

Reakce ženy na sdělení závažné diagnózy

Gabriela Synčáková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela Synčáková**
Osobní číslo: **H130100**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Reakce žen na sdělení závažné onkologické diagnózy**

Zásady pro vypracování:

Rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů ve vztahu k tématu bakalářské práce.

Příprava metodiky výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru.

Realizace výzkumného šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru (nahrané polostrukturované rozhovory strukturovat pomocí transkripce, analyzovat kódování a interpretovat).

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat s cílem postihnout, jakým způsobem ženy na sdělení závažné lékařské onkologické diagnózy reagují.

Prezentace výsledků šetření formou případové studie a návrh doporučení pro praxi.

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 pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.2.2016

.....
Syráček

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.

ABSTRAKT

Bakalářská práce *Reakce ženy na sdělení závažné diagnózy* se specificky zaměřuje na problematiku onkogynekologických onemocnění – nádory děložního hrdla a těla. Právě tyto karcinomy se společně s karcinomy prsu řadí na přední pozice statistik nejčastějších onkologických onemocnění žen. Ačkoliv díky současné medicíně a také pokročilému systému prevence má mortalita na karcinomy dělohy klesající tendenci, faktem je, že s ohledem na invazivnost léčby (operativní odstranění ženských reprodukčních orgánů, radioterapie, příp. chemoterapie) se jedná o onemocnění, která zásadně ovlivní dosavadní život pacientek. Bakalářská práce se tak na teoretické úrovni věnuje anatomickým hlediskům a specifickým nádorů děložního těla a hrdla (včetně diagnostiky, léčby, incidence ad.) a dále také psychosociálním faktorům, které mohou být ženám nápomocny při vypořádávání se s nemocí. Praktická část práce potom prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy mapuje vlastní prožitky žen, které léčbu nádorového onemocnění dělohy absolvovaly. Cílem je poskytnout komplexní pohled na průběh léčby jejich očima a také – ve vedlejším plánu – poskytnout odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Klíčová slova:

Nádory dělohy, onkogynekologická onemocnění, prožívání onkologického onemocnění, psychosociální faktory v léčbě nádorových onemocnění, interpretativní fenomenologická analýza

ABSTRACT

The bachelor thesis “Response of a woman to a communication of a serious diagnosis” focuses on the issue of oncogynecological diseases - cancers of the cervix uteri and of the corpus uteri. Together with breast cancers, these cancers rank front positions of statistics of the most common women oncological diseases. Thanks to modern medicine as well as an advanced system of prevention, mortality caused by the uterine cancer shows downward trend. However, the fact is that due to invasiveness of treatment (surgical removal of female reproductive organs, radiotherapy, chemotherapy) the above mentioned type of cancer belongs among diseases which fundamentally influence the current life of patients. At the theoretical level, the presented bachelor thesis is thus devoted to anatomical aspects and particularities of the uterine cancer (including diagnosis, treatment, indication, etc.), as well as to psychosocial factors which may help women when dealing with their disease. Using the interpretative phenomenological analysis, the following practical part of this bachelor thesis maps experience of women who underwent treatment of uterine cancer. The aim is to provide a comprehensive view to the course of therapy through the eyes of the patients and - in the secondary plan - to provide answers to the defined research questions.

Keywords:

experiencing cancer, oncogynecological diseases, interpretative phenomenological analysis, psychosocial factors in the treatment of cancer, tumors of the uterus

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Motto: Život je těžká zkouška a jen ten, kdo jeho výzvu přijme, opravdu ví, co znamená žít.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	10
1. 1 VNITŘNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY	11
1. 2 ZEVNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY	13
2 ONKOGYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	14
2. 1 NÁDORY DĚLOHY	15
2. 1. 1 Nádory těla děložního	15
2. 1. 1. 1 Etiologie, příznaky, diagnostika a terapie.....	17
2. 1. 2 Nádory děložního hrdla	20
2. 1. 2. 1 Etiologie, příznaky, diagnostika, terapie	22
3 ASPEKTY VYROVNÁNÍ SE S ONKOGYNEKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	25
3. 1 SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY A PROCES VYROVNÁVÁNÍ SE S NÍ.....	25
3. 1. 1 Alternativní možnosti vypořádávání se s onkologickým onemocněním.....	29
3. 2 MOŽNOSTI PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE	30
3. 2. 1 Význam rodiny a blízkého okolí	32
II II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODOLOGIE	35
4. 1 REFLEXE VÝZKUMNICE.....	36
5 ANALÝZA	38
5. 1 RESPONDENTKA Č. 1 – „ANNA“	38
5. 1. 1 Souhrn	38
5. 2 RESPONDENTKA Č. 2 – „JANA“	40
5. 2. 1 Souhrn	40
5. 3 HLAVNÍ ANALYTICKÉ KATEGORIE	41
5. 3. 1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	42
5. 3. 2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2	44
5. 3. 3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3	47
5. 3. 4 Vyhodnocení doplňující výzkumné otázky	48
5. 4 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY	48
5. 5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
ZÁVĚR	51
LITERATURA	53
SEZNAM OBRÁZKŮ	57

ÚVOD

Nádorová onemocnění patří stále – i navzdory značným pokrokům v medicíně – v mnoha případech mezi diagnózy s velmi nejistou prognózou. I s ohledem na jejich závažnost se jedná o onemocnění, která v důsledku každému „změní život“. Mezi onkologická onemocnění s nejčastějším výskytem se u žen řadí karcinom prsu a také karcinomy dělohy (děložního těla a hrdla), přičemž z hlediska čestnosti výskytu jsou české pacientky právě s tímto typem onemocnění první v evropském žebříčku a druhé v žebříčku celosvětovém (dle statistik postihuje kolem 34 ze 100 000 žen). Na druhou stranu konkrétně karcinomy dělohy jsou v případě, jsou-li diagnostikovány včas, relativně úspěšně léčitelné. Jelikož však léčba v závislosti na míře rozsahu onemocnění zahrnuje často invazivní postupy zahrnující chirurgické odstranění ženských reprodukčních orgánů, stejně jako následnou radioterapeutickou léčbu či léčbu chemoterapeutiky, samozřejmě pacientky zasáhne jak na úrovni fyzické, tak i psychické.

Základním cílem předkládané bakalářské práce je tak postihnout, jak samy ženy celé období léčby – od sdělení diagnózy až po úspěšné absolvování léčby – prožily. Dílčími cíli jsou zjištění týkající změn v životech respondentek a zodpovězení předem definovaných výzkumných otázek vztahujících se prožívání onkologického onemocnění.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část nejprve představí anatomická východiska – vnitřní a zevní ženské pohlavní orgány. Dále bude pozornost věnována onkogynekologickým onemocněním, problematice nádorů děložního těla a hrdla, jejich diagnostice, možným způsobům léčby, stejně tak jako incidenci onemocnění a jeho prognózám. Závěrečná část teoretického textu postihne aspekty vypořádávání se s onkogynekologickou diagnózou, a to od jejího sdělení až po fázi smíření. Nebudou opominuty ani alternativní možnosti léčby, stejně jako další psychosociální aspekty, které mohou přispět k úspěšnému překonání tohoto obtížného životního období.

Praktická část práce má charakter kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy budou zpracovány rozhovory s ženami, které překonaly nádorové onemocnění dělohy a aktuálně jsou již v remisi. Analýza zároveň pomůže za užití následně definovaných analytických kategorií také k zodpovězení souvisejících výzkumných otázek odvíjejících se od hlavní výzkumné otázky – *Jak reagují ženy na sdělení závažné diagnózy?* Očekávaným výstupem je sumarizace možných přístupů pacientek k jejich diagnóze, vyhledání možných paralel mezi nimi, stejně jako identifikování příkladů, jak se s onkologickou diagnózou úspěšně vypořádat.

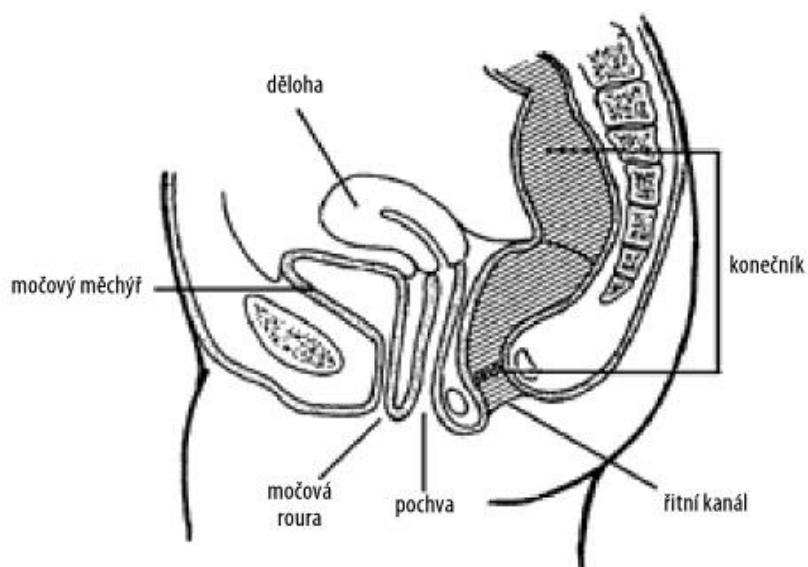
I TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Pro zasazení problematiky nádorových onemocnění dělohy do zdravotnického kontextu je klíčový vhled do anatomie a funkcí, které pohlavní orgány žen mají. S ohledem na to, že ženský reprodukční systém je propojen, i v případě, že je nádorovým onemocněním zasažena pouze jedna z jeho součástí, jsou ovlivněny i další související procesy probíhající v rámci celého komplexu struktur.

Pohlavní orgány ženy jsou většinou uloženy v malé pánvi, tedy dutině v dolní části pánve, která je ze zadní strany ohraničena kostí křížovou, zdola a ze stran potom kostmi sedacími a stydkými, a v základu je možné dělit je na vnitřní a zevní.

Obrázek 1: Schéma podélného řezu malou pánví ženy



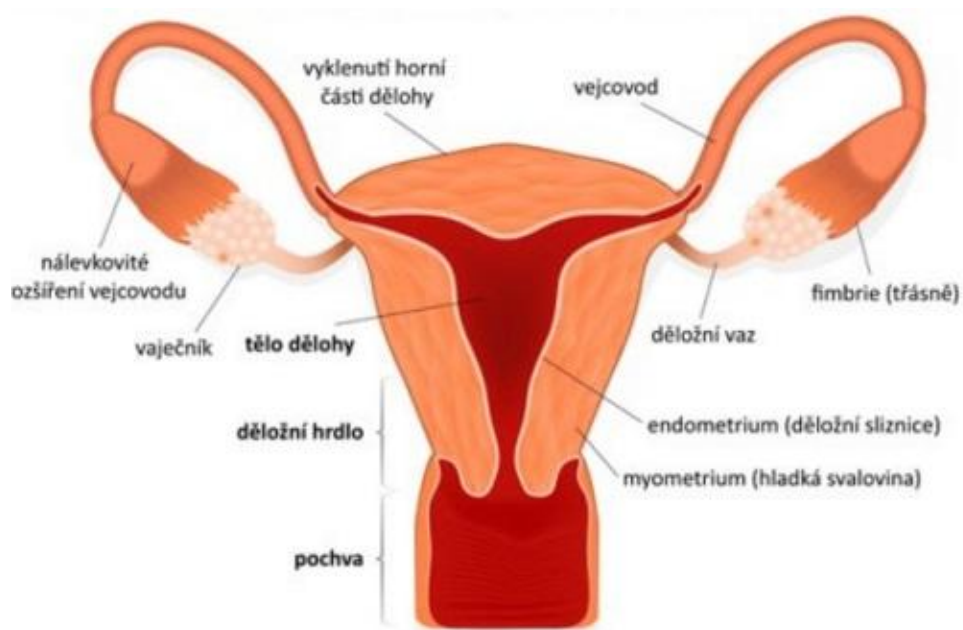
Zdroj: Abrahámová In Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 365

Vnitřními pohlavními orgány jsou párové vaječníky (*ovarium*), vejcovody (*tuba uterina*) a děloha (*uterus*). Mezi zevní pohlavní orgány patří velké a malé stydké pysky (*labia majora pudendi* a *labia minora pudendi*), topořivá tělesa (*corpus cavernosum clitoridis* a *bulbus vestibuli*) a vestibulární žlázy (*glandulae vestibulares majore et minore*). Vzájemnou komunikaci mezi vnitřními a vnějšími orgány zprostředkovává pochva (*vagina*) (Báča In Roztočil a kol., 2011).

Pochva je svalová trubice o délce 8-10 cm upínající se na děložní krček a ústící mezi malými stydkými pysky do předsíně pochvy. Pochva kolem vaginální části děložního krčku utváří kruhový záhyb – poševní klenby. Poševní sliznice je potom relativně tlustá a pokrytá vrstvou epitelu, přičemž dochází k průběžnému olupování buněk sliznice, jež jsou

součástí poševního sekretu, který má ochrannou funkci. Tloušťka poševní sliznice (stejně jako charakteristika olupujících se buněk) se mění v době menstruace – díky tomu lze prostřednictvím vyšetření buněk poševního sekretu mj. posoudit i jeho odchylky od normálu (Dylevský, 2009).

Obrázek 2: Ženské pohlavní orgány



Zdroj: ForYou.cz, online, [cit. 12-7-2015], dostupný na: <<https://www.foryou.cz/prevence-zdravi/rakovina-zenskych-organu/anatomie-zenskych-organu/#.VmXLm3YvfIU>>

1. 1 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Vaječník je párový orgán, jehož konkrétní velikost, vzhled a tvar závisí na věku a funkčním stavu ženy. Co do polohy jsou vaječníky závislé na poloze těla, neboť jsou pohyblivé, v každém případě se ale liší jejich pozice u žen, které již porodily, a u žen, které ne. S postupem času se také v mládí hladký povrch vaječnicků postupně (menstruačními cykly a uvolněnými vajíčky) zvrásňuje („jizví“). Z hlediska reprodukční funkce ve vaječnicích dochází ke tvorbě vajíček, jejichž dozrávání probíhá v pravidelných měsíčních cyklech. Kromě toho vaječníky produkují i pohlavní hormony progesteron a estrogény. Hormony se potom ve vaječnicích (na rozdíl od vajíček, která vznikají před narozením a během života se nevytvářejí) produkují celoživotně (Báča In Roztočil a kol., 2011).

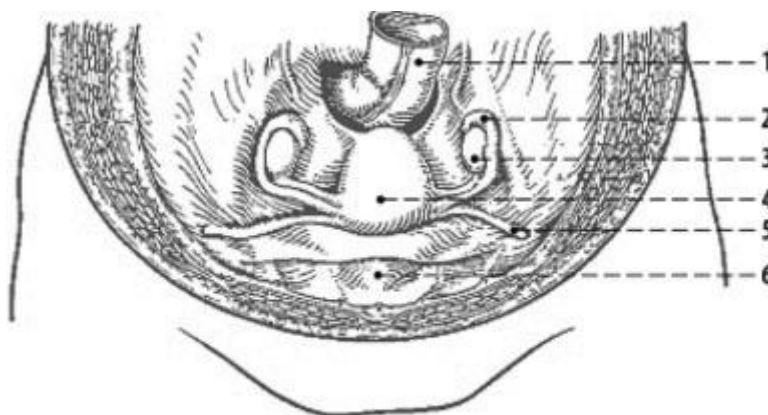
Vejcovod je 8-15 cm dlouhá a 6-8 mm široká párová trubice, která se člení na čtyři části, přičemž pro reprodukční funkci je nejdůležitější tzv. břišní konec vejcovodu, resp.

jeho rozšířený úsek (*ampula*). Vejcovod je tvořen sliznicí, svalovou vrstvou a pobřišnicí (Dylevský, 2009) a jeho konkrétní poloha závisí na pozici těla. K zachycení vajíčka potom slouží výběžky – fimbrie. Právě ve vejcovodu dochází i k případnému oplození vajíčka, které se následně pohybuje vejcovodem směrem k děloze.

Děloha je rozměrově největší vnitřní pohlavní orgán žen (cca 7-9 cm), který je uložen v pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Z hlediska stavby je dutým svalovým orgánem, který je tvořen dvěma částmi – děložním tělem (*fundus uteri*) a děložním hrdlem (*cervix uteri*) (Báča In Roztočil a kol., 2011). Dutina dělohy je pokryta děložní sliznicí – endometriem – jehož stavba je závislá na menstruačním cyklu. Růst dělohy v těhotenství potom umožňuje tzv. myometrium, tedy hladká svalovina, která se nachází pod sliznicí. Děložní hrdlo spojuje dělohu s pochvou a nachází se na spodní straně dělohy, děložní čípek je potom specificky koncovou částí děložního hrdla ústící do pochvy.

Právě v děloze se potom vyskytují dva nejčastější gynekologické nádory – karcinom těla děložního a karcinom děložního hrdla.

Obrázek 3: Uložení dělohy, vejcovodů a vaječníků



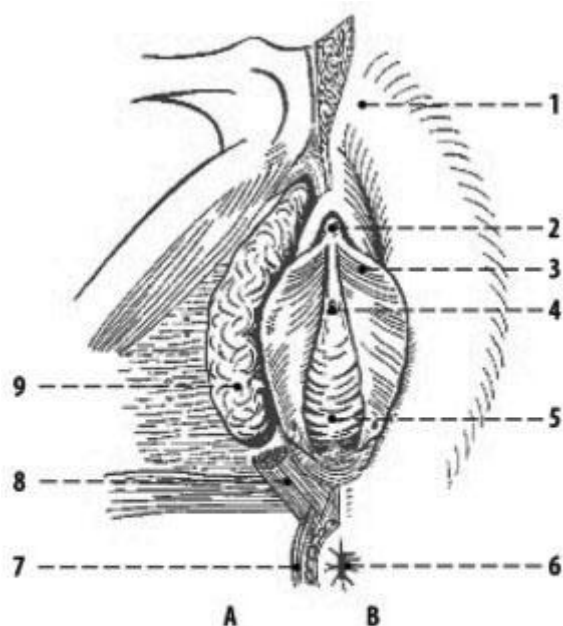
1 – konečník, 2 – vejcovod, 3 – levý vaječník, 4 – děložní dno,
5 – oblý děložní vaz, 6 – pobřišnice kryjící močový měchýř

Zdroj: Dylevský, 2009, s. 384

1. 2 Zevní ženské pohlavní orgány

Velké stydké pysky jsou kožním valem, který uzavírá stydkou štěrbinu a jejich podklad tvoří tuková tkáň. „*Vnější povrch velkých stydkých pysků má charakter kůže, po pubertě je kryta sekundárním ochlupením, vnitřní povrch velkých stydkých pysků má charakter sliznice.*“ (Báča In Roztočil a kol., 2011, s. 28). Stejně tak mají charakter sliznice i malé stydké pysky, které jsou tvořeny úzkými kožními řasami, přičemž z přední strany utvářejí předkožku klitorisu. Prostor mezi malými stydkými pysky je nazýván poševní předsíní (tamtéž). Právě v ní se potom nacházejí i topořivá tělesa, konkrétně poštváček (ten svojí stavbou de facto odpovídá penisu, avšak je nepoměrně kratší) a ve spodině poševní předsíně také párové erektilní tkáně, které však stavbou plně topořivé tkáni neodpovídají a při překrvení pouze mírně zduří (Dylevský, 2009).

Obrázek 4: Zevní pohlavní orgány



A – podkoží, B – poševní vchod; 1 – velké stydké pysky, 2 – clitoris, 3 – malé stydké pysky, 4 – ústí močové trubice, 5 – poševní řasy, 6 – anus, 7 – zevní svěrač, 8 – svaly hráze, 9 – m. levator ani

Zdroj: Dylevský, 2009, s. 384

2 ONKOGYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Onkogynekologická nádorová onemocnění se z hlediska četnosti výskytu řadí na přední příčky statistik monitorujících nádorová onemocnění. Mezi ty základní (řazeno dle četnosti výskytu) patří rakovina děložního těla, děložního hrdla (čípku), vaječnicků, vulvy a vagíny. Do této skupiny lze řadit také nádory prsu, které jsou nejčastějším nádorovým onemocněním žen obecně.

Konkrétně rakovina těla děložního je nejčastější malignitou u žen (Feranec, Chovanec, Princ, 2014), která na rozdíl od rakoviny děložního čípku vzniká v horní části těla dělohy. Nádory děložního hrdla/čípku jsou potom třetím nejčastějším nádorovým onemocněním žen a zároveň také čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění u žen na světě (Chovanec, 2014, online) a z drtivé většiny (99 % případů) jsou způsobeny HPV infekcí.

Souvislost s HPV infekcí (cca v 15 % případů) mají i nádory vaječnicků, které v četnosti výskytu zauímají světově osmou příčku. Rakovina vulvy je potom čtvrtým nejčastějším onkogynekologickým onemocněním, které opět přibližně ve 30 % případů souvisí s HPV infekcí. Pouhá 3 % ze všech nádorových onemocnění žen tvoří rakovina vagíny, jejíž souvislosti s HPV infekcí je 90% (Chovanec, 2014, online).

V nejzákladnější rovině potom můžeme nádory – dle způsobu růstu a šíření – dělit do dvou skupin – na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Oba dva typy vznikají samovolným a neregulovaným množением buněk, avšak rozdíly mezi nimi jsou zásadní. Růst benigních nádorů je obvykle pomalý a nezasahující okolní tkáň. „*Buňky benigních nádorů neztrácejí svou kohezivitu ani vztah ke stromatu, a proto je jejich růst expanzivní, většinou bez významnějšího poškození tkání obklopujících nádor.*“ (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 26). Co se týká onkogynekologických onemocnění, jsou benigní nádory – např. v souvislosti s rakovinou děložního čípku – spíše vzácné. Nádory maligní potom naopak okolní tkáň významně poškozují, neboť jimi v podstatě „*prorůstají*“, zároveň mají tendenci také metastazovat (vytvářet v těle druhotná ložiska). „*Maligní nádory rostou vůči okolí agresivně a mohou se šířit i diskontinuálně.*“ (tamtéž). Tyto nádory potom i kvůli své agresivitě nezhůdka končí i úmrtím pacientek.

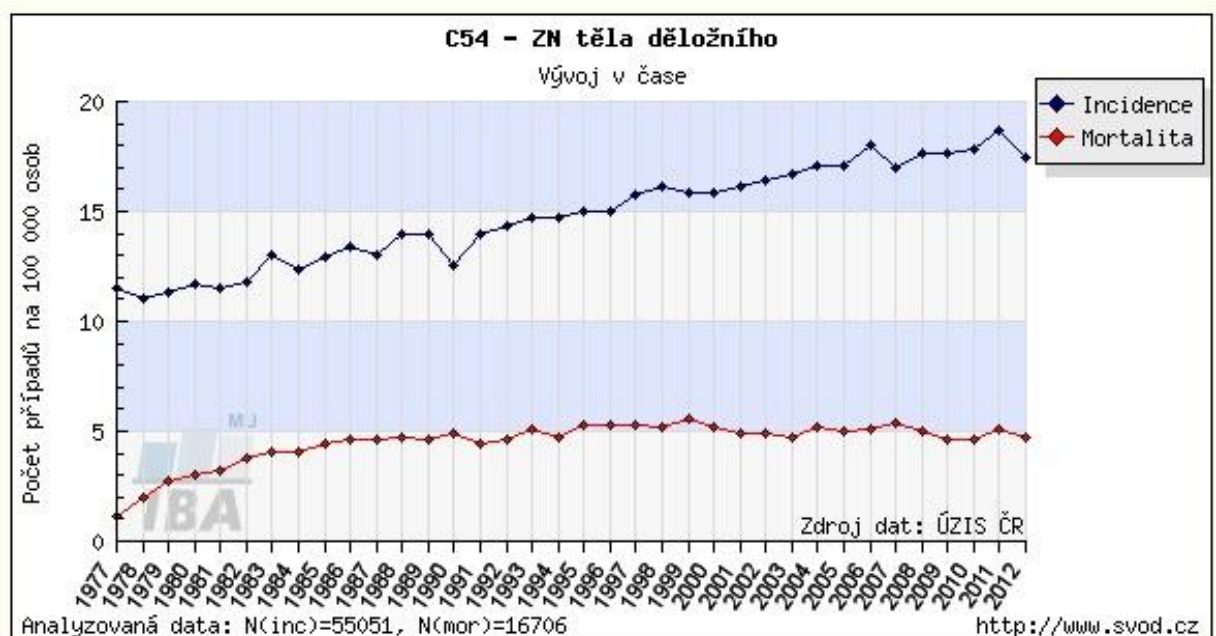
2. 1 Nádory dělohy

V kontextu s nádorovými onemocněními dělohy hovoříme o dvou základních typech onemocnění. V první řadě se jedná o nádory těla děložního a dále o nádory děložního hrdla/čípku (označovaného také jako cervix). Oba tyto typy – ačkoliv se vyskytují v jedné dutině – jsou odlišné nejen z hlediska svého výskytu, ale různí se také rizikovými faktory, odlišné jsou ohrožené skupiny žen, prognózy i samotná léčba.

2. 1. 1 Nádory těla děložního

Maligní nádory těla děložního jsou nejčastějším onkogynekologickým problémem. Z hlediska incidence se v České republice jedná o stále více se rozšiřující typ onemocnění, kterým každoročně onemocní na 1 800 žen, tj. jedná se o 34 diagnostikovaných případů na 100 000 žen z populace (Feranec, Chovanec, Princ, 2014, online). Na druhou stranu mortalita je relativně nízká, kdy onemocnění podlehne každá 10. ze 100 000 pacientek (tamtéž). Výskyt onemocnění má potom z hlediska historického stoupající tendenci.

Obrázek 5: Časový vývoj incidence a mortality výskytu zhoubného nádoru těla děložního



Zdroj: www.svod.cz

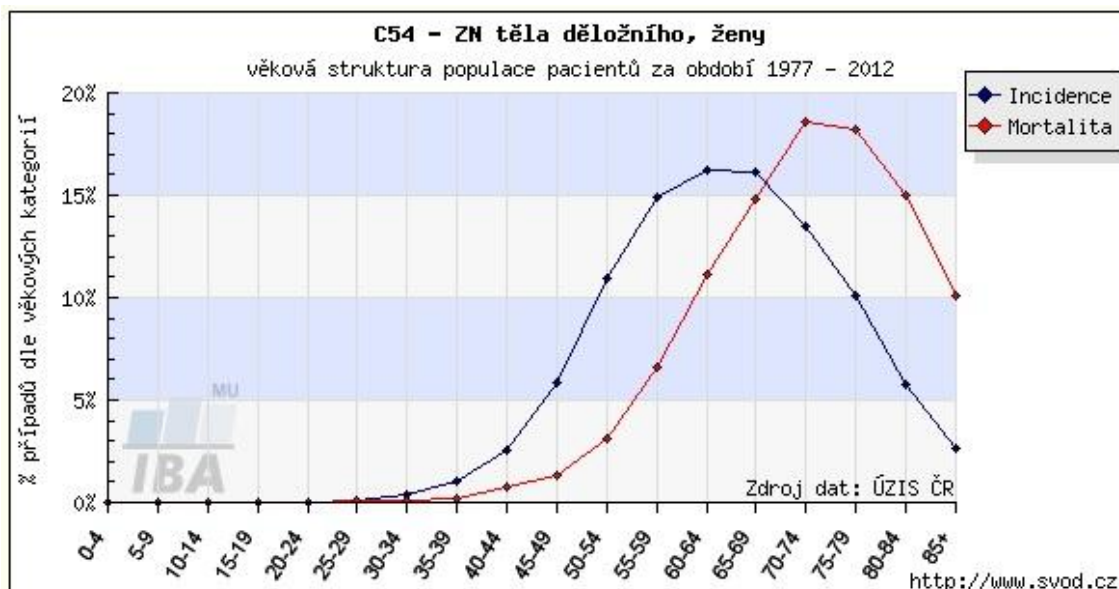
Pozn.: Graf zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100000 osob) a hrubé mortality (počet úmrtí na diagnózu na 100000 osob) pro zvolenou diagnózu v celé populaci.

S ohledem na to, že nejčastějším zhoubným nádorem těla děložního je karcinom endometria (tj. děložní sliznice), který vzniká ze žlázových buněk endometria, lze tyto nádory – na které lze nahlížet také jako na hormonálně dependentní – dělit na dva hlavní typy v souvislosti s působením estrogenů, na nichž je právě růst endometria bezpodmínečně závislý (Zikán, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014).

První typ, který postihuje přibližně 80 % pacientek, je způsoben relativním nebo absolutním zvýšením estrogenů, tyto typy nádorů jsou i s ohledem na včasnou diagnostiku úspěšně léčitelné a mají dobrou prognózu. Zbývajících 20 % diagnóz tvoří nádorová onemocnění, na jejichž vzniku se hladina estrogenů nijak nepodílela. Diagnostika obvykle probíhá později, prognózy jsou horší a tento typ obvykle postihuje pacientky v pozdějším věku (Zikán, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014).

Z hlediska konkrétní typologie nádorů děložního těla hovoříme – podle výchozí tkáně – o nádorech epitelových, mezenchymálních, smíšených epitelových a mezenchymálních, lymfoidních a hematopoetických. Velmi výjimečně se potom mohou vyskytnout také nádory, které nespádají ani do jedné ze jmenovaných skupin, jedná se např. o nádory terminální nebo neuroektodermové. Co do četnosti, jak již bylo řečeno, nejčastějším zhoubným nádorem děložního těla jsou epitelární karcinomy endometria (Cibula, Petruželka a kol., 2009), konkrétně v 83 % diagnostikovaných případů se jedná o adenokarcinom endometria (Feranec, Chovanec, Princ, 2014, online). Průměrný věk pacientek konkrétně s tímto typem onemocnění je 61 let, nejvíce pacientek se potom nachází ve věkovém rozptylu 50-59 let (viz graf na následující straně). „*Celkem 20-25 % případů je diagnostikováno před menopauzou a 5 % před 40. rokem věku.*“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 457). Relativně zajímavou skutečností je, že výzkumy potvrdily 2x vyšší mortalitu, ale zároveň 1,4x nižší incidenci onemocnění u afroamerických žen než u bílé populace (tamtéž).

V každém případě co se týká adenokarcinomu endometria, i tehdy, je-li nádor hluboce invazivní, většinou roste exofyticky do dutiny děložní (difúzní podoba, kdy nádor zasahuje do hlubších vrstev děložní stěny, je méně obvyklá). Prognózy onemocnění jsou tak relativně dobré, a to nejen díky obvykle včasnému zachycení, ale také vzhledem k častému výskytu a přehledné klasifikaci. Z hlediska prognostiky potom roli sehrává grading, tedy posouzení stupně zhoubnosti nádoru, ale také hloubka jeho invaze do myometria a v neposlední řadě také stadium onemocnění (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Obrázek 6: Věková struktura pacientek se zhoubným nádorem těla děložního

Zdroj: svod.cz

Graf zobrazuje aktuální věkovou strukturu pacientů s danou diagnózou ZN a zemřelých na danou diagnózu ZN. Věková struktura ukazuje % zastoupení věkových skupin mezi pacienty (popř. zemřelými na diagnózu).

Vedle karcinomů dělohy se lze také – ačkoliv velmi zřídka – setkat se sarkomy. Karcinomy jsou zhoubné nádory epitelu, naopak sarkomy jsou nádory pojivových tkání. Jejich prognóza je na rozdíl od karcinomů převážně velmi nepříznivá, z hlediska prognostiky potom zásadní roli (vedle samotného stadia onemocnění a velikosti tumoru) sehrává četnost buněčných mitóz – dle toho, zda a v jakém množství jsou přítomny, potom sarkomy kategorizujeme na ty s nízkou (do 10 mitóz) a ty s vysokou potenciální malignitou (Ferranec, Chovanec, Princ, 2014, online).

2. 1. 1. 1 Etiologie, příznaky, diagnostika a terapie

Ačkoliv konkrétní příčina onemocnění není známa, jak bylo naznačeno výše, byla vysledována závislost (až v 80 % případů) mezi vznikem nádorového onemocnění těla děložního a dlouhodobým působením estrogenů bez odpovídající hladiny dalších ženských hormonů – gestagenů (Cibula, Petruželka a kol., 2009). Za hlavní rizika tak lze považovat exogenní estrogény, časný nástup menstruačního cyklu a pozdní menopauzu (kdy mnohaletý vliv estrogenů a menopauza po 52. roce věku zvyšuje riziko onemocnění 2,5x), bezdětnost (resp. riziko se snižuje s těhotenstvím, kdy opakované gravidity mají spíše ochranný účinek), poruchy funkce vaječníků, vyšší věk (60-70 let), obezitu, kouření či dia-

betes. Jistým rizikem je i rodinná anamnéza, „*familiární výskyt endometriálního karcinomu, zejména v I. příbuzenské linii, zvyšuje riziko této choroby u příbuzných žen na trojnásobek. Rovněž výskyt kolorektálního karcinomu u pokrevních příbuzných zvyšuje riziko. Stejně tak ženy, které již onemocněly karcinomem prsu, ovaria či kolorekta, inklinují k výskytu karcinomu endometria.*“ (Abrahámová In Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 371-2).

Zhoubné nádory děložního těla jsou i kvůli stále se zvyšujícímu výskytu v rozvinutých zemích považovány za civilizační onemocnění (Cibula, Petruželka, 2009). Klasickým příznakem (spíše raných stadií) je krvácení nebo špinění v období menopauzy, jak dále uvádí Feranec, Chovanec a Princ (2014, online), velmi obtížné je vysledovat příznaky především v období kolem přechodu. Pozdními příznaky jsou potom bolesti, ubývání na váze, hnísavý výtok (Abrahámová In Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). V případě zachycení výše zmíněných příznaků – především tedy postmenopauzálního krvácení – následují gynekologická vyšetření za účelem vyloučení jiných zdrojů krvácení (tj. primárně vyšetření děložního hrdla, pochvy a zevních rodidel). „*Ženy s postmenopauzálním krvácením by měly být nejdříve vyšetřeny transvaginálním ultrazvukem a teprve při abnormálním nálezu podstoupit bioptické vyšetření endometria. Je-li zjištěna přítomnost atypické hyperplazie nebo zhoubného nádoru endometria, je zahájen stagingový program...*“ (Cibula, Petruželka, 2009, s. 470). Konkrétně provedení ultrazvuku je velmi přesná metoda, jak přítomnost patologie potvrdit, či vyloučit, přičemž v přesnosti zobrazení se rovná i magnetické rezonanci, která bývá užívána (i společně s CT) především v případě podezření na přítomnost metastáz (Cibula, Petruželka, 2009). Samozřejmě ani jedna z těchto zobrazovacích technik však nedosahuje takové přesnosti jako chirurgických staging endometriálního karcinomu, který kromě přesného určení rozsahu nádoru také poskytuje informace o jeho histologickém typu a gradingu. K určení přesné diagnózy je třeba provést bioptické vyšetření (buď separovaná abraze nebo hysteroskopie). Sarkom potom obvykle odhalí pouze histologický rozbor již odstraněné dělohy (Feranec, Chovanec, Princ, 2014, online).

V následně realizovaném operačním výkonu (a jeho rozsahu), který je – vyjma IV. klinického stadia – základní a prvotní léčebnou metodou, sehrává potom hlavní roli zařazení zhoubného nádoru endometria do skupin buď s vysokým, nebo nízkým rizikem.

Chirurgická léčba jak časných, tak i většiny pokročilých karcinomů endometria, má v každém případě standardizovanou podobu. Velkým krokem kupředu v chirurgické léčbě skupin s nízkým faktorem rizika bylo využití laparoskopie, která je v těchto případech čas-

to využívána pro hysterektomii (příp. je provedena hysterektomie abdominální), stejně tak se přistupuje k adnexektomii, tedy odstranění vaječníků a vejcovodu, dle stadia a typu nádoru může být jednostranná nebo oboustranná (Feranec, Chovanec, Princ, 2014, online). „*Základním výkonem je extrafasciální hysterektomie. Součástí každé operace pro časné stadium by však měla být i oboustranná adnexektomie, laváž dutiny břišní a elize všech adhezí a suspektních ložisek.*“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 475). U skupin s vysokým rizikem je potom prováděna hysterektomie, bilaterální adnexektomie a systematická aortopelvicí lymfadenektomie (Zikán, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014).

V případě, že je nález nepříznivý a poukazuje na inoperabilní ložisko, obvykle již v pokročilém, třetím, stadiu, primárně se přistupuje také k radioterapii (ta potom v závislosti na typu onemocnění může být doplněna také o chemoterapii – v případech pokročilých metastazujících nádorů). Radioterapie je potom – nikoliv však v primární podobě – využívána většinou pooperačně v případech, kdy nádorová infiltrace přesahuje polovinu myometria a také v případě vysokého gradu a „*používá se kombinace brachyterapie (poševní aplikátor) k zabránění recidivě tumoru v poševním pahýlu v kombinaci se zevním ozářením malé pánve.*“ (Abrahámová In Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 373). Stejně tak bývá radioterapie často aplikována při přítomnosti rizikových faktorů, jako je věk pacientky nad 60 let, postižení dolního segmentu dělohy apod. (Citterbart, 2001). V případě metastazujících karcinomů (plic) a recidivě je užívána také hormonální léčba, která se specificky u karcinomu endometria poměrně osvědčila, na hormonální léčbu gestageny reaguje 20-50 % nemocných (tamtéž).

Recidiva onemocnění je nejčastěji diagnostikována v průběhu prvních tří let po absolvování léčby, přičemž v případě diagnostikovaného prvního stadia je riziko recidivy cca 7-15 % (Cibula, Petruželka a kol., 2009). Vyléčené pacientky po léčbě podstupují pravidelné kontroly, první dva roky každé tři měsíce, od 3. do 5. roku po léčbě 1x za půl roku a poté jedenkrát ročně (Feranec, Chovanec, Princ, 2014, online).

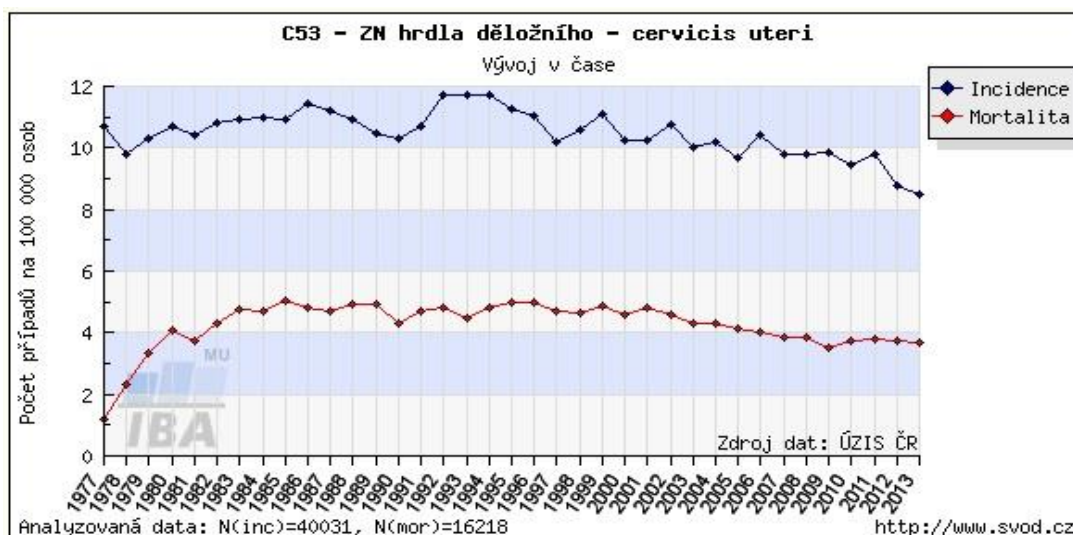
S ohledem na to, že většina rizikových faktorů vzniku patologického endometria souvisí s absolutním nebo relativním nadbytkem estrogenů, „*primární prevence je zaměřena na omezení nutričních, reprodukčních a osobnostních faktorů, které vedou k vyšší produkci neoponovaných estrogenů.*“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 466). V praktickém životě je ale v podstatě jedinou možnou „prevencí“ snaha o zdravý životní styl a udržování optimální hmotnosti. Podle Citterbart (2001) je potom určitou formou pre-

vence i užívání hormonální antikoncepce, kdy projektivní vliv se zvyšuje s délkou jejího užívání.

2. 1. 2 Nádory děložního hrdla

V četnosti výskytu zaujímají nádory děložního hrdla/čípku v České republice třetí příčku mezi onkogynekologickými onemocněními. Ve srovnání s jinými západními zeměmi je potom tato incidence až o 50 % vyšší, kdy tímto typem nádorového onemocnění u nás onemocní cca každá 20. žena ze 100 000 (Feranec, Chovanec, 2014, online). Ročně potom v důsledku této diagnózy v ČR umírá okolo 300 žen. Jak je zjevné z následujícího grafu, incidence však i u nás v posledních letech klesá.

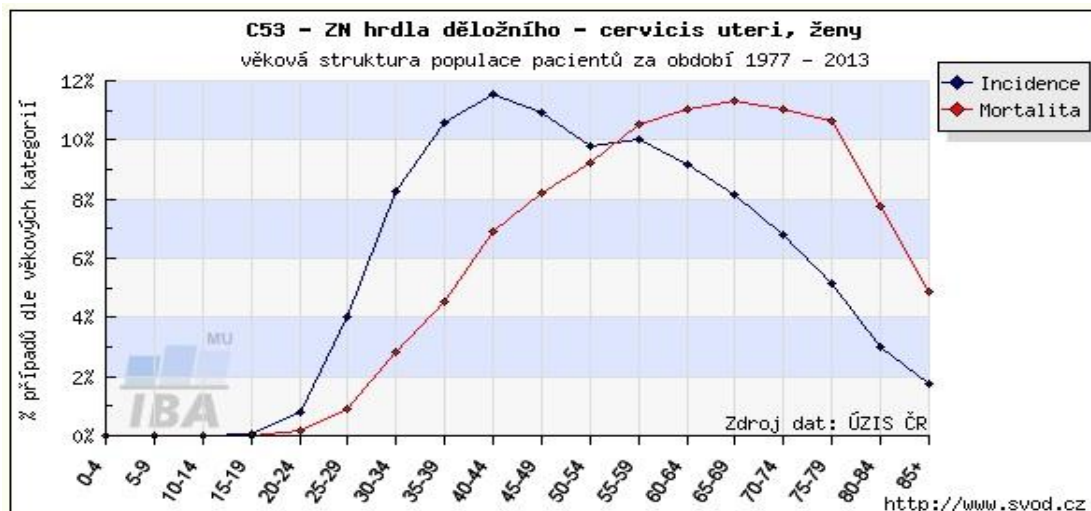
Obrázek 7: Časový vývoj incidence a mortality výskytu zhoubného nádoru hrdla děložního



Zdroj: svod.cz

Pozn.: Graf zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100000 osob) a hrubé mortality (počet úmrtí na diagnózu na 100000 osob) pro zvolenou diagnózu v celé populaci.

Nejčastěji se onemocnění aktuálně vyskytuje ve věkové skupině 30-34 let, ve zvýšeném množství je incidence zaznamenána u skupin ekonomicky slabších žen (Feranec, Chovanec, 2014, online), jak ukazuje následující graf, postihující časovou etapu 1977-2013, v průměru nejčastější výskyt byl zaznamenán u žen mezi 34 a 45 lety.

Obrázek 8: Věková struktura pacientek se zhoubným nádorem hrdla děložního

Zdroj: svod.cz

Pozn.: Graf zobrazuje aktuální věkovou strukturu pacientů s danou diagnózou ZN a zemřelých na danou diagnózu ZN. Věková struktura ukazuje % zastoupení věkových skupin mezi pacienty (popř. zemřelými na diagnózu).

Podstata onemocnění spočívá v nekontrolovatelném množení povrchových buněk děložního čípku – k rozvoji invazivního nádoru musí být dlouhodobě přítomna HPV infekce, která vede k začlenění virové DNA do genomu bazálních buněk sliznice děložního hrdla. (Sláma, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014). Ačkoliv nádoru předcházejí přednádorové změny buněk (tzv. prekancerózy), nedochází k žádným jejich projevům a je možné odhalit je pouze specializovaným cytologickým vyšetřením, na druhou stranu jsou-li diagnostikovány, lze je velmi úspěšně léčit. Prekancerózy se projevují pouze v epitelové vrstvě a také nemají tendenci metastazovat. Zároveň je můžete dle míry probíhajících patologických změn dělit na LG léze (*low-grade-lesion*, tedy mírné změny, které obvykle zdravý organismus dokáže sám eliminovat i bez nutnosti zásahu chirurga) a HG léze (*high-grade-lesions*, tyto změny lze řešit drobným chirurgickým zákrokem). Při diagnostice dále samozřejmě platí, že čím později jsou nádorové změny odhaleny, tím více se snižuje šance na úspěšnost léčby a zvyšuje se i její náročnost.

HPV infekce je způsobena HPV virem (human papilloma virus), které napadají buňky lidské pokožky a sliznic, a v současné době je jich známo až na 130 různých genotypů (Cibula, Petruželka a kol., 2009). Šíření viru probíhá především prostřednictvím pohlavního styku (jedná se o nejčastější sexuálně přenosné onemocnění), k přenosu může dojít také jakýmkoliv kontaktem s pohlavními orgány (rukou, ústy) (Munoz a kol., 2003). S infekcí

HPV se standardně do 50 let věku setká kolem 80 % žen a 50 % mužů, kdy nejčastěji se vyskytuje v době časného dospívání (18-25 let), u většiny z nakažených však sama časem odezní bez jakýchkoliv dalších následků (Cibula, Petruželka a kol., 2009). Pouze v opačném případě potom infekce může vést (při souhře dalších dílčích faktorů) k mnoha dalším onemocněním, rakovinu děložního hrdla nevyjímaje.

Z hlediska míry hrozícího rizika rozvoje nádorového onemocnění potom hovoříme o HPV virech s nízkým rizikem – tzv. LR, low risk – (ty způsobují jen lehké přednádorové změny) a HPV s vysokým rizikem – tzv. HR, high risk. „*Nesporné důkazy o etiopatogenetické spojitosti mezi infekcí HR HPV vedla Světovou zdravotnickou organizaci k zařazení genotypů HPV 16 a 18 mezi prokázané lidské karcinogeny. Nejčastěji detekované jsou HPV 16, 18, 31 a 45.*“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 318-9). Konkrétně HPV typy 16 a 18 představují nejvyšší riziko maligní transformace buněk děložního čípku a celosvětově se jimi každý rok nakazí okolo 100 milionů žen. Dalších 200 milionů se potom infikuje typy jinými, přičemž maxima nákazy HPV jsou zaznamenána (v 15-40 %) v populaci sexuálně aktivních žen ve věku do 25 let (Feranec, Chovanec, 2014, online). Následně výskyt klesá a minimalizuje se po 35. roce věku.

Z hlediska typologie (histologie) nejčastějších karcinomů děložního hrdla hovoříme o karcinomech spinocelulárních (kolem 80 %) a adenokarcinomech (cca 18 %) (Chovanec In Adam, Vorlíček a kol., 2004). Jak dále uvádí Feranec a Chovanec (2014, online), spinocelulární karcinom se obvykle vyvíjí dlouhodobě přes zmiňovaná přednádorová stadia. Naopak adenokarcinomy děložního hrdla charakterizuje krátký vývoj, i s ohledem na to jsou spojeny s horší prognózou a postihují většinou mladší ženy. Nádory pojiva – sarkomy děložního hrdla a melanomy – se potom vyskytují velmi výjimečně.

2. 1. 2. 1 Etiologie, příznaky, diagnostika, terapie

Příznaky onemocnění jsou v jeho časných stádiích (tedy i prekancerózy) de facto nepozorovatelné. U některých případů bylo v menší míře zaznamenáno postkoitální krvácení nebo výtok. Naopak pro pokročilá stadia nemoci je typické krvácení nepravidelné, které je provázeno hojným vodnatým, krvavým a zapáchajícím výtokem. Dle toho, nakolik je nádor rozšířen, mohou se specifické příznaky objevovat také v souvislosti se zasažením dalších orgánů (močový měchýř, uterus, rektum) (Sláma, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014). „*Bolesti v křížové krajině a podbřišku a urologické komplikace jsou*

známkou velmi pokročilého nádorového procesu.“ (Chovanec In Adam, Vorlíček a kol., 2004, s. 258).

V případě, že vyšetření (cílená biopsie, abraze děložního hrdla, konizace čípku) přítomnost karcinomu potvrdí, je třeba realizovat další sérii vyšetření (palpační vyšetření gynekologem, RTG plic, CT či MR břicha a pánve ad.), zjistit rozsah zasažení (Chovanec In Adam, Vorlíček a kol., 2004). Na základě výsledků (ale i s ohledem na věk a stav pacientky) je potom stanoven příslušný typ léčby, přičemž standardně je uplatňován multidisciplinární přístup zahrnující operaci, radioterapii, chemoterapii a podpůrnou léčbu. Na rozdíl od nádorů děložního těla nejsou nádory děložního hrdla hormonodependentní, tedy hormonální léčba není v těchto případech standardně indikována (tamtéž).

Základními léčebnými postupy (samozřejmě v závislosti na dalších faktorech) jsou chirurgický výkon a radioterapie. K chirurgickému řešení se potom přistupuje pouze v časných stádiích nemoci (tj. do II. stadia), kdy můžeme dle rozsahu onemocnění a tedy i následného operačního výkonu, rozlišovat mezi chirurgickými výkony konzervativními (konizace děložního čípku, radikální trachelektomie se zachováním fertility) a radikálními (fertilita není zachována) (Feranec, Chovanec, 2014, online). Ačkoliv v raných stádiích onemocnění lze za rovnocennou léčbu považovat i radioterapii, na rozdíl od operativního řešení ovlivní funkci vaječnicků, nelze jejím prostřednictvím určit přesný rozsah onemocnění, stejně tak kvůli radiačnímu zjizvení poševní stěny dochází ke snížení kvality sexuálního života (Feranec, Chovanec, 2014, online). Pokud je onemocnění v pokročilejších stádiích, operovat je již nelze a radioterapie je primární léčbou. Pokud byla navíc odhalena metastatická ložiska, přistupuje se k systémové léčbě chemoterapií. Z hlediska prognózy dosavadní data ukazují, že „*sumární přežití nemocných všech stadií je asi 60 %, u stadia I je pětileté přežití 82 %, u stadia II 61 %, u stadia III 37 % a u stadia IV jen 12 %.*“ (Abrahámová In Vorlíček Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 371). Pravidelné kontroly po vyléčení potom probíhají dle stejného časového schématu jako u nádorů těla děložního.

Rizikovými faktory onemocnění jsou klasicky sexuálně přenosné infekce, brzké zahájení sexuálního života, pohlavní promiskuita, neošetřené poranění čípku, kouření, ale i poruchy imunity, neboť „*persistence HPV v epitelu čípku děložního souvisí s neschopností imunitního systému virus eliminovat.*“ (Feranec, Chovanec, 2014, online).

Rakovina děložního hrdla je jedním z nejlépe prevenovatelných onkogynekologických onemocnění – lze tak např. podstupovat pravidelný screening (konkrétně se jedná o pravidelné odběry cytologických stěrů žen ve věku 25-65 let) s cílem odhalení prekanceróz. Ty samotnému nádoru předcházejí o 10 až 15 let a jejich odstraněním lze karcinomu

děložního hrdla předejít (Sláma, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014). Vedle toho může přítomnost onkogenních papilomavirů prokázat také speciální test, který se provádí stejným stěrem jako cytologie, avšak má smysl jej provádět až po 30. roce.

Stejně tak lze již v rámci prevence podstoupit také profylaktickou vakcinaci proti HPV infekci, která primárně zabraňuje infekci onkogenními genotypy HPV 16 a 18, zároveň také infekci HPV 31, 33 a 45 (Sláma, Cibula In Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014). Co se týká efektivity vakcinace, dle doposud realizovaných studií je její schopnost redukovat závažné prekancerózy a karcinomy až 93%. Tato efektivita se však týká žen a dívek, které se v předchozím životě s HPV infekcí nesetkaly, z toho důvodu platí, že ideální dobou pro aplikaci vakcíny je věk 12-15 let.

3 ASPEKTY VYROVNÁNÍ SE S ONKOOGYNEKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Jakékoliv onemocnění obvykle nepříznivě ovlivní život člověka a jeho nejbližšího okolí. V případě, že se jedná o onemocnění závažné, je samozřejmě třeba, aby již od první chvíle, tedy sdělení diagnózy, panovala mezi pacientem¹ a lékařem důvěra, stejně tak je třeba pacientovi informaci o jeho onemocnění patřičně sdělit. S ohledem na to, že specificky onkologická onemocnění patří k těm, která populaci významně zasahují, již od 70. let minulého století se rozvíjí mezioborová disciplína – psychoonkologie (Jandourková, Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009). Podle Tschuschkeho (2004) zahrnuje psychoonkologická pomoc především přizpůsobení komunikace s pacientem fázi nemoci, jeho stavu, ale také další psychologicko-psychotherapeutickou pomoc a poradenství (nejen pacientovi, ale i jeho blízkým), psychologicko-psychotherapeutické intervence ad. V České republice začala být psychoonkologii pozornost věnována od roku 2006, kdy byla založena jako samostatná sekce České onkologické společnosti.

Následující text přiblíží nejen psychologické aspekty, které se ke sdělení závažné diagnózy pojí, ale zaměří se také na další faktory, které pacientovi mohou pomoci se s diagnózou úspěšněji vypořádat.

3. 1 Sdělení závažné diagnózy a proces vyrovnávání se s ní

Při jakékoliv diagnostice onemocnění je prvořadým cílem seznámit s výsledky pacienta co nejdříve. Narůstající doba čekání na „verdict“ se totiž významně podepisuje na celkovém psychickém stavu pacienta a zároveň může podnítit vlastní pacientovo pátrání např. v odborné literatuře či na internetu, což opět může vyvolat další strach a obavy (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Sdělení diagnózy by se měl ujmout lékař – specialista, který by zároveň měl srozumitelně seznámit pacienta s podstatou onemocnění, dalším vývojem, lékařskými postupy a následky. Toto sdělení by mělo být přizpůsobeno pacientovu chápání, především v případě, kdy je sdělována diagnóza závažného onemocnění, je třeba, aby se lékař této obtížné komunikační situaci přizpůsobil (tamtéž).

¹ Ačkoliv konkrétně onkogynekologická onemocnění jsou samozřejmě problémem týkajícím se žen, bude v rámci následujícího textu užito generické maskulinum – pacient.

Oblast psychologie potom zohledňuje i specifika ženského lékařství, a jak uvádí Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011), z perspektivy gynekologické lze uvažovat o třech základních typech, které vyžadují vlastní komunikační strategie – jedná se o konzervativní gynekologii, předoperační a pooperační gynekologii a gynekologickou onkologii.

V souvislosti s onkologickými onemocněními (resp. v kontextu všech život ohrožujících diagnóz) je pak nejčastěji zmiňována práce americké lékařky Elisabeth Kübler-Ross (1992), která poté, co analyzovala rozhovory s pacienty umírajícími na nádorová onemocnění, sestavila pět fází procesu umírání. Jedná se však de facto o „klasickou křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj nemoci, jež je také někdy označována za fáze prožívání nemoci.“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 130).

- Fáze šoku a popírání, odmítání smrti (nebo choroby),
- Fáze zloby (tehdy si nemocní kladou otázky „proč já?“, objevuje se pocit nespravedlnosti),
- Fáze uklidnění, vyjednávání (obvykle snaha vyhledávat léčebné alternativy apod.),
- Fáze smutku, deprese a lítosti nad tím, co končí (ať už život sám, nebo minimálně život v kvalitě, jako dříve),
- Fáze smíření (Kübler-Ross, 1992).

Tyto fáze se vzájemně prolínají a také se mohou opakovat. „Překonání všech etap vyrovnávání se se sdělením závažné diagnózy znamená začátek změněného a v některých oblastech bohatšího života.“ (Drlíková In Zachová a kol., 2010, s. 53). Nutno dodat, že všechna zmíněná stadia mohou kromě nemocných prožívat i jejich blízcí (tamtéž) a jak tvrdí např. Janáčková (In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014), konkrétně fáze akceptace v žádném případě neznamena, že by se pacient s diagnózou smířil – smířením je v tomto případě míněno ukončení obviňování se a zahájení procesu hledání nových životních rolí. Podle Kübler-Ross (1992) je potom právě smíření se s vlastním osudem a dosažení určitého klidu po té, co pacienti přijmou pravdu o svém zdravotním stavu, méně obvyklé než rezignace na život a zoufalství. Z toho důvodu je bezpodmínečně nutné pacientům poskytnout co největší možnou psychickou podporu a stimulovat jejich chuť a odhodlání s nemocí bojovat.

Nádorová onemocnění v každém případě na psychiku pacienta kladou velmi vysoké nároky, a jak uvádí Janáčková (In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014), je sdělení takto závažné diagnózy pro člověka nadlimitní záležitostí.

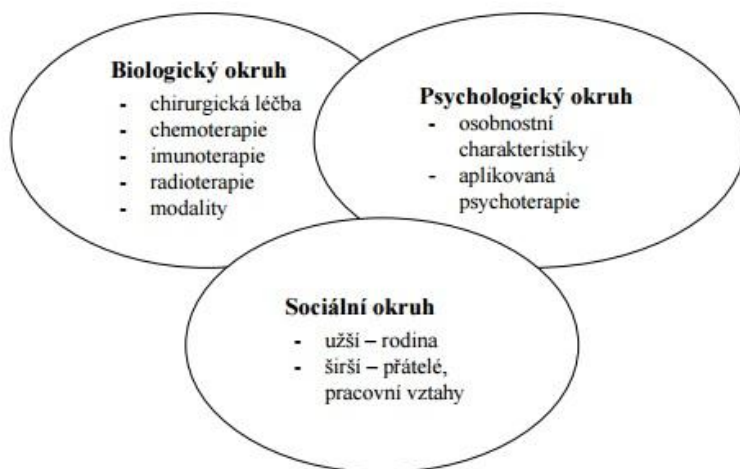
Faller (1998) právě v souvislosti s onkologickými onemocněními definoval základní tělesné, psychické i sociální obtíže, jež se k nim i léčbě pojí:

- Hrozba smrti (neboť onkologické diagnózy stále mnohým implikují smrt),
- Ztráta tělesné nedotknutelnosti (pokud je člověk zdravý, nepřemýšlí nad tím, že by jeho organismus mohl selhat),
- Ztráta autonomie (člověk ztrácí pocit, že je pánem situace a může svůj osud ovlivnit),
- Ztráta aktivit (vykonávání běžných činností a aktivit je omezeno),
- Sociální izolace, obavy ze stigmatizace (dochází k proměně sociálních vztahů v kontextu změny chování nemocného a jeho interakcí s okolím, může vyústit ve stranění se druhým),
- Ohrožení sociální identity a vlastní hodnoty (omezení seberealizace).

Jandourková a Čepická (In Cibula, Petruželka a kol., 2009) potom uvádějí tři základní skupiny faktorů, které zásadně ovlivňují psychologickou adaptaci na nádorové onemocnění:

- Faktory související se společností – zahrnují buď otevřenou debatu o diagnóze, nebo naopak její skrývání, obeznámení se s možnými typy terapie, partnerství při léčbě,
- Faktory související s pacientem – mají osobnostní charakter, jedná se např. o věk v době sdělení diagnózy a nesplněné cíle (děti, manželství apod.), schopnost vyrovnat se se zátěží, emoční zralost v době onemocnění, duchovní či filozofické nebo náboženské přesvědčení, ale také o sociální podporu ze strany rodiny a přátel a socioekonomickou situaci pacienta,
- Faktory související s nemocí – lokalizace, stádium, příznaky, prognóza, typ nutné léčby a veškeré její následky, změny tělesné struktury a funkcí, psychologický přístup ze strany ošetřujícího personálu.

Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek a Horáček (2008) nakládají na základě práce Tschuschkeho s výše zmíněnými kategoriemi v souvislosti s protinádorovou terapií, kterou by dle nich měly utvářet tři stále se vzájemně prolínající okruhy – biologický, psychologický a sociální (viz obrázek na následující straně).

Obrázek 9: Obecný princip protinádorové terapie – modifikováno podle Tschuschkeho

Zdroj: Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek, Horáček, 2008, s. 2

Při vypořádávání se s onemocněním sehrávají roli také další aspekty nemoci, které negativně vstupují do života pacienta. „*Nejčastějšími nežádoucími účinky nádorové léčby chemoterapií či radioterapií jsou nevolnost, zvracení, kožní reakce, vypadávání vlasů, únava a celková slabost.*“ (Janáčková In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol, 2014, s. 228). Všechny tyto důsledky léčby se potom samozřejmě významně podepisují na psychice pacientů. Z toho důvodu je při vyrovnávání se se zhoubným nádorem třeba snažit se eliminovat pocity tísně, udržet a upevnit vztahy s blízkými, posílit tělesné funkce a následně po překonání nemoci také získat zpět sociálně přijatelné postavení (Jandourková, Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Podle realizovaných výzkumů se lidem pod vlivem onemocnění obvykle změni žebříčky hodnot, často onemocnění vede také k určitému posunu pacienta k oblasti spirituality, kdy lidé hledají útěchu např. ve víře. Nezřídka se také pacienti snaží hledat pomoc v podobě alternativních terapií, či doplňují standardní léčbu a přírodní postupy apod. To vše jim dodává jistou naději, která je v případě závažného onemocnění pro úspěšnou rekonvalescenci nezbytná (Janáčková In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol, 2014).

3. 1. 1 Alternativní možnosti vypořádávání se s onkologickým onemocněním

S ohledem na to, že i díky internetu se dnes mohou pacienti se svým onemocněním seznámit skutečně do hloubky, mohou zároveň svou pozornost zaměřit také na doplňkovou a alternativní medicínu, která by jim při překonávání onemocnění mohla být ku pomoci a zároveň jim umožnila aktivní zapojení se do léčby, neboť přírodní léčitelství „*se pokouší probouzet individuální silné stránky pacientů a dělat z nich spolubojovníky proti chorobě po boku lékařů.*“ (Dobos, Kümmel, 2013, s. 33).

Dle výzkumu realizovaného v roce 2005 a zahrnujícího onkologické pacienty z celé Evropy téměř 36 % pacientů, kteří se léčili z onkologického onemocnění, zároveň přistoupilo k metodám komplementární a alternativní medicíny. Konkrétně v České republice se jednalo dokonce téměř o 60 % pacientů, přičemž nejčastěji šlo o mladší pacienty, ženy a s vyšším vzděláním. Komplementární a alternativní medicína přitom není nijak přesně ohraničena a de facto se jedná o veškeré metody mimo standardizovaný rámec západní medicíny. Nejčastěji užívanými typy terapie byly rozličné diety, užívání přírodních preparátů, žraločí chrupavky, zeleného čaje, homeopatie, hypnoterapie, provozování modliteb a relaxačních technik a účast na skupinových terapiích (Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005).

Velmi specifickou kapitolou je potom užívání marihuany, výtažků z marihuany apod., jejíž pozitivní vliv (nejen) na pacienty s nádorovými onemocněními podpírá již množství odborných studií. Např. dle výsledků výzkumu St. George's University v Londýně je nejefektivnější léčbou mozkových nádorů podávání tzv. cannabinoidů – především THC a CBD – v kombinaci se standardní léčbou. Výsledky výzkumu prokázaly dramatické zpomalení růstu agresivních mozkových nádorů právě v případě, kdy radioterapie byla doplněna o podávání THC a CBD (Scott, Dalglish, Liu, 2014). To, že marihuana má protirakovinový efekt potom potvrzuje i množství dalších výzkumů (Hall, Christie, Currow, 2005).

Konopí se v každém případě řadí mezi přírodní prostředky, kterými lze efektivně minimalizovat negativní důsledky onkologické léčby – tj. nevolnosti, zvracení, úbytek na váze ad. Ačkoliv samozřejmě existují standardizované přípravky – antiemetika – jejich účinky jsou omezené a pojí se k nim také účinky nežádoucí (útlum pacienta, obluženost), což paradoxně platí i v případě užití syntetického THC. Jak uvádí přední český specialista na adiktologii Michal Miovský, „*to zřejmě přispívá k jednoznačné preferenci kouřené marihuany oproti tabletované/syntetické formě čistého THC*“ (Miovský, 2008, s. 407). Vyšší

účinnost kouřeného konopí ve srovnání s podáváním jeho syntetické formy potom v rámci studie Americké společnosti klinické onkologie potvrdila většina z 1 035 specializovaných lékařů (Doblin, Kleiman, 1991).

I proto, že pozitivní účinky užívání konopí jsou dlouhodobě předmětem zájmu množství odborníků, existují na trhu již také legalizované přípravky, které jsou využívány nejen pro pacienty s onkologickými diagnózami, ale i s Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou, Crohnovou nemocí, roztroušenou sklerózou apod. „*V Kanadě, Nizozemsku a Švýcarsku je povoleno pro řadu diagnóz používat konopí zakoupené v lékárnách, kam jej dodávají pěstitelé vybraní v tendru příslušnou vládou. Ve 21 státech USA je jeho využití možné podle státních zákonů, i když je federální zákony zakazují.*“ (Miovský, 2008, s. 416). Stejně tak lékařské užití konopí povolují všechny státy Indické federace. Ačkoliv již i v ČR je konopí pro léčebné účely legalizováno (od roku 2013), na trh je dováženo ze zahraničí, v lékárně jej lze získat pouze na předpis a jeho užívání nehradí zdravotní pojišťovny, tedy může být v některých případech finančně likvidační. Pěstování marihuany doma je přitom trestné.

Ačkoliv mezi lékaři jsou mnozí, kteří před využíváním rozličných podpůrných terapií varují, Dobos a Kümmel (2013) konstatují, že spojení lékařské medicíny s přírodními metodami je pro pacienty přínosné v případě, že jsou správně kombinovány.

3. 2 Možnosti psychosociální intervence

Psychosociální intervence pomáhají pacientům vyrovnat se s prožíváním závažného onemocnění nebo alespoň přispívají ke snižování negativních pocitů – strachu, bezmoci, deprese a také k vyjádření vlastních pocitů, emocí. Jejich cílem je také podpora pacienta v jeho aktivním přístupu k léčbě, zlepšování komunikace mezi nemocným a jeho blízkými – i s ohledem na to tento typ pomoci směřují psychosociální intervence také ke snižování osamělosti v nemoci, izolace a opuštěnosti a ve všech směrech usilují o zvyšování kvality života nemocného (Jandourková, Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Bezprostředně po sdělení diagnózy by tak pacientovi měla být nabídnuta možnost navštívit terapeuta, stejně jako možnost účastnit se krátkých podpůrných terapií, ať už individuálních nebo v menších skupinách, jejichž sezení obvykle zahrnuje i edukační složku týkající se onemocnění. „*U onkologických pacientů se nejlépe osvědčuje kombinace krizo-*

vé intervence, krátké podpůrné terapie a kognitivně-behaviorálních technik.“ (Jandourková a Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 292).

Krizové intervence, tedy „*aktivní profesionální podpora pacienta, který bojuje s náhlým výbojem negativní emoci*“ (Faleide, Lilleba, Faleide, 2010, s. 177), jsou určeny k řešení akutních problémů a jejich cílem je snížit míru traumatu. „*Jde o pokus o co nejrychlejší navození stejné funkční úrovně pacienta i jeho rodinných příslušníků, kterou měli před vypuknutím krize.*“ (Jandourková, Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 292). Krizové intervence přitom nespádají do kategorie psychoterapie, proto je mohou poskytovat i specificky vyškolení pracovníci z lékařského personálu jako zdravotní sestry či další lékaři. Jejich důležitost během celé léčby je nesporná.

Psychoterapeutické intervence potom Jandourková a Čepická (In Cibula, Petruželka a kol., 2009) klasifikují na individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii a párovou a rodinnou terapii a poradenství.

Na skupinovou terapii lze nahlížet z hlediska typu zapojené skupiny jako na podpůrnou, explorativní a svépomocnou. Pro podpůrné skupiny je charakteristické především zvládání následků onemocnění a léčby, kdy si i pacienti mezi sebou sdělují své vlastní zkušenosti a doporučení. Samozřejmě probíhá také edukace pacientů a tréninky rozličných relaxačních metod. Explorativní skupiny jsou explicitně zaměřeny na pacientovu emočnost, kdy terapeutova úloha spočívá především v komentování dění ve skupině a směřování debaty skutečně k oblasti prožitků (Jandourková, Čepická In Cibula, Petruželka a kol., 2009). Bez přítomnosti terapeutického pracovníka pak probíhají svépomocné skupinové terapie, jejichž organizace vychází přímo od pacientů, kteří si během sezení předávají zkušenosti, rady, sdílejí pocity. Podle výzkumu Yaloma (1999) je skupinová terapie v případě pacientů s metastazujícími karcinomy značně efektivním způsobem vyrovnávání se se značným stresem, který onemocnění doprovází.

Nedílnou součástí úspěšného procesu uzdravování je také terapie párová a rodinná, neboť i pacienti nejblíže jsou samozřejmě onemocněním zasaženi. Tento typ terapie se zaměřuje především na komunikační složky a zvládání změn v životech plynoucích z onemocnění.

Jak uvádí Jandourková a Čepická (In Cibula, Petruželka a kol., 2009) ve všech případech zmíněných psychoterapií se také využívají metody relaxační a imaginativní terapie (svalová relaxace, autosugesce apod., metody slouží k dosažení psychického uvolnění, zmírnění obtíží se spánkem, ale i regulaci strachu), stejně jako arteterapie (terapie uměním, např. muzikoterapie, terapie kreslením apod., které umožňují vyjádření a uvolnění pacien-

ových pocitů). Dle realizovaných studií mají relaxační a sugestivní techniky v terapii onkologických pacientů „*prokazatelně pozitivní vliv na snižování úzkostnosti a na intenzitu zvládání těžkostí.*“ (Faleide, Lilleba, Faleide, 2010, s. 179).

Specifickým typem psychosociálních intervenčních metod je pak tzv. sociální opora (Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek, Horáček, 2008) – tedy přítomnost osoby, která má na pacienta a jeho psychický stav pozitivní vliv ve všech směrech. Může se jednat jak o rodinné příslušníky, blízké přátele, tak i kolegy apod. Sociální opora napomáhá pacientovi udržovat kontakt se životem mimo „zdi nemocnice“, umožňuje mu začleňovat se do někdejších sociálních společenství.

Z hlediska volby konkrétního typu intervencí/terapie je třeba přihlížet také k tomu, co konkrétně vyhovuje pacientovi, přičemž jak uvádí Faleide, Lilleba a Faleide (2010, s. 211) je „*duchovní a sociální atmosféra a kvalita vzájemných vztahů a ovzduší při psychoterapii důležitější nežli druh psychotherapeutické teorie a metody, kterou psychotherapeut použije.*“

3. 2. 1 Význam rodiny a blízkého okolí

Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011, s. 131), „*reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, stejně tak jako prožívání a chování během nemoci,*“ vše je totiž závislé také na sociálním zázemí (a především na rodině). Stejně tak průběh onemocnění a dopady léčby na pacienta ovlivňuje také konkrétní léčebná a ošetrovatelská péče. Neoddělitelně do procesu onemocnění vstupuje i osobnost pacienta/ky, „*protože člověk sám, jeho povaha, postoje a zkušenosti, tvoří výslednici toho, jak závažnou situaci (vyvolanou nemocí) hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová*“ (tamtéž).

Negativně na pacienty doléhá sociální izolace, která také může ovlivnit průběh onemocnění. Janáčková (In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol, 2014, s. 230) zmiňuje např. Goodwinův výzkum z roku 1987, z nějž plyne, že „*ženatí muži a vdané ženy s nádorovým onemocněním vykazují signifikantně lepší šanci na přežití než svobodní pacienti.*“ To potvrdila i studie Reynoldse a Kaplana (1990), podle které jsou sociálně izolované ženy vystaveny mnohem vyššímu riziku úmrtí na rakoviny, a to až pětinasobně v případě hormonálně senzitivních nádorových onemocnění, kdy je tímto stavem podmíněn i jejich vznik, a to ve dvojnásobné míře než v případech pacientek s funkčními sociálními vztahy (Janáčková In Krška, Hoskovec, Petruželka a kol, 2014).

V případě rodinných vztahů může onkologické onemocnění přinést jisté vyhrocení (a to např. i proto, že pacient nemůže být pracovně aktivní a rodina se ocitne ve finančních problémech), nebo naopak může rodinné vazby značně posílit (Tschuschke, 2004). Jak ale autor uvádí dále, právě sociální opora ze strany rodiny a nejbližších přátel velmi zásadně ovlivňuje nejen psychické rozpoložení pacienta, ale v důsledku i jeho naději na přežití. Veškeré psychosociální aspekty (sociální opora, osobnost, finanční situace, vztah k ošetřujícímu týmu, přítomnost jiných stresorů) potom – jak negativně, tak i pozitivně – působí na pacienta nejen z hlediska jeho psychiky, ale i v oblastech sociální, pracovní a sexuální adaptace (Tschuschke, 2004).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum, který je vhodný k důkladnějšímu postihu sledovaného problému a umožňuje zjištěné skutečnosti interpretovat tak, aby bylo v závěru možné utvořit komplexní pohled na sledovanou problematiku. Kvalitativní výzkum je podle Hendla (2005) induktivní metodou, kdy klíčové je porozumění (uchopení sdělovaných informací) a vysvětlení, tedy ukotvení získaných dat do teoretických konceptů. „*V kvalitativním výzkumu se etapy identifikace problému a formulace výzkumné otázky, přípravy výzkumu, sběru dat a jejich vyhodnocování vzájemně prostupují.*“ (Hendl, 2005, s. 34). Proces samotného zpracovávání kvalitativních dat potom v základu zahrnuje urovnávání, pořádání a třídění, a to postupně, přičemž jak konstatuje Reichel (2009), vyhodnocování údajů musí zohledňovat vytyčené cíle výzkumu. Z hlediska samotného kódování se v kvalitativním výzkumu jedná o „*rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky, segmenty a jejich následné pojmenování a třídění, případně klasifikování a kategorizování.*“ (Reichel, 2009, s. 165).

Jako výchozí metoda byla pro tuto práci zvolena interpretativní fenomenologická analýza (*interpretative phenomenological analysis*, dále IPA), jejíž podstatou je porozumění žité zkušenosti člověka. IPA „*pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu.*“ (Kostínková, Čermák In Řiháček, Čermák, Hytych, 2013)

Sama IPA je samozřejmě (i z podstaty faktu, že je nástrojem kvalitativního výzkumu) subjektivní, přičemž právě tato subjektivita je chápána jako přednost. Jelikož v IPA dává výpovědím určitý smysl i sám výzkumník (a také jeho žité zkušenosti), je nedílnou součástí této metody také samotnému výzkumu předcházející vlastní reflexe zkušenosti. „*Vliv výzkumníka je v IPA součástí interpretativně-analytického procesu.*“ (Šuráňová In Gulová, Šíp, 2013, s. 107).

V případě IPA jsou výzkumné otázky zaměřeny zejména na prožívání určitých situací a obvykle nejsou formulovány na základě předchozích literárních rešerší (Smith, Flowers, Larkin, 2009), přičemž nejobvyklejší metodou samotného sběru dat jsou rozhovory. Jak dále autoři uvádějí, v případě využití IPA je vhodný malý výzkumný vzorek, pro studentské projekty čítající maximálně 3-6 dotazovaných (tamtéž).

Jelikož tato práce se soustředí na prožívání sdělení závažné (onkologické) diagnózy ženskými pacientkami (resp. výchozí výzkumnou otázkou je *Jak reagují ženy na sdělení závažné diagnózy?*), pro sběr dat byla zvolena polostrukturovaná interview, kdy byl rozho-

vor veden podle předem vypracovaného schématu/dotazníku a to tak, aby reflektoval následující tři stanovené výzkumné otázky.

- 1. Jaké psychosociální faktory mohou být ženám ve vyrovnávání se s onkogynekologickým onemocněním nápomocny?**
- 2. Které období prožívaly ženy (od sdělení diagnózy až po ukončení léčby) nejhůře?**
- 3. Jakým způsobem ovlivnilo prožití život ohrožujícího onemocnění současný život žen?**

Doplňující otázkou (pro jejíž postižení budou použita zjištění z otázek předchozích) potom je, zda lze demografické údaje považovat za signifikantní faktor, který ovlivnil u dotazovaných jejich prožívání léčby.

Pro rozhovory byl vytvořen seznam témat, která z těchto výzkumných otázek vycházela. Další analýza byla prováděna v souladu s Kostínkovou a Čermákem (In Řiháček, Čermák, Hytych, 2013) a Osbornem a Smithem (2007). Byly pořizeny doslovné přepisy rozhovorů a prvním krokem samotné analýzy bylo opakované čtení a ponoření se do předávaných sdělení. Ve druhém kroku byly pořizovány stručné poznámky k jednotlivým výpovědím (tj. např. týkající se reakcí respondentek, různých zvláštností i na jazykové úrovni apod.). Zejména jazyk potom podle Osborna a Smithe (2007) hraje v IPA důležitou roli, neboť uchopení skutečností prostřednictvím slov je neoddiskutovatelnou součástí „dávání smyslu“. Třetí krok potom obsáhl další témata, která se v odpovědích vynořovala a která byla vzájemně konfrontována, porovnávána a využita k sestavení hlavních témat (analytických kategorií) pro každý rozhovor. Dále byly hledány shody v těchto tématech, stejně jako shody či rozdíly v jejich pojetí respondentkami. Formulace finálních analytických kategorií byla následně podřízena také cíli výzkumu, potažmo výzkumným otázkám. Pro celkovou komplexnost byly v interpretacích užity také přímé citace respondentek.

4. 1 Reflexe výzkumnice

Téma *Reakce ženy na sdělení závažné onkologické diagnózy* jsem si vybrala především proto, že konkrétně karcinom děložního čípku byl v minulosti diagnostikován v mé nejbližší rodině – před osmi lety jím trpěla má babička z matčiny strany, stejně jako její teta. V době, kdy má babička procházela léčbou, jsme s ní vše samozřejmě velmi intenzivně prožívali. Pokud to bylo možné, i já jsem ji vozila do nemocnice na ozařování a na různá vyšetření, abych jí byla nápomocna a poskytla jí také tolik nutnou psychickou pod-

poru. Zpětně celé toto období vnímám jako velmi náročně, ale na druhou stranu také posilující, neboť člověk může přehodnotit svůj dosavadní žebříček hodnot. Během celého procesu onkologické léčby jsme se i my jako celá rodina museli podporovat, potlačovat v sobě strach, smutek, občas i beznaděj, jen abychom babičce nezpůsobili více starostí a obav. Zejména z hlediska psychického bylo toto období v podstatě nejnáročnější, jaké jsem doposud prožila. Drželi jsme však při sobě, snažili jsme se pro babičku dělat vše, co bylo v našich silách, a dnes mohu říci, že jelikož babička nakonec onemocnění překonala, veškerá naše podpora se tak zúročila.

Když jsem tedy během studia na vysoké škole přemýšlela, o čem bych chtěla psát bakalářskou práci, první, co mě napadlo, bylo, že bych se mohla zaměřit právě na toto téma a převážně se zabývat psychikou žen, které se s tímto onemocněním potýkaly.

Ačkoliv jsem mezi dotazované původně chtěla zahrnout i babičku, jelikož v současné době trpí Alzheimerovou chorobou a již po položení několika úvodních otázek se ukázalo, že na svou léčbu si již nevzpomíná, rozhodla jsem se pro vyhledání jiných respondentek z mého okolí (avšak mimo rodinu).

Co se týká samotné léčby rakoviny těla děložního nebo děložního čípku, osobně se přikláním ke klasické protinádorové terapii, která zahrnuje chirurgii, radioterapii či chemoterapii. Myslím si, že tato léčba nemůže být nahrazena rozličnými alternativami, které však lze považovat za možnou podporu pacientky zejména z hlediska psychického (kdy např. účinky placebo efektu jsou relativně rozsáhlou problematikou, která v podstatě koreluje i s vnitřní vírou ve vlastní uzdravení, které může plynout např. i z víry v boha). Taktéž si myslím, že jednou z nejdůležitějších věcí je prevence, a tedy pravidelné gynekologické prohlídky. Ženy mohou alespoň tímto způsobem předcházet možnému vzniku anebo pokročilým stádiím těchto onemocnění. S ohledem na to, že v naší rodině se již rakovina děložního čípku několikrát vyskytla, i já sama velmi důsledně dbát na pravidelnou prevenci, a to zejména proto, že jsem si vědoma všech aspektů, které s sebou tato vážná nemoc přináší nejen pro pacientku, ale i pro její nejbližší.

5 ANALÝZA

Následující text představí obě respondentky ve stručných kazuistikách, stejně tak – v souladu s metodikou idiografického přístupu v IPA – budou uvedeny tzv. souhrny (Smith, Flowers, Larkin, 2009), které slouží nejen k hlubšímu poznání respondentek, ale také k větší srozumitelnosti samotné analýzy.

5.1 Respondentka č. 1 – „Anna“

Respondentkou v prvním rozhovoru byla žena (65 let), které byla před 10 lety sdělena diagnóza karcinomu dělohy

Respondentka bude dále v rámci zachování anonymity označována fiktivním jménem „Anna“. Anna byla pro rozhovor vybrána, jelikož autorka této práce s ní již dříve měla možnost spolupracovat, tedy vycházela z předpokladu, že již navázaný osobní kontakt bude přínosný právě pro to, aby se Anna skutečně rozpovídala i o tak citlivém tématu, jako je vlastní onkologické onemocnění.

Anna je velmi aktivní, energická, komunikativní a upřímná žena se smyslem pro humor. Proto i rozhovor – který se konal u respondentky doma – se nesl v tomto duchu a panovala během něj přátelská atmosféra. Veškeré dotazování proběhlo v poklidu, jelikož Anna si na něj vyhradila celé odpoledne, bylo možné zdržet se u některých otázek déle. Jinak se respondentka vyjadřovala věcně, výstižně a často právě s humorem, což pomohlo k uvolněnější náladě. Na respondentce zároveň vůbec nebyla patrná nervozita, vnitřní napětí či neochota odpovědět, stejně jako jakýkoliv stav úzkosti vzhledem k opětovnému připomenutí její tehdejší diagnózy.

5.1.1 Souhrn

Anně bylo zhoubné onemocnění diagnostikováno v 55 letech v pokročilém stadiu a z toho důvodu musela absolvovat operativní řešení problému a také podstoupit ozařování a užívat příslušné léky. Prvotní reakcí byl pro ni dle jejích vlastních slov šok, přičemž se spíše než sama o sebe obávala toho, jak se s nemocí vyrovná její rodina. Samotné sdělení ze strany ošetřující lékařky považuje respondentka za ohleduplné, ale věcné a adekvátní (stejně jako veškerou další péči ze strany lékařského personálu). V době diagnózy byla

vdaná a měla tři – již dospělé – děti, přičemž zejména manžel (kterého také o diagnóze informovala jako prvního) a dcera, která s Annou sdílí jeden dům, byli ženě velkou oporou nejen v okamžiku sdělení diagnózy, ale i v době probíhající léčby.

„Myslím si, že ve vyrovnání se s mou nemocí mě nejvíce podržela opět moje rodina. Sice se opakuju, ale je to tak. Bez nich by to bylo těžké. Já myslím, že nic lepšího jsem si nemohla přát.“

Podporu rodiny Anna zmiňovala opakovaně v podstatě jako klíčový faktor v jejím uzdravování (kdy i jak sama uvedla, byl „jejím psychologem její manžel“), stejně jako v souvislosti s „důvodem žít“. Vedle toho zkonstatovala, že její onemocnění nejvíce prožívala její dcera. Kromě pocitů jako „obavy“ (ani ne však o sebe, jako o to, jak celou situaci zvládne rodina) respondentka vyjádřila také určitý „stud“, že během léčby nebyla schopna obstarávat vše tak, jako dříve.

„Byly chvíle, kdy jsem myslela, že mě snad opustily veškeré moje síly. Bylo mi to takové hrozně trapné, že to za mě manžel a dcery museli obstarávat, ale co jsem mohla dělat, když jsem chodila jako mátoha.“

Za nejobtížnější část od okamžiku sdělení diagnózy až po ukončení léčby Anna považuje průběh ozařování, po němž z ní již – dle jejích slov – vše opadlo a ačkoliv nárazově pociťovala jistou úzkost, ta odezněla s vyléčením se. V průběhu celého léčebného procesu trávila Anna nejvíce času s rodinou, nesnažila se o žádné vyhledávání dalších informací např. na internetu, spolehla se na lékaře a v menší míře se s nemocí seznamovala prostřednictvím lékařského periodika, které dříve – jako kvalifikovaná zdravotnická pracovníce – pravidelně odebírala. Stejně tak se během léčby neinformovala na žádné další alternativní metody zlepšení jejího stavu, ačkoliv dala na radu kamarádky a začala si doma pěstovat různé bylinky. U nich zůstala i následně. V případě Anny tak vyústila úspěšně absolvovaná léčba ve větší starost o vlastní zdraví, zlepšení životního stylu, kdy respondentka obecně o sebe začala více dbát, pravidelně se věnuje pohybu a snaží se myslet i na pestrost jídelníčku.

Celou svou zkušenost s onkologickou léčbou potom Anna uzavřela myšlenkou, že nejdůležitější je nevzdávat se, jelikož vše se za podpory nejbližších může vždy v dobré obrátit přesně tak, jako se to stalo jí.

5. 2 Respondentka č. 2 – „Jana“

Respondentkou ve druhém rozhovoru byla žena (44 let), které byla před rokem a půl sdělena diagnóza karcinomu děložního hrdla. Je zároveň dcerou respondentky č. 1., Anny.

Respondentka bude dále v rámci zachování anonymity označována fiktivním jménem „Jana“. Jana byla pro rozhovor vybrána, jelikož se s ní autorka již několik let zná a také protože respondentka již poskytovala rozhovory studentkám zdrav. oborů během léčby v Praze. Proto s dotazováním o svém onkologickém onemocnění neměla problém ani v tomto případě.

Jana je povahou spíše introvertní, během pořizování rozhovoru působila jako klidná a upřímná a citlivá žena. I tento rozhovor se – stejně jako ten předchozí – víceméně nesl v duchu klidu a pohody. Veškeré dotazování proběhlo v poklidu. U některých otázek sice působila Jana sklesle, ale i tehdy mluvila narovinu, výstižně, nic neskrývala a některé otázky více rozvedla. V několika případech bylo třeba pro lepší pochopení dotazu otázku více přiblížit. Jelikož mezi respondentkou i autorkou panuje vzájemná důvěra, dotazovaná se nebála svěřit. Rozhovor probíhal v odpoledních hodinách v soukromí domova a na respondentce byla jen velmi zřídka patrna nervozita.

5. 2. 1 Souhrn

Jana se svou diagnózu dozvěděla ve 43 letech, a ačkoliv jí byl diagnostikován relativně agresivní typ nádoru, byl zachycen – díky pravidelným gynekologickým kontrolám – včas. I tak ale musela pacientka záhy po sdělení diagnózy absolvovat radikální hysterektomii, jelikož další výsledky týkající se rozboru tkáně byly v pořádku, nemusela podstoupit ozařování a léčbu chemoterapeutiky. S ohledem na to, že byla diagnostikována v mladším věku než první respondentka (Janina matka), a tedy před menopauzou, musí pravidelně užívat umělý hormon estrogen. V době sdělení diagnózy byla Jana vdaná a měla již dvě dospělé děti. Sdělení diagnózy specialistou bylo dle Jany taktní a ohleduplné, přičemž ona sama o celé situaci nejprve informovala manžela a své rodiče.

Jako největší oporu od první chvíle zjištění onkologického onemocnění fungovala pro Janu rodina – zejména manžel a matka (již výše zmiňovaná respondentka Anna). To se potom promítlo i do jejího vnímání nejobtížnější části léčby, jíž byl podle Jany pobyt

v pražské nemocnici, kde byla od svých blízkých odloučena. Kromě toho byla pro Janu velkým zdrojem síly také její víra v Boha, která se prolínala celým rozhovorem.

„Musím také poděkovat Pánu Bohu, že mám tak skvělou rodinu, že jsem se o ni mohla opřít, stejně jako o moji víru v Boha. Také modlitba mě uklidňovala a dodávala sílu.“

Se smířováním se s nemocí Janě pomohly i informace z internetu, ačkoliv zároveň zkonstatovala, že ze strany lékařů a dalšího zdravotnického personálu jí byly poskytnuty vyčerpávající informace. I když během léčby využila možnosti užívat homeopatika a bylinkové čaje, z její výpovědi byla patrná naprostá odevzdanost do rukou specialistů.

„Svěřila jsem se plně do rukou lékařů a dala jsem na jejich pomoc a rady. Vůbec, ale vůbec nechápu lidi, kteří o nemoci a postupech v léčbě s doktory diskutují. Obvyčejný člověk, který nemá vystudovanou medicínu, do toho nevidí, a proto by se měl oddat do rukou specialistů.“

Ačkoliv Janina léčba úspěšně proběhla v relativně krátké době, po jejím ukončení začala trpět úzkostmi a depresemi, s nimiž se nadále potýká. Vedle toho respondentka zaujala velmi jasné stanovisko k tomu, oč ji léčba připravila.

„Měla jsem nepříjemný pocit z toho, že už nikdy nebudu moci mít dítě – i když jsme už dítě neplánovali. Zkrátka měla jsem na vědomí to, že již nebudu plodná.“

V současné chvíli tak užívá antidepresiva a její psychický stav není zcela uspokojivý (přičemž jak sama uvedla, „doktory to moc nezajímá“), i tak se snaží prodělanou léčbu překonat prostřednictvím četných volnočasových aktivit a jít zase dál.

5. 3 Hlavní analytické kategorie

Na základě analýzy přepisů rozhovorů byly identifikovány základní tematické kategorie, které byly – v kontextu vyjádření obou dotazovaných – rozšířeny o jednotlivé subkategorie, a to s důrazem na prožívání a pocity, které jsou právě v IPA klíčovými. Tyto tematické kategorie jsou dále interpretovány v souladu s položenými výzkumnými otázkami

- Důležitost rodiny
 - manžel
 - děti
- Reakce na diagnózu
 - šok

- strach (z nemoci)
- obavy o budoucnost („co bude dál“)
- popření
- Pocity během léčby
 - ztráta ženství
 - ztráta sebe sama („tělo bez duše“)
 - pocit studu
 - úzkost
- Motivace/důvod žít
 - rodina
- Způsoby vyrovnávání se s nemocí
 - volnočasové aktivity
 - Alternativní metody
 - Víra
 - Porozumění mezi ženami
- Vliv léčby na současný život
 - větší starost o zdraví
 - narušení psychiky – deprese.

5. 3. 1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

První otázka se specificky zaměřila na postižení psychosociálních faktorů, které mohou být ženám při vyrovnávání se se závažným onkogynekologickým onemocněním nápomocny. K této výzkumné otázce se explicitně vztahují výše představené analytické kategorie *Důležitost rodiny* (manžel, děti), *Motivace* (rodina), a *Způsoby vyrovnávání se s nemocí* (volnočasové aktivity, alternativní metody, víra, porozumění mezi ženami).

V případě obou respondentek se prokázalo, že především rodinné zázemí je tím nejdůležitějším, co jim pomohlo překonat období celé léčby. Obě ženy záhy po zjištění svého onemocnění informovaly své partnery, následně i další nejbližší příbuzné. Jelikož respondentky jsou matka a dcera (kdy matka absolvovala onkogynekologické onemocnění dříve než dcera, avšak v pozdějším věku – až po menopauze), bylo v tomto specifickém případě zásadní i toto pouto a možnost „sdílení zkušeností“.

„Mamka mně nakoupila noční košile a volala známým sestřičkám a doktorům o urychlení vyšetření (...) Věděla, co všechno to obnáší. V průběhu mého onemocnění jsme si o tom všem pěkně promluvily.“ (Jana)

Z výpovědí obou žen plyne, že jejich rodina nejenže jim poskytovala zázemí a svou péči, a také neopominutelnou psychickou podporu, ale zároveň byla také hlavním důvodem k překonání onemocnění – jistou motivací, či „důvodem žít“.

„Díky vstřícnému přístupu celé rodiny jsem se začala cítit po psychické stránce velmi dobře.“ (Jana)

„Mám pořád důvod žít kvůli dětem, i když jsou už dospělé, ale pořád potřebují naši a pomoc. Myslím tím pomoc moji a mého manžela. No a hlavně jsem se držela a držím kvůli celé naší rodině.“ (Anna)

S ohledem na to, že zejména psychický stav pacienta je při vypořádávání se se závažnými onemocněními klíčovým, lze dospět k závěru, že oběma respondentkám se dostalo ze strany rodiny skutečně náležité podpory, čehož si jsou obě ženy vědomy, stejně jako faktu, že právě tato podpora rozhodně významnou měrou přispěla i ke snížení obtížnosti průběhu prožívání onemocnění. Ani jedna z dotazovaných potom kromě vlastní rodiny žádnou výraznou podporu „zvenčí“ nejmenovala, ačkoliv Jana uvedla, že především v oblasti alternativních možností snižování negativních dopadů léčby na její organismus se radila s přítelkyní. Stejně tak se v reakcích na průběh léčby a osoby, které ženy v jejím průběhu podpořily, nijak nepromítla specializovaná pomoc (např. kvalifikovaný psycholog apod.),

Z hlediska vyhledávání alternativních způsobů léčby, resp. případných podpůrných metod, které by mohly být pro překonání nemoci přínosné, zmínily obě dotazované pouze bylinnou terapii, Jana pak navíc homeopatii. O žádných jiných metodách zlepšování zdravotních obtíží během léčby (a to jak z hlediska fyzického, tak ani psychického), respondentky nehovořily.

V případě Anny byl z jejích výpovědí zřejmý určitý nadhled, sama uvedla, že během léčby jí pomáhalo také to, že mohla vykonávat běžné činnosti, starat se o domácnost, být potřebná (přitom v jejím případě byla největší frustrace patrná právě v momentě, když hovořila o chvílích během ozařování, kdy fyzicky byla velmi vyčerpaná a plně odkázaná na pomoc druhých)

„Byly chvíle, kdy jsem myslela, že mě snad opustily veškeré moje síly. Bylo mi to hrozně trapné, že za mě všichni všechno museli obstarávat.“ (Anna)

Se smíchem a pozitivně reagovala Anna i v souvislosti s možností využít právě jakékoliv podpůrné terapie, kdy zkonstatovala, že její největší psychickou oporou byl právě manžel, který jí byl každodenní vrbou.

Jana naopak v souvislosti s možnou psychologickou pomocí zmínila, že by ji pravděpodobně v době léčby ocenila (avšak nebyla dostupná), bylo také patrné, že pro Janu je nejdůležitějším podpůrným faktorem skutečně rodina a také víra v Boha, a v oblasti psychické, že má stále jisté obtíže.

„Moje pocity úzkosti ještě trvají, ale ne už v takové míře. Užívám Lexaurin.“

Mohlo by se tedy zdát, že v prožívání nemoci (i zdrojích síly pro jejich překonání) jsou mezi Annou a Janou přeci jen jisté rozdíly (ačkoliv u obou jako hlavní podpůrný psychosociální faktor samozřejmě dominuje rodina) – v případě Anny je z jejích spíše veselých reakcí doplněných smíchem a pozitivní energií zjevné, že ačkoliv absolvovala z hlediska lékařského náročnější typ léčby, psychické stopy, které na ní nemoc zanechala, jsou méně patrné (což je však možné přikládat také časovému odstupu, jelikož v jejím případě uplynulo od léčby již 10 let, naopak v případě Jany pouze necelý rok).

5. 3. 2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Druhá výzkumná otázka se vztahovala k prožívání léčby, a to v podstatě od jejího počátku (samotné diagnózy) až po její úspěšné absolvování s tím, že cílem bylo identifikovat pro respondentky nejtěžší část z celého období, kdy se s nemocí potýkaly. V souvislosti se zodpovězením na tuto otázku budou prezentovány části rozhovorů zahrnuté do analytických kategorií *Reakce na diagnózu* (šok, strach, obavy o budoucnost, popření) a *Pocity během léčby* (ztráta ženství, ztráta sama sebe, pocit studu, úzkost).

Sdělení závažné diagnózy je samozřejmě situací, na niž se člověk nikdy nemůže nijak předem připravit – klasickou první reakcí je tak (v souladu s v teoretické části práce představenou pětici reakcí na hrozící smrt) šok či popření. To ve svých výpovědích potvrdily i obě respondentky.

„Tak první pocit byl obrovský šok. A když si tak vzpomínám, tak se mi honily v hlavě různé otázky. Neměla jsem ani tak strach o sebe, ale spíše o to, jak to moje rodina přijme.“ (Anna)

„Řekla bych, že jsem to v prvních okamžicích ani nepochopila nebo nechtěla pochopit, protože jsem primárně jela do uherskohradištské nemocnice jen na vyčištění dělohy kvůli krvácení.“ (Jana)

Dotazované byly v rámci rozhovoru také požádány, aby se vyjádřily i k dalším fázím přijetí nemoci (zloba, uklidnění, smutek, smíření), kdy se v podstatě obě na tomto průběhu shodly. Kromě toho však v souvislosti s diagnostikovaným onemocněním také hovořily o dalších prožitcích – strachu, obavách o budoucnost apod.

„Přemýšlela jsem, co bude dál, zda se vyléčím, jak to se mnou bude skrz postarání se o rodinu... Prostě otázky, jak to všechno bude probíhat a co mě všechno čeká...“
(Anna)

V případě Anny jsou potom patrné především obavy o budoucnost její rodiny, ani ne tak jako o budoucnost vlastní. Stejně tak jako že její onemocnění velmi zasáhlo zejména její okolí.

„Neplakala jsem, u nás doma bylo pořád rušno a měla jsem kolem sebe pořád lidi. (...) A vzpomínám si, že dcera, která bydlí s námi, tak ta to nesla úplně nejhůře. Ta mi pak brečela na ramenou.“ (Anna)

Naopak Jana uvedla, že prvotní smířování se s nemocí u ní probíhalo výrazně emotivněji.

„Pocívala jsem neskutečnou úzkost a plakala jsem, řekla bych, že až hystericky. Přišlo mi to všechno jako zlý sen.“ (Jana)

Ačkoliv by se však mohlo zdát, že konkrétně tato první fáze, kdy je člověk postaven před situací, že mu bylo diagnostikováno závažné (život ohrožující) onemocnění, které velmi zásadně zasáhne do způsobu jeho dosavadního stylu života, je tou nejtěžší, respondentky se ve svých výpovědích vymezily odlišně. Z Annina rozhovoru vyplynulo, že nejtěžší pro ni bylo překonání fáze ozařování (které nejenže ve svých důsledcích zasahuje psychiku, ale zejména má vliv také na fyzický stav pacienta), i když i v tomto případě byla schopna žertovat (a uvedla, že tři porody byly proti tomu v podstatě pohodový zážitek).

„Vzpomínám si, že jsem nemohla ani vstát z postele, že mi manžel pomáhal“
(Anna)

Naopak Jana (jejíž léčba měla „pouze“ chirurgickou podobu) potom za nejhorší část léčby označila pobyt v nemocnici v Praze – nikoliv však kvůli fyzickým prožitkům, ale kvůli důsledkům psychickým, kdy byla daleko od své rodiny.

„Nejobtížnější období pro mě bylo 14 dní pobytu v nemocnici v Praze před a po operaci, protože to bylo hodně daleko od domova. (...) To bylo moc těžké psychicky. Byla tam nuda, čas se vlekl.“

Je tedy zjevné, že pro každou respondentku má „nejobtížnější část léčby“ odlišný rozměr, Anna ji odvozuje od velkých fyzických problémů plynoucích z podstoupené radioterapie, Jana potom od odloučení od rodiny (a pracuje tedy výhradně s rozměrem psychickým).

Obdobně jako se dotazované rozchází v definování nejobtížnější části léčby, činí tak i v interpretaci pocitů, s nimiž se během léčby vypořádávaly. Anna pojmenovávala především emoce související s obavami o rodinu a svou neschopností v určitých etapách léčby fungovat tak, jako byla zvyklá v době před onemocněním. Vůči depresím apod. se vymezila odmítavě a pouze uznala, že ji chvílemi zachvacovala úzkost a v souvislosti s absolvovanou radioterapií, že si připadala jako „tělo bez duše“. V žádném případě se ale necítila dotčena po ženské stránce, a to navzdory provedenému chirurgickému zákroku.

„Vážím si sebe jako osoby a toto by mě ani nenapadlo.“ (Anna)

Vedle toho Jana naopak otázku „ztráty ženství“ pojmenovala velmi konkrétně (a to navzdory tomu, že v době operativního zákroku měla již dvě dospělé děti a další dle vlastních slov neplánovala).

„Měla jsem nepříjemný pocit z toho, že už nikdy nebudu moci mít dítě – i když jsme už dítě neplánovali. Zkrátka měla jsem na vědomí to, že již nebudu plodná.“ (Jana)

V tomto případě nelze přesně vyvodit, z čeho tento pocit pramení, bylo by však (i v kontextu faktu, že Jana se během rozhovoru velmi výraznou měrou zmiňovala o Bohu) možné spekulovat např. právě o problematice víry a jejím pojetí „ženy“ jako „matky“. V každém případě Jana měla nejen během léčby, ale zejména po ní, největší obtíže právě s psychickým prožíváním onemocnění a všeho, co s sebou nese (a tyto problémy vyústily až v již zmiňované užívání léků na uklidnění).

„Až po skončení léčby a po nástupu do práce jsem nad tím vším začala hodně uvažovat. Prostě to na mě dolehlo až poté. Nemohla jsem spát, budila jsem se v noci, pociťovala jsem úzkost. Začala jsem si uvědomovat, čím vším jsem si vlastně prošla.“ (Jana)

Ať už mají ale obě ženy jakkoliv různé zkušenosti s léčbou a jakkoliv odlišně ji prožily (nejen fyzicky, ale i psychicky), nelze ani jeden z pohledů považovat za méně důležitý či hodnotný, jelikož jak vnímání fyzické bolesti, tak i psychická odolnost jsou velmi individuální. Zároveň je třeba mít na mysli, že obojí může velmi výrazně proměnit (jak pozitivně, tak i negativně) lékařské prognózy.

5. 3. 3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Cílem poslední výzkumné otázky bylo zjistit zda – a nakolik – prožití léčby život ohrožujícího onemocnění nějak ovlivňuje současný život dotazovaných žen. V tomto případě bylo využito analytické kategorie *Vliv léčby na současný život* (větší starost o zdraví, narušení psychiky – deprese).

Jak již bylo naznačeno i v rámci vyhodnocení předchozí výzkumné otázky, v případě Jany celá úspěšná léčba vyústila v problémy psychického charakteru. Jak respondentka sama uvedla, od vlastního diagnostikování nemoci až po její vyléčení uběhla relativně krátká doba, během níž v podstatě neměla čas uvažovat nad tím, čemu vlastně čelí. Teprve až po zařazení se do běžného pracovního života si vše začala uvědomovat, přehodnocovat. Ačkoliv během léčby samotné pomoc specialisty (terapeuta, psychologa) nevyhledala, po jejím absolvování kvůli obtížím se spánkem apod. alespoň požádala svou lékařku o uklidňující prostředky. Jana zároveň své psychické problémy spojuje s podstoupenou hysterektomií (a tedy jí – výše pojmenovanou „ztrátou ženství“.)

„Problémy se spánkem, úzkost až deprese byl důsledek odstranění všech mých vnitřních ženských orgánů, ale tyto pocity na mě dolehly až po skončení léčby.“

U Anny prodělané onemocnění vyústilo ve zvýšení zájmu o sebe sama, o zlepšení životního stylu i stravovacích návyků, kdy některé (konzumaci bylinných čajů) si zachovala již od doby léčby. Stejně tak dbá respondentka na pravidelné lékařské kontroly a je zjevné, že si je také vědoma rizika případné recidivy onemocnění.

„Každé ráno nalačno růbnu (dám) štamprličku naší slivovice (smích). Zredukovala svou tělesnou váhu, do stravy jsem zařadila více zeleniny a také jsem si pořídila takové ty hůlky na chození. Jo a také piju bylinkové čaje. Moje spolužačka ze základní školy mi před pár lety poradila, že mám pít i čaj z kombuchy, že to má pozitivní účinky jako prevence vzniku zhoubných onemocnění, na posílení imunity a tak.“
(Anna)

Je tedy evidentní, že Anna ze své nemoci odvodila pozitivní změny ve svém životě, na které dlouhodobě dbá. Z většiny jejích odpovědí pak bylo zřejmé, že nemoc má plně „odžitou“, je s jejím proděláním smířena a snaží se plně si užívat života. Jana naopak v důsledku léčby prožívá spíše psychicky obtížné období, to však bude s největší pravděpodobností dáno faktem, že léčbu absolvovala relativně nedávno. Proto jí nejspíš bude nějaký čas ještě trvat, než v sobě vše dokáže uspokojivě „zpracovat“.

5.3.4 Vyhodnocení doplňující výzkumné otázky

Doplňující otázka tematizuje případnou provázanost mezi demografickými údaji respondentek a odlišnými způsoby jejich prožívání nemoci. Jak již naznačily předchozí prezentované informace, respondentkami byly matka a dcera, které prošly onkogynekologickým onemocněním v různých fázích života. I tak ale obě byly vdané, zaměstnané a měly již dospělé potomky.

V tomto případě tak lze definovat především rozdíl související s věkem, kdy bylo ženám onemocnění diagnostikováno (matce Anně po menopauze, dceři Janě ještě před ní), což mohlo zapříčinit např. negativní pocity Jany týkající se „ztráty ženskosti“ po podstoupení hysterektomie. To by zároveň mohlo být způsobeno ale i vyšší Janinou religiozitou a obecně její citlivostí (jelikož na základě rozhovoru je možné konstatovat, že vykazuje vyšší míru emocionality než její pozitivně naladěná matka) Jinak však na základě demografických údajů nelze dospět k žádným relevantním závěrům.

5.4 Shrnutí výsledků analýzy

Na základě provedené interpretativní fenomenologické analýzy lze konstatovat, že v případě dotazovaných žen, jimž byla sdělena závažná (onkogynekologická) diagnóza, se jako nejdůležitější (a v podstatě také jediný) psychosociální faktor, který ovlivnil jejich vyrovnávání se, ale i prožívání nemoci (a její léčby) prokázala rodina – v prvé řadě potom manžel. Podpora rodiny je i podle odborníků tím nejdůležitějším, co pacientům se závažnými diagnózami pomáhá se s nemocí vypořádat (a to i díky psychické podpoře), stejně tak rodina je také pro pacienty obvyklou motivací „proč žít“. To vše se u obou respondentek prokázalo. Ani jedna z žen potom během léčby nevyhledala žádnou terapeutickou podporu (ačkoliv Jana trpí psychickými obtížemi ex post a užívá uklidňující prostředky na předpis). U Jany se potom jako další významně pozitivně působící faktor – vedle rodiny – prokázala také víra.

S psychikou z určité perspektivy souvisela i druhá výzkumná otázka, jejímž cílem bylo zjistit, které období od samotné diagnózy až po kompletní absolvování léčby bylo pro dotazované nejobtížnější. V tomto případě se významně projevila rozdílnost v pojetí tohoto tématu – Anna spojila „obtížnost“ (potažmo náročnost) specificky se svým fyzickým stavem. Jelikož musela absolvovat i radioterapii, v jejím důsledku se samozřejmě potýkala s množstvím fyzických problémů, bolestmi apod. Právě toto období potom označila za

nejtěžší z celé léčby. Naopak její dcera Jana, která v rámci léčby radioterapii ani chemoterapii podstoupit nemusela, jako nejtěžší část léčby označila svůj pobyt na klinice v Praze, kde musela podstoupit operativní zákrok. „Obtížnost“ potom tedy spojila vyloženě se svým neuspokojivým psychickým stavem, kdy se během dvoutýdenního pobytu v pražské nemocnici cítila odtržena od svých blízkých (kteří jí jinak byli nepostradatelnou oporou).

Poslední výzkumná otázka se zaměřila na zachycení důsledků prodělané závažné nemoci v běžném životě respondentek. I v tomto případě bylo možné naleznout mezi nimi značné rozdíly (plynoucí opět především z psychických aspektů), je však třeba mít na mysli, že Jana – která se po absolvování léčby vypořádává nespavostí, obavami, nervozitou a depresemi – se do běžného pracovního rytmu navrátila teprve před nedávnem (kdy léčbu prodělala loni). Naopak od léčby její matky Anny, která se naučila dlouhodobě užívat bylinky, dbát o svůj jídelníček a pravidelný pohyb, stejně tak jako dodržuje pravidelné lékařské prohlídky, již uplynulo deset let. Ačkoliv by se tedy mohlo zdát, že prožívání Jany je ve srovnání s její matkou (jejíž rozhovor byl většinou doplněn smíchem a humorem) intenzivnější, to vše může být dáno skutečností, že vše je pro ni ještě relativně „čerstvou ranou“.

I s ohledem na to, že respondentky jsou matka a dcera, které onemocněly v době, kdy byly obě vdané, zaměstnané a měly již dospělé děti, nelze zcela uspokojivě odpovědět na doplňující otázku, zda prožívání nemoci ovlivňují demografické údaje. Pouze věk, v němž ženy onemocněly, by mohl být signifikantním při odlišném vnímání „ztráty ženskosti“ (Jana, která se svou hysterektomií cítila velmi zasažena, léčbu podstoupila před menopauzou, naopak její matka, která se ke „ztrátě ženskosti“ vymezila odmítavě, až po ní).

5. 5 Doporučení pro praxi

Práce prostřednictvím provedené interpretativní fenomenologické analýzy rozhovorů s respondentkami, které prodělaly onkogynekologické onemocnění, poskytla pohled na jejich prožívání léčby, a to od jejího počátku až do úspěšného překonání onemocnění. Z hlediska praktického přesahu zjištění, která z analýzy vyplynula, lze zkonstatovat, že jelikož pro pacientky byla nejdůležitější podporou podpora ze strany rodiny, měla by tato skutečnost být reflektována i ze strany zdravotnického zařízení. Konkrétně pacientka z jižní Moravy, která podstoupila operativní zákrok v Praze, označila pobyt v pražské nemocnici – daleko od rodiny – za nejobtížnější část léčby. Samozřejmě nelze místo léčby podřizovat dostupnosti pro rodinu (a to zejména jedná-li se o specializované pracoviště),

na druhou stranu např. motolská nemocnice poskytuje zázemí rodičům, jejichž děti se léčí na klinice dětské onkologie (tedy je možné zajistit rodičovskému doprovodu dlouhodobý pobyt v areálu nemocnice tak, aby rodič mohl strávit s nemocným dítětem veškerý možný čas a poskytl mu nutnou podporu). Z rozhovorů, které byly realizovány v rámci této práce, však plyne, že tato podpora není třeba jen v případě dětí, ale že onkologická léčba je nejen fyzicky, ale i psychicky náročná pro osoby v jakémkoliv věku. Podpora bezprostředního okolí a nejbližších by tedy v případě zájmu pacienta měla být samozřejmostí a zdravotnické zařízení (např. prostřednictvím sociálních pracovníků) by tak mělo tyto skutečnosti zohlednit a umožnit pacientům co nejkomfortnější průběh léčby za přítomnosti těch, kteří jim při překonávání onemocnění mohou poskytnout nutnou pomoc (nejen) v psychické rovině.

Co se týká výsledků analýzy vztahující se k přístupu zdravotnického personálu, na základě ani jedné z výpovědí mu nelze nic zásadního vytknout, ačkoliv jedna z respondentek zmínila, že by právě ze strany sester ocenila vyšší míru zájmu. Na druhou stranu s informovaností o onemocnění a průběhu léčby byly obě respondentky spokojeny. Prakticky tak lze uzavřít, že by samozřejmě bylo ku prospěchu věci, kdyby se zdravotnický personál zejména na oddělení onkologie, které vyžaduje od všech zaměstnanců mnohem vyšší míru empatie a obecně v určité perspektivě „osobní přístup“, snažil s pacienty více interagovat. Psychické podpory totiž není při léčbě nádorových onemocnění nikdy dost.

ZÁVĚR

Onkogynekologická onemocnění patří v dnešní době do skupiny těch, která se u žen (po karcinomech prsu) vyskytují nejčastěji. Ačkoliv díky značným pokrokům v medicíně (a také cíleným preventivním vyšetřením) má mortalita v tomto případě stále klesající tendenci a šance na úspěšné překonání gynekologických karcinomů jsou relativně vysoké, i tak se jedná o onemocnění, které zásadně zasáhne nejen do života samotných pacientek, ale i jejich rodin.

Nádorová onemocnění si s sebou stále nesou označení „smrtelná“, tedy i sdělení této diagnózy je samozřejmě velmi psychicky náročnou situací. Vedle toho vlastní léčba klade na pacientky vysoké nároky nejen z hlediska fyzického (kdy ženy nezdědka musí podstoupit invazivní operativní zákroky a následnou radioterapii či chemoterapii), ale také psychického. Právě proto jsou samozřejmě nezbytné rozličné podpůrné faktory, které ženám mohou být nápomocny při vyrovnávání se s celou situací. Tyto faktory – či psychosociální aspekty – se na jednu stranu mohou různit (víra v Boha, víra v alternativní podpůrné prostředky, skupinové terapie apod.), na stranu druhou zcela nepostradatelná je v případě jakéhokoliv onkologického onemocnění podpora bezprostředního okolí, potažmo rodiny.

Bakalářská práce komplexně představila problematiku onkogynekologických onemocnění, od vlastní anatomie ženských pohlavních orgánů, přes charakteristiky nádorových onemocnění těla a hrdla děložního, jejich diagnostiku, léčbu, incidenci i prognózy, až po psychologický rozměr vypořádávání se s nimi. Nedílnou součástí byl vlastní (kvalitativní) výzkum, jenž prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy představil prožitky a vlastní zkušenosti žen, které samy onkogynekologické onemocnění prodělaly a aktuálně jsou v remisi. Cílem bylo postihnout, jak samy ženy celé období léčby – od sdělení diagnózy až po úspěšné absolvování léčby – prožily (a zodpovědět na hlavní výzkumnou otázku – *Jak reagují ženy na sdělení závažné diagnózy?*). Dílčím cílem bylo odpovědět na odvozené výzkumné otázky – jaké psychosociální faktory mohou být ženám při vyrovnávání se s onkogynekologickým onemocněním nápomocny, které období pro ně bylo nejtěžší a zda (a jak) toto onemocnění ovlivnilo další život žen.

Z analýzy rozhovorů potom vyplynulo, že tím nejdůležitějším od první chvíle sdělení diagnózy byla pro obě respondentky rodina, přítomnost jejich blízkých, kteří jim dodávali sílu, podporovali je. Téma rodiny se tak prolínalo v podstatě oběma rozhovory, kdy jako největší podporu zmiňovaly obě ženy své manžely. Za dílčí psychosociální faktor je na základě rozhovorů možné považovat také víru (jak v Boha, tak de facto i víru ve vlastní

uzdravení). Ačkoliv prožitky obou žen se v některých oblastech lišily (např. právě při identifikaci nejtěžšího období léčby), tyto rozdíly je možné přikládat také rozdílnému způsobu léčby (kdy jedna z respondentek absolvovala i radioterapii, kterou také označila za nejtěžší a velmi fyzicky náročnou), další životy obou samozřejmě onemocnění ovlivnilo. Obě ženy o sebe začaly více dbát, stejně tak si jsou vědomy toho, že překonaly de facto život ohrožující nemoc, což je samozřejmě skutečnost, která dokáže člověku také zásadně změnit žebříček hodnot a životních priorit.

Vytyčené cíle bakalářské práce byly splněny, prezentovaná teoretická východiska byla využita i v kontextu praktické části práce, která zároveň zodpověděla na hlavní výzkumnou otázku, stejně jako na otázky dílčí.

LITERATURA

CIBULA, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

CITTERBART Karel. *Gynekologie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001. 278 s. ISBN 80-246-0318-7.

DOBOS, Gustav, KÜMMEL, Sherko. *Aktivně proti rakovině: Klasická medicína a přírodní léčebné metody*. Praha: Ikar, 2013. 304 s. ISBN 978-80-249-2143-3.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. 532 s. ISBN 978-80-246-3240-4.

FALEIDE, Asbjørn; LILLEBA, Lian; FALEIDE, Eyolf Klæboe. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

FALLER, Hermann. *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken (Psychosoziale Medizin)*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998. 154 s. ISBN 978-3801708283

HENDL, Jiří. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

KRŠKA, Zdeněk; HOSKOVEC, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

OSBORN, Michael; SMITH, Jonathan. *Qualitative psychology: Interpretative Phenomenological Analysis*. Thousand Oaks: Sage, 2007.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-30006-6.

SMITH, Jonathan; FLOWERS, Paul; LARKIN, Michael. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications, 2009. 232 s. ISBN 978-14129-08344.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

YALOM, Irvin. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konforntace, 1999. 704 s. ISBN 80-86088-05-7.

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5

ZACHAROVÁ, Eva; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Texty v monografiích a odborných periodikách

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Zhoubné nádory ženských pohlavních orgánů. In: VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 365-380. ISBN 978-80-247-3742-3.

BÁČA, Václav. Normální a topografická anatomie ženských pohlavních orgánů a prsu. In: ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. s. 15-35. ISBN 978-80-247-2832-2.

DOBLIN, Rick; KLEIMAN, Mark. Marijuana as antiemetic medicine: a survey of oncologist's experiences and attitudes. *Journal of Clinical Oncology* 1991, 9(7), s. 1314-1319.

DRLÍKOVÁ, Kateřina. Edukace stomiků. In ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. s. 45-57. ISBN 978-80-247-3256-5.

HALL Wayne; CHRISTIE, Macdonald; CURROW, David. Cannabinoids and cancer: causation, remediation, and palliation. *Lancet Oncology* 2005, 6 (1), s. 35-42.

CHOVANEC, Josef. Karcinom děložního čípku. In: ADAM, Zdeněk; VORLÍČEK, Jiří a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 257-267. ISBN 80-247-0896-5.

JANÁČKOVÁ, Laura. Psychologické aspekty onkologického onemocnění. In: KRŠKA, Zdeněk; HOSKOVEC, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. s. 773-778. ISBN 978-80-247-4284-7.

JANDOURKOVÁ, Dana; ČEPICKÁ Bára. Psychologie onkologického pacienta. In CIBULA, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. s. 287-294. ISBN 978-80-247-2665-6.

KOSTÍNKOVÁ, Jana; ČERMÁK, Ivo. Interpretativní fenomenologická analýza. In ŘÍHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo; HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. S. 9-44. ISBN 978-80-210-6382-2

MUNOZ, Nubia a kol. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*; 2003/348(6), s. 518 – 527.

SCOTT, Katherine A.; DALGLEISH, Angus G., LIU, Wai M. The Combination of Cannabidiol and Δ^9 -Tetrahydrocannabinol Enhances the Anticancer Effects of Radiation in an Orthotopic Murine Glioma Model. *Molecular Cancer Therapeutics*, 2014/11, 13(12); DOI:10.1158/1535-7163.MCT-14-0402

SLÁMA, Jiří, CIBULA, David Nádory děložního hrdla. In: KRŠKA, Zdeněk; HOSKOVEC, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. s. 773-778. ISBN 978-80-247-4284-7.

SLOVÁČEK, Ladislav; SLOVÁČKOVÁ, Birgita; JEBAVÝ, Ladislav; BLAŽEK, Martin; HORÁČEK, Jan. Psychologická a psychosociální intervence u onkologických nemocných - význam a postavení v komplexní protinádorové terapii z pohledu onkologa. Hradec Králové: Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví. *Vojenské zdravotnické listy*. 2008, roč. 77, č. 1, s. 1-6. ISSN: 0372-7025.

ŠURÁŇNOVÁ, Veronika. Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). In GULOVÁ, Lenka; ŠÍP, Radim. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013. s. 105-117. ISBN 978-80-247-4368-4.

ZIKÁN, Michal; CIBULA, David. Karcinom endometria. In: KRŠKA, Zdeněk; HOSKOVEC, David; PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. s. 766-772. ISBN 978-80-247-4284-7.

Online zdroje:

FERANEC, Richard; CHOVANEC, Josef. Karcinom děložního čípku [online]. Masarykův onkologický ústav 3/2014. [cit. 3. 12. 2015] Dostupný na <<https://www.mou.cz/5-3-karcinom-delozniho-cipku/f90>>

FERANEC, Richard; CHOVANEC, Josef; PRINC, Denis. Nádory těla děložního [online]. Masarykův onkologický ústav 3/2014. [cit. 3. 12. 2015] Dostupný na <<https://www.mou.cz/5-4-nadory-tela-delozniho/f91>>

CHOVANEC, Josef. Nádorové onemocnění těla děložního [online]. Linkos - Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 18. 7. 2014 [cit. 4. 12. 2015]. <Dostupný na <http://www.linkos.cz/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-tela-delozniho/>>

MOLASSIOTIS, A, FERNARDEZ-ORTEGA, P. et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology* [online].

2005/16, s. 655-663. [cit. 10. 12. 2016]. Dostupný na <<http://annonc.oxfordjournals.org/content/16/4/655.full.pdf+html?sid=a1c0bd38-73cc-4807-ba70-5bc6f7a68b6e>>

Epidemiologie zhoubných nádorů, SVOD.cz [online]. Projekt Masarykovy univerzity v Brně. [cit. 4. 12. 2015]. Dostupný na <<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma podélného řezu malou pánví ženy	10
Obrázek 2: Ženské pohlavní orgány	11
Obrázek 3: Uložení dělohy, vejcovodů a vaječníků	12
Obrázek 4: Zevní pohlavní orgány	13
Obrázek 5: Časový vývoj incidence a mortality výskytu zhoubného nádoru těla děložního	15
Obrázek 6: Věková struktura pacientek se zhoubným nádorem těla děložního	17
Obrázek 7: Časový vývoj incidence a mortality výskytu zhoubného nádoru hrdla děložního	20
Obrázek 8: Věková struktura pacientek se zhoubným nádorem hrdla děložního.....	21
Obrázek 9: Obecný princip protinádorové terapie – modifikováno podle Tschuschkeho	28