nejvhodnější postup léčby.¹⁰

1.5 Léčba karcinomu prsu

U karcinomu prsu je ordinována léčba lokální (chirurgickou nebo radioterapii), léčba celková (chemoterapii a hormonoterapii), léčba podpůrná a léčbu symptomatická. Stanovená terapie je většinou kombinací výše uvedených způsobů, přičemž vždy se vychází z individuálního zdravotního stavu pacientky.

1.5.1 Lokální léčba – chirurgická

Léčba rakoviny prsu zpravidla začíná operativním zákrokem, jehož cílem je odstranění primárního nádoru. Operace může být provedena dvěma základními způsoby: radikální mastektomií, při níž se odstraňuje celá prsní žláza, nebo takzvaným parciálním výkonem, což je prs zachovávající výkon. V současné době se častěji provádí parciální výkon, avšak ne vždy nález tuto variantu umožní. Lékař musí zhodnotit riziko dalšího vývoje onemocnění a především léčebný prospěch plánovaného výkonu. Po parciálním výkonu vždy následuje další zajišťovací léčba radioterapií a adjuvantní chemoterapií.

Oba výše uvedené typy zákroků vždy doprovází odstranění spádových uzlin, které má obrovský význam z prognostického hlediska.¹¹ Po prs zachovávajících operacích většinou žena nemívá žádné potíže, ale ablace spojená s odstraněním uzlin bývá častou příčinou zhoršeného proudění lymfy horní končetinou s následným lymfedemem. Ten se může objevit i za několik let po chirurgické léčbě, bez jakékoliv souvislosti s případnou progresí choroby. Léčba lymfedému je obtížná, proto je nejlepším řešením snaha zabránit jeho vzniku.¹² Rehabilitační režim zaměřený k prevenci otoků má začít ihned po operaci a

¹⁰ Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 57.

¹¹ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 55.

¹² Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Rady ženám po operaci prsu*, s. 12.

zahrnuje omezení fyzické námahy horní končetiny, cvičení, aplikaci kompresních rukávů, manuální lymfodrenáže. To vše pod dohledem školeného fyzioterapeuta.¹³

1.5.2 Lokální léčba – radioterapie

Radioterapie využívá radioaktivní záření k poškození nádorových buněk, a tím k zástavě jejich schopnosti rozmnožování a růstu nádoru.¹⁴ Hlavním cílem radioterapie je snížit vznik a rozvoj recidiv v oblasti prsu a u inoperatibilních nádorů (t.j. nádorů, které pro jejich velký rozsah není možné léčit chirurgicky) vytvořit podmínky pro lepší účinek ostatních onkologických léčebných způsobů. Ozářením pokročilého nádoru radikální dávkou můžeme také docílit zpomalení růstu nádoru a tím lepší kontroly nádorového procesu.¹⁵ Mezi nežádoucí účinky, které vznikají při ozáření prsu, patří celková únava, slabost, nechutenství, krevní toxicita (úbytek krevních elementů) a lokální kožní reakce v oblasti prsu.¹⁶

1.5.3 Celková léčba – protinádorová chemoterapie

Chemoterapií se rozumí podávání protinádorových léků, tzv. cytostatik. Léčbu nádorového onemocnění cytostatiky rozdělujeme do tří základních skupin:

- adjuvantní léčba – „zajišťovací“, většinou je indikována po operačním výkonu při včasném záchytu nemoci,
- neoadjuvantní léčba – jejím cílem je zmenšit nádor, aby operace byla umožněna nebo usnadněna, indikuje se při pokročilé fázi nemoci,

¹³ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 263.

¹⁴ Srov. KOPECKÝ, Josef, VODVÁŘKA, Pave, SUMEROVÁ, Jorga. *Žena po operaci prsu...a jak dále?*, s. 14.

¹⁵ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 58.

¹⁶ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 73.

- léčba metastazujícího onemocnění – cílem je zmírnění postupu nemoci.¹⁷

Léčba cytostatiky je podávána dle přesně stanovených pravidel jako série čtyř kúr složených z několika infuzí premedikace a vlastních cytostatik. Délka trvání jedné kúry je přibližně 5-6 hodin, interval mezi jednotlivými léčebnými kúrami pak většinou 3 týdny. Jinou variantou (například při prokázaných hormonálně pozitivních receptorech) je kúra podávaná po dobu jednoho roku v intervalu co tři týdny, s následnou hormonoterapií. Chemoterapie je spojena s celou řadou nežádoucích účinků. Špatně snášena bývá alopecie – ztráta vlasů a ochlupení, dále nevolnost, zvracení, průjem a únava způsobená celkovou toxicitou organismu. Léčba cytostatiky je zdlouhavá a pro ženu velmi vyčerpávající.

1.5.4 Celková léčba – protinádorová hormonoterapie

Z histologického vyšetření lze u části pacientek prokázat hormonální závislost nádoru v prsu. Přesněji řečeno, jedná se o přítomnost hormonálních receptorů v primárním tumoru. V tomto případě je hormonální terapie účinná jak v adjuvantní léčbě (zabraňující rozšíření nádoru po operaci), tak v léčbě lokálně pokročilého nebo i metastazujícího nádoru. Cílem hormonální léčby u žen před menopauzou je vyřazení funkce vaječníků, které produkují estrogeny podporující růst nádoru. Toho lze dosáhnout chirurgicky, radioterapií, nebo medikamentózně. Výhodou medikamentózního způsobu je ireverzibilní stav. Hormonální léčba je šetrnější a zpravidla je indikována po dobu několika let.¹⁸

1.5.5 Podpůrná léčba

Podpůrnou léčbou se rozumí snaha o zmírnění nežádoucích účinků způsobené protinádorovou terapií. Patří zde především farmakologická opatření zmírňující potíže gastrointestinální (např. léky proti zvracení, průjmu) , hematologické (např. léky na podporu růstu krevních buněk, krevní převody) , nefrotoxicitu (léky na ochranu ledvin), kardiotoxicitu (léky podporující činnost srdce) a kožní toxicitu (protizánětlivé a hojivé

¹⁷ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 62.

¹⁸ Srov. KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*, s. 73.

přípravky na kůži). Dále k ní ale patří k ní i celá řada dalších aktivit, jako je poradenství, psychoterapie nebo informace o klubech nemocných.¹⁹

1.5.6 Symptomatická léčba

Symptomatická léčba usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů v celém průběhu onkologického onemocnění. Je zaměřená na zmírnění obtíží (symptomů) vyvolaných přímo nádorem (např. bolest, dušnost atd.).²⁰

¹⁹ Srov. KOPECKÝ, Josef, VODVÁŘKA, Pave, SUMEROVÁ, Jorga. *Žena po operaci prsu...a jak dále?*, s. 18.

²⁰ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 51.

2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NEMOCI

Diagnóza „rakovina“ vyvolává v člověku existenciální krizi. Je to onemocnění, které působí pocity strachu, smutku a zlosti. Snahou odborníků je najít metody, které by vedly k znovuzískání určité kontroly pacienta nad situací, aby nemoc dobře zvládl.²¹

2.1 Nemoc jako zátěžová situace

Zátěžovou situací, kterou je např. i nemoc, rozumíme situaci, kterou člověk vnímá jako ohrožující jeho tělesnou a duševní pohodu. Každý jedinec, který se ocitne v krizové situaci, nad ní nejprve přemýšlí a po svém vyhodnocuje za účasti rozumu i emocí. (Právě negativní emoce situaci signalizují jako zátěžovou). V rámci komplexu vědomých i podvědomých obranných reakcí, osobnostních rysů a nejrůznějších protektivních faktorů člověk situaci nakonec vyhodnotí a zvolí strategii, jemu bytostně nejbližší. Na nemoc zareaguje specifickým chováním.²²

2.1.1 Boj vs útěk

Psychologie zmiňuje dvě základní reakce člověka na zátěžovou situaci. První z nich je „boj“ – v tomto případě je zátěž zpracována jako výzva. Těžkosti se mohou stát podnětem k činnosti, která může krizovou situaci překonat. Pokud se to podaří, jedinec vychází z tohoto boje jako vítěz, sebevědomější a jistější.²³

Ve druhém případě může být reakcí potřeba někam utéct, uniknout. To bývá tehdy, když jedinec zátěž vyhodnotí jako pro něj nezvládnutelnou, nad jeho síly – a to i v případě, že tomu tak není. Tento postoj, zvláště pokud je opakovaný, může vést ke snížení sebedůvěry a zhoršení sebehodnocení.²⁴

²¹ Srov. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 37.

²² Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 270.

²³ Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 265.

²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 265.

„V praxi bylo vícekrát konstatováno, že přežívají déle ti lidé, kteří se po zjištění diagnózy rakoviny nevzdávají, ale bojují – i když si zdravotnický personál v nemocnici často představuje chování pacientů jinak.“²⁵ Výzkumné studie také poukazují na to, že styl „útěku“ je častější u těch lidí, kteří mají relativně menší zdroje k dlouhodobějšímu boji (např. nemají finanční zdroje, jsou starší, jsou na tom zdravotně hůře).²⁶

2.1.2 Strategie zvládání nemoci a utrpení

Při narušení zdraví, nebo zhoršení zdravotního stavu dochází u nemocného k negativním psychickým změnám se kterými se musí vyrovnávat. Reakce člověka na nemoc mohou být velmi odlišné. Pacient může prožívat pocity méněcenosti, vztek, deprese, ale někdy také příjemnou výhodu. Existují různé způsoby jak se pacient se zátěžovou situací (nemocí) vyrovnává. Tyto způsoby, neboli strategie zvládání mohou probíhat vědomě nebo podvědomě. Není vyloučené ani jejich vzájemné prolínání, jedinec může reagovat různě.

Strategie zvládání nemoci a utrpení mohou nabývat například těchto podob:

- Konfrontační způsob jednání
- Hledání sociální opory
- Plánované řešení problému
- Sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení)
- Distancování se od dění
- Hledání pozitivních stránek dění
- Přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace
- Snaha vyhnout se těžké situaci, utéci z ní²⁷

Cílem strategií zvládání životních těžkostí je zmírnit to, čo člověk vnímá jako ohrožující, lépe tolerovat nepříjemnosti, které s sebou nemoc přinesla, zachovat si duševní rovnováhu,

²⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 100.

²⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 101.

²⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 104.

vlastní image, najít si činnosti které by mu pomohly se z nepříjemných zážitků zregenerovat a hlavně pokračovat v životě s druhými lidmi.²⁸

2.1.3 Postoj k nemoci

Každá nově vzniklá situace vyžaduje čas na své přijetí a vyrovnání se s ní. Po určité době ve které nemocný zpracuje svoji situaci, zaujme určitý postoj. Postoj k nemoci můžeme rozdělit do několika skupin, podle toho, jakou hodnotu má onemocnění pro nemocného.²⁹

Dle Jobánkové je postoj k nemoci rozdělen do osmi základních kategorií:

- **Normální postoj k nemoci** – nemocný je přiměřeně smířen se situací v níž se nachází. Přijímá to, co mu je sdělováno a následuje doporučení lékaře.
- **Bagatelizující postoj** – je charakteristický podceňováním současného zdravotního stavu. Nemocný může přeceňovat své možnosti a neshledává svůj stav jako závažný. Tento postoj může být spojen s nepřiměřenou reakcí na nemoc, popřípadě její nepřijetí.
- **Repudiační postoj** – nemocný si nechce připustit, že je nemocný, nevyhledá lékaře a nemoc tzv. zapuzuje.
- **Disimilační postoj** – tento postoj je charakteristický pro záměrné zkreslování potíží, které by mohly být s nemocí spojeny. Snaží se přesvědčit okolí, že žádné příznaky nepocituje. Tento postoj může být podmíněn snahou o co nejrychlejší odchod z nemocnice domů.
- **Nozofóbní postoj** – nemocného provází přehnané obavy z onemocnění, kterými by se mohl nakazit. Lidé, kteří se k nemocem takto staví, často navštěvují lékaře a podstupují celou řadu vyšetření.
- **Hypochondrický postoj** – tento postoj je charakteristický přesvědčením o přítomnosti vážného onemocnění.

²⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 104.

²⁹ Srov. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. s. 57.

- **Nozofilní postoj** – nemoc je pro člověka něčím příjemným. Je spojena s péčí druhých a ohledy na potřeby nemocného.
- **Účelový postoj** – jde o nozofilní postoj, který je zintenzivněn.³⁰

2.1.4 Problematické způsoby zvládání těžkostí nemoci

V situacích, kdy jedinec přistupuje ke své životní situaci problematickým způsobem, hovoří zdravotnická psychologie o tzv. obranných mechanismech (nebo také účelových reakcích). Jsou to klamné, realitu nerespektující formy zvládání životních těžkostí. V odborné literatuře se často uvádějí následující obranné mechanismy:

- **Agravace** – přehánění příznaků, zveličování. Může být vědomá, záměrná, či nevědomá, Ta se vyskytuje často např. u starých lidí, aby získali větší kontakt s okolím.
- **Simulace** – je vědomé předstírání nemoci, proto, aby nemocný získal nějaké výhody, např. sociální
- **Bagatelizace** – někteří pacienti vydávají své příznaky za lehčí, bagatelizují je. Je to jeden z obranných mechanismů, kdy člověk brání své já před pravdou, která by ho zranila
- **Disimulace** – někteří nemocní příznaky své nemoci utajují. Příčinou může být pocit vlastního selhání a prožívání studu z vlastní nemoci.³¹

Důvodem těchto obranných mechanismů může být omezení nemocného v řadě činností (omezení styku s přáteli, dietní opatření, zákaz některých aktivit). Dopadá na něj pocit nejistoty, nezájmu, jeho duševní stav je ovlivněn. Takový člověk může lehce propadnout pocitu smutku, zklamání, úzkosti, a podrážděnosti. Někdo se snaží z této situace dostat tím, že příznaky své choroby disimuluje, zastírá, aby se mohl vrátit zpět do původních

³⁰ Srov. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*, s. 20-21.

³¹ Srov. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*, s. 23.

podmínek, jiný své problémy bagatelizuje. Ne jen svému okolí dává najevo, že se „vlastně nic neděje“. Snaží se o tom přesvědčit i sám sebe.

2.2 Vliv osobnosti na zvládání zátěžové situace

Osobnost člověka můžeme definovat jako souhrn vzájemně propojených tělesných a psychických funkcí, který určuje způsob jeho prožívání, uvažování, chování a z toho vyplývající vztah k okolnímu prostředí. Variabilita projevů člověka vedla k v minulosti ke snaze vytvořit typologie temperamentu, které by vymezily základní charakteristiky osobnosti a které by předurčovaly pravděpodobný způsob reagování na různé životní situace. Nejstarší takovou typologií vytvořili již Řekové Hippokrates a Galenos. Jejich označení choleric, sangvinic, melancholic a flegmatic jsou užívány dodnes.³² Této, ale i dalších typologií osobnosti lze využít při komunikaci s pacienty v zátěžové situaci, kterou je pro ně nemoc. Správný odhad osobnosti pacientů a předvídání jejich chování může být pro zdravotnický personál velmi užitečný. Vhodně zvolená komunikace s člověkem konkrétního typu osobnosti vede k lepšímu vzájemnému pochopení a většímu porozumnění ve vztahu zdravotník-pacient.³³

2.2.1 Vliv osobnostních vlastností na zvládání nemoci

Osobnostní vlastnosti můžeme považovat za moderátory umožňující odolávat zátěži. Mnohé studie zabývající se charakteristikou osobností ukazují, že skupina „bojovných pacientů“ se chová nepokojně, často trpí depresemi, obviňuje sebe i okolí a s nemocničním personálem jedná konfliktně. Naopak pacienti, kteří jsou svým založením mírní, trpěliví a relativně klidní (tedy zdánlivě lépe připraveni čelit nepříjemnostem), na tom bývají prognosticky hůře.³⁴

³² Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 218.

³³ Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 215.

³⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 127.

2.2.2 Individuální protektivní faktory

Každý člověk má v sobě nastavenou určitou míru odolnosti k zátěžovým situacím, tzv. „hardiness“. To znamená pevnost, tvrdost nebo také schopnost odolávat něčemu. U každého je tato míra zcela individuální. Jde o soubor faktorů, které jedinci pomáhají vyrovnat se se zátěží při zachování duševní rovnováhy. Jsou to všechny pozitivní postoje, které přispívají k lepší psychické pohodě pacienta. Patří zde například:

- míra osobního vyhodnocení situace jako „zátěžové“,
- prožívání zátěžové situace (pozitivní/ negativní ladění),
- zda jej zátěž aktivizuje nebo paralyzuje (hledání řešení/rezignace),
- flexibilita a schopnost zapomenout na nepříjemné zážitky,
- schopnost udržet sociální kontakt, přijmout pomoc, umět o problému komunikovat.³⁵

Čím více protektivních faktorů jedinec má, tím více si dokáže duševní rovnováhu i ve chvílích nepohody zachovat.

2.3 Chronologický průběh zvládnání nemoci

Otázkám časového průběhu boje s utrpením začala být věnována větší míra pozornosti poté, co v roce 1992 Elizabeth Kübler-Rossová zveřejnila svou knihu „*O smrti a umírání*“. Autorka v ní popisuje pět fází prožívání nemoci, ale zároveň zdůrazňuje, že tyto fáze nemusí vždy následovat v uvedeném pořadí – mohou se vzájemně prolínat nebo i vícekrát opakovat:

- Šok a negace
- Agrese
- Smlouvání
- Smutek a deprese
- Akceptace / neakceptace³⁶

³⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*, s. 265.

V práci se zaměřuji na různé etapy nemoci a zkoumala, co ženy nejvíce trápí v době sdělení diagnózy, v době léčby a v době dispenzární péče. Rozdělení právě do těchto tří období jsem zvolila vzhledem k jejich jednoznačnému časovému určení jako fáze před léčbou, v průběhu léčby a po léčbě.

V textu práce je pro ženy nemocné karcinomem prsu použito několik označení – ženy, pacientky, nemocné, respondentky. Jedná se o rovnocenné termíny, střídané výhradně ze stylistických důvodů.

2.3.1 Období vyšetření a sdělení diagnózy

Způsob sdělení diagnózy považuji za velké umění. Lékař onkolog, přebírající pacientku z chirurgie nebo mamární poradny vidí mnohdy ženu poprvé v životě. K dispozici má pouze výsledky z operačního protokolu a z provedených vyšetření. Přesto musí dobře odhadnout míru odolnosti pacientky vůči zátěžovým situacím, její osobnostní vlastnosti i intelekt. Rovněž množství informací a způsob vysvětlit závažného zdravotního stavu by měly být přiměřené jejímu chápání. Používání srozumitelných výrazů by mělo být samozřejmostí. Lékař by měl zvolit vhodné místo, dostatek soukromí a ponechat časový prostor potřebný pro dotazy.

Studie prokázaly, že je dobré, aby lékař pacientce řekl pravdu o jejím zdravotním stavu, zároveň však nechal prostor pro naději. Chvíle sdělení diagnózy je pro nemocnou velmi zásadní a pro psychiku velmi zátěžová. Tyto okamžiky si většinou ženy pamatují celý život. Dozví-li se pacientka svoji diagnózu a pochopí ji, nastává pro ni chvíle pravdy, kterou musí přijmout. Až do této chvíle doufala, že ještě může být zdravá, nyní přichází **šok**. Přesto, jak nám studie ukazují, pacientky lépe ustojí pravdivou diagnózu, než vyhubavou odpověď typu „nebojte se, je to jen drobnost, bude to dobré“. Nejasné „mlžení“ informací přináší do vztahu lékař-pacient, sestra-pacient velmi často nedůvěru.³⁷

Častou reakcí se kterou se můžeme setkat v období sdělení diagnózy je např. popření, vytěsnění. Nebrat nemoc na vědomí, zavřít oči před skutečností bývá taktikou nemocných

³⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 107.

³⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 74.

směřující k tomu, aby situaci unesli. „Kdosi řekl: Do slunce se nemůžeme dlouho dívat, a smrti do očí také ne. Také nemocný, který ví o možném blížícím se konci, musí si jej občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít.“³⁸ Zdravotníci by v žádném případě neměli vyvracet sny či ideje pacientů, nebo se s nimi dokonce přít. Nemocné ženy časem pocítí potřebu o své nemoci promluvit.³⁹

Možná by se mohlo zdát, že sdělení zdravotního stavu je pouze „práce“ a povinnost lékaře. Avšak sestra v tomto nelehkém období hraje nezastupitelnou roli. Může posloužit trpělivým mlčením, opakováním již vysloveného, vysvětlováním nepochopitelného, pomoci zorientovat se v nové situaci i prostředí, zmírnit strach a nejistotu z toho, co bude dál, poskytnout psychickou podporu nebo vyslovit naději.

Profesionální a lidské chování zmírňuje nejen fázi šoku ze sdělené diagnózy ale též zajišťuje důvěru pacientek potřebnou k úspěšné léčbě, dodává odhodlání a chuť do boje se zákeřnou nemocí. Mám za to, že způsob sdělení diagnózy je pro pacientku natolik zásadní chvíle, která může ovlivnit další průběh onemocnění, a proto bychom ji nikdy neměli podceňovat.

2.3.2 Období léčby

Chirurgický výkon (ablace prsu), je většinou prvním léčebným řešením. Pokud je nález na lokální úrovni, není třeba pokračovat jinou terapií. Existuje celá řada fyzicky náročnějších operací, ale po stránce psychické či sociální vůbec není jednoduché pro ženu výkon zvládnout. Odstranění prsu s sebou může přinášet hluboká zranění vlastní identity, ženství a sebehodnocení. Proto je velmi vhodné pohlížet na pacientku citlivě, nebagatelizovat chirurgické odnětí prsu, ženu povzbudit, dodat jí sebevědomí a nabídnout vhodné náhradní řešení, přiměřené jejímu věku a rozsahu nádoru (chirurgická rekonstrukce prsu, epitézy). V onkologické ambulanci jsem byla svědkem mnoha smutných příběhů o rozpadlých vztazích, kdy se žena po ablaci prsu rozešla s partnerem, nebo partner s ní protože neunesli její zdravotní handicap.

³⁸ KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 15.

³⁹ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 17.

Častým chováním, se kterým se můžeme u pacientek setkat v době léčby, je zloba nebo až **agrese**. V této fázi reagování rodinní příslušníci i personál procházejí zkouškou trpělivosti. Jakákoliv péče, kterou poskytují, je „špatná“. Chtějí upravit lůžko, pacientka se zlobí, že nemá dost klidu. Nechají ji v klidu, pacientka se zlobí, že se o ni nikdo nestará. Kamkoliv se pacientka podívá, nachází důvod, aby se zlobila. Pokud se však podíváme na věc ze strany nemocných, pochopíme, že se vlastně hněvají na vytržení z normálního života, omezení nemocí, se kterou nepočítaly a která je tolik obtěžuje, zatímco my ostatní si můžeme užívat radostí života. Tato křivda v nich může budít zlost, kdykoli se podívají na zdravého člověka. Po čase i tento způsob chování většinou nemocnou opustí.⁴⁰

Dalším krokem po chirurgické léčbě, pokud je nemoc již rozšířena do jiných částí těla, je léčba cytostatiky. Pacientka se ocitá na oddělení onkologie, která je v povědomí lidí velkým postrachem. Existují nejrůznější smrtelné nemoci, ale žádná není vnímána v populaci tak negativně jako rakovina, která je pro většinu lidí symbolem zla. Nové prostředí onkologie, s nímž je pacientka nucena se seznámit, představuje další psychickou ránu, která na nemocnou ženu doléhá.

Celková léčba cytostatiky s sebou přináší řadu vedlejších účinků. Čím lépe je žena informována o očekávaných nežádoucích účincích a čím lépe se na ně připraví, tím lépe bude chemoterapii snášet. Zvracení, průjem, únava způsobená toxicitou organismu a pro ženu zvláště alopecie (ztráta vlasů a ochlupení) nemocnou ještě více „drtí“. Vyžaduje to z její strany značnou sílu a odhodlání bojovat s nemocí a nepodlehnout prvním nepříjemnostem léčby.

Opakované návštěvy nemocnice, vysílení z léčby, která trvá už tak dlouho, pocitování nepříjemných vedlejších účinků. To všechno se může podepsat na dalším psychickém stavu, který nazýváme **deprese**. „Každý z nás pociťuje bolest při ztrátě jediné milované bytosti – nemocná je ale v postavení, že ztrácí vše, co milovala.“⁴¹

⁴⁰ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 24.

⁴¹ KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 50.

2.3.3 Období dispenzarizace

Ukončení léčby pro většinu onkologických pacientek bohužel neznamená úplné vyléčení. Dlouhé období dispenzární péče je proto provázáno dalšími obavami, jako jsou na příklad strach z budoucnosti, z bolesti a strádání, obava ze ztráty soběstačnosti, strach, že budou na obtíž svému okolí, existenční nejistota a v neposlední řadě i strach o život samotný.

Onkologické onemocnění je všeobecně vnímáno jako onemocnění život ohrožující. I po úspěšné léčbě v ženě zůstává pocit jakési nejistoty a obavy, co by nastalo, kdyby se nemoc vrátila. Žena je vystavena určitému, byť podvědomému napětí, které může snadněji přivodit stav únavy.

Naštěstí existuje celá řada způsobů, jak této situaci odolávat, přičemž hlavním cílem je dosáhnout uvolnění. Pro někoho může být cestou k uvolnění pobavení se s přáteli, někdo se svých pocitů zbavuje fyzickou prací. Také seberealizace v umělecké činnosti, jako je kreslení, keramika nebo ruční práce, může být řešení.⁴²

Povědomí o fázi **smlouvání** není všeobecně příliš rozšířené, protože se jedná o fázi skrytou. Pro pacientky je však velmi důležitá, protože je mnohdy posledním pokusem jak oddálit příchod nevyhnutelného. Smlouvání mívá podobu „obchodního vyjednávání“, kdy pacient výměnou například za urovnání vztahů nebo změnu životosprávy očekává zlepšení zdravotního stavu.⁴³

2.3.4 Období konečného stádia a umírání pohledem psychologie

Rakovina prsu přes veškerou snahu lékařů a sester, přes nejmodernější léčbu i technické vybavení nemocnic patří mezi onemocnění v mnoha případech smrtelná. Přestože v dotazníkovém šetření nevyprávějí ženy v konečném stádiu nemoci, do časového průběhu nemoci toto stadium patří, proto je na místě krátce zmínit i tuto fázi.

Pominula fáze vzednutých emocí, zmizel pocit závisti vůči zdravým, stejně jako zloba a hněv. Nemocná čím dál víc pociťuje slabost a únavu. Léčba nádoru přestává mít význam a stává se zátěží pro vysílený organismus. Ačkoli by tato fáze mohla do jisté míry působit

⁴² Srov. <http://www.mammahelp.cz/online-poradna.php>

⁴³ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 45.

jako rezignace, není tento pohled na věc zcela přesný. Rezignace je chápána jako slabost nebo zklamání. Avšak nemocná, která svoji situaci přijímá, dává **souhlas** k přijetí smrti v klidu a důstojnosti. Je si vědoma toho, že je na konci života. Dle E. Kübler-Rossové je jen menšina pacientů, kteří do tohoto stadia vůbec nedozrají.⁴⁴

Nemocné krátce před smrtí mají potřeby a přání, které se dají splnit. Je to čas být s nimi, držet je za ruku, dát jim najevo, že na své starosti a úzkosti nejsou samy.

„Kdo má dostatek sil a lásky, aby se posadil k nemocnému, a chápe hodnotu mlčení, které je silnější než slova, ví, že pohled na nemocného není ani trapný, ani nevzbuzuje hrůzu, vidí jen pomalé vyhasínání tělesných funkcí. Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi milióny světél na vzdálené obloze, zaplane a zmizí v nekonečné noci.“⁴⁵

⁴⁴ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 67-68.

⁴⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*, s. 133.

3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY NEMOCI

Člověk je tvor společenský, jeho život se odehrává v síti sociálních vztahů – od nejužších partnerských a rodinných vazeb až po širší společenství spolupracovníků či spoluobčanů. Proto jedním z aspektů závažné nemoci je její společenský dopad, t.j. její vliv na nejrůznější vztahy nemocného.

3.1 Rakovina prsu – útok na symbol ženství

Existuje mnoho forem rakoviny, které nejsou o nic méně nebezpečné, nebo které mají horší prognózu, a přesto nepůsobí na ženy tak děsivě jako právě karcinom prsu. Důvodem je patrně skutečnost, že tato forma rakoviny zasahuje citlivé místo ženství. Dnes už si ani neuvědomujeme, jaký význam mají prsy jako symbol mateřství, plodnosti a zdraví. Stačí se však podívat na zobrazení ženy v umění, a to již od nejstarších dochovaných artefaktů (např. Věstonická venuše datovaná do období 29 000-25 000 let př. n. l.), a hned je zřejmé, jak hluboce je toto spojení v člověku zakořeněno. Moderní člověk těmito pohnutkám už možná přesně nerozumí, ale podvědomě vnímá hlubší nebezpečí spojené s touto nemocí.

3.2 Rakovina prsu v historii lidské společnosti

Rakovina obecně bývá označována jako civilizační nemoc, ale minimálně u karcinomu prsu rozhodně neplatí, že by měla souvislost s moderní civilizací. „Karcinom prsu není onemocněním moderní doby, jde o onemocnění se starobylymi historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin.“⁴⁶ V umění existují častá vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly rakovinou prsu. Příkladem je Rembrandtův obraz „Betsabé v lázni“ nebo také Michelangelova socha ženské postavy představující „Noc“, u které můžeme vidět známky karcinomu prsu. Množství vyobrazení vypovídá o tom, že tato nemoc trápila nejen ženu samotnou, ale nebyla skrytá ani jejímu okolí.

⁴⁶ ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*, s. 11.

3.3 Potřeba sociální opory pro ženu nemocnou karcinomem prsu

Karcinom prsu vyvolává odezvu jak u ženy, její rodiny a přátel, tak i celé společnosti. Řada studií ukázala, že sociální opora může být pro pacientky velmi užitečná. „Sociální oporou rozumíme přítomnost jiné živé bytosti stejného druhu, která na postiženého jedince příznivě působí“⁴⁷, případně uspokojuje jeho sociální požadavky, jako jsou potřeba náklonnosti, jistoty, souhlasu a sociální interakce.⁴⁸

Možné způsoby sociální podpory:

- informativní podpora (rada, orientace)
- instrumentální podpora (praktická pomoc)
- emocionální podpora (důvěra, náklonnost)
- hodnotící, oceňující sociální podpora (uznání, ocenění)⁴⁹

3.3.1 Dopad nemoci na partnerský vztah

Závažným aspektem nemoci je ovlivnění partnerského vztahu. Nemoc ani léčba sexuální život nevylučují, avšak z obou stran může dočasně nastat určitý psychický blok. Důležitá je komunikace mezi oběma partnery, a na místě citlivost pochopení a vstřícnost ze strany muže. „Mnohdy nemoc a její řešení partnerské vztahy ještě utuží.“⁵⁰ „Tauchová uvádí, že tam, kde byly vztahy mezi manželi před nástupem choroby dobré, nenásleduje rozkol z důvodu onemocnění. Kde však byly tyto vztahy narušeny, rozvrat se prohlubuje.“⁵¹ Psychosociální pomoc nemocným rakovinou by měla mít oporu ve vztahově důležité

⁴⁷ TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 107.

⁴⁸ Srov. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 107.

⁴⁹ Srov. SKŘIVANOVÁ, Kateřina. *Vliv gynecologických malignit na sebepojetí žen*, s. 45.

⁵⁰ ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, str.122

⁵¹ DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*, s. 178.

osobě. Bez této, přirozeně a paralelně se odehrávající pomoci a podpory nemůže být profesionální pomoc příliš úspěšná.⁵²

3.3.2 Dopad nemoci na rodinné vztahy

Diagnóza zhoubného nádoru prsu dopadá nejen na ženu samotnou, ale je zátěží pro celou její rodinu. Bylo by divné, kdyby se toto těžké životní období obešlo bez problémů vyvolaných z té či oné strany. S nemocí se učí žít nejen sama nemocná, ale s ní i celá její rodina. Způsob, jak rodina přijme nemocnou, vychází jednak z toho, jaký vztah k ní jednotliví členové zaujímají, ale i z toho, jaký má nemocná sama vztah k nádorovému onemocnění a jak zvládá onkologickou léčbu či svůj handicap po operaci prsu. Rodina by rozhodně neměla nemocné připomínat chorobu neustálou přehnanou péčí, protože zachování role ženy jako matky a manželky pro ni mívá klíčový význam. Druhým extrémem by bylo udělat z nemoci tabu.⁵³ Nejdůležitější zdroj sociální opory tvoří pro pacienta nejužší rodinný kruh.⁵⁴

3.3.3 Dopad nemoci na přátelské vztahy

Dalším často pozorovaným jevem u onkologických pacientek je porucha komunikace. To, co pacient očekává od svého sociálního okolí (většinou od přátel a dobrých známých), je přátelství. Udržování kontaktů v nouzi však často způsobuje pravý opak, ústup této osoby, ať už z důvodu nepochopení pacientově situaci, nebo z důvodu iracionálního strachu.⁵⁵

3.3.4 Dopad na zaměstnání a vztahy na pracovišti

Nemoc znamená často pro člověka radikální změnu každodenního života. Často ho zbavuje řady povinností, nevyjímaje zaměstnání. (V psychologii hovoříme o tzv.

⁵² Srov. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 107.

⁵³ Srov. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*, s. 179.

⁵⁴ Srov. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 107.

⁵⁵ Srov. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*, s. 107.

nozofilním postoji, kdy pacient k nemoci přistupuje jako ke zdroji výhod vyplývajících z pracovní neschopnosti.⁵⁶ Ve své praxi jsme se však s tímto postojem u onkologicky nemocných nikdy nesetkala.) Pro aktivního jedince se může stát neschopnost pracovat velkým problémem, který se negativně odráží na jeho psychice. Pocity zbytečnosti, méněcenosti a sociální nejistoty v budoucnosti mohou vést až k depresivním náladám.

Ze své zkušenosti z praxe vím, že některé typy zaměstnání umožňují absolvovat léčbu aniž by žena musela práci přerušit. Jedná se spíše o ženy s vyšším stupněm dosaženého vzdělání. Tyto ženy jsou po psychické stránce spokojenější. Prožívají častěji pocit, že je nemoc tolik neomezuje, a to, že se léčí a zároveň pracují jim naopak dodává větší sebevědomí a pocit sebedůvěry. Je také pravdou, že kvůli svým pracovním povinnostem nemají tolik času nad nemocí přemýšlet. Naopak ženy manuálně pracující a ženy s nižším stupněm vzdělání se s problémy v zaměstnání potýkají velmi často, protože jejich fyzicky náročnější práce a pevně stanovená pracovní doba vyžaduje pracovní neschopnost. To s sebou přináší finanční nejistotu, obavy, zda bude žena moci v budoucnu své zaměstnání dále vykonávat, nebo strach, že dokonce o své zaměstnání přijde. Takové obavy jsou pochopitelné jednak vzhledem k vysokému procentu nezaměstnanosti a s ním spojenému obtížnému hledání nové práce. Navíc mnohé z žen jsou samoživitelkami, které zabezpečují své neúplné rodiny.

3.4 Možnosti a zdroje pomoci a podpory

3.4.1 Léčebná rehabilitace

Pro postupy, které mají za hlavní cíl dosáhnout původního stavu jako byl před onemocněním, používáme termín rehabilitace. Pokud se jedná o chronické onemocnění, což v onkologii není ojedinělé, může rehabilitace alespoň přispět k úpravě porušených funkcí organismu a také umožnit celkově lepší kvalitu života.

Rehabilitaci rozdělujeme dle doporučení WHO do tří základních kategorií:

⁵⁶ Srov. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*, s. 21.

- Léčebná tělesná (somatická) rehabilitace, která se zaměřuje na úpravu poruch způsobených onkologickou léčbou (např. lymfedém po ablaci prsu)
- Psychická rehabilitace, zaměřená na psychické změny v průběhu léčby i po ní
- Sociální rehabilitace, která umožňuje návrat nemocných ke společenským aktivitám, které prováděly před nemocí, včetně zaměstnání.

3.4.2 Skupiny pro vzájemnou pomoc

V současné době existuje celá řada sdružení zaměřených na zvládání a podporu při onemocněním karcinomem prsu. Jejich cílem je poskytovat komplexní služby všem ženám, které se na ně obrátí ve chvíli, kdy onemocní nádorem prsu. Mezi velmi známé patří např. organizace Mammahelp, kde se sdružují nejen ženy, které zde hledají pomoc, ale také ty které zkušeností této nemoci prošly a pracují zde jako „laické psychoterapeutky“. Ty zde ženám poskytují cenné odpovědi na otázky, které neumí zodpovědět ani nejbližší příbuzní nemocné. S organizacemi samozřejmě spolupracují i odborníci z řad lékařů a psychologů. Komplexní péče zahrnuje i sociální podporu včetně návratu do běžného života a zaměstnání.⁵⁷

Užitečné informace se mohou ženy dovědět i na internetových stránkách Asociace mamodiagnostiků České republiky, na kterých jsou laikům zveřejňovány srozumitelné odborné texty. Užitečná je i jimi poskytovaná online poradna.

Celkem v sobě sdružuje Aliance žen s rakovinou prsu více než 40 organizací, které vytvořily pacientky léčené pro zhoubný nádor prsu a které fungují po celé republice. Agitovanost žen je významná nejen pro ženy nemocné, ale mají také řadu programů, zaměřených k motivaci, edukaci a prevenci karcinomu prsu u žen zdravých.⁵⁸

3.4.3 Protetické pomůcky vs rekonstrukční operace

Jedním z důvodů psychosociálních potíží může být změna fyzického vzhledu nemocné. V období léčby je pro ženu problém ztráty ochlupení, zvláště vlasů. Řešením je kvalitní

⁵⁷ Srov. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Rady ženám po operaci prsu*, s. 15.

⁵⁸ Srov. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*, s. 53.

upravená paruka. Povzbuzením pro ženu je, že vlasy po ukončené léčbě v naprosté většině případů opět narostou. Závažnějším problémem bývá zásah na prsu. Epitézou rozumíme kompenzační pomůcku jednak zajišťující normální vzhled prsů, také umožňující přirozené pohybové a společenské aktivity jako je tanec nebo sport včetně plavání. V současné době existuje široký výběr dokonalých epitéz, které se vkládají do speciální podprsenky. Díky těmto pomůckám se ženy mohou cítit sebevědoměji. Dobře padnoucí epitéza pomáhá ženě k návratu do normálního života.⁵⁹

Jinou možností nápravy po mastektomii jsou rekonstrukční operace prsu. V dnešní době dochází u těchto metod k výraznému vývoji co do počtu, tak i dokonalosti provedení. Dá se říci, že rekonstrukce prsu po mastektomii je důležitou součástí komplexní péče o ženy s onemocněním prsu. Podmínkou úspěšné komplexní chirurgické péče o ženy s karcinomem prsu je úzká spolupráce mezi chirurgem odstraňujícím nádor a plastickým chirurgem. Ta umožňuje podle typu nádoru a jeho způsobu odoperování zvolit ideální postup rekonstrukční operace u konkrétní pacientky. Výsledky současné operační léčby nádorových onemocnění prsů u žen poukazují, na velký význam zvláště pro psychiku ženy ale mají pozitivně významný dopad i pro oblast sociální.⁶⁰

⁵⁹ Srov. KOPECKÝ, Josef, SUMEROVÁ, Jorga, KOPECKÁ, Petra. *Rehabilitace po operacích prsu*, s. 54.

⁶⁰ Srov. <http://www.mamahelp.cz/rekonstrukce-prsu-po-mastektomii.php>

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Šetření se věnuje problematice žen s karcinomem prsu. Zaměřuje se na faktory, které během nemoci zatěžují psychiku pacientek, zjišťuje vliv nemoci na změnu sociálního chování a hledá způsob jak podpořit pacientku v náročném období života ze strany nemocničního personálu a omezit možné problémy v sociální oblasti.

4.1 Cíle výzkumného šetření

CÍL 1

Zjistit faktory vedoucí k psychické zátěži u žen s karcinomem prsu.

CÍL 2

Zjistit postoje žen s karcinomem prsu k společenskému životu.

Cíl 3

Na základě zjištěných výsledků navrhnout doporučení, která by vedla k co největší psychosociální podpoře poskytované onkologicky nemocným ženám ze strany nemocničního personálu.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkumnému šetření, kterým se zabývám ve své práci, předcházela osobní zkušenost ze zaměstnání, studium odborných článků a literatury a sestavení anonymního dotazníku vlastní konstrukce adresovaného pacientkám s cílovou diagnózou. Po schválení dotazníku vedoucím práce a vedoucím pracovníkem zdravotnického zařízení jsem provedla nejprve pilotní studii, po které následovala vlastní distribuce dotazníků na oddělení.

4.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvoří ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu a které jsou nyní sledovány v dispenzární péči Onkologického centra Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně (tzn. jsou po ukončení léčby). Záměrně, s ohledem na obtížnost jejich životní situace, jsem vynechala pacientky, kterým byl karcinom „čerstvě“ diagnostikován, nebo které onkologickou léčbou teprve prochází. Celkový počet respondentek činí 120. Tento počet nezahrnuje 5 pacientek, kterým byl dotazník předán vrámci pilotního šetření.

4.2.2 Organizace výzkumného šetření

Po sestavení položek dotazníku a jeho finální konstrukci s odsouhlasením vedoucím bakalářské práce byla realizována pilotní studie. Na základě odpovědi, které mi poskytlo 5 onkologicky nemocných pacientek, jsem provedla drobné formulační úpravy (v pilotní studii 2 respondentky v otázkách č. 7, 9, 10 a 11 neoznačily své odpovědi číslem, raději jsem proto od svého záměru číslování položek v šetření ustoupila). Po schválení vedoucím práce jsem získala konečnou podobu dotazníku.

Vlastnímu výzkumnému šetření na onkologickém oddělení předcházela souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči KNTB, a.s. Mgr. Moniky Dleskové. K žádostem (viz přílohy č. 1 a č. 2) jsem přiložila i originál dotazníku (příloha č. 3). Souhlas s provedením výzkumného šetření jsem získala dne 16. 11. 2010.

Vlastní sběr dat jsem zajišťovala osobně. V průběhu měsíců prosince 2010 a ledna 2011 jsem se svolením přednosta Onkologického centra, vrchní a staniční sestry pravidelně docházela na onkologickou registraci. Tam jsem oslovovala pacientky s „potřebnou“ diagnózou, které se dostavovaly k onkologickým kontrolám vrámci dispenzární péče. Po náležitém vysvětlení, které jsem jim podala, si ženy krátily chvíli v čekárně vyplňováním dotazníku a v obálce mi je odevzdávaly zpět na registraci. Tímto způsobem jsem předala dotazníky celkem 120 ženám. Výzkumné šetření probíhalo od 1. prosince 2010 do 15. ledna 2011. Ze 120 předaných dotazníků se vrátilo 115 (t.j. návratnost 96 %), 5 dotazníků se vrátilo zcela nevyplněných a 4 dotazníky jsem musela z důvodu neúplného vyplnění vyřadit. 2 respondentky neodpověděly na otázky č. 17 a 18 (partnerské a rodinné vztahy), 1 respondentka neodpověděla na otázku č. 20 (zaměstnání) a 1 respondentka neodpověděla na otázku č. 21 (úroveň sebevědomí). Zkoumaný vzorek tedy představuje 106 žen s diagnózou karcinom prsu.

4.2.3 Realizace výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem metodu dotazníku vybrala záměrně. Dotazník jako jedna z tzv. exploračních výzkumných metod získává informace prostřednictvím subjektivních odpovědí zkoumaných osob.⁶¹ To bylo pro mnou naplánované šetření výhodné ze dvou důvodů: jednak proto, že se v mém šetření jedná o informace intimního charakteru, ale také proto, že dotazník umožňuje potřebný čas na rozmyšlenou. Nevýhodu dotazníku lze na druhé straně spatřovat v nemožnosti kontrolovat, zda zkoumané osoby zodpoví všechny otázky, případně zda dotazník vůbec vyplní a odevzdají.

Dotazník vlastní konstrukce obsahuje 25 otázek, které sledují vytyčené cíle bakalářské práce. V úvodu k dotazníku jsem respondentky ubezpečila, že jimi sdělené informace budou použity výhradně k účelům mé bakalářské práce.

Jednotlivé položky dotazníku mají podobu polootevřených a uzavřených otázek. U otázek s polootevřenými položkami respondentky vybíraly z nabídnutých odpovědí a navíc měly možnost doplnit alternativní odpověď. Jedná se o následující otázky: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 22, 23, 25. U otázek se zavřenými položkami byly odpovědi předem formulované a respondentky – pokud nebylo uvedeno jinak – označovaly pouze jednu odpověď. Týká se to těchto otázek: 1, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24.

4.2.4 Charakteristika otázek dotazníku

Otázky č. 1 a 2 se týkají věku respondentek a doby, která uplynula od ukončení onkologické léčby.

Otázky č. 4 a 5 zjišťují, jakým způsobem byla pacientkám sdělena diagnóza a jaký druh léčby podstoupily.

Otázka č. 8 sleduje, zda a odkud ženy čerpají informace o své nemoci.

Otázky č. 3, 15, 23 a 24 zjišťují, jaký psychologický postoj pacientky zaujímají k nemoci a jakým způsobem se s ní vypořádávají.

⁶¹ Srov. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*, s. 45.

Otázky č. 6, 7, 9, 10 a 11 zjišťují, jaké psychické stresory na ženu působily v době sdělení diagnózy, v době léčby a v době dispenzarizace.

Otázky č. 12 a 13 sledují hodnocení personálu po odborné a morální stránce z pohledu pacientek.

Otázky č. 17 – 21 zkoumají sociální problémy žen s rakovinou prsu.

Otázky č. 14, 16, 22 a 25 zjišťují, co ženám v onkologické nemoci nejvíce pomáhá a jakým způsobem jim můžeme jejich situaci ulehčit.

5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data jsem uspořádala do tabulek četností, které pro jednotlivé položky obsahují údaj o absolutní četnosti a vypočtené relativní četnosti. Pro názornost jsem ke každé tabulce následně vytvořila graf. Pro výpočty v tabulkách a konstrukci grafů jsem použila program Microsoft® Excel® for Mac 2011 verze 14.0.0. Každé tabulce předchází stručný slovní komentář.

Relativní četnost je údaj, který vyjadřuje zastoupení dílčí hodnoty v rámci celkového počtu a který se počítá podle vzorce $f = n / N$, kde

f – relativní četnost

n – absolutní četnost odpovědi (t.j. celkový počet výskytů konkrétní odpovědi)

N – celková četnost (t.j. celkový počet odpovědí)

Relativní četnost se nejčastěji udává v %, tak, že hodnotu f vynásobíme 100%.

5.1 Vyhodnocení odpovědí na jednotlivé položky dotazníku

5.1.1 Otázka č. 1 – Věk respondentek

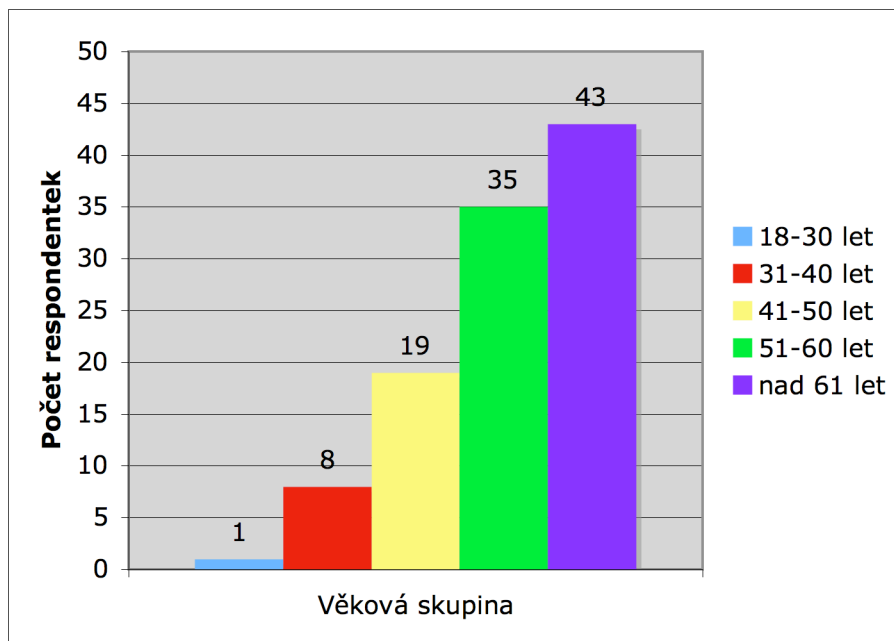
Otázka č. 1 měla za cíl zmapovat věk respondentek.

Položku 18-30 let označila 1 žena (0,94 %), položku 31-40 let označilo 8 žen (7,55 %). K věkové skupině 41-50 let se hlásilo 19 respondentek (17,92 %) a k položce 51-60 let 35 respondentek (33,02 %). Položku nad 61 vyplnilo 43 žen.

Tab. 1 Věk respondentek

	Četnost odpovědi	
	n	f
18-30 let	1	0.94%
31-40 let	8	7.55%
41-50 let	19	17.92%
51-60 let	35	33.02%
nad 61 let	43	40.57%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 1 Věk respondentek



5.1.2 Otázka č. 2 – Doba od ukončení léčby

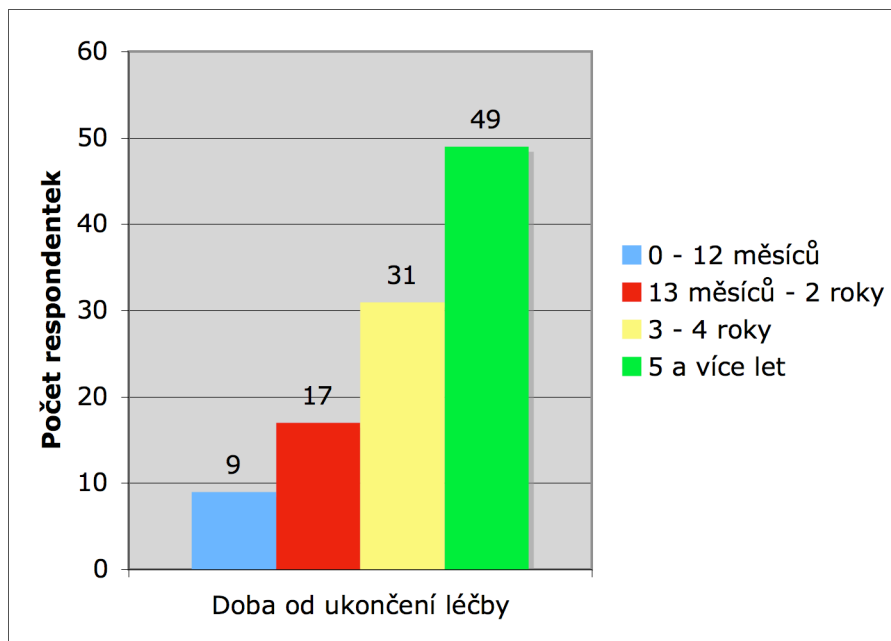
Otázka č. 2 zjišťovala, jak dlouhá doba uplynula od léčby na onkologickém oddělení. Pro přesnost odpovědí respondentek je dobré, aby nebyly založeny na příliš starých vzpomínkách, ale zároveň aby již měly od zkušenosti nemoci určitý odstup.

Dobu 0-12 měsíců od ukončení onkologické léčby označilo 9 respondentek (8,49 %). 17 respondentek (16,04 %) označilo 13 měsíců až 2 roky od léčby. 3-4 roky od ukončené léčby zaznamenalo 31 žen (29,25 %) a 5 let a víc let 49 respondentek (46,23 %).

Tab. 2 Doba od ukončení léčby

	Četnost odpovědi	
	n	f
0-12 měsíců	9	8.49%
13 měsíců – 2 roky	17	16.04%
3-4 roky	31	29.25%
5 a více let	49	46.23%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 2 Doba od ukončení léčby



5.1.3 Otázka č. 3 – Reakce na zadání náročného úkolu v zaměstnání

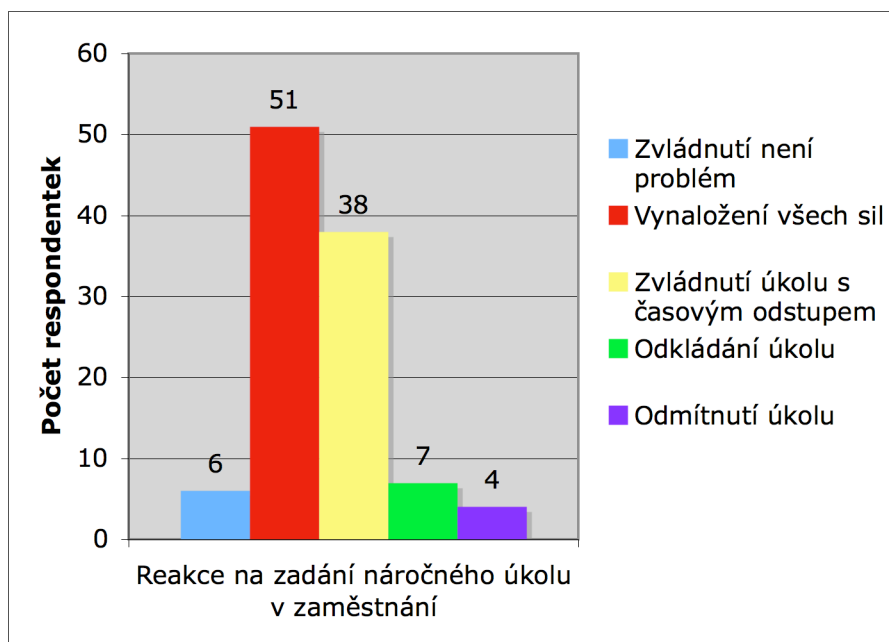
Cílem této otázky bylo zjištění reakce respondentek na zátěžové situace, mezi které může patřit i nemoc. Jednotlivé položky (záměrně formulované tak, aby se týkaly životní situace nesouvisející s nemocí a odpovědi tak byly co nejméně zkreslené vědomými postoji) zkoumaly, zda respondentky v krizových situacích volí „boj“ nebo „útek“.

Položku „Neřešitelné problémy pro mě neexistují“, označilo 6 respondentek (5,66 %). Odpověď „Vynaložila bych všechny své síly a schopnosti na splnění úkolu“ zvolilo 51 respondentek, (48,11 %) a „Úkol zvládnou, ale v delším čase“ pak 38 respondentek (35,85 %). V dalších položkách ženy uvedly „Úkolu bych se vyhýbala, řešení bych odkládala“ 7 respondentek (6,60 %) a „Problém bych nechtěla řešit, úkol bych odmítla“ 4 ženy (3,77 %).

Tab. 3 Reakce chování na zadání náročného úkolu v zaměstnání

	Četnost odpovědi	
	n	f
Zvládnutí není problém	6	5.66%
Vynaložení všech sil	51	48.11%
Zvládnutí úkolu s časovým odstupem	38	35.85%
Odkládání úkolu	7	6.60%

Odmítnutí úkolu	4	3.77%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 3 *Reakce chování na zadání náročného úkolu v zaměstnání*

5.1.4 Otázka č. 4 – Absolvovaná léčba

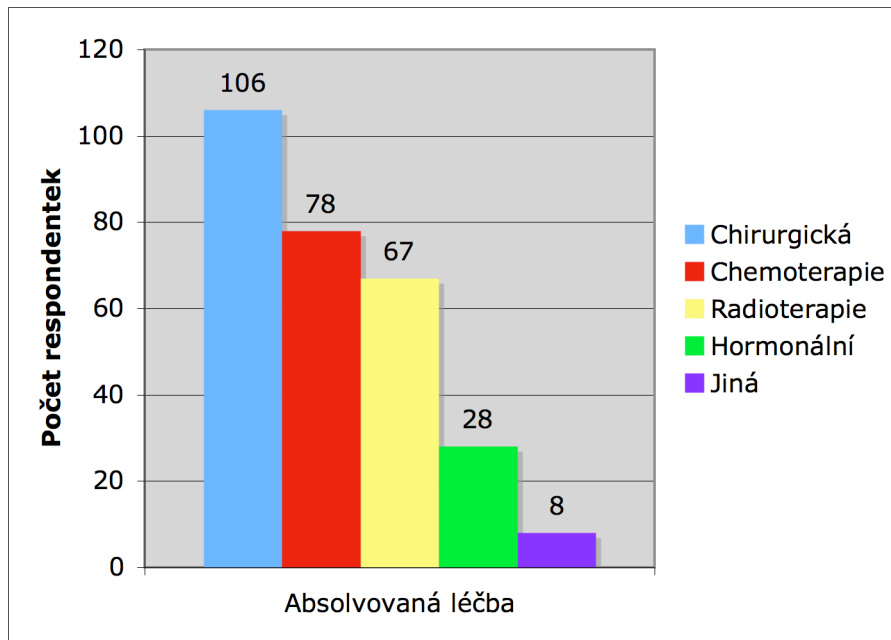
Jak je dobře patrné z tabulky a grafu, chirurgickou léčbu absolvovalo všech 106 respondentek (100 %), dispenzarizovaných v Onkologickém centru Bařovy nemocnice. Položku „Chemoterapie“ označilo celkem 78 respondentek (27,18 %), radioterapii, která se provádí vždy po parciálním výkonu, označilo 67 respondentek (23,34 %) a hormonoterapii, která je účinná pouze pro ženy s pozitivními hormonoreceptory, označilo 28 žen (9,76 %). V položce „Jiná léčba“ 8 žen (2,79 %) uvedlo léčbu biologickou.

Tab. 4 *Absolvovaná léčba*

	Četnost odpovědi	
	n	f
Chirurgická	106	36.93%
Chemoterapie	78	27.18%
Radioterapie	67	23.34%
Hormonální	28	9.76%
Jiná	8	2.79%

N = celková četnost	287	100.00%
----------------------------	-----	---------

Graf 4 Absolvovaná léčba



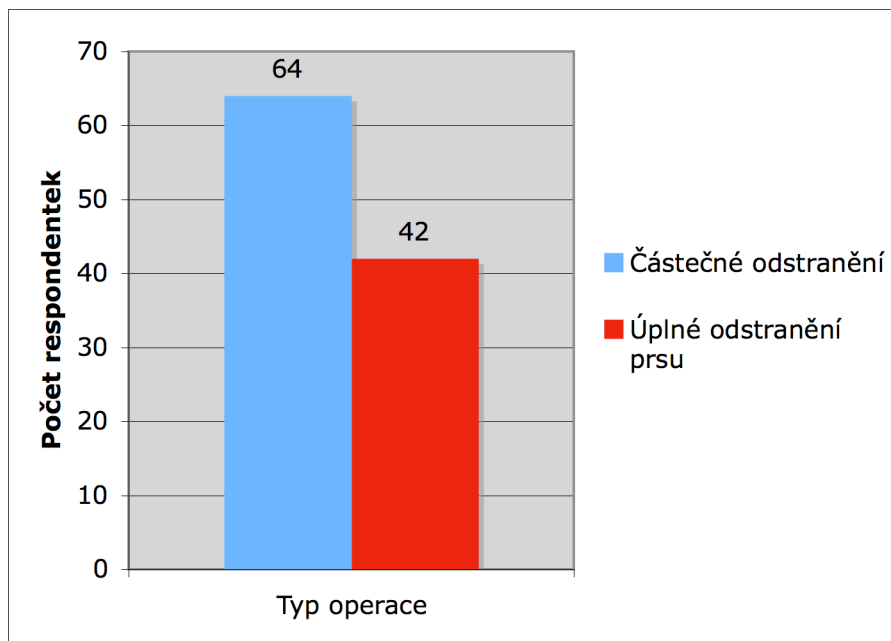
5.1.5 Otázka č.5 – Typ operace

Trendem dnešní doby je v zájmu ženy, ale také z důvodu minimalizace pozdních pooperačních komplikací provádět parciální chirurgické výkony (pokud to dovolí rozsah onemocnění). U 64 respondentek (60,38 %) bylo provedeno částečné odstranění prsu, ablaci (úplné odstranění prsu) označilo 42 respondentek (39 %).

Tab. 5 Typ operace

	Četnost odpovědi	
	n	f
Částečné odstranění prsu	64	60.38%
Úplné odstranění prsu	42	39.62%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 5 Typ operace



5.1.6 Otázka č. 6 – Chování lékaře při sdělení diagnózy

Otázka č. 6 zjišťovala, jakou zkušenost respondentky prožily v krizovém období diagnostikování nemoci.

S empatickým, vlídným lékařem, který s citem oznámil pacientce pravdu a nic nezamlčel, se setkala 45 respondentek (42,45 %). S empatickým, vlídným lékařem, který však neřekl vše, co měl, se setkala 27 respondentek (25 %). S dalšími položkami, které poukazují na neprofesionalitu (která ženu může psychicky poškodit), bychom se u tak vážně nemocných žen vůbec neměli setkávat. Přesto 21 respondentek (19,81 %) označilo způsob sdělení diagnózy za rutinní, věcný, stručný a 9 respondentek (8,49 %) označilo způsob za spíše odměřený. Položku „Jiný způsob chování“ označily 4 respondentky (3,77 %).

Příklady přímých odpovědí:

„Lékař byl neprofesionální“

„Doktor se choval arogantně“

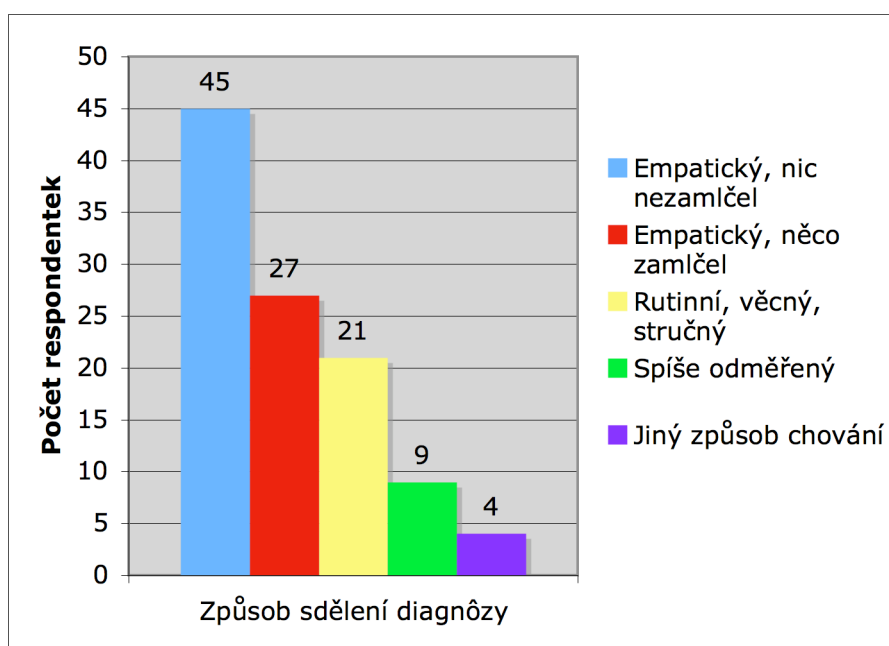
„Lékař byl necitlivý, jako bych nebyla člověk“

„Neorientoval se v mých papírech a byl nervózní“

Tab. 6 Chování lékaře při sdělení diagnózy

	Četnost odpovědi	
	n	f
Empatický, nic nezamlčel	45	42.45%
Empatický, něco zamlčel	27	25.47%
Rutinní, věcný, stručný	21	19.81%
Spíše odměřený	9	8.49%
Jiný způsob chování	4	3.77%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 6 Chování lékaře při sdělení diagnózy



5.1.7 Otázka č. 7 – Obavy v době zjištění diagnózy

Prvním obdobím, ve kterém jsem zjišťovala psychické prožívání nemoci žen, byla doba zjištění diagnózy. Smyslem této otázky byla snaha o hlubší pohled do nitra ženy a o diferencovanější poznání případných psychických obtíží.

Tato otázka byla doplněna instrukcí, že respondentky mohou volit více odpovědí. Odpovědi pak mají označit číslem, podle intenzity vlastního prožívání strachu.

V otázce „Čeho jste se nejvíce bála v době zjištění diagnózy“ označilo nejvíce respondentek položku „Obavy z budoucnosti“ – 66 respondentek (27,50 %). Položku „Obavy z léčby“ označilo 54 respondentek (22,50 %) a položku „Obavy ze smrti“ uvedlo

44 respondentek (18,33 %). V menším zastoupení pak respondentky označovaly položku „Obavy z bolesti“ - 24 respondentek (10 %), „Obavy z chování okolí“ - 18 respondentek (7,50 %) a položku „Obavy z poškození vzhledu“ - 28 žen (11,67 %). Položku jiné obavy označilo 6 respondentek (2,50 %).

Příklady přímých odpovědí:

„Měla jsem strach, že zůstane manžel sám“

„Bála jsem se, kdo se mi postará o postižené dítě“

„Nevěděla jsem, zda rakovinu zvládnou, léčím se s cukrovkou“

„Bála jsem se, že když budu na neschopence, neuživím děti. Jsem rozvedená“

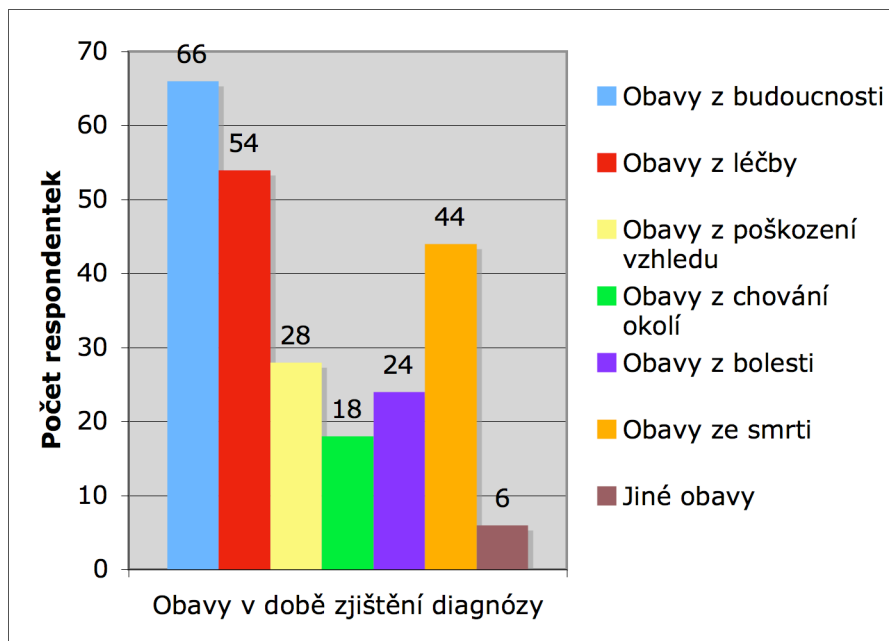
„Kdo zajistí chod rodiny“

„Nejistoty“

Tab. 7 Obavy v době zjištění diagnózy

	Četnost odpovědi	
	n	f
Obavy z budoucnosti	66	27.50%
Obavy z léčby	54	22.50%
Obavy z poškození vzhledu	28	11.67%
Obavy z chování okolí	18	7.50%
Obavy z bolesti	24	10.00%
Obavy ze smrti	44	18.33%
Jiné obavy	6	2.50%
N = celková četnost	240	100.00%

Graf 7 Obavy v době zjištění diagnózy



5.1.8 Otázka č. 8 – Zdroj informací o nemoci

Cílem této otázky bylo zjištění, z jakých zdrojů respondentky čerpaly své informace. Informace od lékaře získalo 38 respondentek (35,80 %), od sester 22 respondentek (20,75 %). Stejný počet respondentek uvedl jako zdroj internet: 22 (20,75 %). 9 respondentek (8,49 %) uvedlo, že informace získalo od žen se stejnou zkušeností nemoci a 3 respondentky (2,83 %) informace nevyhledávaly. Položku jiné zdroje informací označila 1 respondentka (0,94 %). Z označených položek jasně vyplývá, že naprostá většina žen přistupuje ke svému zdravotnímu stavu zodpovědně a o svou nemoc se zajímá.

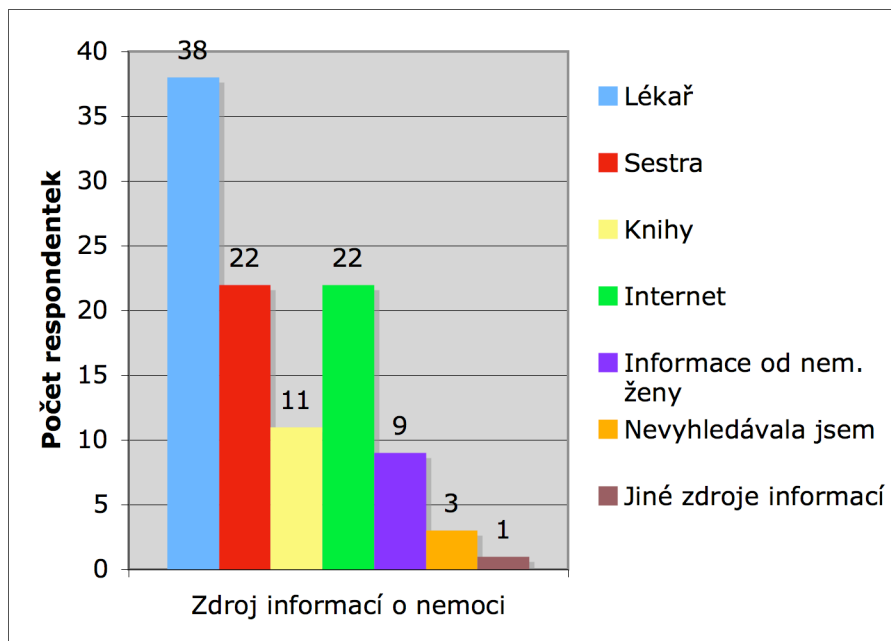
Citace volné odpovědi:

„Jsem zdravotní sestra, hodně jsem věděla“

Tab. 8 Zdroj informací o nemoci

	Četnost odpovědi	
	n	f
Lékař	38	35.85%
Sestra	22	20.75%
Knihy	11	10.38%
Internet	22	20.75%
Jiné nemocné ženy	9	8.49%
Nevyhledávala jsem	3	2.83%
Jiné zdroje informací	1	0.94%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 8 Zdroj informací o nemoci



5.1.9 Otázka č. 9 – Obavy v době onkologické léčby

Čeho se pacientky nejvíce bály v době onkologické léčby, měla za úkol zjistit otázka č.9. I zde měly ženy možnost označit v dotazníku více odpovědí.

Za zdroj stresu byly nejčastěji označeny nežádoucí účinky léčby - 52 respondentek (28,11 %), prostředí onkologie - 51 respondentek (27,50 %) a strach z neúspěšné léčby - 57 (30,81 %). Za podstatně méně stresující považovaly respondentky chování personálu - 6 respondentek (3,24 %) a vlastní pocit, že svou situaci nezvládnou - 14 (7,57 %). V položce „Jiné obavy“ 5 respondentek (2,70 %) odpovědělo následovně:

„Mnoho pacientů v jedné sanitce bylo pro mne stresující“

„Doba čekání na sanitku“

„Strach, že mi bude špatně v sanitce, neměla jsem jiný odvoz“

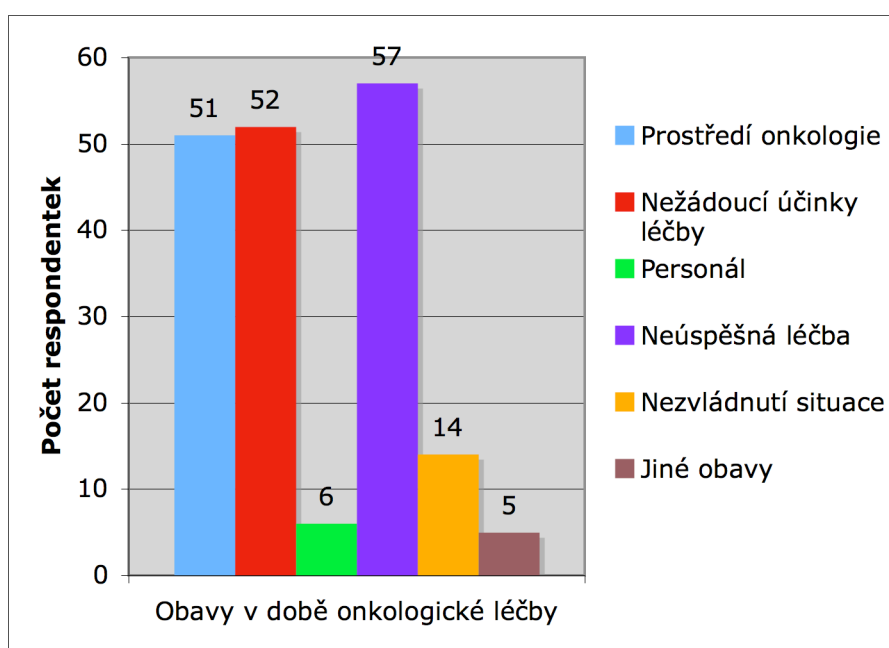
„Tolik nemocných kolem mne“

„Aplikační pokoj, vzbuzoval ve mě hrůzu“

Tab. 9 Obavy v době onkologické léčby

	Četnost odpovědi	
	n	f
Prostředí onkologie	51	27.57%
Nežádoucí účinky léčby	52	28.11%
Personál	6	3.24%
Neúspěšná léčba	57	30.81%
Nezvládnutí situace	14	7.57%
Jiné obavy	5	2.70%
N = celková četnost	185	100.00%

Graf 9 Obavy v době onkologické léčby



5.1.10 Otázka č.10 – Obavy v období po ukončené léčbě

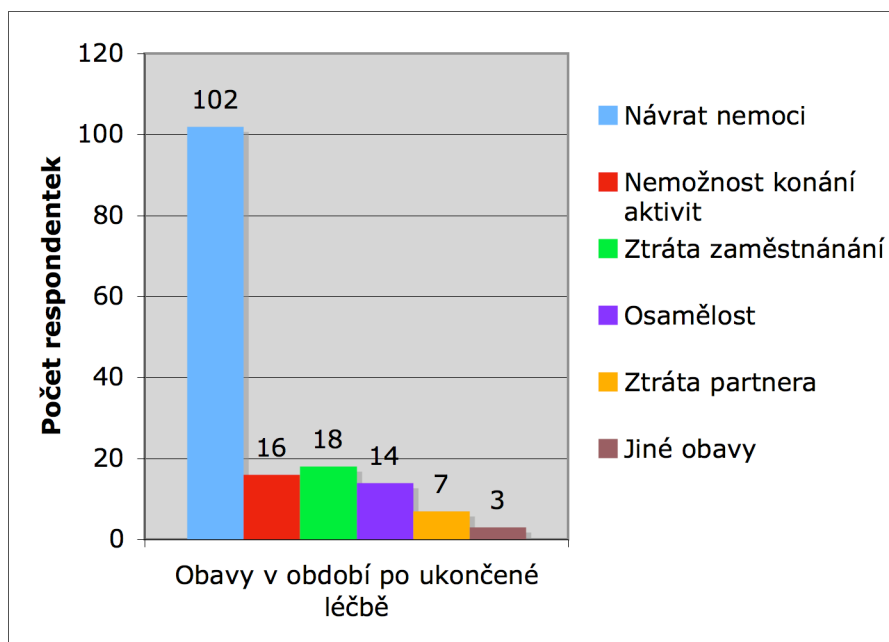
Z tabulky a grafu vyplývá, že největší strach u respondentek jednoznačně pramení z možnosti návratu nemoci: 102 (63,75 %). Ostatní položky měly zastoupení podstatně menší. Nemožnosti konat aktivity se obávalo 16 respondentek (10 %), ze ztráty zaměstnání mělo obavu 18 respondentek (11,25 %), z osamělosti mělo strach 14 respondentek (8,75 %) a ze ztráty partnera 7 žen (4,38 %). Položku „Jiné obavy“ označily pouze 3 respondentky (1,88 %). Jejich odpovědi byly shodné:

„Obavy si nepřipouštím“

Tab. 10 Obavy v období po ukončené léčbě

	Četnost odpovědi	
	n	f
Návrat nemoci	102	63.75%
Nemožnost konání aktivit	16	10.00%
Ztráta zaměstnání	18	11.25%
Osamělost	14	8.75%
Ztráta partnera	7	4.38%
Jiné obavy	3	1.88%
N = celková četnost	160	100.00%

Graf 10 Obavy v období po ukončené léčbě.



5.1.11 Otázka č. 11 – Negativa v čekárně onkologie

Tato otázka zjišťovala, co pacientky v čekárně nejvíce stresuje. Takové informace lze využít při hledání způsobů, jak zdravotnický personál může případné stresory eliminovat. Odpovědí bylo opět možné označit více.

Nejsilněji pocíťovaným negativem je dlouhá doba strávená v čekárně: na tuto skutečnost poukázalo 98 respondentek (48,51 %). Vyrovnaného, ale nižšího zastoupení dosáhly tři položky: odpověď „Pacienti ve špatném zdravotním stavu“ zvolily 33 respondentky (16,34 %), odpověď „Prostředí onkologického oddělení“ zvolilo 30 respondentek

(14,85 %) a „Střídání sester a lékařů v ambulancích“ pak 28 respondentek (13,86 %). Nejméně často byla jako negativum označena položka „Organizace práce“, kterou zvolilo 7 respondentek (3,47 %), a 3 respondentky (2,97 %) uvedly položku „Jiná negativa“.

Příklady přímých odpovědí:

„Velké množství pacientů v jedné čekárně“

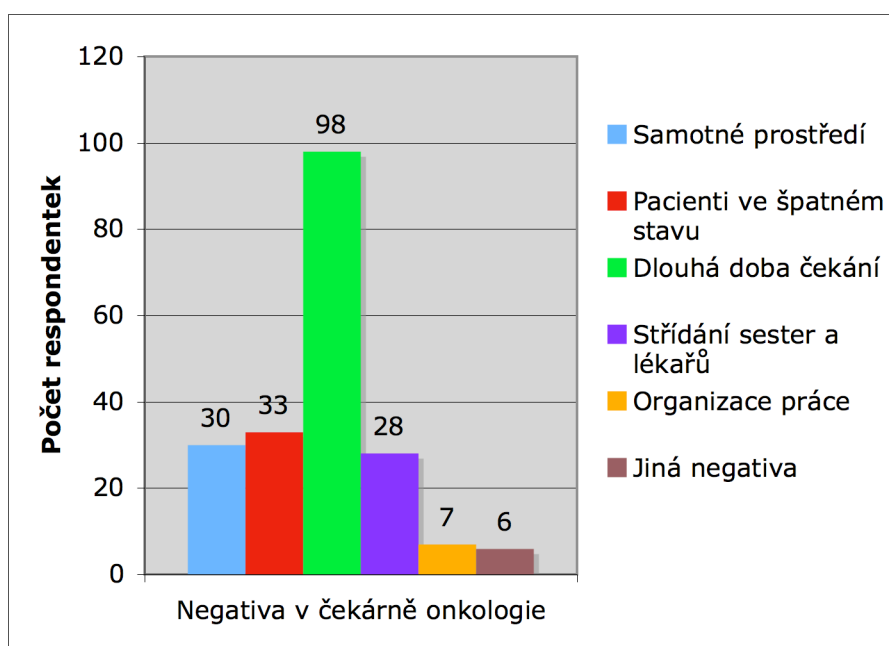
„Žádná intimita“

„Tvrdé sedačky, žádný komfort“

Tab. 11 Negativa v čekárně onkologie

	Četnost odpovědi	
	n	f
Samotné prostředí	30	14.85%
Pacienti ve špatném stavu	33	16.34%
Dlouhá doba čekání	98	48.51%
Střídání sester a lékařů	28	13.86%
Organizace práce	7	3.47%
Jiná negativa	6	2.97%
N = celková četnost	202	100.00%

Graf 11 Negativa v čekárně onkologie



5.1.12 Otázka č.12 – Kvalita psychické podpory

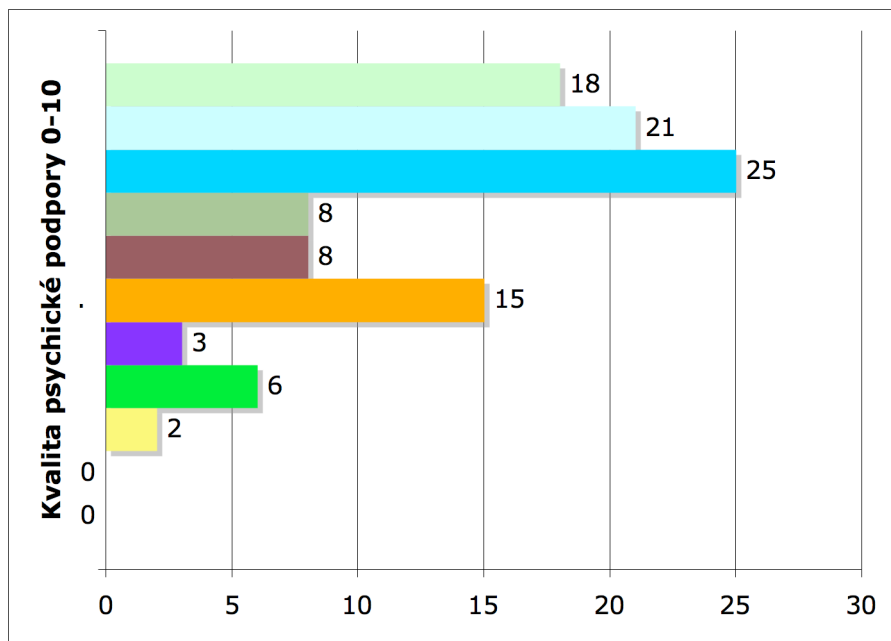
Skutečnost, zda jsou zdravotničtí pracovníci pro pacienty psychickou podporou, zjišťovala tato otázka. Pro přehlednost jsem použila škálovou stupnici, označenou čísly 0 až 10. Nula znamenala žádnou psychickou podporu, 10 maximální psychickou podporu.

Nejčastěji zvoleným číselným vyjádřením psychické podpory byla hodnota 8 (25 respondentek, 23,58 %), číslem 9 a 10 označilo svou spokojenost o něco méně respondentek: 21 a 18 (19,81 a 16,98 %). Významné zastoupení měla též střední hodnota 5 (15 respondentek, 14,15 %). Obecně lze říci, že celkovou tendencí bylo vyšší zastoupení vyšších hodnot, s maximem u hodnot 8 a 9.

Tab. 12 Kvalita psychické podpory

	Četnost odpovědi	
	n	f
0	0	0.00%
1	0	0.00%
2	2	1.89%
3	6	5.66%
4	3	2.83%
5	15	14.15%
6	8	7.55%
7	8	7.55%
8	25	23.58%
9	21	19.81%
10	18	16.98%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 12 Kvalita psychické podpory



5.1.13 Otázka č.13 – Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu

Pomocí číselné škály hodnotily respondentky i důvěru k odborným schopnostem a dovednostem personálu.

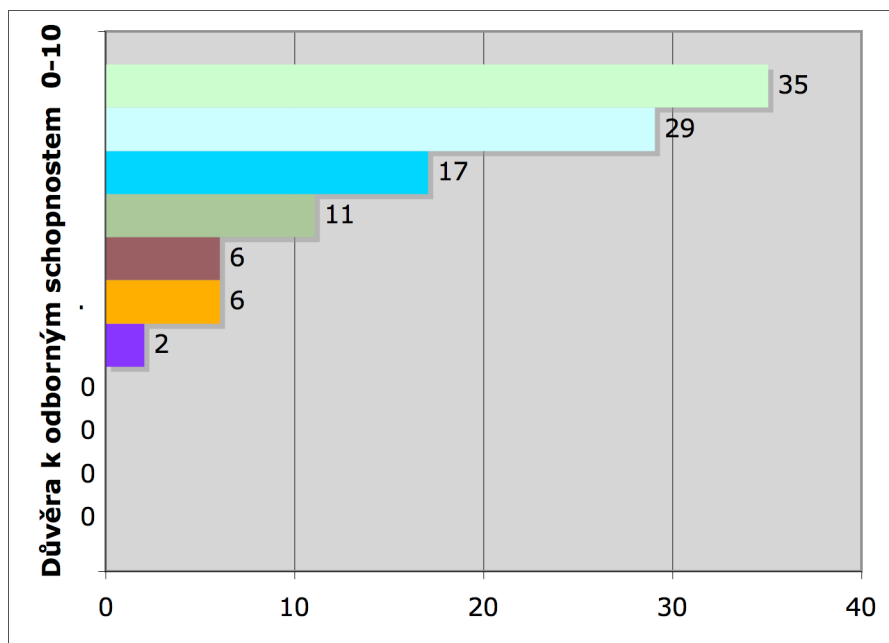
První čtyři nabídnuté hodnoty neoznačila žádná respondentka, hodnotu 5 (poloviční důvěru) označily 2 respondentky (1,89 %) a s každou další vyšší číselnou hodnotou počet odpovědí narůstal. Úroveň s číselným vyjádřením 10 – maximální důvěra – označilo 35 respondentek (33,02 %).

Tab. 13 Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu

	Četnost odpovědi	
	n	f
0	0	0.00%
1	0	0.00%
2	0	0.00%
3	0	0.00%
4	2	1.89%
5	6	5.66%
6	6	5.66%
7	11	10.38%
8	17	16.04%

9	29	27.36%
10	35	33.02%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 13 *Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu*



5.1.14 Otázka č. 14 – Co by pacientky přivítaly k lepšímu psychickému zvládnutí pobytu na onkologii

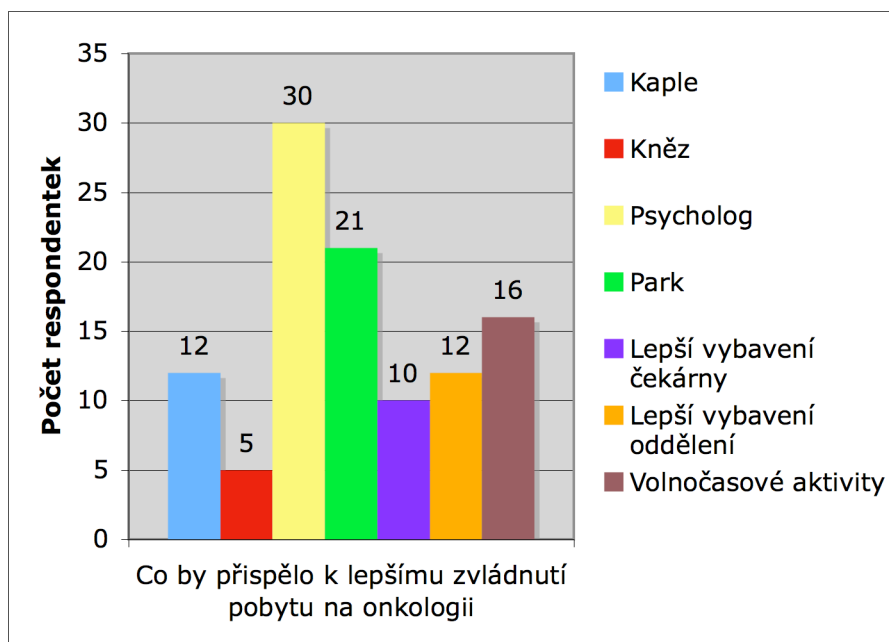
Onkologičtí pacienti – a zvláště ti, kteří aktuálně prochází terapií (ambulantně či v rámci hospitalizace) – tráví v Onkologickém centru mnoho hodin. To potvrdila i otázka č. 11, kdy 98 respondentek z celkových 106 označilo za největší negativum dlouhé čekání v čekárně. Touto otázkou jsem sledovala, co by nejvíce přispělo k psychické pohodě pacientek v době pobytu v Onkologickém centru.

Pomoc psychologa by si přálo 30 respondentek (28,30 %) (tato služba se v současné době již nabízí). 21 respondentek (19,81 %) uvedlo, že by si přály park. Třetí nejčastěji označovanou položkou byly volnočasové aktivity: tuto položku zvolilo celkem 16 respondentek (15,09 %). Další položky byly již v menším zastoupení. Kapli v dotazníku jako požadavek uvedlo 12 respondentek (11,32 %), lepší vybavení oddělení 12 respondentek (11,32 %), lepší vybavení čekárny 10 respondentek (9,43 %) a kněze by si přálo 5 respondentek (4,72 %).

Tab. 14 Co by přispělo k lepšímu zvládnutí pobytu na onkologii

	Četnost odpovědi	
	n	f
Kaple	12	11.32%
Kněz	5	4.72%
Psycholog	30	28.30%
Park	21	19.81%
Lepší vybavení čekárny	10	9.43%
Lepší vybavení oddělení	12	11.32%
Volnočasové aktivity	16	15.09%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 14 Co by přispělo k lepšímu zvládnutí pobytu na onkologii



5.1.15 Otázka č. 15 – Vliv nemoci na chování pacientek

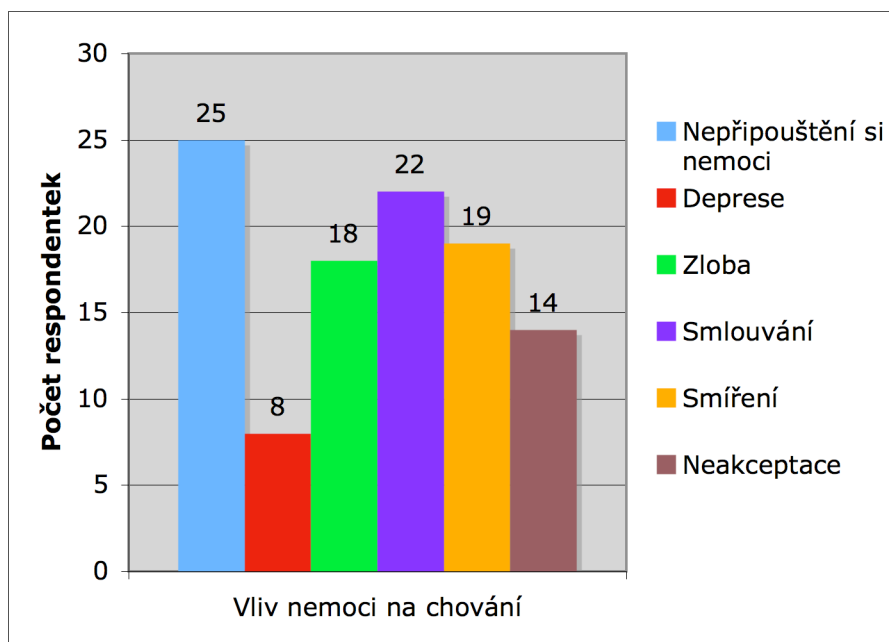
Otázka č. 15 sledovala (podobně jako otázka č. 3) cíle, které záměrně neměly být respondentkám zjevné. Zjišťovala jsem v ní aktuální stav prožívání nemoci (šok a negace, agrese, smlouvání, smutek a deprese, akceptace či neakceptace).

Nemoc si nepřipouští 25 respondentek (23,58 %). K depresi „se hlásilo“ 8 žen (7,55 %). Zlobu, že je nemoc potkala, označilo 18 respondentek (16,98 %). K názoru, že „když budou žít lépe, tak se uzdraví,“ inklinovalo 22 žen (20,75 %). Smíření s nemocí uvedlo 19 respondentek (17,92 %) a nesmíření 14 respondentek (13,21 %).

Tab. 15 Vliv nemoci na chování pacientek

	Četnost odpovědi	
	n	f
Nepřipouštění si nemoci	25	23.58%
Deprese	8	7.55%
Zloba	18	16.98%
Smlouvání	22	20.75%
Smíření	19	17.92%
Neakceptace	14	13.21%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 15 Vliv nemoci na chování pacientek



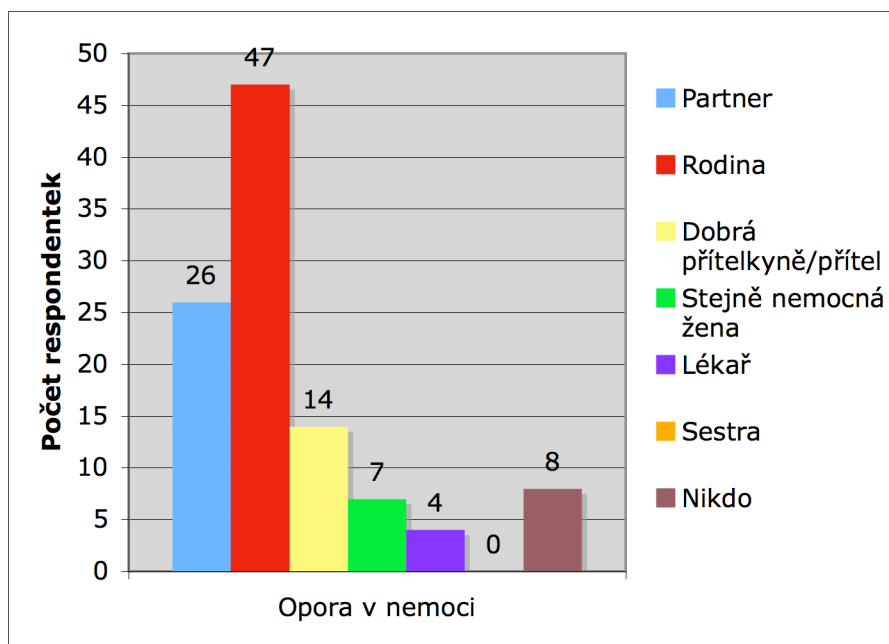
5.1.16 Otázka č. 16 – Opora v nemoci

Otázkou č. 16 se již dostávám k problematice sociálního rozměru nemoci. Na dotaz „kdo byl respondentkám největší oporou v nemoci,“ ženy nejčastěji označovaly položku „Rodina“ (dítě, sourozenec, příbuzný). Takto odpovědělo celkem 47 respondentek (44,34 %). Druhou největší oporu pro ně znamenal partner: 26 respondentek (24 %). Třetí nejčastější odpověď byla dobrá přítelkyně/přítel. Oporu ve stejně nemocných ženách našlo 14 respondentek (13,34 %) a u lékaře 4 respondentky (3,77 %). Položka „zdravotní sestra“ zůstala neoznačená. Je politováníhodné, že 8 respondentek (7,50 %) nenašlo ve svém okolí nikoho, kdo by je v těžkostech podpořil.

Tab. 16 Opora v nemoci

	Četnost odpovědi	
	n	f
Partner	26	24.53%
Rodina	47	44.34%
Dobrá přítelkyně/přítel	14	13.21%
Stejně nemocná žena	7	6.60%
Lékař	4	3.77%
Sestra	0	0.00%
Nikdo	8	7.55%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 16 Opora v nemoci



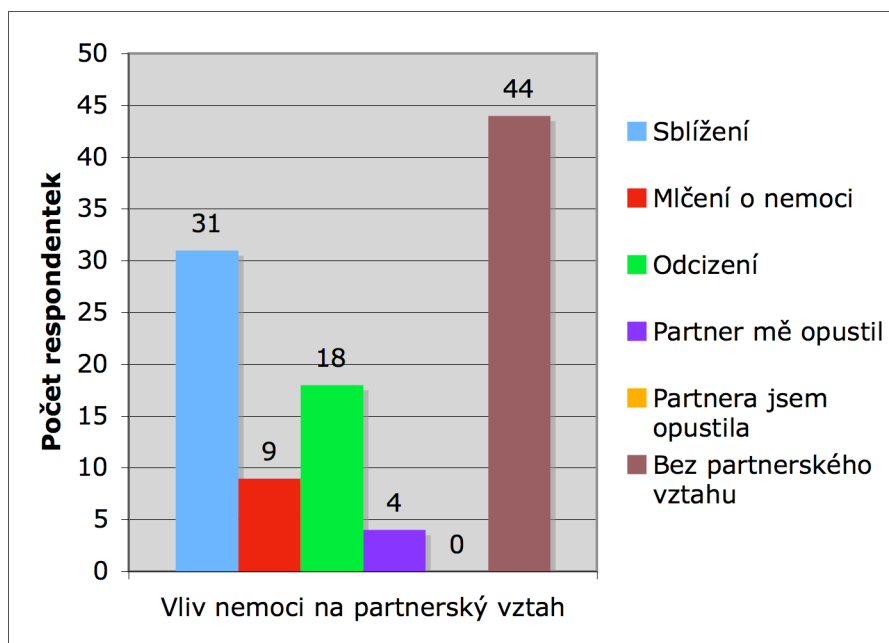
5.1.17 Otázka č. 17 – Vliv nemoci na partnerský vztah

Tato otázka zjišťovala, jaký vliv má nemoc na partnerské vztahy. Položku „sblížení ve vztahu“ označilo 31 respondentek (29 %), „vzájemné odcizení“ uvedlo 18 respondentek (16,98 %). „Zánik vztahu z důvodu opuštění partnerem“ byl zaznamenán ve 4 případech (3,77 %). O nemoci s partnerem raději nemluvilo 9 respondentek (8,49 %). Nejvyšší četnost odpovědí zaznamenala položka „Nežiji v partnerském vztahu“, kterou zvolily 44 respondentky (41,5 %).

Tab. 17 Vliv nemoci na partnerský vztah

	Četnost odpovědi	
	n	f
Sblížení	31	29.25%
Mlčení o nemoci	9	8.49%
Odcizení	18	16.98%
Partner mě opustil	4	3.77%
Partnera jsem opustila	0	0.00%
Bez partnerského vztahu	44	41.51%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 17 Vliv nemoci na partnerský vztah



5.1.18 Otázka č. 18 – Vliv nemoci na rodinné vztahy

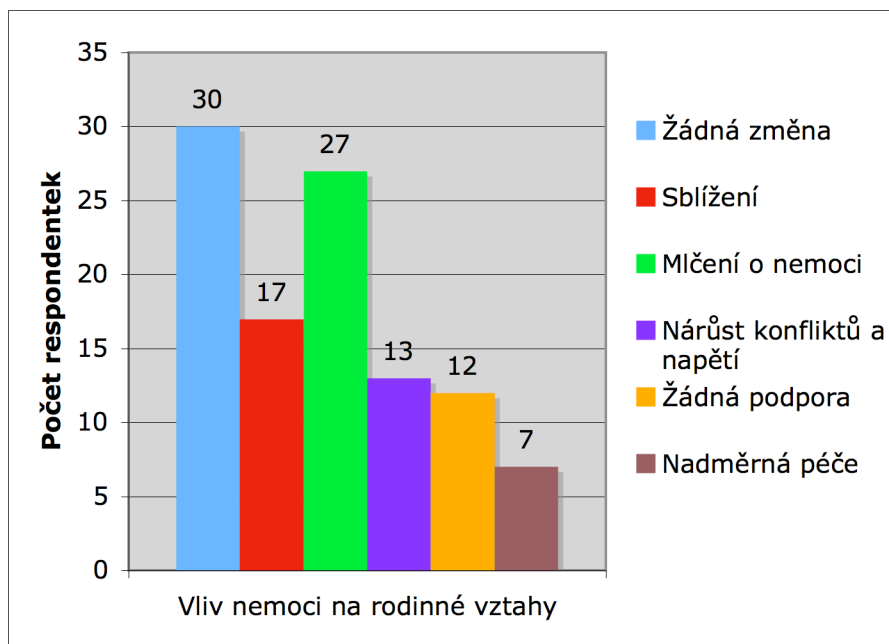
Otázka č.18 měla za cíl zjistit, zda nemoc nějakým způsobem ovlivnila rodinný život žen. Položku „Vztahy nemoc nijak neovlivnila“ zvolilo 30 respondentek (28,30 %). Položku „Nemoc přispěla k většímu sblížení“ zvolilo 17 respondentek (16,04 %). Naopak 13 žen (12,26 %) označilo položku „Důsledkem nemoci byla nervozita, napětí a konflikty“. Na přílišnou péči poukázalo 7 respondentek (6, 60 %) a 12 žen (11,32 %) cítilo nezáměr a

žádnou podporu ze strany rodiny. 27 žen (25,47 %) uvedlo, že rodinu svou nemocí raději nezatěžovalo.

Tab. 18 Vliv nemoci na rodinné vztahy

	Četnost odpovědi	
	n	f
Žádná změna	30	28.30%
Sblížení	17	16.04%
Mlčení o nemoci	27	25.47%
Nárůst konfliktů a napětí	13	12.26%
Žádná podpora	12	11.32%
Nadměrná péče	7	6.60%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 18 Vliv nemoci na rodinné vztahy



5.1.19 Otázka č. 19 – Vliv nemoci na přátelské vztahy

Vedle partnerských a příbuzenských vztahů jsou významnou sociální oblastí vztahy přátelské, kterým se věnuje otázka číslo 19.

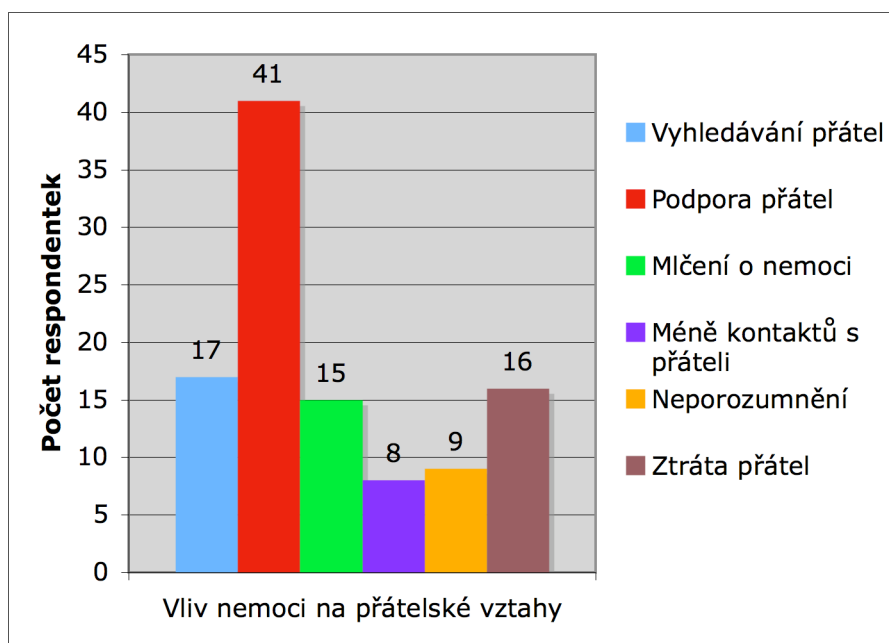
Nejvíce respondentek 41 (38, 68 %) označilo položku „Povzbuzení od přátel“. Druhé pořadí s počtem 17 respondentek (16, 04 %) zaujímá položka „Vyhledávala jsem kontakt

s přáteli, potřebovala jsem jejich společnost.“ Další položky byly již v menším zastoupení, svědčí o izolaci a pocitu neporozumnění od přátel. „Mlčení o nemoci“ označilo 15 respondentek (14,15 %), položku „Méně kontaktů s přáteli“ 8 respondentek (7,55 %) a „Neporozumnění“ 9 respondentek (8,49 %).

Tab. 19 Vliv nemoci na přátelské vztahy

	Četnost odpovědi	
	n	f
Vyhledávání přátel	17	16.04%
Povzbuzení od přátel	41	38.68%
Mlčení o nemoci	15	14.15%
Méně kontaktů s přáteli	8	7.55%
Neporozumnění	9	8.49%
Ztráta přátel	16	15.09%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 19 Vliv nemoci na přátelské vztahy



5.1.20 Otázka č. 20 – Vliv nemoci na zaměstnání

Otázka č. 20 se zaměřovala na sociální rehabilitaci respondentek v oblasti profese, jejich začlenění zpět do pracovního procesu. Týkala pouze respondentek pracujících v době před

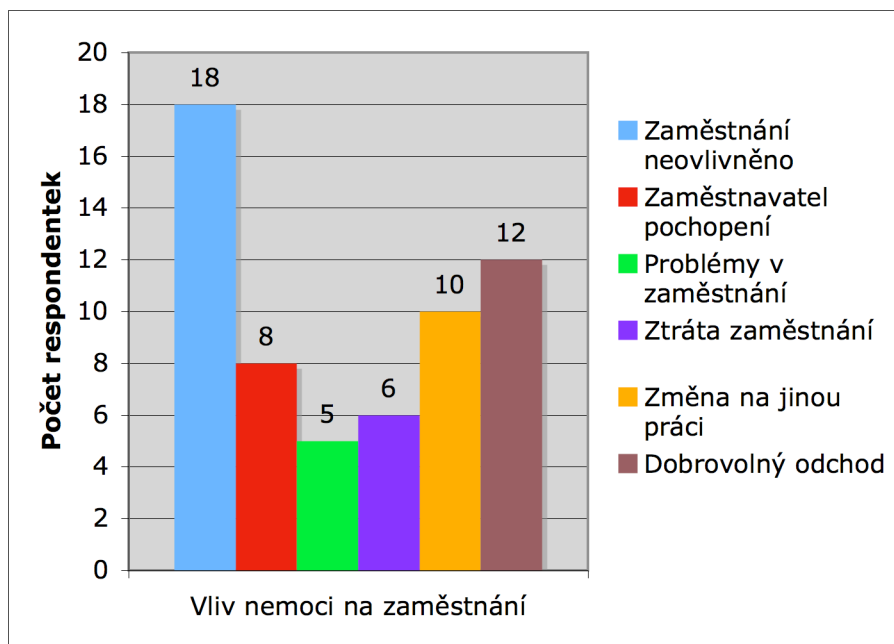
onemocněním a léčbou. Proto z celkového počtu 106 respondentek otázku zodpovědělo pouze 59 žen.

Skutečnost, že nemoc zaměstnání nijak neovlivnila, uvedlo 18 respondentek (30,51 %). 8 žen (13,56 %) uvedlo, že zaměstnavatel měl pro jejich situaci pochopení. Položku „V zaměstnání jsem měla s nemocí problémy“ označilo 5 respondentek (8,47 %) a v 6 případech (10,17 %) ženy dokonce kvůli nemoci o zaměstnání přišly. Ke změně zaměstnání došlo u 10 respondentek, protože jim nemoc neumožnila dále práci vykovávat. 12 žen (20,34 %) z práce dobrovolně odešlo.

Tab. 20 *Vliv nemoci na zaměstnání*

	Četnost odpovědi	
	n	f
Zaměstnání neovlivněno	18	30.51%
Zaměstnavatel pochopení	8	13.56%
Problémy v zaměstnání	5	8.47%
Ztráta zaměstnání	6	10.17%
Změna na jinou práci	10	16.95%
Dobrovolný odchod	12	20.34%
N = celková četnost	59	100.00%

Graf 20 *Vliv nemoci na zaměstnání*



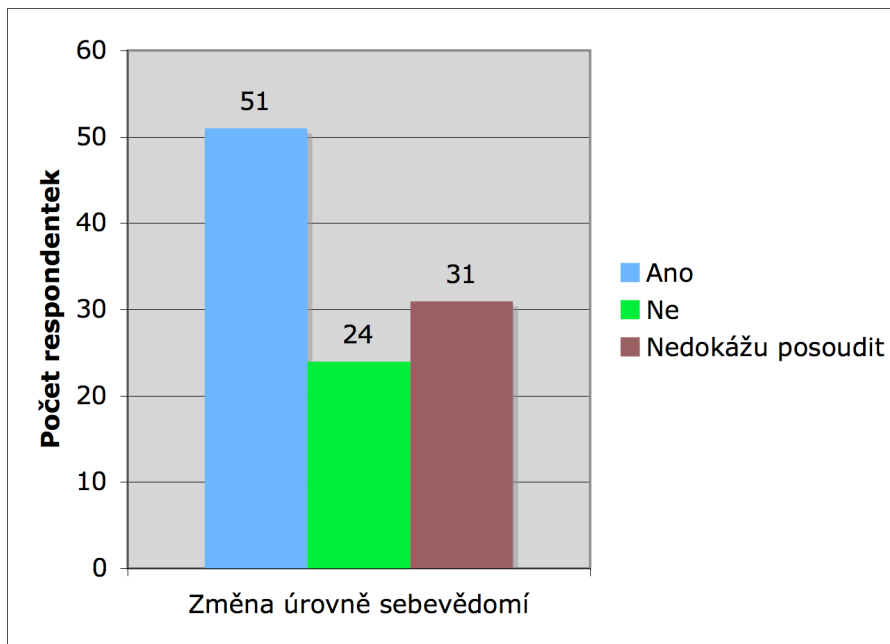
5.1.21 Otázka č. 21 – Změna úrovně sebevědomí

Jakým způsobem se nemoc odrazila na úrovni sebevědomí žen, zjišťovala tato otázka. Na položku, „zda nemoc změnila úroveň jejich sebevědomí,“ odpovědělo kladně 51 respondentek (48,11 %). Druhou nejčastější odpovědí – vybranou 31 respondentkou (29 %) – byla odpověď „Nedokáži posoudit“. Tvrzení, že nemoc jejich sebevědomí nezměnila, zvolily 24 respondentky (22,64 %).

Tab. 21 Změna úrovně sebevědomí

	Četnost odpovědi	
	n	f
Ano	51	48.11%
Ne	24	22.64%
Nedokáži posoudit	31	29.25%
	106	100.00%

Graf 21 Změna úrovně sebevědomí



5.1.22 Otázka č. 22 – Zvládnutí následků nemoci

Existuje mnoho způsobů, jak se po nemoci, která zasáhne tělesnou i sociální oblast ženy, vrátit do „normálního“ společenského života. Zajímalo mne, kdo nebo co ženám v této oblasti nejvíce pomáhá.

Tvrzení, že se nemocí necítí být omezovány v oblasti společenských aktivit, zvolilo 40 respondentek (37,74 %). Druhou nejčastěji označovanou položkou byly „Protetické pomůcky“ (epitéza), kterou vybralo z nabízených položek 36 respondentek (33,96 %). Chirurgická náprava je zvláště u žen mladších žádaná, ale není zatím zdaleka běžnou záležitostí: označily ji pouze 2 respondentky (1,89 %). Pomoc psychologa uvedlo 16 žen (15,09 %) a 10 ženám (9,43 %) pomohlo zařadit se zpět do společnosti sdružení žen se stejným postižením. Položky jiná možnost využily 2 respondentky (1,89 %).

Příklady přímých odpovědí:

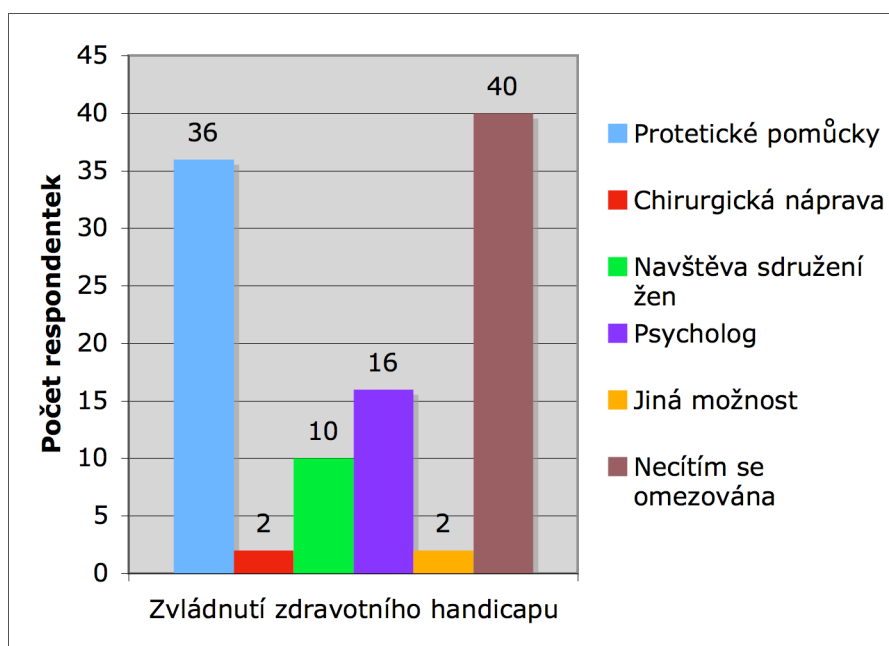
„Do společnosti nechodím, lidem se vyhýbám“

„Pomáhá mi víra v Boha“

Tab. 22 Zvládnutí následků nemoci

	Četnost odpovědi	
	n	f
Protetické pomůcky	36	33.96%
Chirurgická náprava	2	1.89%
Navštěva sdružení žen	10	9.43%
Psycholog	16	15.09%
Jiná možnost	2	1.89%
Necítím se omezována	40	37.74%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 22 Zvládnutí následků nemoci



5.1.23 Otázka č. 23 – Možný pozitivní přínos nemoci

Život s sebou přináší pozitivní i negativní zkušenosti a záleží na každém z nás, jak se k nim postavíme. Touto otázkou, jejíž výsledek mě osobně velmi zajímal, jsem zjišťovala, jak respondenty vnímají přínos zkušenosti nemoci pro svůj život.

Odpověď, že nemoc nepřinesla nic dobrého, zvolilo 60 respondentek (56,60 %). 46 respondentek (43,40 %) uvedlo ve volných odpovědích pozitiva nemoci.

Citace nejzajímavějších odpovědí:

„Přinesla mi jiný pohled na život (nemoc)“

„Poskládala mi žebříček hodnot“

„Naučila mě vážit si každého dne“

„Kladně hodnotím naše zdravotnictví“

„Vděčnost za každý den, neřeším nepodstatné věci“

„Poznala jsem hodně nového“

„Vážím si více zdraví“

„Prověřené vztahy“

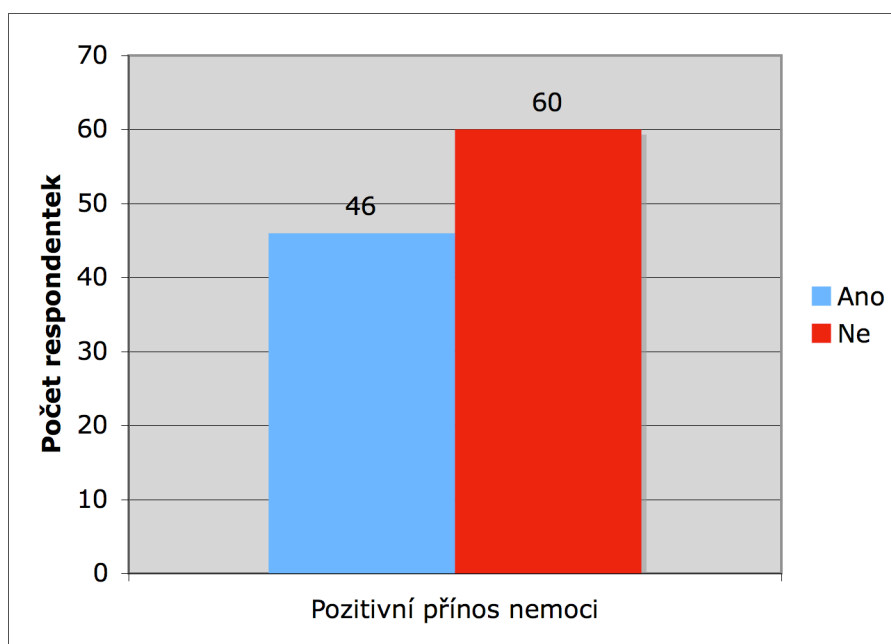
„Nemoc mě posílila, naučila mě nebát se životních překážek“

„Přinesla mi víru v život“

Tab. 23 Možný pozitivní přínos nemoci

	Četnost odpovědi	
	n	f
Ano	46	43.40%
Ne	60	56.60%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 23 Možný pozitivní přínos nemoci



5.1.24 Otázka č. 24 – Vlastní rada jiným ženám

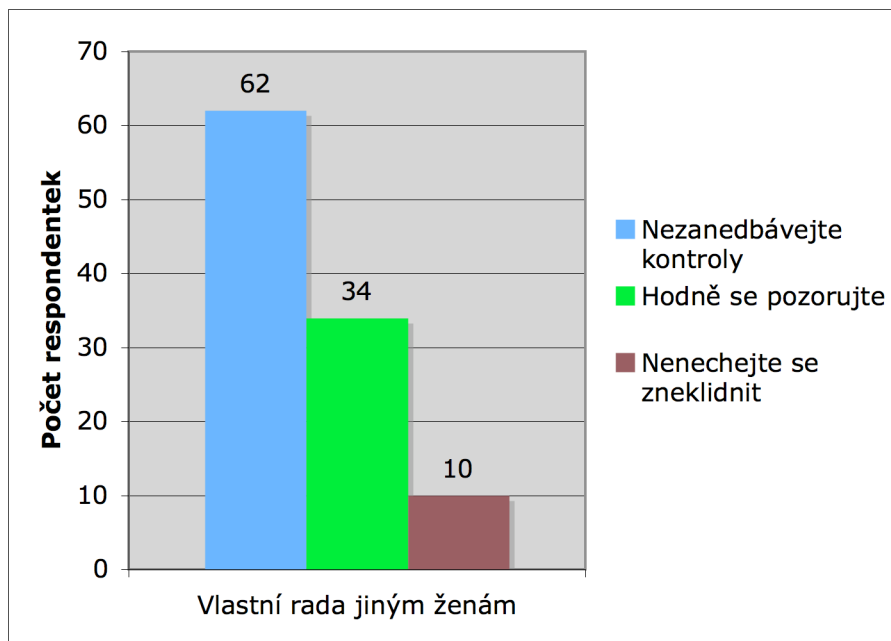
Tato otázka měla za úkol zjistit, jaký postoj respondentky zaujímají ke své nemoci. Měly uvést, se kterou z mnou uvedených formulací se nejvíce ztotožňují a kterou by doporučily stejně nemocné ženě. Z formulací jednotlivých položek pacientkám jakožto laikům neměl být tento záměr pochopitelný.

Položka „Nepodceňujte příznaky nemoci, nezanedbávejte povinné kontroly“ představovala ideální neutrální odpověď, realistický postoj k nemoci. Jako možnou oспověď ji značilo 62 respondentek (58,49 %). Formulace „Hlavně se hodně pozorujte, nikdo nerozumí Vašemu tělu lépe, než Vy sama“ byla blízká 34 ženám (32,08 %) Tato položka zjišťovala, kolik žen disponuje k agravaci. Naopak, k repudiaci inklinovalo 10 respondentek (9,43 %) Těmto respondentkám byla nejbližší rada „Nenechejte se příznaky nemoci zneklidnit, hlavní je pozitivní mysl.“

Tab. 24 Vlastní rada jiným ženám

	Četnost odpovědi	
	n	F
Nezanedbávejte kontroly	62	58.49%
Hodně se pozorujte	34	32.08%
Nenechejte se zneklidnit	10	9.43%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 24 Vlastní rada jiným ženám



5.1.25 Otázka č. 25 – Zájem o pomoc

V poslední otázce jsem se snažila zjistit, jestli by ženy ve své situaci přivítaly pomoc ze strany zdravotnického personálu; v případě kladné odpovědi dále zjistit, o jakou pomoc by se mělo jednat.

Názor, že další pomoc personálu není žádoucí, vyjádřilo 48 respondentek (45,28 %). Naopak 58 žen (54,72 %) by pomoc přivítalo. Při kladné odpovědi byly respondentky požádány o jakou pomoc by měly zájem.

Citace nejzajímavějších odpovědí:

„Větší vstřícnost“

„Vlídny úsměv“

„Mluvit, mluvit, mluvit... (o nemoci)“

„Větší pochopení“

„Když bylo nejhůř, maximální informovanost“

„Snažit se vžít do nás“

„Víc času pro mě“

„Lidskost, psychickou podporu do života s nemocí“

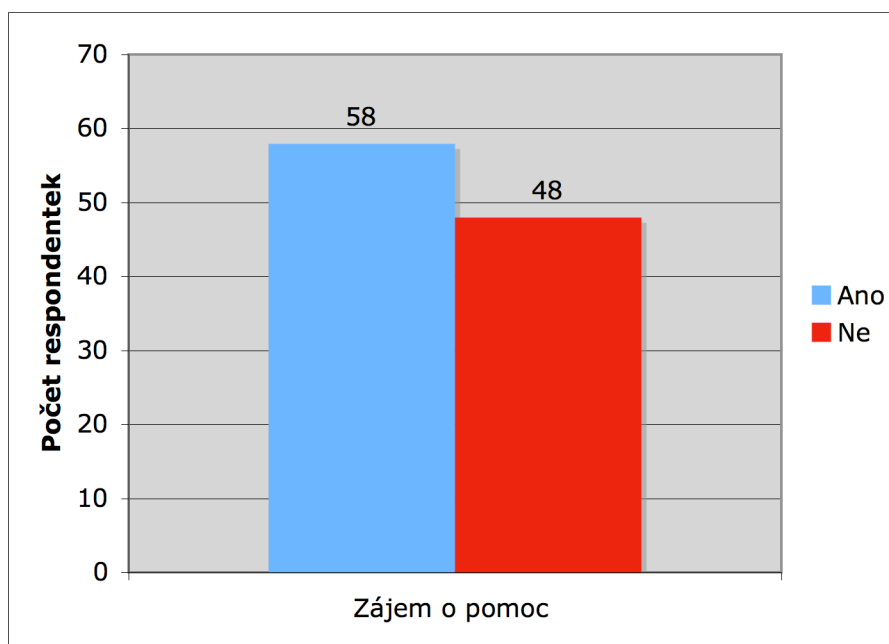
„Přípravu, jak dál žít“

„Poradit s tím, s čím si nevím rady“

Tab. 25 Zájem o pomoc

	Četnost odpovědi	
	n	f
Ano	58	54.72%
Ne	48	45.28%
N = celková četnost	106	100.00%

Graf 25 Zájem o pomoc



6 ZHODNOCENÍ, VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A DISKUSE

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny tři cíle, které se týkaly psychosociální problematiky žen s karcinomem prsu:

1. zjistit faktory vedoucí k psychické zátěži,
2. zjistit postoje nemocných žen ke společenskému životu a
3. na základě výsledků formulovat doporučení, která by přispěla k větší míře psychosociální podpory poskytované onkologicky nemocným pacientkám ze strany nemocničního personálu.

Výstupem mé práce bude předložení výsledků šetření vedení Onkologického centra KNTB, a.s. a představení z nich vyplývajících doporučení.

Základní informace o respondentkách a prodělané léčbě

Otázky č. 1 a č. 2 měly demografický charakter, zjišťovaly věk respondentek a dobu, která uplynula od ukončení onkologické léčby. I když karcinom prsu není onemocnění, kterým by trpěly pouze ženy, v práci jsem se zaměřila na psychosociální problematiku pouze u nich. Proto oslovené respondentky byly ve 100 % ženy. K věkové skupině 18-30 let náležela 1 respondentka (0,94 %), položku 31-40let označilo 8 respondentek (7,55 %), položku 41-50let 19 respondentek (17,92 %). Ve věku 51-60 let bylo 35 respondentek (33,02 %) a 43 žen (40,57 %) označilo položku věk nad 61 let. Získaná data naznačují postupný nárůst výskytu karcinomu prsu s věkem žen. Avšak podle statistik je nejvyšší incidence karcinomu prsu ve věku 50-60 let (viz teoretická část). Vyšší počet respondentek starších 60 let přičítám jednak tomu, že šetření se zúčastnily ženy bez omezení doby, po kterou jsou v dispenzární péči, jednak tomu, že tato položka je bez stanovené horní věkové hranice nejširší. Co se týká doby od ukončení onkologické léčby 9 respondentek (8,49 %) označilo položku 0-12 měsíců, 17 respondentek (16,04 %) označilo 13 měsíců až dva roky od léčby. Doby 3-4 roky od ukončené léčby uvedlo 31 žen (29,25 %) a 5 let a víc let 49 respondentek (46,23 %). Získané hodnoty ukazují příznivé rozložení vzorku, protože více než polovina respondentek měla zkušenost v relativně čerstvé paměti – 51 % odpovědí v rozmezí 0-4 roky. Postupný nárůst jednotlivých položek v grafu dobře ilustruje fakt, že v současné době je úmrtnost nižší než každoroční incidence nemoci. Otázky č. 4, 5 a 6 zjišťovaly, jakou zkušenost ženy učinily se sdělením diagnózy onkologické nemoci a jaký druh léčby podstoupily. Chirurgickou léčbu absolvovalo 106 respondentek (100 %),

dispenzarizovaných v Onkologickém centru Baťovy nemocnice. To odpovídá skutečnosti, že chirurgický výkon je stále základní metodou pro odstranění nádoru prsu. Další postup léčby závisí na druhu operace, rozšíření nádoru a řadě dalších faktorů. Proto další varianty léčby jsou již procentuelně rozmanitější. Volbu chemoterapie označilo celkem 78 respondentek (27,18 %), volbu radioterapie, která se provádí mimo jiné vždy po parciálním výkonu, označilo 67 % respondentek a hormonoterapii, která je účinná pouze pro ženy s pozitivními hormonoreceptory, označilo 28 žen (9,76 %). V položce „jiná léčba“ 8 žen (2,79 %) uvedlo léčbu biologickou. Pro indikaci k této léčbě je vhodných asi 15 % z celkového množství žen s karcinomem prsu. Jak jsem se již zmínila, všech 106 (100 %) respondentek uvedlo, že absolvovalo chirurgickou léčbu. U 64 respondentek (60,38 %) bylo provedeno částečné odstranění prsu, ablaci (úplné odstranění prsu) označilo 42 respondentek (39 %). Pokud je to dle konkrétního nálezu možné, chirurgové upřednostňují parciální výkon vzhledem k menším pozdním nežádoucím komplikacím. V rámci „zjištění psychologických faktorů“ mě zajímalo, jakou zkušenost s lékařem měly ženy při sdělení diagnózy. S vlídným a empatickým přístupem lékaře, který s citem oznámil pacientce pravdu a nic nezamlčel, se setkala 45 respondentek (42,45 %). S empatickým, vlídným lékařem, který však neřekl vše, co měl, se setkala 27 respondentek (25 %). Způsob sdělení diagnózy označilo za rutinný, věcný a stručný 21 respondentek (19,81 %), jako odměřený jej označilo 9 respondentek (8,49 %). Položku jiný způsob chování označily 4 respondentky (3,77 %). Většina pacientek se setkala s vhodným chováním lékařů, ale jsou ženy, které si odnesly do života špatnou zkušenost a jejich psychika mohla být tímto chováním poškozena. S takovým přístupem k pacientům bychom se v praxi vůbec neměli setkávat. Otázka č. 8 sledovala, zda a odkud ženy čerpají informace o své nemoci. Zájem pacientů o získání informací o nemoci a respektování doporučení lékařů jsou dobrým předpokladem ke vzájemné spolupráci mezi pacienty a zdravotním personálem. Lze konstatovat, že správně poučení a informovaní pacienti více dodržují léčebný režim a tím přispívají k lepšímu terapeutickému výsledku. Volbu, že informace získalo od lékaře, označilo v dotazníku 38 respondentek (35,80 %), informace od sester získaly 22 respondentky (20,75 %). Stejný počet – 22 respondentek (20,75 %) – uvedl jako zdroj internet. 9 respondentek (8,49 %) uvedlo, že informace získalo od žen se stejnou zkušeností nemoci a 3 respondentky (2,83 %) informace nevyhledávaly. Položku jiné zdroje informací označila 1 respondentka (0,94 %), která ve volné odpovědi napsala, že je zdravotní sestra a problematika jejího onemocnění jí byla dobře známá. Z označených

položek vyplývá, že naprostá většina žen přistupuje ke svému zdravotnímu stavu zodpovědně a o svou nemoc se zajímá. Ze své praxe mohu potvrdit, že pacientky s diagnózou karcinom prsu jsou velmi vstřícné, tzv. compliance (tj. ochota a schopnost přizpůsobit se terapeutickému režimu) je u nich velmi vysoká. Tato skutečnost není pravidlem, naopak existují diagnózy, kdy úspěch léčby často vážně právě na špatné spolupráci pacientů.

Psychologický aspekt prožívání nemoci

První cíl byl zaměřen na aspekt psychického požívání nemoci žen s karcinomem prsu. Otázky č. 3, 15, 21, 23 a 24 zjišťovaly, jaký postoj pacientky zaujímají k nemoci a jakým způsobem se s ní „vypořádávají“. Z baterie otázek byly ty s pořadovými čísly 3 a 24 záměrně formulovány tak, aby se týkaly životní situace nesouvisející s nemocí a pacientky vyslovily svůj názor podvědomě. Otázka č. 15 sledovala, zda se respondentky „najdou“ v některé fázi prožívání nemoci v čase.

Cílem otázky č. 3 bylo zjištění typu reakce dotazovaných žen na zátěžové situace. Zajímalo mne, zda respondentky v krizových situacích volí podvědomě „boj“ nebo „útek“. Položky „Vynaložila bych všechny své síly a schopnosti na splnění úkolu“ označené 51 respondentkami (48,11 %) a „Úkol zvládnou, ale v delším čase“ 38 respondentkami (35,85 %) signalizují dobrý postoj žen v boji se zákeřnou nemocí. Položka „Neřešitelné problémy pro mě neexistují“, kterou označilo 6 respondentek (5,66 %), naznačuje vyšší sebevědomí, které rovněž může být užitečné v boji s nemocí. Odpovědi „Úkolu bych se vyhýbala, řešení bych odkládala“ (označilo 7 respondentek, 6,60 %) a „Problém bych nechtěla řešit, úkol bych odmítla“ (označily 4 respondentky, 3,77 %) mohou naopak poukazovat na nedostatek odhodlání k „boji“ s nemocí.

Prožívání nemoci v čase sledovala otázka č. 15. Je pochopitelné, že krizová situace se odráží v chování člověka. Přestože všechny respondentky patřily do stejné skupiny dispenzarizovaných žen, a tudíž by měly procházet časově přibližně stejným obdobím nemoci, data vyplývající z položené otázky jsou velmi rozmanitá. Všechny položky vyjadřující popírání nemoci, deprese, zlobu, smlouvání, akceptaci či neakceptaci nemoci jsou zastoupeny v přibližně stejném procentu. Vysvětluji to tím, že tyto fáze nemoci nemusí probíhat přesně v uvedeném pořadí a také že se mohou u nemocných v průběhu času opakovat. Chirurgický zásah v podobě mastektomie (ablace) je výkonem natolik „bolestným“ pro psychiku ženy, že se s ním nemusí do konce života vyrovnat. Jsou však

i ženy, které tuto situaci zvládly. Jsou sebevědomé, silné a žijí plnohodnotný život. Protože mne zajímalo, jak se k otázce sebevědomí budou stavět pacientky z Onkologického centra Baťovy nemocnice, zaměřila jsem dotazníkové šetření i na tuto oblast. Skutečnost, že nemoc jejich úroveň sebevědomí uvedlo 51 respondentek (48,11 %). Z výsledků dále vyplynulo, že u 24 respondentek nemoc na sebevědomí vliv neměla a 31 žen nedokázalo na tento dotaz jednoznačně odpovědět. Z šetření plyne, že karcinom prsu je nemoc, která na sebevědomí žen zcela jasně působí, ale možnosti dnešního způsobu léčby jsou vedeny takovým směrem, že berou ohled nejen na prospěch těla (organismu), ale i psychiku ženy díky psr šetřícím výkonům a ostatním nabízeným možnostem. Otázka č. 24 měla za úkol zjistit, jaký postoj respondentky zaujímaly ke své nemoci. Měly uvést, která z uvedených formulací je jim nejbližší a kterou by použili při rozhovoru se stejně nemocnou ženou. Z formulací jednotlivých položek pacientkám jakožto laikům neměl být tento záměr zjevný. Důvodem pro zařazení této otázky do dotazníku byla skutečnost, že pokud zdravotnický personál správně rozezná postoj pacientky k nemoci, dokáže lépe pochopit jejich specifické chování a může následně zvolit vhodný způsob komunikace. Položka „nepodceňujte příznaky nemoci, nezanedbávejte povinné kontroly“ představovala ideální neutrální odpověď, správný, tj. realistický postoj k nemoci. Označilo ji 62 respondentek (58,49%). Tvrzení „hlavně se hodně pozorujte, nikdo nerozumí Vašemu tělu lépe, než Vy sama“ bylo blízké 34 ženám (32,08%). Tato položka zjišťovala, kolik žen disponuje k agravaci. Naopak, k repudiaci inklinovalo 10 respondentek (9,43%). Těmto respondentkám byla nejbližší formulace „nenechejte se příznaky nemoci zneklidnit, hlavní je pozitivní mysl“. Negativní zkušenosti v životě člověka mohou v sobě nést i pozitivní stránku. Díky nim může osobnost člověka duševně vyzávat. Šetřením získané odpovědi na otázku č. 23, zda nemoc přinesla ženám něco pozitivního, byla téměř vyrovnaná. Žen, které odpověděly, že jim nemoc nic dobrého nepřinesla, byla o něco více než polovina, a to 60 respondentek (56,60%). Ostatní ženy odpověděly kladně. Zde cituji několik nejzajímavějších volných odpovědí: „Přinesla mi jiný pohled na život“, „Poskládala mi žebříček hodnot“, „Naučila mě vážit si každého dne“, „Kladně hodnotím naše zdravotnictví“, „Vděčnost za každý den, neřeším nepodstatné věci“, „Poznala jsem hodně nového“, „Vážím si více zdraví“, „Zdraví na prvním místě“, „Prověřené vztahy“, „Vážím si drobných radostí“, „Přinesla mi přátele se stejným onemocněním“, „Další známé lidičky“, „Nemoc mne posílila, naučila mě nebát se životních překážek“, „Přinesla mi

víru v život“, „Každodenní problémy už mě tak netrápí, vážím si života“, „Byla to pro mne velká životní zkušenost“, „Upevnila mi manželství“.

Psychické stresory působící na onkologicky nemocné ženy

Otázky č. 7, 9 a 10 zjišťovaly, jaké psychické stresory na ženu působily v době sdělení diagnózy, v době léčby a v době dispenzarizace. V době zjištění diagnózy (otázka č. 7) označilo položku „Obavy z budoucnosti“ 66 respondentek (27,50 %), „Obavy z léčby“ 54 respondentek (22,50 %) a „Obavy ze smrti“ 44 respondentek (18,33 %). Je zřejmé, že hlavním zdrojem strachu v tomto období je pocit ohrožení vlastní existence. K méně častým obavám naopak patří skutečnosti, které jsou subjektivně nepříjemné, ale přímo neohrožují pacientku na životě. Jednalo se zejména o obavy z bolesti, obavy z chování okolí a obavy z poškození vzhledu. Možnosti jiné odpovědi využilo 6 respondentek. Uvádím několik příkladů odpovědi: *„Měla jsem strach, že zůstane manžel sám“, „Bála jsem se, kdo se mi postará o postižené dítě“, „Nevěděla jsem, jestli rakovinu zvládnou, léčím se s cukrovkou“, „Bála jsem se, že když budu na neschopence, neuživím děti, jsem rozvedená“.* Dalším sledovaným obdobím byla doba onkologické léčby. Pacientky si časem zvyknou na fakt přítomnosti nemoci. Prvotní obavou už není strach z ohrožení vlastní existence, ale jejich obavy se zaměřují spíše na stávající situaci a nepříjemnosti, které s sebou přináší onkologická léčba. Ta může trvat několik měsíců i déle a je vysilující po stránce fyzické i psychické. Čím déle nemocní docházejí na onkologické oddělení k terapii, tím větší nelibost a odpor v nich toto místo vyvolává. Obavy v době léčby zjišťovala otázka č. 9. Třemi hlavními, četností téměř vyrovnanými důvody k obavám byly obavy z neúspěchu léčby: 57 respondentek (30,81 %), obavy z nežádoucích účinků onkologické léčby: 52 respondentek (28,11 %) a samotné prostředí onkologie: 51 respondentek (27,57 %). Další tři položky ženy označovaly ojedinelé. K méně častým stresorům patří chování personálu nebo obavy, že situaci nezvládnou. V položce „jiné obavy“ se ženy vyjádřily například takto: *„dlouhá doba čekání na sanitku“, „mnoho pacientů v jedné sanitce bylo pro mne stresující“, „strach, že mi bude špatně v sanitce, neměla jsem jiný odvoz“, „tolik nemocných kolem mne“, „aplikační pokoj ve mně vzbuzoval hrůzu“.* Posledním sledovaným obdobím bylo období dispenzarizace. Psychické potíže v této době se snažila „odhalit“ otázka č. 10. Návrat do „normálního života“ ženě přináší další nové starosti a obavy. Lékařský dohled nad zdravotním stavem již není tak intenzivní, mnohé si kladou otázku jak moc se šetřit, aby se organismus příliš přetěžoval, a negativní zkušenost nemoci se může odrazit i v sociální oblasti. Ačkoliv i v této otázce

mohly respondentky volit více odpovědí, většina této možnosti nevyužila a označila pouze jednu položku – obava, že se onemocnění vrátí. Zvolilo ji 102 respondentek (63,75 %). Další položky byly zastoupeny v podstatně nižším procentu. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že právě strach z návratu nemoci je pacientkami vnímán jako největší hrozba. Pouze tři respondentky uvedly v jiné možnosti odpověď „*obavy si nepřipouštím*“.

Sociální aspekt prožívání nemoci

Druhý cíl byl zaměřen na aspekt sociálního prožívání nemoci žen s karcinomem prsu. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, doprovázení nemocného blízkým člověkem má pozitivní vliv na prognózu nemoci. Této problematice se týkaly otázky č. 16, 17, 18, 19, 20 a 22. Zaměřila jsem se na oblasti partnerských, rodinných a přátelských vztahů, na vliv nemoci na zaměstnání. Zajímalo mě též, kdo nejvíce pomáhal, případně co nejvíce pomáhalo ženám zvládnout těžké období nemoci a znovu se plnohodnotně zařadit do společenského života. Otázka č. 16 ukázala, že největší oporou pro respondentky v nemoci byla rodina (dítě, sourozenec, příbuzný). Druhou nejčastější odpovědí byla položka „Partner“, přičemž celkem tyto dvě položky označilo 73 respondentek (68,87 %). Dalšími méně zastoupenými položkami byly „Dobrá přítelkyně“, „Stejně nemocná žena“, „Lékař“. Položku „Zdravotní sestra“ neoznačila žádná z respondentek a 8 žen (7,55 %) uvedlo, že nebyl nikdo, kdo by jim byl v období nemoci oporou a že s nemocí zůstaly samy. Při své praxi jsem se občas setkala s případy, kdy pacientky záměrně utajovaly nemoc před rodinou. Jako důvod uváděly, že nechtějí způsobovat bolest svým nejbližším, nejčastěji dětem. Tento postoj je paradoxně v přímém rozporu se zjištěním otázky č. 16, ze které vyplynulo, že největší oporou je právě úzký rodinný kruh. Z psychologického i sociálního hlediska je důležité s blízkými o nemoci hovořit a společně v rodinném kruhu zaujmout vhodný postoj ke vzniklé situaci. Alarmujícím zjištěním je nezanedbatelné procento žen, které na nemoc zůstaly samy. Zde se ukazuje významná oblast pro působení vhodně edukovaného zdravotnického personálu. Následující otázka se týkala partnerských vztahů. Téměř polovina – 44 respondentek (41,51 %) – uvedla, že nežije v partnerském vztahu. Přičítám to vyššímu věku respondentek a také velkému procentu rozvodovosti v naší společnosti. Odpověď „Sblížení“ uvedlo 31 respondentek (29 %), odpověď „Odcizení“ 18 respondentek (16,98 %) a odpověď „Partner mě opustil“ 4 respondentky (3,77 %). Nemoc samotná intimní partnerský život nevyklučuje, ale zpravidla ho nějakým způsobem zasáhne. Pokud byl vztah mezi partnery uspořádaný, nemoc by ho měla ještě více utužit, pokud

tomu bylo naopak, krize by se mohla nemocí prohloubit (viz teoretická část). Domnívám se, že získaná data tuto teorii potvrzují.

Otázka č. 18 se týkala rodinných vztahů. Nejčastěji respondentky uváděly, že k žádné změně nedošlo, tuto odpověď zvolilo 30 respondentek (28,30 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo „Mlčení o nemoci“, kterou označilo 27 respondentek (25,40 %). Mlčení o nemoci může také být jednou z příčin nárůstu konfliktů a napětí. Položku „Nervozita, napětí a konflikty“ zvolilo 13 respondentek (12,26 %). Konflikt může dále vést k nepochopení a pocitu nezájmu. To vyjadřovala možná odpověď „Žádná podpora ze strany rodiny“ označená celkem 12 respondentkami (11,32 %). Zde jsou pravděpodobně zahrnuty i ženy osamělé, bez rodiny. Opakem je stav, kdy se příbuzní ujmou péče natolik, že to nemocného doslova obtěžuje. Odpověď „Nadměrná péče“ označilo 7 respondentek (6,60 %). V ideálním případě rodina zaujme pozitivní postoj a nemoc se může stát zdrojem posílení rodinných vztahů. Tvrzení „Nemoc přispěla k většímu sblížení“ vybralo 17 respondentek (16,04 %). Fakt, že přátelství hraje důležitou roli pro vážně nemocné potvrzuje otázka č. 19. Mezi uvedenými odpověďmi výrazně převažovala právě podpora přátel. Položku „Přátelé mě psychicky podporovali“ zvolilo 41 respondentek (38,68 %). Druhou nejčastěji zastoupenou položku „Vyhledávání kontaktů s přáteli“ vybralo 17 respondentek (16,04 %). Nadpoloviční většinu odpovědí tedy představovaly položky vypovídající o přátelství jako pozitivním faktoru v životě žen. Zbývající 4 položky, které se soustředily na negativní dopad nemoci na přátelství, byly zastoupeny více méně rovnoměrně, v zastoupení 8-16 odpovědí (7,55-15,09 %). Další sociální oblastí, na kterou jsem se v dotazníkovém šetření zaměřila, byla oblast zaměstnání. Na otázku č. 20 odpovídaly pouze ty respondentky, které byly během nemoci zaměstnané. Proto ji na ni odpovědělo pouze 59 žen z celkových 106. Odpovědi „Nemoc mé zaměstnání nikterak neovlivnila“ a „Zaměstnavatel mi v době nemoci vycházel vstříc“ svědčí o dobrých vztazích v zaměstnání. Tyto položky označilo 26 respondentek (44,07 %). Tato hodnota je bohužel nižší než součet dalších položek, které již vypovídaly o určitých problémech v zaměstnání. Odpovědi „Problémy v zaměstnání“, „Ztráta zaměstnání“, „Převedení na jinou práci“ a „Dobrovolný odchod ze zaměstnání“ označilo dohromady 33 respondentek, což činí 55,93 %. Je mnoho způsobů, jak se po nemoci, která zasáhne tělesnou i sociální oblast ženy, vrátit do „normálního“ společenského života. Zajímalo mne, kdo nebo co ženám v této oblasti nejvíce pomohlo. Toho se týkala otázka č. 22. Skutečnost, že se nemocí necítí být omezována, co se týče společenských aktivit, uvedlo 40 respondentek

(37,74%). Tuto pozitivní odpověď přiřítám trendu posledních let, který upřednostňuje (pokud je to alespoň trochu možné) parciální výkon před celkovou ablací. Druhou nejčastěji volenou položkou byla odpověď „Protetické pomůcky (např. epitéza)“, kterou vybralo 36 respondentek (33,96%). Chirurgická náprava je zvláště u žen mladších žádaná, ale není zatím zdaleka běžnou záležitostí: označily ji pouze 2 respondentky (1,89%), přičemž jedna připsala k této položce komentář „*ale stále ji nemám*“. Poměrně hodně žen označilo položku „Psycholog“, kterou zvolilo 16 respondentek (15,09%). 10 respondentkám (9,43%) pomáhá zařadit se do společnosti návštěva sdružení žen se stejným postižením. Položky „Jiná možnost“ využily 2 respondentky (1,89 %). Jedna odpověď zněla: „*Do společnosti nechodím, lidem se vyhýbám*“, druhá odpověď byla povzbudivější: „*Pomáhá mi víra v Boha*“.

Prostředí onkologického oddělení, vztah zdravotnický personál - klient

Aby bylo možné navrhnout opatření, která by vedla k co největší psychosociální podpoře ze strany nemocničního personálu, bylo zapotřebí zjistit, jak pacientky vnímají chování nemocničního personálu a jaké pocity na tomto oddělení prožívají. Specifickým rysem onkologického onemocnění je jeho dlouhé trvání a s tím související časté opakované návštěvy zdravotnického zařízení. Proto považuji za důležité zjistit, jak toto prostředí působí na psychiku pacientek. Této oblasti se věnovaly otázky č. 11, 12, 13, 14 a 25. Otázka č.11 měla možnost více nebo žádné odpovědi. Zjišťovala negativa v čekárně Onkologického centra. Stejně jako u předchozí otázky č.10, i zde lze spatřit jednu položku výrazně převažující nad ostatními. Nejsilněji pocíťovaným negativem je dlouhá doba strávená v čekárně: na tuto skutečnost poukázalo 98 respondentek (48,51 %) z celkového počtu 106 žen. Srovnatelného, ale podstatně nižšího zastoupení dosáhly následující tři položky: „Pacienti ve špatném zdravotním stavu“, „Samotné prostředí“ a „Střídání sester a lékařů v ambulancích“. Minimálně byla jako negativum označována organizace práce a položka „Jiná negativa“. Cituji několik nejzajímavějších volných odpovědí: „*Velké množství pacientů v jedné čekárně*“, „*Žádná intimita*“, „*Tvrdé sedačky, žádný komfort*“. Vedle prostředí přispívá k psychické pohodě či nepohodě pacientů i přístup personálu k nemocným. Otázky č. 12 a 13 zjišťovaly formou škálového hodnocení (s číselnými hodnotami 0-10), zda je personál pro pacientky psychickou podporou a také jak nemocné důvěřují zdravotníkům po stránce odborné. Srovnáme-li tyto dvě otázky dotazníku, ze získaných dat zjistíme, že důvěra v odbornost je větší než psychická podpora ze strany

personálu. Tato skutečnost svědčí o tom, že zdravotnický personál je více zaměřen biomedicínsky, než na komplexní vnímání člověka v jeho bio-psycho-sociálním a duchovním rozměru. Zjištění, co je pro pacientky v čekárně onkologie nepříjemné, může být pro zdravotnický personál impulzem pro zlepšení kvality péče o pacienta. Stejně tak i zjištění, co by tento nepříjemný pobyt alespoň trochu zpříjemnilo a jakou pomoc ze strany zdravotnického personálu by nemocné ženy přivítaly. Na to se dotazovaly otázky č. 14 a 25. Pomoc psychologa by dle odpovědí uvítalo 30 respondentek (28,30 %). (V průběhu psaní této práce byla tato služba ženám již nově zprostředkována.) Přítomnost parku by přivítalo 21 respondentek (19,81 %). Domnívám se, že v blízkosti Onkologického centra Baťovy nemocnice se nachází poměrně hodně zeleného prostoru, kde se pacienti mohou procházet nebo „posedět na lavičkách“. Avšak přes tato místa prochází velké množství lidí, kteří jdou navštívit své příbuzné na jiná oddělení. Pacientům, a zvláště ženám, které po chemoterapii trpí alopecií, není příjemné se takto „vystavovat na odív“. Proto z budovy často raději nevychází. Třetí nejčastěji označovanou položkou byly „aktivity“: 16 respondentek (15,09 %). Je to oblast, ve které existuje mnoho rezerv. V některých onkologických centrech se velmi osvědčily například výtvarné dílny pro hospitalizované pacienty. Další odpovědi již byly v menším zastoupení. Přítomnost kaple by uvítalo 12 respondentek (11,32 %), lepší vybavení oddělení 12 respondentek (11,32 %), lepší vybavení čekárny 10 respondentek (9,43 %) a možnost rozhovoru s knězem by si přálo 5 respondentek (4,72 %). Dobrý psychický stav pacientek napomáhá k lepšímu zvládnutí terapie, proto je velmi vhodné do této oblasti investovat. Co se týká pomoci (otázka č. 25), 48 respondentek (45,28 %) uvedlo, že další pomoc od personálu není žádoucí. Naopak 58 respondentek (54,72 %) by pomoc přivítalo. Cituji nejčastěji se vyskytující volné odpovědi: „Větší vstřícnost“, „Vlídny úsměv“, „Vstřícnost a porozumnění“, „Mít víc informací“, „Větší pochopení“, „Když bylo nejhůř, maximální informovanost“, „Snažit se vžít do nás“, „Víc osobní pozornosti“, „Víc času pro mě“, „Lidskost, psychickou podporu do života s nemocí“, „Přípravu, jak dál žít“, „Poradit s tím, s čím si nevím rady“. Volání po vstřícnosti, pochopení a informovanosti se v odpovědích opakovalo nejčastěji.

ZÁVĚR

Předkládaná práce se věnovala psychosociálním aspektům nemoci u žen s diagnózou karcinom prsu.

První dva cíle měly zjistit psychické a sociální problémy žen s karcinomem prsu. Třetím cílem bylo na základě zjištěných výsledků doporučit oblasti, ve kterých by bylo možné dosáhnout zlepšení psychosociální podpory poskytované onkologicky nemocným pacientkám ze strany nemocničního personálu. Průzkum byl prováděn u pacientek Onkologického centra Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně.

Doporučení na základě výsledků výzkumného šetření:

1. Informovanost

Jak zaznělo v některých volných odpovědích, pacientky by přivítaly lepší informovanost. Nejistota, nevědomost a nedostatek důležitých informací o nemoci, léčbě a jejím průběhu, nežádoucích účincích apod. nepřispívající k dobré psychické pohodě nemocných. Z šetření vyplynulo, že ženy informace o nemoci nejčastěji získaly od lékařů. Význam všeobecných sester jako informačního zdroje byl podle respondentek na stejné úrovni jako význam informací z internetu. Myslím si, že je škoda, když pacientky dostatečně nevyužijí odborných znalostí všeobecných sester. Je třeba využít toho, že tyto pacientky (jak z vlastní zkušenosti vím) mají zájem přijímat nové informace o své nemoci a chtějí se zdravotnickým personálem spolupracovat. Tímto způsobem lze významně přispět k jejich psychické pohodě a k lepšímu průběhu léčby.

2. Porozumění zdravotnického personálu chování pacientek

Další skutečností, která vyplynula z výzkumného šetření, je důležitost pochopení a porozumění chování ženy v zátěžové situaci ze strany zdravotnického personálu. Příkladem může být lepší hodnocení všeobecných sester po stránce odborné a praktické než v oblasti psychické podpory. Také ve volných odpovědích některé ženy uvedly, že by přivítaly větší pochopení situace, ve které se nachází („větší pochopení, když bylo nejhůř“, „psychická podpora do života s nemocí“, „více osobní osobní pozornosti“). Pochopení a porozumění výrazně zlepšuje komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientkami a tím také podporuje psychiku nemocných žen a může pozitivně ovlivňovat průběh léčby. Nedomnívám se, že by toto porozumění všeobecným sestram zcela chybělo. Některé situace jsou však natolik složité, že zdravotnický personál potřebuje kromě prosté empatie

i odborné znalosti. „Dobrá sestra“ by měla být schopna správně rozeznat typ osobnosti nemocné a jednat s ní tak, aby nepodporovala negativní rysy jejího chování. Jednání sestry s nemocnými by mělo působit psychoterapeuticky. Všeobecné sestry potřebují alespoň základní znalosti z oblasti psychologie. Mohou je získávat například formou přednášek z oblasti psychologie v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotníků.

3. Empatie

Empatie by měla patřit mezi klíčové vlastnosti sestry. Přesto, anebo právě proto ji zde uvádím jako jednu z oblastí, v nichž kvalita poskytované péče o nemocné stále ještě vykazuje rezervy, na které by se zdravotnický personál měl více zaměřit. Vypovídají o tom poměrně časté negativní zkušenosti žen při sdělení diagnózy. Také ve volných odpovědích některé ženy volaly po větší míře empatie („vlídný úsměv“, „snažit se vžít do nemocného“, „dívat se na nás jako na lidi, ne jako na problém“). Osobně si vzpomínám, že v době, kdy jsem nastoupila na onkologické pracoviště, jsem si více uvědomovala lidské tragédie, které zhoubná nemoc přináší. Takové vjemy jsou přirozeně nejsilnější, když jsou nové, a jejich opakováním se jejich intenzita snižuje. Tato senzitivita by však neměla vymizet úplně. Všeobecné sestry jistě potřebují určitý odstup, který je důležitý pro jejich osobní „ochranu“ před syndromem vyhoření, přesto by však pacientky měly empatii u sester nacházet v dostatečné míře.

4. Eliminace negativních faktorů nemocničního prostředí

Dalším způsobem přispění k lepší psychické pohodě a lepšímu zvládnutí zátěžové situace (tj.nemoci) žen je eliminace negativních faktorů nemocničního prostředí. Z šetření vyplynulo, že i zde jsou oblasti, na které by bylo vhodné se zaměřit. Drtivá většina respondentek jako negativum v čekárně onkologického oddělení vnímala dlouhou dobu čekání. V menší míře byly negativně vnímány skutečnosti „střídání lékařů a sester“, „organizace práce“, nebo „pacienti ve špatném zdravotním stavu“. V některých případech si ženy stěžovaly na velké množství nemocných v čekárně a „žádnou intimitu na aplikačním pokoji“. Přínosem pro psychiku pacientek v době návštěvy Onkologického centra by byla dostupnost psychologa (toto bylo v průběhu psaní mé bakalářské práce zajištěno), dále dostupnost parku, přítomnost kaple a nebo nabídka různých volnočasových aktivit.

5. Spolupráce s rodinou

Jako poslední doporučení uvádím důležitost spolupráce s rodinou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že rodina a partnerské vztahy plní nezastupitelnou roli v psychické podpoře svých nemocných rodinných příslušníků. Není v moci zdravotnického personálu sociální vztahy přímo ovlivnit, ale je důležité mít o nich alespoň základní informace a podle nich se „správně zařídit“. Důležité je zjištění, zda nemocná není na svoji nemoc sama, zda svoji nemoc před rodinou netají, zda ji netrápí situace související s nemocí, pro kterou lze nalézt řešení (např. kompenzační pomůcky) a pacientku nasměrovat tam, kde se jí může sociální podpory a pomoci v nemoci dostat. V případě zájmu je o nemoci třeba hovořit i s rodinnými příslušníky, povzbuzovat je stejně jako nemocné ženy a podporovat dobré rodinné vztahy (doprovod manžela na vyšetření nebo kontrolu apod.).

Jsem si vědoma faktu, že má bakalářská práce svým rozsahem překračuje doporučený počet normostran. Její téma je však natolik rozsáhlé, že ani v té podobě, v jaké práci předkládám, nebylo možné danou problematiku adekvátně obsáhnout. Tuto práci vnímám jako předložení teoretických východisek a provedení základního šetření coby přípravy pro další studium a případné detailnější zaměření na menší skupinu onkologicky nemocných žen například v podobě práce diplomové.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIHY

[1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Rady ženám po operaci prsu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-072-1.

[2] ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.

[3] ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 228 s. ISBN 80-247-0499-4.

[4] BREWER, Sarah. *Na co se ženy bojí zeptat? 125 otázek a odpovědí o vašem zdraví*. 1. české vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 144 s. ISBN 80- 85800-49-7.

[5] DANZER, Gerhard. *Psychosomatika – Celostní pohled na zdraví těla i duše*. 1. české vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.

[6] DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-022-86.

[7] FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin, SR: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

[8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie)*. 2. vyd. Praha: 3. lékařská fakulta, 1991. 331 s. ISBN neuvedeno.

[9] HUSSAINOVÁ, Maria. *Praktický rádce pro ženy po operaci prsu*. 1. vyd. Praha: Erika, 1993. ISBN 8085612-26-7.

[9] JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002.

[10] KONOPÁSEK, Bohuslav, PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu – manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-66-3.

[11] KOPECKÝ, Josef, SUMEROVÁ, Jorga, KOPECKÁ, Petra. *Rehabilitace po operacích prsu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2000. ISBN 807-042-322-6.

[12] KOPECKÝ, Josef, VODVÁŘKA, Pave, SUMEROVÁ, Jorga. *Žena po operaci prsu...a jak dále?* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. ISBN 807042-321-8.

[13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

[14] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. české vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

[15] PERA, Heinrich, WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 200 s. ISBN 80-7021-152-0.

[16] SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2184-5.

[17] TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*. 1. české vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

[18] VÁGNEROVÁ, Zdeňka. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0841-9.

[19] VODVÁŘKA, Pavel. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. ISBN 80-7042-314-5.

[20] VOJÁČKOVÁ, Zdeňka. *Kromě prsu mi nic nechybí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 77 s. ISBN 80-7254-354-7.

[21] VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

[22] ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ČLÁNKY V ČASOPISE

[1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Adjuvantní hormonální léčba časného karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. XII, č. 2, s. 6-10. ISSN 1214-5602.

[2] BÜCHLER, Tomáš. Biologická léčba karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. XII, č. 2, s. 10-12. ISSN 1214-5602.

[3] COUFAL, Oldřich a kol. Onkologické aspekty okamžité mamární rekonstrukce. *Edukační sborník. XXXII. Brněnské onkologické dny, 17. – 19. Dubna 2008.* Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2008. s. 257. ISBN 978-9780-86793-11-5.

[4] HEROKOVÁ, Jiřina. Chirurgická léčba karcinomu prsu. *Onkologická péče.* 2008, roč. XII, č. 2, s. 1-2. ISSN 1214-5602.

[5] VAŇÁSEK, Jaroslav. Radioterapie karcinomu prsu. *Onkologická péče.* 2008, roč. XII, č. 2, s. 3-5. ISSN 1214-5602.

[6] VESELÝ, Jiří, DRAŽAN, Luboš a kol. Primární rekonstrukce prsu u pacientek s karcinomem prsu. *Edukační sborník. XXXII. Brněnské onkologické dny, 17. – 19. Dubna 2008.* Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2008. s. 260. ISBN 978-9780-86793-11-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

[1] SKŘIVANOVÁ, Kateřina. *Vliv gynekologických malignit na sebepojetí žen.* Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2008 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z: is.muni.cz/th/12727/ff_m/diplomka.doc.

[2] *Webový portál Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online] [cit. 2011-04-12]. Dostupné z: www.svod.cz.

[3] *Webový portál sdružení Mamma HELP* [online] [cit. 2011-04-22]. Dostupné z: www.mammahelp.cz.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KNTB, a.s. Krajská nemocnice Tomáše Bati, akciová společnost.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab. 1	Věk respondentek	43
Graf 1	Věk respondentek	44
Tab. 2	Doba od ukončení léčby	44
Graf 2	Doba od ukončení léčby	45
Tab. 3	Reakce chování na zadání náročného úkolu	45
Graf 3	Reakce na zadání náročného úkolu	46
Tab. 4	Absolvovaná léčba	46
Graf 4	Absolvovaná léčba	47
Tab. 5	Typ operace	47
Graf 5	Typ operace	48
Tab. 6	Způsob sdělení diagnózy	49
Graf 6	Způsob sdělení diagnózy	49
Tab. 7	Obavy v době zjištění diagnózy	50
Graf 7	Obavy v době zjištění diagnózy	51
Tab. 8	Zdroj informací o nemoci	51
Graf 8	Zdroj informací o nemoci	52
Tab. 9	Obavy v době onkologické léčby	53
Graf 9	Obavy v době onkologické léčby	53
Tab. 10	Obavy v době po ukončení léčby	54
Graf 10	Obavy v době po ukončení léčby	54
Tab. 11	Negativa v čekárně onkologie	55
Graf 11	Negativa v čekárně onkologie	55
Tab. 12	Kvalita psychické podpory	56
Graf 12	Kvalita psychické podpory	57
Tab. 13	Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu	57

Graf 13	Důvěra k odborným schopnostem zdravotnického personálu	58
Tab. 14	Co by přispělo k lepšímu zvládnutí pobytu na onkologii	59
Graf 14	Co by přispělo k lepšímu zvládnutí pobytu na onkologii	59
Tab. 15	Prožívání nemoci	60
Graf 15	Prožívání nemoci	60
Tab. 16	Kdo nejvíce v nemoci pomohl	61
Graf 16	Kdo nejvíce v nemoci pomohl	61
Tab. 17	Vliv nemoci na partnerský vztah	62
Graf 17	Vliv nemoci na partnerský vztah	62
Tab. 18	Vliv nemoci na rodinné vztahy	63
Graf 18	Vliv nemoci na rodinné vztahy	63
Tab. 19	Vliv nemoci na přátelské vztahy	64
Graf 19	Vliv nemoci na přátelské vztahy	64
Tab. 20	Vliv nemoci na zaměstnání	65
Graf 20	Vliv nemoci na zaměstnání	66
Tab. 21	Změna úrovně sebevědomí	66
Graf 21	Změna úrovně sebevědomí	67
Tab. 22	Zvládnutí zdravotního handicapu	68
Graf 22	Zvládnutí zdravotního handicapu	68
Tab. 23	Pozitivní přínos nemoci	69
Graf 23	Pozitivní přínos nemoci	69
Tab. 24	Vlastní rada jiným ženám	70
Graf 24	Vlastní rada jiným ženám	71
Tab. 25	Zájem o pomoc	72
Graf 25	Zájem o pomoc	72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha č. 2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha č. 3: Dotazník

PŘÍLOHA Č. 1: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

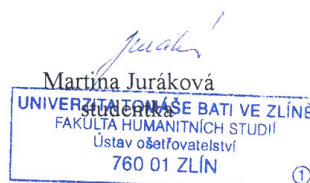
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Martina Juráková
Téma bakalářské práce	Psycho – sociální aspekt onkologicky nemocné ženy Karcinom prsu
Pracoviště	Onkologie – stacionář

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 1.11.2010

Ve Zlíně dne 1.11.2010



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
..... 762 75, Zlín. (9)

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel. +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA Č. 2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

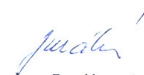
Jméno a příjmení studenta	Martina Juráková
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekt onkologicky nemocné ženy karcinom prsu
Skupina respondentů	Ženy s ca prsu v dispenzární péči
Pracoviště	Onkologie - stacionář

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 1.11.2010

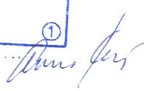
Ve Zlíně dne 1.11.2010

Ve Zlíně dne 16.11.2010


Martina Juráková
studentka



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství


Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel. +420 577 008 137, e-mail klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA Č. 3: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážené pacientky,

jmenuji se Martina Juráková a jsem studentkou třetího ročníku kombinovaného bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Pracuji jako zdravotní sestra v Baťově nemocnici na onkologickém stacionáři, t. č. na mateřské dovolené.

Součástí ukončení studia je bakalářská práce, ve které se zaměřuji na psycho-sociální problematiku žen s rakovinou prsu.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mého šetření v bakalářské práci. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění Vám nezabere víc než 15 - 20 minut. Vaše zkušenosti, postřehy a názory mohou pomoci ke zlepšení péče na našem oddělení a přispět k tomu, aby se u nás pacientky v budoucnu cítily lépe.

Děkuji za Váš čas, vstřícnost a spolupráci.

Martina Juráková

Pokyny pro vyplnění:

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte prosím, pouze jednu odpověď.

1. Do které věkové skupiny patříte?

- 18 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 - 60 let
- nad 61 let

2. Jaká doba uplynula od ukončení Vaší onkologické léčby?

- 0 - 12 měsíců
- 13 měsíců - 2 roky
- 3 - 4 roky
- 5 let a více let

3. Jak byste reagovala, kdyby Vám v zaměstnání zadali velmi náročný úkol?

- neřešitelné úkoly pro mě neexistují
- vynaložila bych všechny své síly a schopnosti na splnění úkolu
- úkol zvládnu, ale v delším čase
- úkolu bych se vyhýbala, řešení bych odkládala
- problém bych nechtěla řešit, úkol bych odmítla

4. Jakou onkologickou léčbu jste absolvovala? (zaškrtněte všechny platné odpovědi)

- chirurgickou
- chemoterapii
- radioterapii
- hormonální
- jinou

5. Jak byla provedena operace prsu?

- částečné odstranění prsu
- úplné odstranění prsu

6. Jak Vám byla sdělena diagnóza?

- lékař byl empatický, vlídný, s citem mi řekl pravdu, nic nezamlčoval
- lékař byl empatický, vlídný, ale některé věci zamlčel
- lékař byl rutinní, věcný, stručný
- lékař byl spíše odměřený a nezúčastněný
- jiný způsob chování, prosím, uveďte jaký: _____

7. Čeho jste se nejvíce bála v období zjištění diagnózy (před operací/léčbou)?

(můžete vybrat více odpovědí nebo taky žádnou)

- obavy z budoucnosti (ze ztráty kontroly nad svým osudem)
- obavy z léčby (nežádoucí účinky)
- obavy z poškození vzhledu (ztráta prsa, paruka)
- obavy z chování okolí
- obavy z bolesti
- obavy ze smrti
- jiné obavy, prosím, uveďte jaké: _____

8. Kde jste získala informace o své nemoci? (průběh, způsob léčby, prognóza atd.)

- od lékaře
- od zdravotních sester
- z knih
- z internetu
- od žen s podobnou zkušeností
- informace jsem aktivně nevyhledávala
- jiné možnosti, prosím, uveďte jaké: _____

9. Co Vám způsobovalo největší stres v době onkologické léčby?

(můžete vybrat více odpovědí nebo taky žádnou)

- nové, neznámé prostředí onkologického oddělení
- obavy z nežádoucích účinků onkologické léčby (např. zvracení, ztráta vlasů)
- chování personálu
- obavy z neúspěchu léčby
- obavy, že tuto situaci nezvládnu
- jiné příčiny stresu, prosím, uveďte jaké: _____

10. Co Vám způsobovalo největší zátěž v době po ukončení léčby?

(můžete vybrat více odpovědí nebo taky žádnou)

- obava, že se onemocnění vrátí
- obava z nemožnosti věnovat se svým volnočasovým aktivitám
- obava ze ztráty zaměstnání
- obava z osamělosti (ztráty porozumnění blízkých)
- obava ze ztráty partnera
- jiné obavy, prosím uveďte jaké: _____

11. Co vnímáte negativně v čekárně onkologie?

(můžete vybrat více odpovědí nebo taky žádnou)

- samotné prostředí
- pacienti ve špatném stavu
- dlouhá doba strávená v čekárně
- střídání sester a lékařů
- organizace práce
- jiná negativa prosím uveďte jaké: _____

12. S jakým chováním ze strany personálu jste se v období léčby nebo při pravidelných kontrolách setkala?

(vyznačte na stupnici: 0 - žádná psychická podpora až 10 - maximální psychická podpora)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

13. Jak hodnotíte Vaši důvěru k zdravotnímu personálu po odborné stránce?

(vyznačte na stupnici: 0 - vůbec nedůvěřuji až 10 - plně důvěřuji)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

14. Která z následujících možností by Vám nejvíce pomohla lépe psychicky zvládat pobyt na onkologickém pracovišti (oddělení i stacionář)?

- kaple
- možnost duchovního rozhovoru
- možnost rozhovoru s psychologem
- park
- lepší vybavení čekárny/společenské místnosti na oddělení
- volnočasové aktivity

15. Změnila nemoc Vaše obvyklé chování?

(můžete vybrat více odpovědí nebo taky žádnou)

- nemoc jsem si nepřipouštěla a nepřipouším, jsem nad věcí
- propadám depresi
- někdy jsem podrážděná, zlobím se, že mě nemoc potkala
- snažím se žít lépe a doufám, že se díky tomu uzdravím
- s nemocí jsem se naučila žít
- s nemocí se nikdy nesmírím

16. Kdo vám nejvíce pomohl zvládat těžké období nemoci?

- partner/partnerka
- rodina (dítě, sourozenec, příbuzný)
- dobrá přítelkyně/přítel
- stejně postižená žena
- lékař
- zdravotní sestra
- nikdo, byla jsem na zvládnání nemoci sama

17. Ovlivnila nemoc Váš partnerský vztah?

- období nemoci nás s partnerem více sblížilo
- s partnerem jsem o nemoci raději nemluvila
- nemoc náš vzájemný vztah zhoršila
- partner mě kvůli nemoci opustil
- partnera jsem kvůli nemoci opustila
- nežiji/nežila jsem v partnerském vztahu

18. Zasáhla nemoc do Vašich rodinných vztahů?

- vztahy nemoc nijak neovlivnila
- nemoc přispěla ke většímu sblížení
- rodinu jsem svou nemocí nezatěžovala
- důsledkem nemoci byla nervozita, napětí a konflikty
- rodina se mou nemoc nezajímala, neměla jsem podporu
- rodina se o mě starala až moc, obtěžovala mě přílišná péče

19. Ovlivnila nemoc Vaše přátelské vztahy?

- vyhledávala jsem kontakt s přáteli, potřebovala jsem společnost
- přátelé mě psychicky podporovali
- s přáteli jsem se o nemoci nebavila
- omezila jsem přátelské styky, potřebovala jsem být sama
- přátelé mi nerozuměli, cítila jsem se zklamaná
- nemoc mi vzala přátele

20. Ovlivnila nemoc Vaše zaměstnání?

(otázka pouze pro pracující pacientky, můžete vybrat více odpovědí)

- nemoc mé zaměstnání nikterak neovlivnila
- zaměstnavatel mi v době nemoci vycházel vstříc (úlevy)
- v zaměstnání jsem měla kvůli nemoci problémy
- kvůli nemoci jsem ztratila zaměstnání
- změnila jsem práci, nemoc mi neumožnila vykonávat dále svoje zaměstnání
- dobrovolně jsem své zaměstnání opustila

21. Změnila nemoc úroveň Vašeho sebevědomí?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

22. Co/kdo Vám nejvíce pomáhá lépe ve společnosti zvládnout zdravotní handicap?

- protetické pomůcky (epitéza)
- chirurgická náprava (plastická operace)
- navštěvování sdružení žen s podobným postižením
- podpora a péče psychologa
- jiná možnost, prosím, uveďte jaká: _____
- necítím se nemocí omezována, co se týče společenských aktivit

23. Přinesla Vám nemoc něco pozitivního?

- ano, prosím, uveďte jaká pozitiva: _____
- ne

24. Co byste po vlastní zkušenosti s nemocí poradila jiným ženám? (vyberte radu, která se nejvíce blíží Vašemu názoru)

- „Nepodceňujte příznaky nemoci, nezanedbávejte pravidelné kontroly.“
- „Hlavně se hodně pozorujte, nikdo nerozumí Vašemu tělu lépe než Vy sama.“
- „Nenechejte se možnou nemocí zneklidnit, hlavní je pozitivní mysl.“

25. Přivítala byste v průběhu nemoci nějakou další pomoc ze strany ošetřovatelského zdravotnického personálu?

- ano, prosím, uveďte jakou: _____
- ne