

Kvalita života žen s onkologickým onemocněním

Eva Černáková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva ČERNÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H108031**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života žen s onkologickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku onkologického onemocnění,
- na téma kvalita života a její význam,
- na kvalitu života osob (resp. žen) s onkologickým onemocněním.

Součástí práce bude kvantitativní šetření zjišťující kvalitu života žen s onkologickým onemocněním. Sběr dat proběhne formou dotazníků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Angenendt, G. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie, Praha: Portál, 2010.

Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.

Křivohlavý, J. Pozitivní psychologie. Praha: Portál, 2010.

Nezu, A. Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004.

Opatrná, M. Etické problémy v onkologii. Praha: Mladá fronta, 2008.

Tschuschke, V. Psychonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004.

Vadurová, H. Sociální aspekty kvality života v onkologii. Brno: MSD, 2006.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Jůzlová

Datum zadání bakalářské práce: 16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 29. listopadu 2013

V Brně dne 26. srpna 2013


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

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 prezenčnímu 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.

EVA ČERNÁKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 7. 10. 2013

Černáková

Podpis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

V bakalářské práci jsem se zaměřila na seznámení s problematikou onkologického onemocnění u žen s rakovinou prsu. Snažila jsem se přiblížit problémy a jejich tíživou situaci spojenou s jejich onemocněním.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem objasnila základní pojmy týkající se kvality života, psychologického přístupu a komunikace s onkologicky nemocnými. V praktické části jsem přiblížila problematiku onkologických pacientek tak, jak ji samy prožívaly a popsaly ve svých kazuistikách.

Klíčová slova:

Kvalita života, onkologické onemocnění, rakovina prsu, psychologická pomoc, stres, šok, emoční a sociální opora.

ABSTRACT

In my thesis I focused on familiarization with the issue of oncology in women with breast cancer cases. I tried to approach problems and hardship associated with their disease. The work is divided into two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part, I tried to explain basic concepts related to quality of life, psychological approach and communication with cancer patients. In the practical part I tried to clarify the issue of cancer patients as they experienced it themselves and described in their case reports.

Keywords:

Quality of life, oncological disease, breast cancer, psychological help, stress, shock, emotional and social support

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní PhDr. Haně Jůzlové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Velké poděkování patří všem ženám, které mi poskytly pro účely bakalářské práce své velmi osobní příběhy.

Také děkuji celé své rodině, která mě velmi podporovala při psaní bakalářské práce a stále mě obětavě pomáhá v mé nelehké životní situaci.

Eva Černáková

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

MOTTO

*„Život je krásný, život je milý, jen chvílemi je třeba odvahu mít,
překonat krizi a nevidět chvíli, ve které se člověku nechce žít.“*

Jaroslav Seifert

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA	13
1.1 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	14
1.2 KVALITA ŽIVOTA PO SDĚLENÍ DIAGNÓZY	16
2 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	19
2.1 VLIV STRESU A NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	21
2.2 LÉČBA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	22
2.2.1 Metody lokální	23
2.2.2 Metody celkové (systémové)	24
2.3 POZDNÍ NÁSLEDKY LÉČBY PRIMÁRNÍHO KARCINOMU PRSU.....	26
3 PSYCHOONKOLOGIE	28
3.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY RAKOVINY.....	30
3.2 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K LÉČBĚ RAKOVINY	32
4 KOMUNIKACE	37
4.1 KOMUNIKACE A ETIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	39
4.2 KOMUNIKACE V RODINĚ.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
5 CÍLE A METODY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ	46
5.1 PREZENTACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ	47
5.2 OBSAHOVÁ ANALÝZA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	60
5.3 SHRnutí PRŮZKUMU	62
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Život je krásný, pokud je dostatečně dlouhý. To, co nás lidské bytosti během života nejvíce děsí, jsou předčasná úmrtí. Pokud lidé umírají v mladém věku, působí to na nás velice negativně. Pokud se pak jedná o rakovinu, jsou naše negativní pocity ještě intenzivnější. Je to proto, že rakovina a průběh tohoto onemocnění v nás vyvolává pocity beznaděje.

Zjištění zhoubného nádorového onemocnění je pro každého člověka těžkou životní zkouškou, kdy pocítuje vlastní bezmocnost a svou ohroženost. Již jen vědomí této závažné nemoci a k tomu strach z nejrůznějších vyšetření, z vedlejších účinků léčby, ze ztráty zaměstnání, z odcizení nejbližších v rodině a samozřejmě i strach ze smrti, jsou pro člověka těžkou psychickou zátěží a hodně záleží na okolí, jak se nemocný s touto naprosto novou a neočekávanou situací vyrovná. Obětavé a chápatelé okolí může pomoci nejen zamezit uzavření se nemocného do sebe, ale často napomůže člověku k větší zralosti a k rozpoznání toho, co je v životě skutečně podstatné a důležité.

Nemocný člověk přehodnocuje svůj dosavadní život, který nám do té doby připadal zcela bez hranic. Nejdřív musíme dodělat školu, vychovat děti, zaplatit dluhy, jít do penze. Když budeme odkládat ty nejdůležitější věci na zítra, můžeme zjistit, že nám život proklouzl mezi prsty a my si ho ani nevyčutnali. Diagnóza rakoviny nám však otevře oči a vystaví nás skutečnosti, že život je krátký, a tím nám může umožnit život znovu začít vychutnávat. Je důležité, aby člověk v této těžké situaci měl někoho, o koho se může opřít, kdo mu pomůže překonat i tu nejhlubší životní krizi těžké nemoci.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu mé osobní zkušenosti s touto nemocí. V roce 2008 jsem onemocněla maligním (zhoubným) nádorovým onemocněním pravého prsu. Bohužel v době, kdy dopisuji tuto bakalářskou práci, nemoc u mne udeřila znova – opět maligní nádorové onemocnění prsu, tentokrát na levé straně. Poprvé jsem rakovinu s úspěchem porazila a věřím, že se mi to podaří i podruhé. Cílem mé práce bude ověřit, jak moc se ženám diagnostikovaným onkologického onemocnění sníží kvalita života a zda je pro tyto ženy odborná psychologická pomoc důležitá.

Teoretická část je zpracována za pomoci analýzy odborných publikací a jiných dostupných materiálů.

Praktická část je zpracována analýzou několika případových studií (kazuistik) se zaměřením na změny v kvalitě života onkologicky nemocných žen a na zkoumání potřeby psychologické pomoci těmto ženám.

Pro jejich zjištění bude využito rozhovorů provedených za pomoci občanského sdružení Mamma Help a také žen, které osobně znám, a které prošly náročnou onkologickou léčbou. Rovněž budu vycházet ze svých vlastních prožitků.

Realizované výzkumné šetření bude omezené z hlediska své reprezentativnosti. Jelikož se jedná o citlivé téma, bude se jednat o malý rozsah výzkumného souboru žen.

Bakalářská práce by mohla být využita v prostředí zdravotnických zařízení jako inspirace pro odborníky, aby se začali aktivněji zajímat nejen o fyzické, ale zejména i psychické zdraví pacientek. Také by mohla podpořit onkologicky nemocné ženy v tom, aby se o psychologickou pomoc, pokud ji potřebují, nebály požádat samy.

Vzhledem k tomu, že nádorových onemocnění neustále přibývá a osvěta je již v dnešní době na docela dobré úrovni, jsou stále ženy, které na ni nechtějí slyšet. Nebuďme proto lhostejné ke svému tělu, neboť to nejcennější co máme, je naše zdraví.

A na závěr jeden příběh:

Malý chlapec se ptal maminky: „Proč pláčeš ?“ „Protože jsem žena“, odpověděla mu. „Nerozumím“, řekl syn. Jeho maminka ho jen objala a odvětila: „A nikdy ani neporozumíš.“

Později se chlapec zeptal svého otce: „Proč se mi zdá, že máma pláče bez důvodu ?“ „Všechny ženy pláčou bez důvodu“, to bylo všechno, co mohl otec odpovědět.

Malý chlapec vyrostl a stal se mužem, avšak stále nerozuměl, proč ženy pláčou. Nakonec zavolal Bohu, a když se dovolal, zeptal se: „Bože, proč se ženy rozpláčou tak lehce?“ Bůh odpověděl:

„Když jsem stvořil ženu, musela být výjimečná. Utvořil jsem jí dostatečně silnou náruč, aby unesla váhu světa, ale také jemnou, aby poskytovala pohodlí.

Dal jsem jí vnitřní sílu, aby vydržela porod dítěte i odmítnutí, které mnohokrát okusí od svých dětí.

Dal jsem jí tvrdost, která jí pomůže stále pokračovat, když se všichni ostatní vzdávají a starat se o svou rodinu i přes nemoci a únavu, aniž by si stěžovala.

Dal jsem jí cit milovat svoje děti za všech okolností, dokonce i tehdy, pokud ji dítě hluboce ranilo.

Dal jsem jí sílu přijmout jejího manžela i přes jeho chyby a zformoval jsem ji z jeho žebra, aby chránila jeho srdce.

Dal jsem jí moudrost, aby věděla, že dobrý manžel nikdy neraní svou ženu, ale někdy zkouší její sílu a rozhodnost stát vedle něj bez výhrad.

A nakonec jsem jí dal slzu, aby ji použila, kdykoliv je zapotřebí.

Vidiš, krása ženy není v šatech, které nosí, v postavě, kterou má ani ve způsobu, jakým si češe vlasy. Krása ženy musí být v jejích očích, protože ty jsou bránou k jejímu srdci, místu, kde sídlí láska.“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je pojem, kterému člověk zpravidla ve svém osobním životě dobře rozumí, ale jeho obecné definování je těžké.

Poprvé pojem „kvalita života“ zmiňuje Piga, a to v roce 1920 ve své práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Věnuje se zde dopadu státní podpory pro sociálně slabé na státní rozpočet, avšak práce se nesetkává s velkým ohlasem. (Vařurová & Mühlpachr, 2005 s. 7)

V 70. letech proběhlo celoplošné šetření, zjišťující kvalitu života obyvatelstva USA, jež mělo za cíl vyvinout subjektivní indikátor pro hodnocení života samotným jedincem, a které by doplňovalo objektivní charakteristiky životních podmínek (např. bydlení, kriminalita, znečištěné ovzduší atd.). Ukázalo se, že socioekonomické podmínky a biologické předpoklady jsou důležité, ale pouze do té míry, než člověk dosáhne na hranici chudoby. (Payne, 2005, s. 205-206).

Bylo vydáno množství publikací, které si kladly za cíl definovat pojem kvality života. Mnoho autorů se následně shodlo, že pojem je nejasný a je předmětem různých interpretací.

„Trvají výhrady pro složitost, komplexnost, multidimenzionalitu a z toho vyplývající vágnost pojmu kvality života, přesto, existuje shoda, že zahrnuje tři hlavní domény:

- *fyzické prožívání,*
- *psychickou pohodu,*
- *sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem“* (Payne, 2005, s. 351).

Křivohlavý (2002) uvádí, že měření kvality života se nezaměřuje pouze na jednotlivce, ale je jeho dílčí oblastí. Engel a Bergsma rozdělili celou koncepci do tří hierarchicky odlišných rovin:

- *„makro – rovina: pojímá otázky kvality života velkých společenských celků, kterými mohou být země, kontinenty a podobně. Jde o nejhlubší zamyšlení nad smyslem života. V tomto pojetí je život absolutní morální hodnotou a stává se základem politických úvah;*

- **mezo – rovina:** v této úrovni jde o otázky kvality života menších sociálních skupin, např. škol, nemocnic, domovů důchodců atd. Jedná se o otázky k morálním hodnotám člověka, ale i sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky ne/uspokojování základních potřeb členů společnosti, existence sociální opory a sdílených hodnot;
- **personální rovina:** je definována nejjednoznačněji a je pro potřeby mého výzkumu nejdůležitější. Myslí se jí život jednotlivce, ať už pacienta, lékaře nebo právě ženy, která prodělala hysterektomii. Osobní rovina se týká každého z nás. Při jejím stanovení jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, ale i bolesti, spokojenosti, nadějí, přání a podobně. Každý jedinec sám je autorem hodnocení vlastní kvality života, do kterého vstupují jeho představy, pojetí, naděje, pocity, očekávání, přesvědčení. “ (Křivoňavský, 2002, s. 163-164)

Světová zdravotnická organizace ve svém vymezení kvality života zohledňuje také působení kulturních vlivů a hodnotového systému, který daný člověk zastává.

WHO doslova „definuje kvalitu života jako jedincovu percepci v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.“

(Vaňurová & Mühlpachr, 2005, s. 11)

Ve zdravotnictví obecně a jednotlivých medicínských oborech má kategorie kvality života své specifické označení – HRQL (Health-Related Quality of Life) a v rámci vymezení tohoto konceptu se pak zohledňuje vztah ke zdraví.

Kvalita života je tady chápána jako ta část života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí a je využívána zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. (Vojenské zdravotnické listy, ročník I.XXIII, 2004, č. 1, str. 6)

„V lékařské vědě je kvalita života jedním z důležitých ukazatelů při hodnocení správné volby a úspěšnosti léčby.“ (Vaňurová & Mühlpachr, 2005, s. 8-9)

1.1 Dimenze kvality života

U většiny autorů se můžeme setkat s vypracováním teorie kvality života rozdělením na jednotlivé dimenze. Tak například Payne (2005) uvádí, že kvalita života je posouzení

vlastního pocitu pohody v různých oblastech z hlediska objektivního a subjektivního, koncept tedy rozděluje na tyto dvě dimenze. Objektivní kvalitu života představuje splnění základních materiálních a sociálních podmínek pro život, sociální status a fyzické zdraví. (Payne, 2005, s. 207)

WHO člení jednotlivé oblasti kvality života dle vlastní definice, které dobře vystihují dimenze lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, národnost nebo postižení, jsou celkem čtyři:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti**, spadá pod ní energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci atd.
- **psychické zdraví a duchovní stránka**, zahrnující sebe-pojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, víru, spiritualitu atd.
- **sociální vztahy** - do této dimenze spadají osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.
- **prostředí**, čili finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí atd. (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 18-19)

Na kvalitu života může být nahlíženo také jako na míru, v níž člověk využívá životní možnosti. Subjektivní kvalita života vychází ze všeobecné spokojenosti s vlastním životem, z kognitivního hodnocení a emočního prožívání. (Vařurová & Mühlpachr, 2005)

Při posuzování subjektivní pohody se nejčastěji užívá pojetí, které má další dvě dimenze:

- *kognitivní* - jde o racionální hodnocení života, jak je člověk celkově spokojen se svým životem;
- *emocionální* - jde zejména o citové prožívání, zda převažují pozitivní nebo negativní emoce a jaké je celkové naladění. (Payne, 2005, s. 209-210)

Je tedy zřejmé, že individuální kvalitu života nelze určit pouze posouzením objektivních ukazatelů, ale stále je to jedinec, kdo dává svému životu význam a jedině on sám může posoudit subjektivní kvalitu života.

„Subjektivní a objektivní hodnocení QOL poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení.“ (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 18)

Kvalitu života může a musí posuzovat člověk, tedy nemocný sám, nemůžeme zvnějšku rozhodnout a určit, do jaké míry je život konkrétního člověka kvalitní. Musíme si však dávat pozor na to, abychom nehodnotili kvalitu života těžce nemocného měřítky, které běžně používáme v aktivní a tedy v podstatě „bezbolestné“ fázi života. (<http://www.linkos.cz/pro-pacienty/lecba-17/> cit.15.12.2012)

Kvalitu života vymezuje jedna z definic jako „*subjektivní globální hodnocení vlastního života*“. V kontextu zdraví a nemoci se často hovoří o tzv. „ke zdraví vztažené“ kvalitě života. Většina onkologů se shoduje, že kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu schopnost a možnost žít takový život, jenž by mu skýtal uspokojení. Shodují se na dvou základních charakteristikách:

- mnohorozměrnosti,
- subjektivnosti.

Zatímco mnohorozměrnost se týká více oblastí (funkční zdatnosti, tělesných obtíží, psychologických a emocionálních, sociálních, či existenciálních či duchovních), subjektivnost vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tutéž nemoc prožívat rozdílně. Cesta ke kvalitnímu životu je tedy vysoce individuální, každý by měl vědět, co je kvalitní a co ne. (Payne, 2005, s. 229, 288-289)

Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. (Payne, 2005, s. 206)

1.2 Kvalita života po sdělení diagnózy

Pacient prožívá nádorové onemocnění jako těžkou osobní katastrofu a často diagnózu rakoviny vnímá jako rozsudek smrti. Nic už není tak, jako dřív. Svět se rozpadl, problémy které byly dříve důležité, jsou nyní bezvýznamné. Pacient se od tohoto okamžiku zajímá o jediné: Budu žít? Pokud ano, jak dlouho? A jak bude vypadat můj další život?

Pacienti často reagují úzkostí, panikou nebo bezmocností. Někteří pacienti jsou zmatení, nejsou schopni adekvátně reagovat na otázky a nerozumějí tomu, co jim chce lékař sdělit.

„Často se u nich objevuje fenomén disociace. Disociace představuje ztrátu integrity vlastního vnímání, myšlení, cítění a jednání a může se projevit např.:

- *derealizací - situace je prožívána jako ve filmu,*
- *depersonalizací - postižený má pocit, že se celá situace týká někoho jiného,*
- *posunutým vnímáním času - dotyčný celou situaci prožívá zpomaleně nebo naopak zrychleně.*“ (Angenendt, 2010, s. 93)

Z fyziologických reakcí se nejčastěji objevují dýchací potíže, záchvaty pocení, třas, pocity chladu nebo naopak tepla a nadměrné vnitřní rozrušení.

Už pouhé slovo nádor v našich představách vyvolává strach. Strach ze smrti, z opuštění, z bolesti, ze změny vzezření. Pro psychiku člověka je sdělení takto závažné diagnózy nesmírnou zátěží. Většinou zasahuje člověka nepřipraveného, v plném proudu každodenního života. Rakovina se totiž zdánlivě delší čas nijak znatelně neprojevuje. „*Člověk se připuštění si pravdy v plném rozsahu brání a obrana může být filtrem nevědomého vnímání, který maladaptivním, popírajícím způsobem zamlžuje realitu, a tím brání přiměřené reakci zvládnutí.*“ (Janáčková, 2008 s. 89)

Nemocní často přemýšlí o tom, zda někomu o své nemoci říci nebo zda vůbec o tom mluvit. Samotné uvažování o tom, zda se svěřit nebo ne a komu, dlouhou dobu bývá hodně vyčerpávající a mnohdy i zbytečné. Je potřeba si uvědomit, že naši nejbližší mohou vidět situaci jinak a chtějí pomoci. V případě, že jsou pacienti schopni komunikace, pak jsou to oni, kdo si volí toho, komu a jakým způsobem toto sdělení podají.

Na druhé straně se stává, že největší pomoc a pochopení se nemocným dostane od lidí, od kterých by to nečekali. Nemoc pomáhá měnit vidění světa, a to nejenom nemocných, ale i lidí kolem nich.

Onkologičtí pacienti by se měli držet několika doporučení:

- *„Je rozumné nezůstávat se svým onemocněním sám,*
- *je vhodné svoje pocity sdělovat a ne je skrývat,*
- *nabízenou pomoc od rodiny a přátel je dobré přijmout a vzájemně tak unést velkou emoční zátěž na obou stranách,*
- *děti mají být informováni o nemoci v rodině adekvátně vzhledem k jejich věku a emoční zralosti,*

když se vzájemně nemocný, rodina a přátelé podělí o diagnózu, vytvoří základy porozumění a důvěry.“ (<http://www.mammahelp.cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny.php>, cit. 13.8.2013)

Každý člověk je jedinečný. Tato jedinečnost se projevuje i v citlivosti vnímat změnu a v otevřenosti přijímat podněty. Tudíž i na vyslovení diagnózy “zhoubný nádor” každý reaguje jinak. Je takřka nemožné toto sdělení okamžitě přijmout, pochopit jej a uvěřit mu. Nemocný sice slova slyší, ale nemusí jim rozumět. Lidská psychika má kouzelnou moc porozumět slyšenému až tehdy, je-li na to připravena. Jedinečnost se projevuje také v tom, že někdo o nemoci mluví a chce mluvit hned, jiný se uzavře, potřebuje delší čas, aby problém zpracoval. Není dobré někoho do rozhovoru nutit. Člověk si sám určí, kdy nastal čas hovořit. Buďto si o to řekne, nebo se projeví neverbálně.

Člověk vysílá řadu signálů: např. je nezvykle nervózní, hodně mluví o nepodstatných věcech atd. Některá rodina se nedokáže přiblížit, navzájem si pomoci, najít vhodný okamžik. V takové situaci je vhodné vyhledat odbornou pomoc a z hlediska duševního zdraví rodiny i jednotlivých členů mít možnost projevit a vyjádřit celou škálu prožitků. V opačné situaci se může nacházet tehdy, není-li k rozhovoru připraven, ale někteří členové rodiny mají potřebu o svých pocitech mluvit. Nemocný si potřebuje vnitřně pro sebe utřídit a urovnat vše, co se v něm odehrává. (<http://www.mamahelp.cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny>, cit. 10.9.2013)

2 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Rakovina je často považována za počin civilizace. Jak dlouho lidé umírají na rakovinu? Kam až sahají první zmínky o rakovině? Kdy byl poprvé nádor definován? Odpověď není jednoduchá. Označení rakovina je řeckého původu, karkínos – rak, karkínóma – karcinom. Označení vycházelo z popisu vzhledu pokročilého stavu rakoviny prsu, připomínající račí klepeto. Základem českého slova rakovina je říční zvířátko rak. Literatura se mírně liší v tom, kdo byl autorem a tedy i v přesném datování – zda to byl v 5. století př.n.l. Hippokrates, nebo ve 2. století př.n.l. Galenos z Pergamu. Rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí. Umírání na rakovinu trvá obvykle dosti dlouho a někdy je spojeno s velkými bolestmi a utrpením, a to jak pacientů, tak i lidí jim blízkých. (Křivohlavý, 1988, s. 122)

Karcinom prsu je onemocnění se starobylou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin. Důkaz je v papyrech, uložených v Britském muzeu v Londýně, z doby 3000 let před Kristem, kde se nachází první zmínka o této chorobě. Chorobou se zabýval Hippokrates, později Galén. Novější historie poznamenána poznáváním charakteru onemocnění a snahami o účinnou léčbu, se datuje od počátku 19. století. Dvacáté století, zejména jeho druhá polovina, bylo ve znamení komplexní multimodální léčby. Současně s tím přicházejí snahy o časnou detekci, snížení mortality a zlepšení kvality života. (Abrahámová, 2003, s.20)

Ačkoli se mnoho lidí domnívá, že rakovina je pouze jediné onemocnění, ve skutečnosti tento termín označuje přes 200 různých druhů chorob. Všechny typy rakoviny však mají jednu společnou vlastnost – nekontrolovatelný růst a kumulaci abnormálních buněk. Normální buňky se chovají podle předem naprogramované genetické sady pravidel, která je pro konkrétní typ buněk jedinečná. Podle tohoto systematického plánu se dělí, dozrávají, odumírají a jsou nahrazovány jinými buňkami. Na rozdíl od nich se rakovinné buňky těmito biologickými zákony neřídí – dělí se rychleji než normální buňky, rostou chaotickým způsobem a řádně nedozrávají. Rakovinné buňky mohou zničit okolní tkáň a mají tendenci se šířit po celém těle, které časem vytvoří hmotu neboli nádor. Jestliže není bujení rakovinného nádoru zastaveno, mohou se abnormální buňky šířit do sousedních oblastí a metastázovat, nebo se mohou šířit tak, že vytvářejí nádory v jiných částech těla.

Rakovina je v naší společnosti nejobávanější nemocí. Pro spoustu lidí je synonymem pro smrt a ani lékařské pokroky toto obecné vědomí nezměnily. Dalším aspektem je pocit bezmoci, neschopnosti nemoc kontrolovat a proces léčby ovlivnit. (Nezu, 2004, s. 12-13)

Rakovina vyvolává mnoho obav, mezi něž patří například strach z bolesti, sociální izolace, imobility, fyzického omezení a velice silný strach z opuštění rodinou a blízkými. (Vaňurová, 2006, s. 27)

Vzniku zhoubných nádorů stěží kdy zcela zabráníme, můžeme se pouze snažit snížit výskyt nádorů v populaci. Ať už se o svůj nádor dotyčný sám zasloužil třeba celoživotním kouřením, nebo mu naopak v ochraně pomohl velmi střídmý život, či dokonce genetickou dispozici ke svému onemocnění nezaslouženě zdědil.

Máme dosud velké rezervy v záchytu nádorů v časných a zcela vyléčitelných stádiích. Tyto rezervy má každý z nás v tom, jak se k prevenci sám postaví. Zda odpovědnost za své zdraví a život vnímá jako svůj vlastní zájem, nebo jako starost a povinnost někoho jiného – lékaře, nemocnice.

Prevence onkologického onemocnění není všemocná, ale preventivní přístup je tou nejúčinnější zbraní, kterou ve válce se zhoubnými nádory máme. Jde totiž bez nadsázky o skutečnou válku, vedenou bez přestání. V České republice zemře na zhoubná nádorová onemocnění ročně asi 28 000 lidí. Mnoho z nich by nemuselo. Proto je v onkologii nejdůležitější zachytit problém včas a z těla ho odstranit, než se začne šířit a než se vymkne kontrole. (Žaloudík, 2008, s. 182-183)

Karcinomy prsu jsou nejčastějším nádorovým onemocněním u žen, jehož výskyty stále stoupají. Vyskytují se nejvíce ve věkové skupině mezi 55-65 lety. Před 30 lety onemocněla v ČR každá 16. žena, dnes je to každá 11-12. Karcinomy prsu u žen mladších 35 let tvoří 11 % všech karcinomů prsu. (<http://www.onko.cz/lekar-karcinom-prsu-mladych-zen/>, cit. 15.3.2013)

Ročně je zaznamenáno kolem 6000 nových případů zhoubných nádorů prsu, přitom až 90% pacientek, u nichž je nádor odhalen včas, může být současnými léčebnými postupy vyléčeno. Rakovině prsu neumíme předcházet, ale máme možnost ji zachytit v časném a vyléčitelném stádiu. Základem je dodržování vhodné životosprávy a k včasnému odhalení

a úspěšnému vyléčení velmi významně přispívá samovyšetření prsu a pravidelné preventivní prohlídky. (Žaloudík, 2008, s. 110-113)

Všechny ženy po 20. roku života by si měly samovyšetřovat prsa každý měsíc po skončení menstruace. Ženy mezi 20 – 45 rokem by měly být vyšetřeny jednou ročně lékařem gynekologem při preventivní gynekologické prohlídce. Ženy od 45 do 69 roku života by měly absolvovat každé dva roky mamografické vyšetření.

Zatím jediným účinným prostředkem je včasné zjištění (screening) a důraz na dodržování zásad zdravého životního stylu. Včasná diagnostika je předpokladem k vyléčení. Zhoubný nádor prsu zjištěný v minimálním rozsahu má při včasné diagnostice a léčbě vysokou pravděpodobnost úplného vyléčení. (<http://www.mou.cz/osvetove-materialy/t2540>, cit. 1.9. 2013)

Na možnost vzniku rakoviny je nutno myslet do čtyřicítky především u žen s vyšším výskytem nádorů v rodině a u těch zajistit sledování ve zvláštním programu. V současné době je vytipováno asi 70 kandidátních genů, jejichž poruchy se přímo účastní na vzniku, růstu a šíření rakoviny prsu. Z celé řady genů, jejichž poruchy mohou přispívat ke vzniku rakoviny prsu, jsou pro preventivní praxi nejdůležitější mutace supresorových genů BRCA1 a BRCA2. Nositelky těchto genů jsou dosud zdravé a mají negativní mamografické a sonografické vyšetření. Riziko, že u nich během života vznikne rakovina prsu, a to v mladším věku než je běžné, je zde totiž velmi vysoká. (Žaloudík, 2008, s. 110-113)

2.1 Vliv stresu a nádorové onemocnění

Přestože velmi stresující životní události prokazatelně způsobují snížení imunitní aktivity, je vztah mezi stresem a rakovinou dosud nevyjasněný. Stále častěji se objevují studie, které prokazují vztah mezi mírou stresu a vznikem nádorového onemocnění. (Angenendt, 2010, s. 44)

Dvojice psychologů Cooper a Faragher (1993) prováděli výzkum zaměřený na ženy, které po biopsii přicházely na kliniku, aby se dozvěděly výsledek histologického vyšetření odebraných vzorků tkáně, zda v jejich případě jde nebo nejde o rakovinu prsu. U všech žen se zjišťoval výskyt těžkých životních situací v průběhu posledního roku na vznik rakoviny.

Výsledky ukázaly, že existence velkých stresových situací před vyšetřením jsou rizikovým faktorem výrazného stresového stavu i rakoviny. Stejně tomu bylo i u žen, které svoje problémy potlačovaly.

Naopak u žen, které svůj vztek a zlost vyjadřovaly nahlas a které měly „pořád co dělat“ byly proti stresu i rakovině prsu téměř imunní. (Křivohlavý, 2002, s. 94)

Další výzkum provedený Grenem a Morisem (1978) jednoznačně potvrdil, že onemocnění rakovinou se projevilo poměrně více u žen, které své emoce silou vůle tlumily. V další výzkumné studii vedené Daltonem byl kromě potlačování emocí zjištěn i vliv deprese - stísněnosti na objevení rakoviny. (Křivohlavý, 2002, s. 95)

Dle B. Baštecké et al. (2003) se „*zhoubné nádory objevují častěji anebo vyvíjejí rychleji u osob, jejichž imunitní systém byl oslaben.*“ Stres působí na imunitní systém, který ovlivňuje reakci organismu při infekčních onemocněních, rakovině a alergiích. (Baštecká, 2003 s. 218)

Doktor Simonton uvádí „*Mezi stresem a nemocí existuje přímý vztah tak jasný, že je možné předpovědět nemoc na základě hladiny stresu v životě člověka. Nejpodstatnější vědecký výzkum stresu provedl ve 20 letech Hans Selye na pražské Karlově univerzitě. Současné studie laboratorních zvířat i lidí jeho výsledky potvrdily a vědci začínají objevovat fyziologické procesy, jejichž prostřednictvím mohou psychické reakce vytvořit pro nemoc vhodné podmínky.*“ (Simonton, 1994, s. 44)

Podle Baštecké můžeme najít téměř ve všech životních událostech prvek ztráty. Ukazuje se, že ztráta blízkého člověka může mít za následek nejen depresi, ale rovněž rozvoj nádorového onemocnění. (Baštecká, 2001, s. 249)

2.2 Léčba nádorového onemocnění

Nádorová onemocnění představují skupinu chorob, které se od sebe liší častostí výskytu, místem a rozsahem postižení, vhodností pro chirurgické léčení, sklonem k zakládání vzdálených metastáz a také různorodostí nemocných lidí. To vedlo k vytvoření multidisciplinárního přístupu k onkologické léčbě. Aby byl zajištěn racionální přístup a optimální výsledek léčby, podílejí se na diagnostickém a léčebném plánu současně odborníci různých

disciplín. Na plánu léčby karcinomu prsu se podílí chirurg, klinický onkolog, radioterapeut, rentgenolog, někdy také patolog a plastický chirurg.

Mezi základní léčebné postupy patří:

- **metody lokální**, které zasahují pouze jedno určité místo:
 - chirurgie,
 - radioterapie,
- **metody celkové (systémové)**, které zasahují celý organismus:
 - chemoterapie,
 - hormonoterapie,
 - cílená (biologická) léčba.

(<http://www.mammahelp.cz/down/hedvika2.pdf>, cit.5.9.2013)

2.2.1 Metody lokální

Chirurgická léčba

Chirurgické výkony v léčbě karcinomu prsu ošetřují nádor v prsu a také spádové lymfatické uzliny. Rozsah obou výkonů je závislý na typu a velikosti tumoru, postižení uzlin, velikosti prsů, umístění tumoru a také na postoji pacientky. Výkony jsou prováděny v celkové narkóze a většinou vyžadují několikadenní pobyt v nemocnici.

Komplikace chirurgické léčby:

- **časně**, obvykle odezní do několika dnů až tří týdnů:
 - **infekce v ráně**,
 - **serom** (hromadění tekutiny pod jizvou),
- **dlouhodobé** – objevují se po několika týdnech až měsících, výjimečně i později, někdy mohou být chronické:
 - **lymfedém** – otok podkoží prsu nebo paže, obvykle se objevuje po rozsáhlejších operacích následovaných ozářením. Léčí se speciálními masážemi, bandážemi,

- **poruchy čítí** – změna citlivosti v okolí pooperační rány, obvykle postupně odezní, někdy v menší míře zůstává trvale.
- **omezení hybnosti** – nejčastěji způsobené stažením operačních jizev a nedostatečnou rehabilitací,
- **postmastectomický syndrom** – soubor příznaků, který se s různou závažností může objevovat po odstranění celého prsu, tzv. fantómová bolest.

Radioterapie – ozařování

Ozařování probíhá ve speciální místnosti s ozařovačem. Provádí ho specializovaní laboranti. Ozařování probíhá každý všední den a obvykle trvá 25 dnů.

Vedlejší účinky radioterapie:

- **Celkové:**
 - **únava,**
 - **poruchy krvetvorby.**
- **Místní (lokální)** – vyskytují se vždy jen v místě, které je ozařováno, a ty se dále dělí na:
 - **akutní** – objevují se obvykle v průběhu ozařování a vždy jsou přechodné, např. kožní reakce,
 - **pozdní** – objevují se za několik měsíců až let po skončení ozařování a jsou trvalé, např. lymfedém (otok a zatuhnutí prsu či stěny hrudní).

(<http://www.mammahelp.cz/down/hedvika2.pdf>, cit.5.9.2013)

2.2.2 Metody celkové (systémové)

Chemoterapie

Chemoterapie je léčba pomocí cytostatik, tj. látek, které se dostávají krevní cestou do celého organismu. Je podávána v tzv. cyklech, které mají určitou délku a podle typu léčby je stanoven i počet opakování cyklu – u karcinomu prsu je cyklus obvykle třítýdenní.

Typ chemoterapie a počet cyklů závisí na typu a rozsahu nádoru, věku a zdravotním stavu pacientky a také na použití dalších léčebných modalit.

Nežádoucí účinky chemoterapie:

- nevolnost a zvracení,
- průjem, zácpa
- vypadávání vlasů,
- teplota,
- změny krevního obrazu,
- změny na sliznici ústní dutiny.

Hormonoterapie

Hormonoterapie je určena pro ženy, jejichž nádory jsou tzv. hormonálně závislé, tj. mají potvrzenou přítomnost hormonálních receptorů v nádorové tkáni. Léčba je závislá na věku, resp. menstruační aktivitě ženy, v době diagnózy.

Vedlejší účinky hormonoterapie:

- **výpadové jevy** – návaly, pocení, změny nálady, únava,
- **gynekologie** – změny děložní sliznice, krvácení,
- **kardiovaskulární soustava** – žilní obtíže,
- **skelet** – osteopenie, osteoporóza, bolesti kostí, kloubů.

(<http://www.mammahelp.cz/down/hedvika2.pdf>, cit.5.9.2013)

Biologická léčba

Biologická léčba je nejmodernější léčba, tzv. cílená, zaměřená proti konkrétní struktuře nádorové buňky. Účinná látka se naváže přímo na nádorovou buňku a způsobí její buněčnou smrt. Je určena pouze pro ty ženy, jejichž nádorové buňky vykazují přítomnost určité cílové struktury. Léčba touto metodou trvá 12 měsíců.

Vedlejší účinky biologické léčby:

- **kardiovaskulární** – poškození srdečního svalu,
- **imunologické** – alergické reakce,
- **onemocnění kůže a sliznice** – vyrážky,
- **únava.**

(<http://www.mammahelp.cz/down/hedvika2.pdf>, cit.5.9.2013)

Důležitějším ukazatelem významného pokroku, ke kterému při boji s rakovinou došlo, je zlepšení v míře přežití. Na počátku dvacátého století se předpokládalo, že pacientů s diagnostikovanou rakovinou přežije jen málo. V letech 1930-1940 byl poměr úmrtnosti asi 1:4. Tento poměr, který se počítá do pátého roku od stanovení diagnózy, se během posledních šedesáti let zlepšil – přibližně u 4 z 10 pacientů s rakovinou se předpokládá, že budou naživu i po pěti letech od stanovení diagnózy. (NEZU, 2004, s. 14)

Ženy, které byly léčeny pro karcinom prsu, musí být sledovány po celý zbytek života v pravidelných intervalech. Cílem je sledovat postupné hojení a včas odhalit případné nové onemocnění. S postupně se prodlužujícím intervalem od stanovení diagnózy a léčby se pravděpodobnost nového onemocnění snižuje. Pravidelné kontroly zajišťuje onkologické oddělení, kde byla pacientka léčena. V prvním roce se provádí kontroly obvykle 1 krát za 3 měsíce, v dalších 2 letech pak 3 krát ročně a poté 2 krát do roka.

2.3 Pozdní následky léčby primárního karcinomu prsu

Pacientka se musí po léčbě často vyrovnávat s následky protinádorové léčby. Tělesná poškození jsou často zdrojem pocitů méněcennosti a podmiňují vznik psychického stresu. U nemocných se může objevit přecitlivělost, citová nevyrovnanost (emoční labilita), někdy až depresivní stavy. Časté jsou také poruchy v sexuální sféře, které rovněž nelze podceňovat. Jsou podmíněny částečně léčbou (chemoterapie může snižovat sexuální touhu), částečně jsou umocněny strachem vyplývajícím z diagnózy nádorového onemocnění, k níž ještě přistupují obavy ze ztráty atraktivity pro partnera (stav po operaci prsu - ablace, ztráta vla-

sů - alopecie). Obnovení normálního sexuálního života je většinou možné, i když si někdy vyžádá delší čas. Někdy je vhodná konzultace s psychologem, sexuologem, případně s psychiatrem. (<http://www.mammahelp.cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny02.php>, cit. 5.5.2013)

Počet lidí, kteří absolvovali onkologickou léčbu, se výrazně zvyšuje, přitom chybí program, který by se cíleně zabýval problémy dospělých pacientů v kompletní remisi po onkologické nemoci.

Problémy jako únava, nespavost a zhoršení kognitivních funkcí jsou v této populaci časté a patomechanismus jejich vzniku je nejasný.

Přibližně 30 % pacientek po dokončené léčbě karcinomu prsu udává mírné až těžké symptomy únavy, přitom únava může přetrvávat až 10 let po diagnóze tohoto onemocnění. Únava má negativní dopad na práci, společenské vztahy a denní aktivity a způsobuje značné narušení tělesných funkcí a celkové kvality života u pacientek po léčbě karcinomu prsu. Tento příznak bývá také spojován s poklesem fyzické aktivity u těchto pacientek.

Konkrétní projevy psychických poruch indukovaných onkologickou diagnózou a léčbou a také odpověď na různé druhy terapie se můžou lišit. Vzhledem k relativně malé dostupnosti psychoterapie a nízké ochotě pacientů podstupovat dlouhodobější psychoterapii je většina nemocných s výše uvedenými stavy léčena u nás psychofarmaky, což neznáma vede k dalšímu zhoršování kognitivních funkcí a vzniku lékových závislostí.

Pacienti s onkologickou diagnózou v dlouhodobé kompletní remisi (přežití 5 let a více bez známek nádoru) mají kratší očekávanou dobu života ve srovnání s jejich vrstevníky, kteří nádorovou nemoc neprodělali. (<http://www.linkos.cz/asco/chapter/cena-uspechu-pozdni-nasledky-lecby-primarniho-karcinomu-prsu/> cit. 5.5.2013)

3 PSYCHOONKOLOGIE

Psychoonkologie znamená profesionální péči o průvodní psychické obtíže onkologicky nemocných. Netýká se ovšem jen pacientů, ale také jejich rodinných příslušníků a zároveň lékařů a sester na onkologických klinikách. Psychoonkologie je interdisciplinární obor, který je z odborného pohledu průsečíkem onkologie, imunologie, endokrinologie, psychologie a sociologie. Jedním z hlavních cílů tohoto vědního oboru je zjistit, v jakých oblastech lze pacientům pomoci při překonávání potíží spojených s onemocněním. Jde při tom o všechny duševní faktory, které s rakovinným onemocněním mohou souviset, a především o ty, které mohou napomoci zdárnému překonání choroby.

Psycholog Mgr. Klimeš rozděluje pacienty s chorobou, která může skončit smrtí, z hlediska jejich prožívání do pěti skupin, jak jimi pacienti postupně procházejí:

- *„Nemocní, kteří o své nemoci ještě nevědí – zde nejsou žádné poruchy přizpůsobení, šokové fáze, změny identity apod.*
- *Nemocní, kteří se o své chorobě dozvěděli nedávno – dozvědět se o své nemoci znamená přebudovat svou identitu z **jsem zdravý člověk na jsem vážně nemocný, možná zemřu.** Každá extrémně náročná situace, tak i nemoc dělí lidi na další dvě skupiny:*
 - *první zjištění nemoci bývá extrémně silné,*
 - *další opakování bývá již slabší – jedná se o očkovací účinek.*
- *Pacienti uprostřed léčby – liší se prožívání starších a mladších pacientů. Starší snášejí léčbu hůře fyzicky, mladší naopak psychicky a ekonomicky, proto potřebují pomoc spíše ekonomickou než psychickou.*
- *Pacienti v rekonvalescenci – bývají zaskočení nezvykle dlouhou dobou rekonvalescence.*
- *Pacienti s relapsem, se špatnou prognózou, eventuálně v terminálním stadiu - tito pacienti snášejí hůře návrat choroby a vidinu další, těžší léčby. Relaps také předpokládá opětovnou změnu identity, při které je hrozba možné smrti mnohem hmatatelnější.“* (http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/onkologicky_pacient.html, cit.10.5.2013)

Kvalita lidského života je jistě problematická kategorie. Důležitým faktem zůstává, že je především hodnotou individuální a nejednoznačnou. Lze také říci, že není nutně synonymem radosti, ale především nepřítomnosti bolesti a strachu. Je však možné uvažovat o kvalitě života v nouzi, kterou je vážná, chronická, nebo nevyléčitelná nemoc? Určitě to možné je. I v přítomnosti nemoci, které dáváme přívlastky zhoubná, nevyléčitelná, chronická, chce nemocný především žít, doufá v něco, nebo v někoho, hledá útěchu, hledá možnosti života a “svou” kvalitu života. I v podmínkách sebevíc komplikovaných dlouhodobou a vážnou chorobou je důležité ze strany zdravotníků, příbuzných a přátel nemocného maximálně psychicky podepřít, vést a hledat smysluplnou a kvalitní cestu životem.

(<http://www.mojemedicina.cz/uvod-do-problematiky-kvality-zivota-obecne-a-na-onkologii/>, cit. 30.9.2012)

V průběhu léčby se může stát, že se nemocný dostane do velmi intenzivního prožívání pocitu beznaděje nebo smutku. Tento stav je lehce rozpoznatelný lékařem, který zpravidla zavolá na pomoc psychologa, aby do tohoto ponurého prožívání pomohl vnést trochu světla. Po odeznění krizového stavu pak může následovat individuální psychoterapeutická práce. Psychoterapeutická intervence probíhá pak v ambulanci psychologa, tak v podobě skupinové psychoterapie v relaxační místnosti. Pro kontakt s psychologem není potřeba žádných příprav, samozřejmostí je diskrétnost a mlčenlivost.

(<http://www.mou.cz/psychologicky-pruvodce-pro-onkologicky-nemocne/t2063>, cit. 5.2.2013)

Lidská psychika se v krizových situacích uchyluje k nejrůznějším mechanismům, které pomáhají k bezprostřednímu zachování funkčnosti sebe samého. Model „obran“ vychází z psychoanalýzy. Cílem obrany je vytlačit do nevědomí ohrožující fantazie a pocity. Obrana se většinou zruší sama od sebe v okamžiku, kdy je zažehnáno nebezpečí nebo situace již není vnímána jako život ohrožující. (Angenendt, 2010, s. 93-94)

Velmi důležitá je pro onkologické pacienty informovanost. Když se totiž neznalost nahradí informacemi, může se předcházet mnoha nejistotám. Zdrojem informací jsou zpravidla lékaři, nemocnice, knihovny, edukační centra, vědecké časopisy, publikace, internet. Vyrovnat se s nemocí je náročný úkol. Mnoho lidí to však zvládá dobře, dokážou dál chodit

do práce, setkávat se s přáteli, chodit do divadel, jednoduše řečeno – žijí stejně kvalitně jako před nemocí.

Dokážou se těšit, věnovat se svým zálibám přesto, že mají onkologické onemocnění. Někdy se však dostanou do stavu, kdy si prožívají úzkost, smutek, beznaděj a strach i tohle všechno však k nemoci patří. Není to nic neznámého, nebo výjimečného. Přesto je dobré vyhledat pomoc u odborníka. V současnosti je zcela přirozené, že členem lékařského týmu je také psycholog, někdy i psychiatr a sociální pracovnice. V dnešní době je tato péče nedílnou součástí komplexní léčby.

3.1 Psychosociální důsledky rakoviny

Každá žena, která se právě dozví, že má rakovinu, se zhroutlí do šoku. Každý šok zpravidla během několika hodin odezní. Zůstává ale strach a úzkost.

Žena je zahlušena jedinou směsicí stále se opakujících myšlenek: Mám rakovinu, umřu, ale proč? Proč já? Je to za trest? Proč je všechno proti mně, vždyť je nespravedlivé, že musím umřít!

Pokud tyto děsivé myšlenky říká žena nahlas, je to pro podporující blízké, pro její okolí dobré. Mohou reagovat poskytováním laické podpory – odclonit její utkvělé představy a myšlenky tím, že zapojí ženu intenzivně do aktivit rodiny, chtějí po ní, aby plnila běžné úkony, na které je zvyklá, jen z nich vypadla.

Stejně často se stane, že žena se uzavře do sebe a své hrůzné představy dusí a tváří se jako klidná a chápající svůj zdravotní stav. To je nebezpečná psychická situace a je třeba se poradit s praktickým lékařem nebo vyhledat pomoc klinického psychologa, který se zabývá psychosomatickou terapií. Žena se ale může octnout v psychicky zcela nepříznivém stavu, ve stavu deprese. Je to dlouhodobý stav změny nálady, prohloubené úzkosti a strachu, těžkého stresu – distresu. Myšlení se zpomaluje, žena cítí sebelítost a méněcennost. Také ztrácí zájmy, odmítá sex, má svíravý pocit na hrudi a je extrémně unavená proto, že pokud pozdě večer usne, budí se po dvou, třech hodinách zcela vyčerpaná.

Pokud se žena nezbaví deprese (a ta čeká s různou silou a dosahem na každou ženu s touto diagnózou), bude její přijímání léčby ztíženo, tělo se bude bránit a znovunabytí zdraví se oddálí. V takové situaci pomohou jedině odborníci, lékaři, psychologové. Velmi důležitým léčebným prvkem je správně volená psychoterapie. Je velkým štěstím pro nemocnou ženu,

pokud má ve svém okolí někoho, kdo ji pomůže vstřícným jednáním a trpělivostí převést se přes těžké období léčení a rekonvalescence.

Nezapomínejme, že každá podpůrná osoba si zaslouhuje nejen naši úctu, ale také pomoc podobného charakteru, jakou poskytuje ona sama nemocné ženě.

(<http://www.linkos.cz/psychika-onkologicky-nemocneho/zmeny-psychiky-u-zen-s-onkologicky-onemocnenim/> cit. 20.11.2012)

U pacientů s rakovinou je možné dobře pečovat o jejich léčebné potřeby, ale často se přehlíží jejich potřeby psychosociální a emoční. Nejběžnějšími typy emočních psychických potíží pacientů s rakovinou jsou deprese a úzkosti. Rakovina vyvolává mnoho stresorů a může vést k závažnému omezení kvality života. U lidí, kteří v minulosti dobře zvládali i významnější nepříznivé životní události, se při rakovině a její léčbě značně zvyšuje hladina stresu dokonce i při vykonávání běžných denních úkonů. Weisman a Worden (1976 – 1977) označili tento stav pacientů s rakovinou jako „*existenční tíseň*“ v situaci, kdy může být ohroženo samotné fyzické přežití člověka. (Nezu, 2004, s. 22-23)

Život s rakovinou vyžaduje značnou přizpůsobivost změnám. Významné psychosociální přizpůsobení vyžadují např. biologické změny, které se dotýkají fyzického vzhledu, jako je ztráta vlasů dále hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu. Tyto změny mohou negativně ovlivnit pohlavní život, duševní zdraví a celkově tělesnou i duševní pohodu. Léčba vyžaduje určité změny v chování, např. je třeba pozměnit stravovací návyky, čímž dochází ke změně v životosprávě pacientů. Mezi další problémy patří především únava a svalová slabost.

Dochází i k problémům v sociální oblasti. U pacientů s rakovinou je vyšší riziko infekce, proto jsou omezeni v aktivní účasti na společenském životě. Pacienti se musí také vyrovnávat s praktickými potřebami, jako je zajišťování dopravy k lékaři, vykonávání běžných denních potřeb, jako je příprava jídla nebo chůze do koupelny a koupání. Během léčby tak někdy dochází k omezení nezávislého způsobu života. (NEZU, 2004, s. 23-25)

Nemoc pacientům přináší také přechodnou možnost jednat otevřeněji v emoční oblasti. Může se stát prostředkem k uspokojení těch potřeb, které nejsme schopni naplnit na vědomé úrovni. Přináší mnoho bolesti a utrpení, ale také řeší problémy. Nemocí je možné nejen

něco ztratit, ale i získat, např. více lásky a pozornosti, menší zodpovědnost, méně povinností, tzv. „dovolenou“ v zaměstnání.

Lidé trpící rakovinou často staví potřeby druhých lidí nad své vlastní a velmi obtížně získávají svobodu a nezávislost jinak než prostřednictvím nemoci. Období nemoci pro ně může být vlastně jediným obdobím, kdy si dovolí starat se jen o sebe, aniž by měli pocit viny nebo potřebu to zdůvodňovat.

Nemoc sice může působit jako přechodná úleva, ale může to být také past. Očekává-li nemocný pozornost, lásku, klid a uvolnění pouze v nemoci, pak má určitá stránka jeho osobnosti sklon zůstat nemocná. Je to však příliš vysoká cena za vyřešení problémů, které lze odstranit pouhou změnou životních pravidel. (Simonton, 1994, s. 96)

3.2 Psychologický přístup k léčbě rakoviny

„Již v dřívějších dobách se lékaři v pohledu na vznik a vývoj rakoviny snažili o širší než biologický přístup. Ve 2. století našeho letopočtu např. Galénos pozoroval, že melancholické ženy onemocní rakovinou prsu častěji než ženy vyrovnané a veselé. Geron zase v roce 1701 napsal, že rakovinu vyvolávají strach a hluboký žal. Guy v r. 1769 tvrdil, že rakovinou jsou více ohroženy ženy s hysterickými a nervovými potížemi. Walsche v roce 1846 uvedl, že duševní útrapy, náhlé rány osudu a přežívající trdomyslnost mohou podněcovat vývoj zhoubných nádorů.“ (<http://www.mou.cz/ostatni-informacni-materialy/t2544>, s.45, cit. 15.1.2013)

Každý z nás nepřímo ovlivňuje vlastní zdraví myšlenkami, pocity, přístupem k životu, přímo pak pohybem a cvičením. Doktor Simonton se zabýval pacienty, kteří byli svými lékaři označeni za nevléčitelné a kteří měli před sebou jeden rok života. *„Pokud tito lidé věřili, že medicína je tím jediným, co je může zachránit, a lékař, jim pak sdělí, že medicína jim už není schopna pomoci a že jim zbývá jen pár měsíců života, mají pocit, že jsou v koncích a bezmocní, a většinou také očekávání svého lékaře splní a zemřou. Pokud ale zkoncentrují veškerou svou sílu a začnou se na svém uzdravování aktivně podílet, mohou si prodloužit život a výrazně jej zkvalitnit.“* (Simonton, 1994, s. 17)

Dr. Eugene P. Pendergrass, prezident Americké onkologické společnosti, už v roce 1959 zdůrazňoval nutnost léčit nemocného jako celek, nikoli pouze tělesné projevy rakoviny.

Jeho význam spočíval v tom, že psychické faktory mohou tělesný stav zhoršovat, ale i zlepšovat.

„Existují důkazy o tom, že průběh nemoci je všeobecně ovlivňován duševním stavem. Proto lékaři musí klást důraz na léčení nemocného jako celku, stejně jako nemoci, kterou trpí.“
(Simonton, 1994, s. 32-33)

Jedna z nejlepších studií, zabývajících se psychickými stavy a rakovinou, je uvedena v knize psychoanalytičky Elidy Evansové „Psychologická studie rakoviny“. Evansová zkoumala anamnézy sta pacientů s karcinomem a zjistila, že většina z nich před propuknutím nemoci ztratila nějakou důležitou citovou vazbu. U pacientů objevila sklon upřednostňovat potřeby druhých před potřebami vlastními. Byla proto přesvědčena, že *„rakovina je vlastně symptomem jiných nevyřešených problémů v životě nemocného.“* (Simonton, 1994, s. 55)

Názory na vliv nadměrného nebo dlouhotrvajícího stresu na vznik nádorového onemocnění jsou v současné době všeobecně známé. Stres je definován jako soubor reakcí na vnitřní nebo vnější změny, narušující normální chod funkcí v organismu nebo dokonce ohrožující jeho existenci. Hlavním úkolem stresové reakce je co narychleji zmobilizovat energii k obraně. Stresogenní podněty nejčastěji pocházejí z našeho společenského prostředí, nemůžeme zmobilizovanou energii vyčerpat fyzickou silou ani křikem a vzrušené emoce potlačujeme ve svém nitru. Naše reakce, která se zatím změněnému způsobu života nepřízpůsobila, je tedy neúčelná a při častějším opakování škodlivá.

(<http://www.mou.cz/ostatni-informacni-materialy/t2544s.47>, Několik rad pro onkologicky nemocné, s. 47, cit. 15.1.2013)

Podle Simontona je předpokladem návratu ke zdraví změna pacientova postoje k nebezpečné nemoci tak, aby si zachoval naději. Věřil, že postoj nemocného k léčení je významným faktorem pro skutečné uzdravení.

Tab. 1. Vliv myšlenek pacienta na jeho onemocnění

Negativní očekávání	Pozitivní očekávání
Rakovina je synonymem pro smrt.	Rakovina je nemoc, která může, ale nemusí být smrtelná.
Rakovina je čímsi, co odněkud udeří a my máme naději to ovlivnit.	Vlastní obranný systém těla je úhlavním nepřítelem rakoviny, ať vznikla jakkoli.
Léčba je drastická a neúčinná a mívá mnoho nepředvídatelných vedlejších účinků.	Léčba může být důležitým spojencem, „přítelem v nouzi“, který podporuje vlastní obranyschopnost těla.

(Simonton, 1994, s. 70-71)

Neexistuje onkolog, který by si nekladl otázku, proč jeden nemocný zemře, zatímco jiný se s potencionálně stejnou prognózou a léčbou uzdraví. Odpovědi na tuto otázku směřují k emočním a psychickým faktorům v nemoci i ve zdraví:

- Existuje silná vazba mezi stresem a nemocí.
- Výskyt rakoviny u laboratorních zvířat výrazně roste, jsou-li umístěna ve stresujícím prostředí.
- Existují naprosto jiná procenta výskytu rakoviny u pacientů s rozdílnými druhy psychických a emočních problémů. (Simonton, 1994, s. 42-43)

Prožívání nemoci onkologických pacientů je velmi proměnlivé. Vše záleží na dynamice, subjektivních pocitech, rozdílnosti potřeb apod. Přejechy mezi fázemi a stavy pacienta mohou být velmi rychlé. Po mnohaměsíční stagnaci se může nečekaně rozjet další fáze a to vyžaduje od profesionálů velkou flexibilitu. Na tento zlom by měli být profesionálové připraveni, protože v této chvíli narůstá ochota nemocného popovídat si o svých citech, prožitém životě či vyhlídkách do budoucna a také potřebu řešit otázky, které dosud dotýčný jen popíral.

Deset nejdůležitějších doporučení pro onkologické pacienty:**Rada č. 1 – Bud'te aktivním pacientem!**

Staňte se aktivním partnerem v medicínském rozhodování. Abyste mohli být aktivním partnerem lékaře, měli byste získat dost informací, porozumět podstatě nemoci a jejího léčení.

Rada č. 2 – Hledejte pravdu o své nemoci!

Hledejte a poznejte pravdy ohledně své nemoci a ohledně vašich vyhlídek do budoucna (prognózy). Snažte se porozumět zvláštnostem vaší vlastní nemoci.

Pozor - neklad'te otázky, dokud nejste připraveni na odpovědi! Většina nemocných akceptuje rozhodování samotného lékaře. Zkušenosti však ukazují, že k lepším rozhodnutím lze dojít, když je pacient dobře informován a aktivně se na rozhodování podílí.

Rada č. 3 – Hledejte nejlepší odbornou radu!

Požadujte názor jiného odborníka, když je tento názor odlišný od prvního doporučení, žádejte třetí, nebo i čtvrté doporučení od dalších specialistů. Váš lékař může s vaším svolením zapůjčit naše lékařské nálezy jinému odborníkovi k vyslovení druhého názoru.

Rada č. 4 – Hledejte důvěru ve svého lékaře!

Posuďte nejprve, jak velká je zkušenost vašeho lékaře v léčení vašeho určitého typu nádoru, zvláště pokud jsou nezbytné složité postupy nebo se využívá nových léčebných metod.

Rada č. 5 – Hledejte špičkové pracoviště!

Jestliže vaše onemocnění má špatnou prognózu, hledejte vynikající pracoviště alespoň pro zjištění druhého názoru.

Rada č. 6 – Řid'te se vlastními hodnotami!

Nedovolte svým pečovatelům, aby promítali své cíle, očekávání a hodnoty do vás, řid'te se vlastními přáními a předsevzetími.

Rada č. 7 – Ekonomická stránka léčení

Uvědomte si, že moderní diagnostika a léčení nádorových onemocnění pomocí velmi nákladných moderních přístrojů, vyšetřovacích metod a léků je nesmírně nákladná a má-li být účinná, je třeba přesně dodržovat veškerá doporučení vašeho lékaře.

Rada č. 8 – Využijte k boji každý den!

Najděte si lékaře, kterému důvěřujete, ale neočekávejte, že bude za všech okolností vždy dokonalý.

Osvědčený přístup k léčbě je využít každý den a nedat nádoru šanci růstu odkladem vyšetření a léčby. Jednejte cílevědomě, snažte se činit správná rozhodnutí a neohlížejte se zpět, šetřete veškerou fyzickou i mentální energii, abyste tolerovali léčbu a přemohli svou nemoc.

Rada č. 9 – Léčit potřebuje nejen tělo, ale i duše!

Co když se nemoc vrátí a zejména bude-li to spojeno s bolestmi? V takovém případě byste měli vědět, že v současnosti je možnost i dlouhodobě tlumit jakoukoliv bolest a že existují odborníci na léčbu bolesti, kteří by v takové situaci byli schopni se o vás i dlouhodobě postarat. Nezapomeňte léčit svou mysl podobně jako své tělo. Poté, co jste porozuměli své nemoci, našli nejlepšího možného lékaře a dostáváte nejlepší možnou léčbu, musíte se ještě vypořádat s náročnými mentálními stránkami onemocnění nádorem. Moderní účinná protinádorová léčba může být často spojena s nepříjemnými, byť i jen dočasnými potížemi.

- Jak zvládnou náročnou léčbu?
- Mám sdílet či potlačit své obavy a pocity se svými milovanými a s dětmi?
- I když bude mít má nemoc dobrou prognózu, jak budu schopen žít od kontroly ke kontrole?
- Co když se nemoc vrátí?
- Co mám dělat, abych posílil své tělo i duši pro boj s rakovinou?

Rada č. 10 – Váš přístup je Vaší nejmocnější zbraní proti rakovině!

Váš přístup a vaše víra v uzdravení jsou nejmocnějšími zbraněmi proti rakovině.

(<http://www.linkos.cz/lecba-17/desatero-onkologickeho-pacienta/> cit. 10.11.2012)

4 KOMUNIKACE

Lidská řeč jako komunikační prostředek se vyvíjí od narození. První stadium představuje broukání a nápodoba, následují jednoslovné věty, krátká spojení a postupné tvoření vět. Zhruba na přelomu třetího a čtvrtého roku dítě vyjadřuje své myšlenky obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Další vývoj se týká převážně kvantitativní stránky řeči. (Janáčková, 2008, s. 13)

„Komunikace je vzájemně komplementární jev, v němž se střídá role komunikátora, tedy toho, kdo něco sděluje a role komunikanta, toho, který přijímá to, co je obsahem sdělení.“
(Vízdal, 2010, s. 94)

Komunikací se tedy rozumí sdělení určitých informací různými prostředky – ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním způsobem. Probíhá mezi dvěma nebo více lidmi či s pomocí sdělovacích prostředků, televize, rádia, telefonu, internetu. Komunikace probíhá aktivně i pasivně. Zprávy by měly být jasné a srozumitelné. Zdrojem informací o druhém člověku není jen to, co říká, ale i to, jak se chová a jak jsou jednotlivé akty jeho chování druhými lidmi interpretovány.

Podle druhu komunikačních prostředků hovoříme o komunikaci slovní – verbální a neslovní – neverbální.

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Mluvená a psaná řeč tvoří základ verbální komunikace.

Základní je jednosměrná komunikace, chápeme ji, když čteme knihu, ale hůře snášíme monolog partnera v hovoru. Lidé mají potřebu na sdělení reagovat. Vnitřní řeč je také komunikace, zvažujeme, analyzujeme chování své i jiných. Do procesu komunikace vnášíme svou individualitu, dáváme jedinečný ráz všem projevům. Nejvýznačnější je učení v rodině, komunikační zvyky si dítě nese dál, pokud se mu nepodaří je rozvinout, potýká se s obtížemi v mezilidských vztazích celý život. Komunikace také předpokládá ochotu a vůli komunikovat. (Vízdal, 2010. s. 95)

Neverbální komunikace je sdělování informací pomocí mimiky, posunků, výrazem obličeje, gesty, intonací řeči, tónem hlasu. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili, nebo také úplně nahradili, vyjadřujeme jí své emoce a interpersonální postoje. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální komunikace. Neverbální projevy jsou společný světový jazyk, ale mají svá nářečí, ta mohou být někdy velmi odlišná. Mluvení a jednání probíhá současně. Komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem a činy. Důležité není ani tak to, co člověk chce neslovní komunikací sdělit, nýbrž to, jak je jeho neslovní komunikace druhými lidmi vnímána a hlavně interpretována. (Vízdal, 2010. s. 102)

Lidé, kteří spolu hovoří, si nesdělují jen informace, ale také vzájemné vztahy, pocity či nálady. Pocity a vztahy jsou často předávány neverbálně, zabarvením hlasu, frázováním, hlasitostí apod. Slovo je však stále dominantou. Můžeme z neverbálních projevů a jednání druhého vycítit, či vysledovat, že je něco v nepořádku, ale o co jde, to nám komunikující musí slovně vysvětlit již sám.

Sociální komunikaci rozumíme proces sdělování významů mezi lidmi. Předpokladem pro komunikaci je existence komunikačního vztahu mezi účastníky. Komunikace zpravidla souvisí se společnou činností, vzájemným působením a se společenskými vztahy mezi lidmi.

V sociální komunikaci je nejčastějším komunikačním prostředkem verbální komunikace. Nejvýznamnější informace, které v rozhodující míře ovlivňují vztah mezi dvěma nebo více lidmi, jsou vzájemné informace o sdíleném vztahu. Zdrojem informací není jen to, co kdo říká, ale i to, jak se chová, jak jsou jednotlivé akty jeho chování druhými lidmi interpretovány. Při interpretaci chování druhého člověka se kromě atributu vlastností i motivů chování uplatňuje i laická psychologie s řadou chyb, omylů, předsudků a stereotypů. (Vízdal, 2010, s. 103-104)

„V odborné literatuře se setkáváme také s pojmem zdravá komunikace, která je považována za nutnou podmínku duševního zdraví. Má dokonce objektivně prokázané terapeutické účinky u onkologických pacientů. Během jejich léčby se jim dostává emoční a sociální opory a přežívají objektivně déle ve srovnání se stejně nemocnými pacienty, jimž se emoční a sociální opory nedostává.“ (Vízdal, 2010, s. 96)

4.1 Komunikace a etika ve zdravotnictví

Komunikace je jednou z nejdůležitějších forem výměny informací mezi zdravotníky, pacienty a jejich příbuznými. Pomocí komunikace se získávají důležité informace o zdravotním stavu pacienta, jeho příčinách i aktuálních obtížích. Zdravotníci zase informují o léčbě, jejím průběhu a léčebných postupech, režimu v nemocnici a vzájemné pomoci. Komunikace vytváří vzájemný most mezi pacienty a zdravotníky. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem.

Při každodenním kontaktu s nemocným, mu zdravotníci poskytují oporu a pomoc v těžkých chvílích. Aktuální stav nemocného ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci či významu sdělení. Komunikace není jen mluvení, ale i sdělování a získávání informací.

„Mezi základní požadavky zdravotnické komunikace patří vždy vědět, CO chceme říci a vždy se umět rozhodnout, KDY, KDE a JAK informace nejlépe podat.“ (Janáčková, 2008, s. 12)

Úcta k člověku jako lidské bytosti by měla být základním prvkem jakéhokoli rozhovoru ve zdravotnictví.

Specifika komunikace v jednotlivých oborech medicíny vycházejí:

- *„z psychologického mechanismu nemoci (fáze psychického prožívání),*
- *ze závažnosti postižení (lehké, středně těžké, těžké, ohrožující život, smrtelné),*
- *z místa postižení (sociálně viditelná – obličej, ruce, výstřih, místa viditelně postihující některou tělesnou funkci – např. kulhání),*
- *z míry bolesti (akutní bolest, chronická bolest, utrpení),*
- *z míry eventuálního dlouhodobého poškození.“* (Janáčková, 2008, s. 87)

Vztahy mezi lékaři a pacienty se v čase proměňují, avšak vždy a za všech okolností se řídí minimálně dvěma morálními imperativy:

- *„Salus aegroti suprema lex – Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem,*
- *Primum non nocere – Především neškodit.“* (Ptáček, 2011, s. 20)

Komunikace s pacientem a jeho příbuznými je v onkologii velmi náročná a samotné sdělení onkologické diagnózy je obtížným předmětem komunikace.

„K lékařskému umění patří jak cit pro sdělení závažných informací, tak i schopnost navrhnout pro pacienta přijatelná řešení. K lékařskému umění patří i schopnost mlčet, případně nonverbálně projevit svou účast, je-li celkové utrpení pacienta nemožné slovy ovlivnit. K lékařskému umění patří především jednat tak, že pacient ses cítí být akceptován jako plnohodnotný člověk a rovnoprávný partner lékaře ve smyslu nejen rovných práv, ale také rovné lidské důstojnosti.“ (Opatrná, 2008, s. 73)

Komunikace a vztah lékař – pacient a lékař – příbuzný nemocného je tématem, které spadá jak do lékařské etiky, tak do lékařské psychologie.

Zásady a předpoklady správné komunikace ve zdravotnictví:

- **Akceptace** – zdravotník akceptuje/přijímá bez výhrad nemocného jako bytost, která má svou důstojnost, která si zasluhuje úctu a respekt.
- **Empatie** – schopnost vcítit se do pacientovy situace, vciťující se porozumění jak bych se v situaci cítil já, co bych nejvíce potřeboval).
- **Autenticita** – opravdovost, důvěryhodnost.
- **Schopnost mlčet a aktivně naslouchat.**
- **Schopnost jasného vyjadřování** – pochopitelného a srozumitelného pro daného nemocného.
- **Schopnost nezahltit pacienta množstvím informací.**
- **Informovat pacienta a následně rodinu, pokud pacient souhlasí.**
- **Podávat jen pravdivé informace.**
- **Vyrovnanost s vlastní smrtelností a schopnost překonávat vlastní úzkost a strach.**
- **Schopnost navodit důvěru.**

„Neexistuje, a ani nemůže existovat, univerzálně platný návod, jak nepříznivé informace sdělovat. Vždy se musí jednat o vysoce individuální přístup k nemocnému.“ (Opatrná, 2008, s. 107-108)

„V současné době je přijímán odbornou veřejností názor, že pacient má být informován pravdivě o své nemoci. Tento názor však zapomíná vzít v úvahu psychický stav pacienta v danou chvíli i jeho celkový duševní stav. Pacienta je třeba informovat způsobem přiměřeným jeho chápání. Po tomto prvním kontaktu, pak-li že byl správný, bude pacient ochoten k další spolupráci s lékařským a ošetrovatelským týmem. Lékař dává najevo pacientovi jeho pozitivní snahu cítit se platným partnerem v boji o své zdraví. V této činnosti by měl lékař projevovat trpělivost, opravdový zájem o svého pacienta a nikdy ale opravdu nikdy mu nebrat naději.“ (<http://www.mojemedicina.cz/psychologie-a-komunikace/akceptace-potreb-onkologickyh-pacientu/>) cit. 15.5.2013)

Ne vždy však lékaři dokážou odhadnout aktuální stav pacienta, tzn., zda zvládne lékařovo sdělení o svém aktuálním zdravotním stavu. Psychický stav pacienta by měl být na prvním místě.

Prof. Pavel Pafko z Fakultní nemocnice v pražském Motole: *„Pravda, ať je jakákoliv, má být nemocnému sdělena. Nebo je to jinak? Lékař může v nezbytném rozsahu zadržet informaci o nepříznivé diagnóze nebo prognóze, lze-li důvodně předpokládat, že by úplná informace mohla pacientovi způsobit závažnou újmu. Takže je eticky zdůvodnitelné zamlčet před nemocným část pravdy? Podle mého přesvědčení jednoznačně ano.“* (http://zena.centrum.cz/zdravi/clanek.phtml?old_url=zdravi/zdravi-a-my/2007/10/26/clanky/profpafko-rikat-pravdu-nebo-ne/, cit. 15.5.2013)

Prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc., přednosta Kliniky radiační onkologie Masarykova onkologického ústavu v Brně: *„Sdělení pravdy závisí na stavu pacienta. Pokud je prognóza dobrá, říkám otevřeně pravdu. U nepříznivé předpovědi je odpověď nutně korigovat s ohledem na aktuální stav nemocného, a to musí poznat onkolog při klidném a citlivém pohovoru s pacientem.“* (<http://www.blesk.cz/clanek/radce-chat-s-odbornikem/190538/chat-s-odborniky-ma-se-pacientum-s-rakovinou-rikat-pravda.html>, cit. 15.5.2013)

Doc. MUDr. Michal Zikán, Ph. D. z Onkogynekologického centra Gynekologicko-porodnické kliniky U Apolináře v Praze: *„Vztah lékaře a pacienta musí být založen na vzájemné důvěře. K tomu jednoznačně patří i sdělování nepříjemné pravdy. Lékař by však*

měl vždy odhadnout, jak pravdu sdělit, a ponechat naději – když už ne na vyléčení, tak na zajištění dobré kvality života.“

<http://www.blesk.cz/clanek/radce-chat-s-odbornikem/190538/chat-s-odborniky-ma-se-pacientum-s-rakovinou-rikat-pravda.html> cit. 15.5.2013

„Základem vztahu mezi lékařem a pacientem je slušnost a vzájemná úcta, ale i respekt vůči důstojnosti člověka v jeho zdraví i nemoci. Pacient musí věřit lékaři, že udělá vše, co bude v jeho silách, aby mu od jeho utrpení pomohl. Lékař je tím, kdo má ze všech sil pacientovi pomáhat, tím, kdo nikdy nesmí zneužít jeho nouze a zoufalství nebo své informační převahy k vlastnímu prospěchu. Bez vzájemné důvěry je úspěšná léčba prakticky nemožná.“

(http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/02_lekarska_etika_pod_tlakem-100373.pdf, cit. 1.9.2013)

4.2 Komunikace v rodině

Komunikace rodiny s onkologickým pacientem není jednoduchá. Je velmi důležité, aby pacientka měla emociální a sociální oporu blízkých. V době, kdy se žena dozví svoji diagnózu, zažívá šok, smutek, pocity beznaděje a bezmoci, depresi. Může trpět prudkými výkyvy nálad od sebelítosti až po zlobu a rodina se pak komunikace může obávat a mít tendenci se jí vyhýbat.

Partner a ostatní členové rodiny jsou však také v těžké situaci, stejně jako nemocná žena. I oni prožívají muka, mají strach o její život, připadají si bezmocní a bezradní, a přitom však vědí, že jí musí být oporou a musí být shovívaví.

Nemocná žena potřebuje, aby s ní někdo byl, naslouchal jí, dotýkal se jí a snažil se pochopit její potřeby.

„Největší pomocí nemocné ženě ze strany rodiny je:

- *orientovat se v problematice, zjistit si co nejvíce informací o rakovině prsu,*
- *doprovázet ji do nemocnice, mluvit s lékaři, sledovat vývoj situace,*
- *pozabuzovat její schopnost starat se o sebe a vyjádřit ji obdiv za to, jak je silná,*
- *vyjádřit radost z každé známky zlepšení a dát jí najevo, že vypadá lépe,*
- *věnovat se společným činnostem, jít za kulturou, pobavit se,*

- *trávit s ní co nejvíce času.*“ (<http://www.amelie-os.cz/cz/psycho-socialni-pomoc-onkologicky-nemocni-rodina-rakovina/brozura-psychosocialni-minimum/jsem-blizky-onkologicky-nemocneho>, cit.8.8.2013)

V průběhu léčení onkologických pacientů má velmi důležitou roli kvalitní rodinné zázemí a podpora ze strany nejbližších.

Autentický úryvek ženy: *„V době, kdy jsem onemocněla, jsem žila sama, děti se již osamostatnily, byla jsem rozvedená. Moje Lucka se o mě tak bála, že mě všude doprovázela a po každé chemoterapii se ke mně nastěhovala alespoň na dva dny, abych nebyla sama. Upravila si svoje pracovní povinnosti tak, abychom všechno zvládaly spolu. Ze začátku jsem byla svým onemocněním tak ochromená, že jsem byla moc ráda za její pomoc“* (<http://www.mammahelp.cz/nezustavej-sama-hanka.php>, cit. 30.8.2013).

U nás existuje mnoho organizací, které plní důležitou laickou podpůrnou pomoc onkologicky nemocným pacientům. V těchto organizacích se členové pravidelně setkávají a mají možnost vzájemně si sdělit různé poznatky, zkušenosti a pocity z průběhu léčby a následně společně lépe čelit úskalím onemocnění. Tyto organizace pomáhají nejen pacientkám, ale často i jejich rodinným příslušníkům.

Manžel ženy, která se léčila s rakovinou prsu, se podělil o svoji zkušenost:

„Navštívil jsem odborníka pro pomoc onkologicky nemocným, protože jsem chtěl informace o nemoci a léčbě své ženy, o kterou pečuji a mám pocit, že to nezvládám. Sehnal jsem celou řadu informací – po internetu, od známých, v lékárně, nakoupil preparáty. Rád bych, aby žena změnila jídelníček. Rád bych situaci nějak řešil, peníze nejsou problém. Přál bych si, aby žena byla zdravá. Ona ale moje návrhy odmítá. Po mnou koupených preparátech jí není dobře. Prostě už jsem nevěděl, co mám dělat. Paní si se mnou na konzultaci povídala, poslouchala mě, ujistila mě o tom, že je dobře, že manželku podporuji, ale také mi řekla, že i podpora má mít své hranice, že musím respektovat přání a rozhodnutí své ženy. Najednou jsem uviděl celou situaci jiným pohledem. Z pohledu ženy asi nejde ani tak o pomoc financemi či informacemi, ale spíš pohlazením, dotykem. Nebylo to jednoduché zjištění. A není ani jednoduché prostě být jen s ní a hlavně vydržet to nicnedělání. Ale zdá se, že to jde lépe.“ (<http://www.amelie-os.cz/cz/psycho-socialni-pomoc-onkologicky-nemocni-rodina>

rakovina/brozura-psychosocialni-minimum/jsem-blizky-onkologicky-nemocneho)cit.
30.8.2013)

Podle Mgr. Krtičkové, klinického onkologa z onkologického odd. Krajské nemocnice v Liberci je období po sdělení diagnózy největším problémem pro jednotlivé členy rodiny připravenost o onemocnění se svým blízkým hovořit. U každého je schopnost reagovat na změny jiná. Významná je v tomto období mimoverbální složka, komunikace dotykem, pohlazení, objetí.

Ze své praxe uvádí přehled toho, co onkologičtí pacienti od svých rodin a přátel potřebují, co nechtějí a co nepotřebují:

- **Co potřebují od svých rodin?**

- „*Přirozenost v komunikaci,*
- *Oporu a bezpečí, toleranci, úctu a adekvátní pomoc,*
- *Povzbuzení, pozitivní zprávy z okolí, respektovat změny v důsledku nemoci, soucítění, ne soucit, porozumění, zejména k přechodné emoční labilitě.“*

- **Co nechtějí a nepotřebují od svých rodin?**

- „*Nepřirozenost v komunikaci – nepřirozené množství taktilních podnětů, významné výměny pohledů,*
- *Lítost – odmítají převzít roli chudáka,*
- *Nechtějí slyšet – šetři se, musíš jíst, nesmíš se poddat, musíš bojovat, pacienti o to nestojí, sami vědí, co by měli, ale co jim také okolnosti dovolí,*
- *Nedělal z nemoci tabu, ale také o ní často nehovořit.“*

- **Co potřebují od svých přátel?**

- „*Aby se jim nevyhýbali a nebyli odtaziti,*
- *Nepozastavovali se nad změnou jejich vzhledu,*
- *Aby jim neoznámovali, kdo dále onemocněl a zemřel,*
- *Aby se s nimi dále počítalo.“*

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_6/krtickova_604.htm, cit. 10.3.2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A METODY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ

Bakalářské práce je velmi citlivým, osobním a individuálně subjektivním tématem. Cílem této práce je, vedle rozboru odborné literatury k danému tématu, kvalitativním šetřením u malé skupiny respondentů zachytit souvislosti s tématem bakalářské práce. Šetření probíhalo v období březen – červenec roku 2013.

Jedná se o dvě respondentky z občanského sdružení Mammahelp a dvě respondentky, které osobně znám. Jejich kazuistiky jsou označeny jako příběh 1. až 4. V pátém příběhu jsou zpracovány moje vlastní pocity, myšlenky a zkušenosti s touto zákeřnou nemocí. Respondentky prošly léčbou chirurgickou, chemoterapií, ozařováním, léčbou biologickou nebo hormonální. Respondentka z prvního příběhu v souvislosti s recidivou onemocnění (do dvou let od prvního zjištění) má provedenu oboustrannou mastektomii (odstranění obou prsou). U respondentky z pátého příběhu došlo po pěti letech od prvního zjištění k novému onemocnění a v současné době ji čeká opět náročná onkologická léčba.

Respondentky byly informovány, za jakým účelem jsou osloveny s tím, že zůstanou v naprosté anonymitě a získané údaje budou využity výhradně pro účely bakalářské práce. Respondentkám byla dána možnost zvolit si, zda chtějí absolvovat rozhovor nebo dají přednost písemné formě. Všechny si zvolili písemnou formu. Jednalo se o zachycení jejich pocitů, myšlenek a zkušeností zpracovaných do uceleného příběhu. Respondentkám nebyla předepsána forma jejich vyprávění ani jim nebyly dopředu zadány žádné otázky, byla jim dána naprostá volnost v jejich vyprávění.

Pro získání dalších vypovídajících informací byly využity a analyzovány dva příběhy pacientek s rakovinou prsu z pohledu nejbližších příbuzných. Tyto pacientky na diagnózu rakoviny prsu zemřely (prezentováno jako příběh šestý a sedmý).

5.1 Prezentace vlastního šetření

Příběh první

Alena, 39 let, vdaná, dvě děti - kluci 15 a 18 let, vzdělání vysokoškolské, zaměstnaná jako vedoucí oddělení nákupu a veřejných zakázek v nemocnici, nyní v remisi. Rakovinou prsu onemocněla v 34 letech. Po dvou letech od vyléčení potvrzena recidiva rakoviny prsu.

“Je sobota večer 31.3.2007, když jsem při sprchování uctila v pravém prsu něco tuhého, jako váleček cca 6 x 1 cm. V rodině doposud nikdo neměl žádný podobný problém, takže mě vůbec nenapadlo, že by to mohlo něco znamenat. V pondělí jsem se jen tak svěřila své kamarádce - zdravotní sestřičce, která mi řekla, ať s tím jdu raději na chirurgii, abych měla jistotu, že je vše v pořádku. Z chirurgické ambulance jsem byla poslána na ultrazvuk, kde paní doktorka neshledala nic závažného. Nicméně mě raději ještě poslala na mamografii -po tomto vyšetření bylo jasné, že mám v prsu nádor.

Psychicky jsem se zhroutila, což obnášelo zvracení, průjem, nespavost, nechut' k jídlu a absolutní apatii vůči všem podnětům.

Následně mně objednali do Masarykova onkologického ústavu (MOÚ), kde mi byla už za 2 dny provedena mamotomie (speciální vyšetření - biopsie pod mamografem). Výsledky vzorků po cca 10 dnech potvrdily předpokládaný nález. Po 1 týdnu jsem byla v MOÚ opeřována - nádor mi byl odstraněn a s ním i "sentinelová" uzlina - první spádová uzlina v pravém podpaží. Uzlina byla naštěstí negativní. Po zahojení ran jsem podstoupila 30 krát ozařovací terapii, tím byla léčba ukončena.

Během následných 2 let jsem pravidelně chodila na kontroly i vyšetření - vše v MOÚ Brno. Při ultrazvukovém vyšetření se mě zeptala paní doktorka, jestli jsem někdy byla na magnetické rezonanci - a protože jsem na ní doposud nebyla, tak mě na toto vyšetření objednala. Zde se ukázala v pravém prsu opět nějaká anomálie - byla mi provedena biopsie, která potvrdila recidivu.

Zhroutila jsem se podruhé - tentokrát bylo vše ještě intenzivnější, protože v ten samý den mi bylo oznámeno, že náhle zemřel můj tchán. Vzhledem k mému opakovanému onemocnění mi bylo sděleno, že mi musí být odstraněno celé prso. Bylo mi nabídnuto využít možnost provedení neobvyklé operace - při jednom zákroku odstranění celého prsa (mastektomie) a plastika prsa nového z odříznutého vlastního břišního laloku. Dostala jsem cca 4 dny na rozmyšlenou. Po konzultaci s chirurgem z MOÚ jsem se rozhodla pro

odstranění obou prsů (oboustranné mastektomie) - a provedení plastiky z břišního laloku přímo na Klinice plastické chirurgie v Brně (chirurg z MOÚ sem dojížděl k operaci). Největší zátěží pak bylo čekání na další operaci.

Po provedení zákroku, který trval celý den (od 8:00 hod. do 18:30 hod.) jsem ležela 5 dní na jednotce intenzivní péče, pak ještě 5 dní na normálním oddělení, a protože se vše hojilo dobře, byla jsem 10. den propuštěna domů. Rekonvalescence trvala 3 měsíce. Nyní jsem 4 roky po operaci, mám nasazenou hormonální léčbu a cítím se dobře. Na doporučení lékaře jsem si nechala udělat genetické vyšetření, které dopadlo pro mě dobře (v opačném případě bych musela podstoupit preventivní operaci odstranění vaječnicků).

Moje pocity se nedají téměř popsat. Beznaděj, velký strach, hrůza, apatie, nechutenství, stud, nechut' cokoliv dělat nebo někam jít.

Ráno jsem seděla na posteli a přemýšlela jsem, zde mám jít do práce - jestli to vůbec má význam. Sebevražedné myšlenky jsem naštěstí neměla (při obou diagnózách jsem pokaždé měla velkou naději na vyléčení), ale musím přiznat, že plně chápu ty, co z důvodu nevyléčitelné nemoci sebevraždu spáchají. V mé beznaději mi velmi pomáhalo a pomohlo moje okolí a především moje rodina - manžel a děti, ale i moji rodiče, sestra, také moje švagrová, která je takovým "rodinným sluníčkem".

Mým největším problémem byla moje psychika. Poprvé i podruhé jsem se psychicky zhroutila - při první diagnóze jsem nebyla schopná 14 dní nic sníst, večer jsem usnula na 2 hodiny a před půlnocí jsem se vzbudila a už jsem nespala. Jsem plačící povaha, takže jakýkoliv přetlak řeším tichým a utajeným pláčem.

Při oznámení druhé diagnózy bylo vše intenzivnější - měla jsem narušenou psychiku již z prvního problému a šrámy na duši prostě zůstávají. I pláč už nebyl utajený, ale naopak děsivý - kvílení, škrčení zubů, křeče atd. Žádného specialistu z oboru psychologie jsem nenavštívila, vše jsem řešila s pomocí mojí rodiny. Také mi pomohli ošetřující lékaři a zdravotní sestřičky - jejich přístup, porozumění a psychická podpora v těžkých chvílích - velmi a velmi je obdivuji.

Nyní jsem relativně v pořádku, ale sama na sobě cítím, že práh psychické odolnosti mám velmi narušený a velmi nízko. Psychické zátěže doposud zvládám, ale velmi mě vyčerpávají.

Sama na sobě cítím, že jsem se po nemoci hodně změnila, i mé okolí mě tak hodnotí. Užívám si každého dne. Ráno, když vstanu a nic mě nebolí, tak si vše plně uvědomuji a děkuji Bohu, že je to tak, jak to je. Večer před usínáním si v duchu přehrávám den a říkám si, co pěkného jsem ten den zažila a co ne - prostě každý den si večer "zhodnotím". Přehodnotila jsem i žebříček hodnot, dříve jsem spíše seděla doma a starala jsem se jen o svoji rodinu a své potřeby jsem spíše potlačovala. Teď je situace jiná, pokud si mohu něco dopřát, tak si to dopřeji bez ohledu na své okolí i rodinu (například každý rok jedu do lázní, chodím pravidelně cvičit, navštěvuji kulturní akce, jezdím na výlety, na zájezdy atd.). Jdu prostě do všeho "na plný plyn".

Musím také ale přiznat, že moje nemoc mi paradoxně i dosti dala - u mě dvojnásob platí heslo: "Co tě nezabije, to tě posílí". Nemoc mi velmi ovlivnila kvalitu života, a to v negativním i pozitivním smyslu. Na jedné straně trvalý vnitřní strach a obava, co ještě může přijít. Ráno se svojí diagnózou vstávám a večer s ní jdu spát - toho se člověk prostě nezbaví. Strach z každé anomálie, která se u mě objeví atd. Také z pohledu intimity se mi kvalita života podstatně změnila - jako žena jsem o hodně přišla a život i z tohoto pohledu není jednoduchý.

Vždycky říkám, že během mých strastí jsem měla štěstí na lidi - na operátory, ošetřující lékaře, zdravotní sestřičky, kteří mi všechno podrobně vysvětlovali, ale také na nové přátele, které jsem díky mé nemoci poznala.

První rok po první operaci jsem jela na doporučení lékaře do lázní - Karlových Varů. Musím přiznat, že od té doby se mi podstatně změnil svět. Poznala jsem a seznámila jsem se zde s mnoha lidmi z celé ČR, se kterými jsem téměř denně v kontaktu (píšeme si, voláme si atd.). Nejen, že pravidelně jezdíme všichni do lázní, ale během roku se navštěvujeme a pořádáme společná setkání - toto vše je pro mě velkou psychickou podporou a drží mě "nad vodou" - ten pocit, že v tom nejsem sama. Někteří z nich se stali přáteli celé naší rodiny, takže nechybí při významných rodinných událostech. "

Příběh druhý

Markéta, 41 let, vdaná, dvě děti – holka 21 let, kluk 18 let, vzdělání středoškolské, původní zaměstnání zdravotní sestra, nyní v invalidním důchodu. Rakovinou prsu onemocněla v 38 letech.

„Krátko po svých 38. narozeninách jsem v sobotu večer při sprchování zjistila, že na pravém prsu mám nějakou tvrdou bulku. Začala jsem panikařit, protože rakovina prsu se v naší rodině vyskytovala. Ihned v úterý jsem navštívila svého gynekologa, který mě objednal již na čtvrtek na mamograf. Na mamografu se ukázalo, že tam opravdu bulka je. Pan doktor mě ale ujišťoval, že to nic není a mám přijít za půl roku na kontrolu. Já jsem se naštěstí nenechala odbýt a trvala jsem na biopsii, protože moji sestře taky řekli v nemocnici, že ta bulka určitě není zhoubná, ale byla. Když se pan doktor dozvěděl, že sestra se léčila v Brně na Žlutém kopci, souhlasil s uděláním biopsie.

Ten týden na čekání výsledků byl snad nejhorší v mém životě. Po týdnu čekání přišly výsledky biopsie a bohužel se potvrdilo to, co jsem čekala, maligní karcinom prsu. Střídaly se u mne pocity beznaděje, smutku, vzteku, myšlenky na smrt, nemohla jsem spát a neustále jsem brečela, prostě šok. Paní doktorka mi vše trpělivě vysvětlovala a také dodala, že u tohoto typu rakoviny, je velice dobrá prognóza. Tato zpráva mne naštěstí trochu zklidnila. Byla mi stanovena léčba – operace, chemoterapie a ozařování. Problém byl ještě v tom, že jsem asi rok před tím onemocněla roztroušenou sklerózou a lékaři nevěděli, jestli léčba rakoviny nebude mít negativní důsledky a nezhorší můj stav se sklerózou. Naštěstí se tak nestalo.

Nejvíce mi ztrpčovala život moje psychika, došlo to tak daleko, že jsem ani nechtěla vycházet z domu. Bydlím na vesnici, takže jsem měla pocit, že se na mne budou všichni dívat, budou mne litovat anebo nebudou vědět, jak se mnou mají mluvit. Vzhledem k tomu, že mne venku nikdo dlouho neviděl, pouze sanitku, která mě vozila na chemoterapie, téměř celá vesnice si myslela, že umírám. Zašlo to docela daleko, tak jsem vylezla ze své ulity. Ze začátku lidé nevěděli, jak se mnou mají komunikovat a když viděli, že já se komunikaci nevyhýbám, už nebyl problém. Pomalu jsem lidem začala vysvětlovat, že se mám docela dobře, pouze mám rakovinu prsu, se kterou se léčím. Podle reakcí lidí, toto zjištění byl pro ně docela šok, ale při pohledu na mne tomu nemohl téměř nikdo ani uvěřit. Vypadala jsem fakt dobře, měla jsem moc pěknou blondatou paruku, která mi moc slušela. Všichni mě chválili, jak pěkně vypadám a pokud budu cokoli potřebovat, že mi rádi pomůžou. Docela mi to dodalo odvalu a také se mi zvedlo sebevědomí. Od té doby jsem se už neschovala, a pokud mi to můj stav dovoľoval, snažila jsem se žít tak, jak před nemocí.

Nejvíce mne omezovaly nežádoucí účinky léčby, jako byla únava, zvracení, průjem a afty, které jsem měla v celé puse, takže jsem nemohla téměř nic jíst. Toto období však trvalo vždy po chemoterapii asi 10 dnů a dobu do další chemoterapie jsem už prožívala v pohodě.

Z počátku jsem měla největší obavy ze ztráty vlasů, to jsem si neuměla téměř ani představit. Paruku jsem kupovala se svojí švagrovou. Vybraly jsme moc pěknou, takže jsem v ní měla lepší pocit než s vlastními vlasy.

Nejvíce mi pomohla moje rodina a sestra, která se se stejnou nemocí léčila dva roky přede mnou. Vše mi pořád dokola vysvětlovala, a když jsem se necítila dobře, mohla jsem jí kdykoli zavolat, měla se mnou velkou trpělivost a stejně tak i všichni okolo mne. Psychologickou pomoc jsem nevyhledala, pouze mi lékař předepsal antidepressiva.

Komunikace se zdravotníky byla dobrá, lékaři i sestřičky byli příjemní, ale moc informací jsem od nich nezískala, nebyl na to nějak čas. Nejvíce mne tedy informovala sestra a také spolupacientky, se kterými jsem se pravidelně setkávala při chemoterapiích. Tam člověk sedí s jehlou zapíchnutou v ruce a čeká až mu ty jedy (cytostatika) natečou do těla, přitom je hodně času na povídání a sdělování si vzájemných pocitů.

Po roční léčbě jsem skončila v invalidním důchodu. Bohužel začalo jiné trápení a to, že nemohu sehnat práci. Moc ráda bych šla mezi lidi a dělala opět zdravotní sestru, ale zdravý člověk má problém práci sehnat, natož invalida. Vzhledem k naší rodinné anamnéze jsem absolvovala genetické testy. Na výsledek jsem čekala více jak půl roku a bohužel se potvrdila, stejně jako u sestry, genetická mutace BRCA1. To znamená až 80% možnost onemocnět rakovinou prsu a vaječníků oproti člověku, který tuto mutaci nemá. Potřebuji si něčím zaměstnat mozek, protože se neustále pozoruji a mám strach, co když se TO zase vrátí.“

Příběh třetí

Hanka, 62 let, rozvedená, děti – 1 dcera, středoškolačka, zaměstnaná jako administrativní pracovníce. Rakovinou prsu onemocněla v 56 letech.

„V říjnu mi moje praktická doktorka prvně v životě, a to k ní chodím už 20 let, prohlédla i prsa. Pohmatem mi našla vlevo nahoře takovou malou zduřeninku. Napsala mi doporučení a objednala na mamograf. Tam udělali snímky a poslali ještě na ultrazvuk, který zatvrdlinku potvrdil. A tak následovala biopsie. Za týden měly být výsledky, byl to pro mne dlouhý týden, ale moc jsem se netrápila. Výsledek biopsie bohužel prokázal ložisko maligního ductálního karcinomu mammy in situ. V tu chvíli jsem si teprve uvědomila, co mi je, nevěděla jsem, jestli to nemám ještě někde jinde v těle, jestli umřu nebo ne. Vůbec si nevybavuju tvář

té doktorky, která mi výsledek oznámila. Nebrečela jsem, jen tupě civěla. Chtělo se mi zvracet, nemohla jsem dýchat, tlouklo mi srdce jako o závod. Měla jsem strach vyslovit to slovo nahlas. Myslela jsem, že dokud to nevyslovím, tak ji nemám. Doma jsem ze začátku nic neřekla, musela jsem se s tím vyrovnat nejdříve sama.

Nenáviděla jsem svoje levé prso. Malátně jsem se pohybovala po bytě, bylo odpoledne a já jsem byla ještě v pyžamu a neumytá. Z rukou mě všechno padalo, jako bych to nebyla já. I když jsem se moc snažila, nemohla jsem ani myslet. Zjistila jsem, že musím navštívit lékaře, že to sama nezvládnou. Na psychiatrii mi paní doktorka vystavila neschopenku a předepsala antidepresiva a doporučila psychologická sezení, na která jsem dlouho docházela. Zdravotnictví zatím v onkologii, bohužel, s okamžitou psychickou první pomocí všude nepočítá. Byla jsem sama, když mi o mé nemoci řekli. Zpanikařila jsem, měla jsem strach ze smrti, neměla jsem tam sama chodit. Péče o duši onkologických pacientů, to asi ještě dlouho bude velký dluh našeho zdravotnictví.

Ještě, že existuje internet, vše, co jsem potřebovala vědět o rakovině, jsem tam našla. Škoda, že jsem tyto informace neměla, když jsem šla na onkochirurgii. Našla jsem také odkazy na stránky patientských organizací, kde tam jsem se dozvěděla množství informací, které mi moc pomáhaly. Potkala jsem tam i Alenku, dnes již moji přítelkyni, která mi jako první dopodrobna popsala očima pacientky přípravu k operaci, její průběh i další léčbu. Je dobře, že tyto organizace existují, protože lékaři ani sestřičky Vám tyto informace nepodají.

Stále pátrám po příčinách proč, může za to moje samotářství nebo utajená duševní nepohoda? Prohlížím si tu zatvrdlinku, štítím se jí dotknout, štítím se sama sebe. To čekání je fakt k uzoufání. Konečně mi řekli, jak to bude s mojí léčbou. Bylo mi řečeno, že přijdu jen o čtvrtku prsa a první sentinelkou uzlinu v podpaží. Nebudu muset mít chemoterapii, takže ani paruku. Čekám pouze na ozařování a pětileté požívání hormonálního léku. Mám strach z vedlejších účinků ozařování, u každého to probíhá jinak. Největší obavu mám z plic, na ty jsem byla vždycky náchylná.

Pan primář mi vypsál příjemku na operaci a dal mi dvě minuty na dotazy. Musela jsem v setině vteřiny vybrat ze sta připravených otázek dvě, pro mě úplně ty nejhlavnější. Bohužel neměl na mě čas.

Naštěstí moje léčba úspěšně skončila. Co však trvá dále, je v hlavě uvízlá obava před návratem rakoviny. Musím být před ní ve střehu a naučit se věřit, případné nebezpečí jejího návratu. Musím být dobrá psychicky, abych mohla bojovat s případnou recidivou.

Musím poděkovat lékařům, kteří mi moc pomohli, i když byli i tací, kteří neměli na mě čas. Děkuji své praktické lékařce za včasné nalezení nádoru a paní doktorce na psychiatrii za uklidnění nervů a rozdrásané duše. Děkuji svým kamarádům a celé mojí rodině za souznění a jejich lásku, kterou jsem tolik potřebovala.“

Příběh čtvrtý

Marie, vdaná, dvě dospělé děti – syn a dcera, středoškolské vzdělání, zdravotní sestra, nyní v důchodu. Rakovinou prsu onemocněla v 56 letech.

„Při samovyšetření prsů jsem si jednoho dne nahmátla jakýsi uzlík v levém prsu. V tu ránu jakoby všechno ve mně ztvrdlo i mozek. Okamžitě mi napadlo, to je konec! V tu dobu jsem se chystala na cestu do USA, a protože jsem tu cestu nechtěla zrušit, nikomu jsem o tom neřekla. Před odletem se mi dostala do rukou knížka od Nancy Reaganové, o jejím boji s rakovinou prsu. Bylo to pro mne velkým povzbuzením. Rozhodla jsem se, že budu s tímto onemocněním ze všech sil bojovat a jako zdravotní sestra jsem věděla, že to nebude jednoduché. Zhubla jsem o pět kilogramů, i když v Americe mě všichni obdivovali, jak pěkně vypadám. Nemohla jsem spát a při pohledu ráno do zrcadla jsem viděla, jak unaveně a nevyispale vypadám.

Po návratu z dovolené jsem se konečně odhodlala jít ke své praktické lékařce, o které jsem věděla, že dovede naslouchat problémům svých pacientů. Paní doktorka mi napsala doporučení mammograf, pak jsem musela týden čekat na výsledek. Ten týden byl pro mě nejhorsší, byl doslova nekonečný. Před manželem jsem se snažila nic nedávat najevo, ale nervy přece jenom sehrály své. Po týdnu čekání mi pan primář oznámil, že je tam nějaké nejasnost. Aniž jsem čekala, co mi řekne dál, byla jsem rozhodnutá, že chci prs odstranit, stejně, jako Nancy Nestanová. Řekl mi, že jsem statečná žena a jako sestřička vím, o co jde, víc informací k mému onemocnění mi nepodal.

O odstranění prsu jsem se rozhodla sama, proč manželovi přidělovat starosti, který se navíc doma staral o mého dvaosmdesátiletého otce. V nemocnici jsem byla v okresním města, takže jsem pouze manželovi oznámila, že tam musím pár dní zůstat na další vyšetření. O

odstranění prsu se dozvěděl až po mé operaci. Do nemocnice za mnou přišla celá rodina, včetně mého starého otce. Byla jsem nesmírně šťastná.

Psychika u mě hrála velkou roli. Stále jsem si říkala, bojuj, nic nevzdávej! Snažila jsem se být vzornou pacientkou, a to i díky mým kolegům a známým, kteří mě neustále navštěvovali a dodávali mi tím ohromnou sílu. Také díky mému dobrému citovému zázemí, docházelo u mě ke zlepšení všech potíží. Při propuštění z nemocnice mi staniční sestra vycpala podprsenku vatou a gázou a vše hezky upravila. Při první procházce po propuštění z nemocnice mi manžel řekl, že jsem pořád stejně moc hezká. Žijeme na malém městě, a tam se toho moc neutají. Zdálo se mi, že se někteří známi otáčejí a zvědavě si mě prohlížejí. V nové situaci jsem se cítila nesvá.

Primář mi potvrdil, že jde o rakovinu a že se budu muset podrobit zajišťovací léčbě. Byl to doslova otřes, i když jsem něco podobného očekávala, zacloumalo to se mnou a vletěly mi slzy do očí. Zajišťovací léčba spočívala v ozařování. Po pěti týdnech na mne přišla velká krize. Proplakala jsem celou noc. Ozařování mě docela zmáhalo, byla jsem z něj strašně unavená. Ozařovanou kůži jsem měla zčervenalou s malými puchýřky a v podpaží bolestivý otok. Ozařování konečně po pěti týdnech skončilo, byla jsem ráda, protože ty dvě poslední dávky jsem opravdu špatně snášela. Dostala jsem zimnici, zuby mi cvakaly, po těle jsem měla studený pot. Někdo po záření nemá příznaky žádné, já jsem k nim bohužel nepatřila. Měla jsem sníženou chuť k jídlu a celkově jsem byla unavená.

Často přemýšlím, proč se mi to stalo, kde jsem udělal chybu, zda ve výživě nebo je to v genech? Zpětně si vybavuji některé stresy, které jsem zažila, stres je asi to nejhorší.

Pořád jsem myslela na to, že už nepatřím mezi zdravé lidi, tento pocit mě přepadl hlavně v noci, proto byla dcera se mnou denně v kontaktu. Vytykala mi, že mluvím pořád o smrti, proto mě přihlásila na rekondiční pobyt. Na tento pobyt jsem dlouho vzpomínala. Setkala jsem se tam se ženami, které byly i dlouhou dobu po operaci a těšily se dobrému zdraví.

Musím se přiznat, že než jsem si na sebe bez prsu zvykla, občas jsem si poplakala a to vždy, když jsem byla sama. Před rodinou jsem vše díky antidepressivům, které mi předepsala lékařka, dobře zvládala. Jediné, co mě dodnes trápí je lymfedém levé ruky. Je to otok, který je způsoben poruchou průtoku lymfy. Pokud ruka začne otékat, je to většinou již celoživotní problém. Musím nosit pažní návlek, nemohu ruku příliš fyzicky namáhat a zatěžovat. Jsem šťastná, že nemoc je již několik let úspěšně za mnou a pokud by mě netížil problém s lymfedémem, už bych i zapomněla, že jsem byla nemocná. “

Příběh pátý

Eva, 50 let, vdaná, dvě děti – kluci 23 a 25 let, vzdělání středoškolské, v současné době před ukončením bakalářského studia, obor Sociální pedagogika. Rakovinou prsu onemocněla v 45 letech. Čtyři roky od vyléčení nově diagnostikována druhostranná rakovina prsu.

„Přesné datum, kdy jsem onemocněla, si nepamatuji, vymazala jsem ho z paměti, ale datum první chemoterapie 3. 9. 2008 nezapomenu nikdy, to už jsem ale na tom byla psychicky dobře.

Jak to vlastně začalo. Při večerním sprchování jsem si nahmatala na pravém prsu něco tuhého. Okamžitě jsem si ohmatala levou stranu, ale tam nic nebylo. První, co mě napadlo, bylo, že mám rakovinu prsu, a to vzhledem k tomu, že v naší rodině se rakovina prsu již vyskytla. Za měsíc jsem byla objednaná na ultrazvuk prsou, takže sestřička v nemocnici mi sdělila, že musím ten měsíc vydržet.

Ultrazvuk skutečně potvrdil, že mám v prsu nějaký útvar, o kterém paní doktorka prohlásila, že je určitě benigního původu a že se nemusím ničeho bát. Pro jistotu ale nechala udělat biopsii, na kterou jsem šla za týden. Biopsie skutečně potvrdila, že se jedná o karcinom prsu, naštěstí v počátečním stadiu. Paní doktorka mi zprávu o výsledku biopsie sdělila po telefonu s tím, že můžu za ní přijít a ona mi vše vysvětlí osobně.

I když jsem nějak vnitřně věděla, že výsledek nebude pro mne příznivý, co se mi v té chvíli honilo v hlavě, to se nedá téměř popsat. Jedním slovem šok. Jediné, na co jsem neustále myslela, bylo, že mám rakovinu a umřu. Za paní doktorkou jsem šla ještě ten den odpoledne. Paní doktorka byla velice milá a empatická a vše na co jsem se zeptala, mi vysvětlila. Byla jsem vděčná kamarádce, že šla se mnou, protože některé věci jsem si vůbec nepamatovala. Je to přesně tak, jak se píše v odborné literatuře o psychice lidí s onkologickým onemocněním. Nedokázala jsem vůbec myslet a jediné, co se mi honilo hlavou, bylo, že to nezvládnou, že to není možné, proč právě já. Psychika mě doslova převálcovala, došlo až tak daleko, že jsem téměř nebyla schopná normálně fungovat, nemohla jsem spát, nemohla jsem jíst, takže moje váha šla rapidně dolů. Téměř jsem nekomunikovala a přitom jsem ještě musela chodit do práce. Kolegové se mi snažili pomáhat, jak jen uměli, ale moc to nepomáhalo. Rozumově jsem věděla, že se tomu nesmím tak poddávat, že musím začít fungovat, ale tělo mě prostě neposlouchalo. Rozhodla jsem se navštívit svoji praktickou lékařku, která mi napsala antidepresiva.

Druhý šok jsem zažila, když jsem byla na mammární komisi. Zde Vám skupina doktorů oznámí, jaká vás čeká léčba. První mluvil primář chirurgie, který mi stroze oznámil: “Víte o tom, že máte rakovinu? Celé prso půjde pryč!” To byl konec, tohle jsem opravdu nečekala. Nebyla jsem připravená na to, že mi vezmou celé prso a že mi to doktor oznámí takovým způsobem. Popadla mne panika, ani nevím, co jsem tam říkala. Najednou začal být pan primář docela příjemný, asi viděl moje zoufalství, a tak mi sdělil, že to s dalšími lékaři ještě proberou a dají mi vědět.

Za pár dní mi moje onkoložka oznámila, že se mammární komise usnesla, že moji léčbu začnou podáváním chemoterapie, což by mělo vést ke zmenšení nádoru. Pak bude následovat operace, opět chemoterapie a nakonec ozařování. V tu chvíli mi spadl kámen ze srdce, znamenalo to, že o prso nepřijdu. Moc se mi ulevilo a hned se mi zvedla nálada. Možná to bylo i tím, že už jsem pár dní brala antidepresiva, která pomalu u mne začínala účinkovat. Za tři dny jsem absolvovala svoji první chemoterapii a k paní doktorce jsem již přišla s úsměvem na rtech. Musím říct, jako by ze mne všechno spadlo, od té doby až do konce léčby, jsem už žádné psychické problémy neměla. Vzpomínám si na paní doktorku, která mi na začátku, kdy mi oznámila, že jsem nemocná řekla, že podle jejích zkušeností nejhorší období pro pacienty bývá od zjištění diagnózy až do doby než se začne s léčbou, protože pak už pacienti vědí, co je bude čekat a toto byla přesně moje situace. Pracovní neschopnost u mne trvala téměř rok a další čtyři roky jsem byla v remisi.

V současné době opět bojuji se zákeřnou chorobou. Přesně po pěti letech od prvního zjištění rakoviny prsu na pravé straně mi byla zjištěna rakovina prsu na straně levé. Nádor mi zjistili na magnetické rezonanci. Byl moc malý, takže na jiném zobrazovacím zařízení nebyl vidět. Ani magnetická rezonance nedokázala rozlišit typ nádoru, proto mi dělali ještě biopsii pod magnetickou rezonancí. Oproti první biopsii byla toto značně bolestivá, že jsem nemohla v noci ani spát. Biopsie bohužel opět potvrdila maligní nádor, tzn., že mě čeká znova onkologická léčba - chemoterapie, ozařování a nově i biologická léčba, která bude trvat jeden rok. Jsem optimista, takže věřím, že když jsem to zvládla jednou, tak to dám i podruhé, nic jiného si nepřipouštím.

Pokud mohu srovnávat můj psychický stav po prvním zjištění mého onemocnění a v současné době po druhém zjištění, je to dost rozdíl. Když jsem zjistila, že jsem opět nemocná, nejedná se o recidivu, ale o nově zjištěný nádor, prožila jsem opět šok, ale tentokrát již ne tak drastický. Samozřejmě, že mi chvíli trvalo, než jsem to zpracovala, ale i tak bych si nikdy nemyslela, že to budu brát takhle klidně. Možná je to i tím, že stále beru antidepresi-

va, možná tím, že vím, co mě čeká a možná i mou optimistickou povahou. Těžké pro mne bylo, oznámit to rodině. Manžel to věděl od začátku. Synům, i když jim v té době již bylo 18 a 20 let jsem to řekla až týden před začátkem léčby. Nejhorší ovšem bylo, sdělit to mojí mamince. Měla jsem strach, že nezvládne tuto situaci, že bude psychicky na dně, proto jsem ji to oznámila až den před první chemoterapií.

Viděla jsem, že je zprávou otřesená, ale snažila se přede mnou chovat tak, jako by se téměř nic nedělo. Celou dobu mého léčení mi byla i s celou rodinou velkou oporou, zrovna tak, jako moje kamarádky a kolegové v práci. Všichni, s kým jsem se potkávala v průběhu nemoci mi říkali, že pokud nevěděli, že jsem nemocná, ani by to na mně nepoznali a to mi velmi pomáhalo. Kvalita života se mi snížila pouze v době nežádoucích účinků chemoterapie. Jinak jsem se snažila žít tak, jako bych byla zdravá. Jediný problém, který mi po mém vyléčení zůstal lymfedém pravé ruky. Musím nosit pažní návlek od prstů až po rameno. Ruka mě neustále mírně bolí a natéká, ale to je to nejmenší omezení v mém životě, co mi po nemoci zůstalo.

Z důvodu naší rodinné anamnézy jsem se podrobila genetickému vyšetření. Na výsledky jsem čekala celý rok. Bohužel byla prokázána dědičná dispozice k nádorům prsu a vaječnic (až 70 %) způsobená nosičstvím poškozeného genu BRCA1. Jednou z možností snížení rizika vzniku nádoru je preventivní odstranění prsních žláz a jejich náhrada-rekonstrukce.

Po pěti letech byla u mne znova zjištěna rakovina prsu a tak nyní stojím před rozhodnutím, zda podstoupit oboustrannou mastektomii. V současné době je přede mnou roční onkologická léčba, takže na konečné rozhodnutí mám ještě čas. Pro některé ženy je však preventivní operace v současné době nejúčinnější prevencí a nejlepším řešením předcházení vzniku nádoru prsu.“

Příběh šestý

Žena, 64 let, dvě dospělé děti, manžel, vnoučata

„Po odchodu do důchodu se projevovaly časté deprese, celoživotně měla strach z nemoci (hlavně rakoviny). Často si stěžovala na bolesti zad, ale lékaři ji vždy odbyli, že má nadváhu a že musí napřed zhubnout. Také měla období stresu s bratrovou svatbou a podobně. Měla totiž tendence se často stresovat.

Okolo vánoc 2006 ulehla s teplotou, a byla moc unavená. Lékaři nic nezjistili. Při odběru krve zjistili vysoké CRP, ale nemohli objevit příčinu. Následovala řada vyšetření v nemocnicích. Nakonec biopsie prokázala nemoc, které se obávala nejvíc. Přesto že byla docela ve špatném psychickém stavu, diagnózu ji lékaři sdělili přímo.

To se na mámě podepsalo. Stupňovaly se i bolesti zad. Byla hospitalizovaná na Žlutém kopci. Lékaři se jí téměř násilím snažili rozchodit. Až později rentgenem se zjistilo, že už došlo ke IV. stádiu nemoci a nastalo rozpadání kostí (v páteři).

Máma byla tedy nepohyblivá a ve špatném psychickém stavu. Lékaři jí doporučili dobrou psycholožku v dětské nemocnici. Tam jsem s ní opakovaně byla jako doprovod, ale terapie jsem se neúčastnila, takže nevím, jak rozhovory probíhaly. Aby lékaři zřejmě ještě dali mámě nějakou naději, snažili se zahájit léčbu – chemoterapii. Aby ale byla máma schopná tuto léčbu podstoupit, měla jsem jí 14 dní doma. Snažila jsem se o dobrou pohodu (vnoučata s babičkou povídala apod.) a hlavně do ní dostat nějaké jídlo, které v té době odmítala. Chodila k nám domů i rehabilitační sestra.

Očekávalo se narození bratrovy dcerky Elišky, to se máma těšila a snažila se na nemoc nemyslet. Byla v takovém stavu, že lékaři zahájili chemoterapii. Zřejmě ale dostávala malé dávky, protože jí ani nebylo zle, ani nepadaly vlasy. (ty jsem pak preventivně na radu sestry oholila). Lékaři se zprvu snažili jí povzbudit a hlásili, jak se jí výsledky zlepšily, ve skutečnosti však jen vyčkávali. Ani nám jako rodině nesdělili, jak se věci ve skutečnosti mají. Naštěstí optimisticky jsme očekávali, jak se máma „postaví zase na nohy“. Stav se ale zhoršoval a máma dostávala léky od bolesti i antidepresiva. Střídavě byla doma s tátou a střídavě v nemocnici na chemo. Po skoro půl roce léčby nám doktoři sdělili, že výsledky jsou špatné a že ji dál léčit nebudou. Máma musela podepsat tzv. informovaný souhlas. Ten spočíval v tom, že jí sdělili, že nemoc je již v závěrečné fázi, v léčbě dál nebudou pokračovat a že si má vybrat zařízení, ve kterém chce dožít. To byla pro mámu rána. A pro nás taky. Přesto, že užívala antidepresiva, ji tato informace ranila na nejcitlivějším místě. Myslím, že v tomto případě je lepší milosrdná lež, než opouštět tento svět s vědomím, že už jsem na konci a nepotřebná! Tak své poslední dny strávila v klášteře Alžbětinek, protože domácí péče již v té době nebyla možná. Mohli jsme s ní být 24 hodin denně. Sestřičky jeptišky byly moc příjemné a milé a máma i my jsme z nich byli nadšeni. S přístupem sester v nemocnici

se to nedalo vůbec srovnat. Tak alespoň poslední chvíle pro ni nebyly tak stresující. Byla na morfiu a spíše pospávala, ale péči lékaře i sestřiček jeptišek jsme oceňovali.

Zemřela v kruhu blízkých v létě roku 2007 ve věku 65 let, tedy 8 měsíců od zjištění diagnózy. Pravidelně chodila k lékaři a na mamograf, bohužel typ rakoviny prsu, kterým trpěla, se odhalil až biopsií, a to už bylo pozdě.“

Příběh sedmý

Žena, 67 let, rozvedená, děti, vnoučata

„Mamka onemocněla za čtyři měsíce po skončení mého léčení s rakovinou prsu. Pro celou naši rodinu to byl šok. Půl roku před jejím zjištěním byla na mamografu a nic se tam neukázalo a najednou to tam bylo. Velice rychle ji lékařka objednala na všechna vyšetření, která bylo nutno absolvovat. Diagnóza rakoviny prsu byla potvrzena. Maminka prodělala operaci s odstraněním celého prsu a odstraněním všech uzlin v podpaží. Histologie potvrdila, že ve všech uzlinách byly nalezeny metastázy. Prognóza nebyla dobrá, záleželo, jak bude účinná chemoterapie. Léčba trvala téměř rok a vše se zdálo na dobré cestě. Maminka byla celý život dost velký pesimista. Životem ji provázely nelehké situace provázené dosti značným stresem. Celou dobu léčby byla maminka na antidepresivech, takže léčbu snášela docela dobře. Možná k tomu přispěla i moje vyléčená rakovina prsu a pozitivní přístup, kterým jsem mamince dodávala sílu.

Bohužel do půl roku od ukončení léčby se mamince rakovina vrátila. Začalo to velkými bolestmi páteře, viděla jsem, jak moc trpí. Byla objednána na scintigrafii kostí, kde se potvrdilo podezření na metastázy v kostech. Přestože brala antidepresiva, byla ve špatném psychickém stavu. Na moji žádost, aby lékař mamince nesděloval výsledek vyšetření kostí, mi sestřička sdělila, že pan doktor vždy pacientům říká pravdu. Po sdělení výsledků se maminka zhroutila, postupně přestala komunikovat, přestala jíst, takže další léčba téměř nebyla možná. I když lékaři předpokládali její prognózu ještě více jak půl roku života, bohužel se tak nestalo. Ze zprávy o metastázách se již nevzpamatovala. Zemřela doma obklopena svými nejbližšími dva měsíce od zjištění diagnózy.“

5.2 Obsahová analýza vlastního šetření

Pro bakalářskou práci jsem si stanovila čtyři výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Změnilo onkologické onemocnění respondentkám kvalitu života?

Otázka č. 2: Byly reakce respondentek po sdělení diagnózy shodné?

Otázka č. 3: Považují respondentky informace o onkologickém onemocnění poskytnuté lékaři za dostatečné?

Otázka č. 4: Vyhledaly pacientky odbornou psychologickou pomoc?

U první výzkumné otázky, zda onkologické onemocnění změnilo respondentkám kvalitu života, první respondentka uvedla, že nemoc ji **změnila** v negativním i pozitivním smyslu. Na jedné straně neustálá trvalá obava a strach, aby se nemoc nevrátila a na straně druhé získala nová přátelství a začala víc myslet na sebe.

U druhé respondentky se kvalita života **změnila** a to tím, že v průběhu léčby ji nejvíce omezovaly nežádoucí účinky, jako byla únava, zvracení, průjem a afty, které měla v celé puse, takže nemohla téměř nic jíst. Dodnes se neustále pozoruje a má strach, co když se nemoc zase vrátí.

Třetí respondentka uvedla, že musí být psychicky odolná, protože u ní trvá obava před návratem rakoviny. Tento neustálý strach z recidivy potvrdil **změnu** v kvalitě jejího života.

U čtvrté respondentky se kvalita života onkologickým onemocněním **nezměnila**. Respondentka uvedla, že ji pouze zmáhalo ozařování a únava v průběhu léčby. V současné době má problém pouze s lymfedémem, ale jinak už zapoměla, že byla nemocná.

Pátá respondentka uvedla, že kvalita života se jí snížila pouze v době nežádoucích účinků chemoterapie a poté problém s lymfedémem pravé ruky. Po nemoci se cítí silnější a psychicky odolnější, kvalita života ji pozitivně **změnila**.

U druhé výzkumné otázky, zda byly reakce respondentek po sdělení diagnózy shodné, první respondentka uvedla, že se po zjištění diagnózy psychicky zhroutila, což obnášelo zvracení, průjem, nespavost, nechut' k jídlu a absolutní apatii vůči všem podnětům.

U druhé respondentky se dostavil šok, střídaly se u ní pocity beznaděje, smutku, vzteku, myšlenky na smrt, nemohla spát a neustále brečela, prostě šok.

Třetí respondentka si vůbec nevybavuje tvář doktorky, která jí diagnózu oznámila. Nebrečela, jen tupě civěla. Chtělo se jí zvracet, nemohla dýchat, tlouklo jí srdce jako o závod.

Čtvrtá respondentka popisuje šok, jakoby v ní všechno ztvrdlo i mozek. Okamžitě jí napadlo, že je konec.

Pátá respondentka vypráví opět o šoku, jediné na co neustále myslela, bylo, že má rakovinu a že umře.

Druhá výzkumná otázka potvrdila shodnost reakcí respondentek po zjištění diagnózy. Tyto ženy procházely psychicky velmi vyčerpávajícím obdobím. V tomto ohledu tedy nebyly zjištěny mezi jednotlivými respondentkami významné odlišnosti.

U třetí výzkumné otázky, zda považují respondentky informace o onkologickém onemocnění poskytnuté lékaři za dostatečné, první respondentka uvedla, že měla štěstí na operátory, ošetřující lékaře, zdravotní sestřičky, kteří jí všechno podrobně vysvětlili. U této respondentky se informace jako **dostačující** potvrdily.

U druhé respondentky byly informace **nedostačující**. Lékaři i sestřičky byli sice příjemní, ale moc informací od nich nezískala, nebyl na to čas.

Třetí respondentka uvedla, že pan primář na ni měl pouze pět minut času. Informace tedy získávala z internetu a od patientských organizací. Informace o onkologickém onemocnění od lékařů považovala tedy za **nedostatečné**.

U čtvrté respondentky se informace ukázaly opět jako **nedostatečné**. Pan primář pacientce řekl, že je statečná žena a jako sestřička určitě ví, o co jde, víc informací jí k onemocnění nepodal.

Pátá respondentka považuje informovanost za **dostatečnou**. Paní doktorka jí vše osobně vysvětlila, byla velice milá a empatická.

Třetí výzkumná otázka nepotvrdila informovanost o onkologickém onemocnění od lékařů za dostatečnou. Bylo zjištěno, že velice záleží na samotném lékaři, jestli si udělá na pacienty čas. Ve třech případech se ukázalo, že pokud informace podávají lékaři ve vedoucích funkcích, jsou tyto informace, pravděpodobně z nedostatku času, téměř nedostatečné.

U čtvrté výzkumné otázky, zda pacientky vyhledaly odbornou psychologickou pomoc, první respondentka potvrdila, že jejím největším problémem byla psychika. V beznaději jí velmi pomáhala především rodina - manžel a děti, ale i rodiče, sestra a také švagrová, která je takovým "rodinným sluníčkem". Žádného specialistu z oboru psychologie **nevyhledala**.

Druhá respondentka popsala, že její psychika jí zamezila téměř vycházet z domu. Nejvíce jí pomohla rodina a sestra. Psychologickou pomoc **nevyhledala**, pouze jí lékař předepsal antidepresiva.

Třetí respondentka zjistila, že to sama nezvládne, proto **vyhledala** lékaře. Na psychiatrii jí paní doktorka vystavila neschopenku a předepsala antidepresiva, dále doporučila psychologická sezení, na která dlouho docházela.

U čtvrté respondentky také hrála psychika velkou roli. Lékař jí předepsal antidepresiva, která byla pro ni dostačující, proto jinou psychologickou pomoc **nevyhledala**.

Pátá respondentka se rozhodla navštívit svoji praktickou lékařku, která jí předepsala antidepresiva. I když ji psychika téměř převálcovala, že nebyla schopná normálně fungovat, přesto psychologickou pomoc **nevyhledala**.

Odpovědi respondentek potvrdily, že psychologická pomoc není v dnešní době ještě stále samozřejmostí. Většina pacientek se přimkla k rodině a čerpala sílu z její pomoci. Pouze jedna z pěti respondentek psychologickou pomoc vyhledala a aktivně ji využívala.

U šesté a sedmé respondentky jsem analyzovala, zda pacientkám s onkologickým onemocněním, je dobré za každých okolností vždy říkat pravdu o jejich nemoci.

Analýzou uvedených kazuistik se jednoznačně potvrdilo, že pacientkám s onkologickým onemocněním by se měla říkat pravda o jejich nemoci pouze za podmínky, že si to sami přejí. V případě, že jejich psychika na to není připravena, tak jednoznačně pravdu nesdělovat. Lékaři se většinou starají o mnoho pacientů, na které mají málo času. Z těchto důvodů často ani nemohou znát psychické rozpoložení pacientů, proto by se měli k těmto informacím vyjadřovat i rodinní příslušníci. Vždy by se mělo dbát na to, aby pacientce informace o jejím zdravotním stavu ještě nepřitížily, v uvedené šesté a sedmé kazuistice tak jednoznačně bylo.

5.3 Shrnutí průzkumu

Bakalářskou prací jsem se snažila ukázat život žen, které prošly náročnou onkologickou léčbou rakoviny prsu. Chtěla jsem přiblížit i možný impuls ke změně dosavadního života, navzdory vážnému onemocnění.

Chtěla jsem také zachytit přímé indicie, související s tématem bakalářské práce, a to zda byla pro tyto ženy psychologická pomoc dostatečná a kdo jim v této situaci nejvíce pomohl.

Všechny respondentky uvádějí, že největší psychické opory se jim dostávalo v rodině. Pouze jedna respondentka uvedla, že psychiatrickou pomoc vyhledala sama, kde jí byla také doporučena psychologická sezení, která dlouhodobě využívala. Ostatním respondentkám byla napsána pouze antidepresiva a dále se o jejich psychickou situaci nikdo již nezajímal.

Právě psychický stav onkologického pacienta se významným způsobem podílí nejen na průběhu léčby, ale i na jejím výsledku. Odbornou pomoc, která by měla být součástí každého léčebného centra a měla by být automaticky poskytována nemocné ženě bez ohledu na to, zda si o ni řekne, často nahrazují různá občanská sdružení. Díky těmto sdružením tyto ženy nacházejí to, co jim v žádném zdravotnickém zařízení nikdo neřekne. Jedná se především o skutečné prožitky žen, které se s diagnózou rakoviny prsu léčily a také vyléčily. Tyto poznatky jsou pro mnohé ženy impulzem k tomu, že začnou bojovat a uvěří tomu, že se mohou také uzdravit.

Nemocným a jejich blízkým osobám poskytují občanská sdružení péči odborníků z oborů psychologie, psychoterapie, psychiatrie, sociální práce a práce s tělem. Dále usilují o to, aby psychoterapeutická péče a podpora nebyla na onkologických odděleních něčím vyděleným, ale aby se stala přirozenou součástí léčebného procesu, aby se prostředí zdravotnických zařízení stalo lidsky přívětivější a důstojnější. (<http://www.gaudiaprotirakovine.cz>, cit. 30.10.2013)

Respondentky uvádí, že toto onemocnění může však přinést i jistá pozitiva. Vznikla nová přátelství, často se zlepšil vztah s partnerem nebo jiným blízkým příbuzným. Uvádí se i změna priorit, učí se žít přítomností a radovat se z maličkostí.

Také Křivohlavý (2004) uvádí, že je důležité „*Mít rád život takový, jaký je – se všemi radostmi i těžkostmi, radovat se z maličkostí.*“ (Křivohlavý, 2004, s. 19)

Člověk, který onemocní život ohrožující nemocí, prochází mnoha různými fázemi prožívání a vnímání své nemoci. V momentě, kdy si nemocný svou diagnózu plně uvědomí, začíná uvažovat o smyslu života a o tom, co ho čeká. Smíření se s nemocí je ideál, ke kterému

člověk může dojít, ale také nemusí. Právě v těchto chvílích je pro nemocného nejvýznamnějším faktorem sociální opora.

Bakošová (2011) charakterizuje sociální pedagogiku jako životní pomoc s těmito cíly: *„Sociálna pedagogika ako životná pomoc je pozitívna pedagogika, ktorej cieľom je v systéme komplexnej starostlivosti poskytnúť pomoc deťom, mládeži a dospelým hľadajúcim optimálnych foriem pomoci a kompenzovaním nedostatkov. Cieľom je premena ľudí a spoločnosti prostredníctvom výchovy. Ide o proces výchovnej starostlivosti, opatery, ochrany smerujúci k integrácii a stabilizácii osobnosti.“* (Bakošová, 2011, s. 23-24)

S ohledem na závažnost onkologického onemocnění, jsou tito pacienti bezesporu těmi, kteří se dostali do obtížných životních situací. S ohledem na závažnost jejich onemocnění i možných existenčních problémů, hodně pacientek tuto pomoc nejen očekává, ale i potřebuje. Bohužel, ne každé zdravotnické zařízení má svého psychoterapeuta a zdravotní personál obvykle zase nemá kapacity na to, aby se hlouběji psychosociální pomocí pacientům podrobněji zabýval. Právě v těchto zařízeních by se mohl uplatnit faktor sociálně pedagogického pracovníka.

ZÁVĚR

Nemoc a utrpení podrobují lidský život zkoušce. To, co provází snad každého, kdo onemocní zhoubným nádorem, je strach. Vědomí vážného onemocnění, obava ze všech možných vyšetření a z vedlejších účinků léčby, strach z budoucnosti, ze ztráty zaměstnání a často strach ze smrti. Je to pochopitelné a i při sebelepší osvětě se patrně nikdy člověk sto procentně nezbaví těchto úzkostí.

Onkologická onemocnění jsou běžnou součástí našeho života. U mnoha pacientů lze kvalitní léčbou dosáhnout dlouhodobého stavu bez příznaku nemoci a v případě nové aktivity nádoru lze znovu nabídnout účinnou terapii a tímto způsobem dosáhnout dlouhodobého přežití s dobrým komfortem života.

Lidský strach je u každé vážné nemoci pochopitelný, měl by však být alespoň částečně vyvážen adekvátními znalostmi o svém onemocnění ve všech jeho souvislostech. Je nutné zlepšit osvětlu a prevenci v oblasti nádorových onemocnění a v maximální možné míře redukovat zbytečná psychická traumata pramenící z neznalosti a neinformovanosti onkologicky nemocných.

„Nikomu z nás, at' jsme nemocní nebo zatím zdraví, nebude slunce svítit pořád. Je jenom na nás, jak ten čas využijeme, zda jen pro sebe, nebo uděláme něco i pro ty, jejichž slunce momentálně zastínila těžká nemoc. Teď podáme svoji ruku my a možná, až se jednou zachvěje naše slunce, budeme velmi vděční za podanou ruku našich následovníků.“

Doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.,
Onkologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 227 s. ISBN 80-247-0499-4.
- [2] ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [3] BAKOŠOVÁ, Z., et al. *Teória sociálnej pedagogiky*. Edukačné, sociálne a komunikačné aspekty. 1. vyd. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť SAV, 2011, 182 s. ISBN 978-80-970675-0-2.
- [4] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- [5] JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- [6] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [9] NEZU, Arthur M. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004, 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
- [10] OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- [11] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [12] SIMONTON, O, Stephanie SIMONTON a James L CREIGHTON. *Návrat ke zdraví: Léčebná metoda pro pacienty s karcinomem a jejich rodinu: Můžete překonat rakovinu nebo jinou životu nebezpečnou nemoc*. 1. čes. vyd. Praha: Pragma, 1994, 178 s. ISBN 80-85189-24-0.
- [13] TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
- [14] VAĐUROVÁ, Helena. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 148 s. ISBN 80-86633-60-8.

- [15] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- [16] VÍZDAL, F. *Sociální psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010, 139 s.
- [17] ŽALOUDEK, Jan. *Vyhňte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 189 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Internetové zdroje

- [18] Léčba [online, cit. 2012-12-15], dostupné na:
<http://www.linkos.cz/propacienty/lecba-17/>
- [19] Psychoterapie [online, cit. 2012-12-15], dostupné na:
<http://www.gaudiaprotirakovine.cz> [online, cit. 3-2013-10-30, 18:10],
- [20] Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné [online, cit. 2013-08-13], dostupné na: <http://www.mammahelp.cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny.php>
- [21] Hedviko, můžu k vám zase přijít? Už se léčím a... [online, cit. 2013-09-05], dostupné na: (<http://www.mammahelp.cz/down/hedvika2.pdf>)
- [22] Psychika a typologie onkologických pacientů [online, cit. 2013-10-05], dostupné na: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/onkologicky_pacient.htm
- [23] Psychika onkologicky nemocného pacienta [online, cit. 2012-09-30],
<http://www.mojemedicina.cz/uvod-do-problematiky-kvality-zivota-obecne-a-na-onkologii/>
- [24] Změna psychiky u žen s onkologickým onemocněním [online, cit. 2012-11-20], dostupné na: <http://www.linkos.cz/psychika-onkologicky-nemocneho/zmeny-psychiky-u-zen-s-onkologicky-onemocnenim>
- [25] Nezůstávej sama, vzkazuje Hanka [online, cit. 2013-08-30], dostupné na:
<http://www.mammahelp.cz/nezustavej-sama-hanka.php>
- [26] Desatero onkologického pacienta [online, cit. 2012-11-10], dostupné na:
<http://www.linkos.cz/lecba-17/desatero-onkologickeho-pacienta>
- [27] Akceptace potřeb onkologických pacientů [online, cit. 2013-05-15], dostupné na:
<http://www.mojemedicina.cz/psychologie-a-komunikace/akceptace-potreb-onkologicky-pacientu/>

- [28] Má se pacientům s rakovinou říkat pravda? [online, cit. 2013-05-15], dostupné na:
<http://www.blesk.cz/clanek/radce-chat-s-odbornikem/190538/chat-s-odborniky-ma-se-pacientum-s-rakovinou-rikat-pravda.html>
- [29] Karcinom prsu u mladých žen [online, cit. 2013-03-15], dostupné na:
<http://www.onko.cz/lekar-karcinom-prsu-mladych-zen/>
- [30] Desatero onkologického pacienta [online 2012-11-10,12:38],
<http://www.linkos.cz/lecba-17/desatero-onkologickeho-pacienta/>
- [31] Psychosociální pomoc [online, cit. 2013-08-30], dostupné na stránkách:
<http://www.amelie-os.cz/cz/psycho-socialni-pomoc-onkologicky-nemocni-rodina-rakovina/brozura-psychosocialni-minimum/jsem-blizky-onkologicky-nemocneho>
- [32] Zkušenosti z praxe [online, cit. 2013-03-10], dostupné na:
http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_6/krtickova_604.htm
- [33] Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné [online, cit. 2013-02-05],
<http://www.mou.cz/ostatni-informacni-materialy/t2544>
- [34] Několik rad pro onkologicky nemocné [online, cit. 2013-01-15], dostupné na:
<http://www.mou.cz/osvetove-materialy/t2540>
- [35] Pozdní následky léčby karcinomu prsu [online, cit. 2013-05-05], dostupné na:
<http://www.linkos.cz/asco/chapter/cena-uspechu-pozdni-nasledky-lecby-primarniho-karcinomu-prsu/>
- [36] Lékařská etika pod tlakem [online, cit. 2013-09-01], dostupné na:
http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/02_lekarska_etika_pod_tlakem-100373.pdf

SEZNAM TABULEK

Tab. 2. Vliv myšlenek pacienta na jeho onemocnění.....	34
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

P I Organizace pomáhající ženám s rakovinou prsu.

PŘÍLOHA P I: ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ ŽENÁM S RAKOVINOU PRSU

MAMMA HELP centrum Brno - kontakt

Odborná garance: prim. doc. MUDr. Lenka Foretová, PhD.,
primářka odd. epidemiologie a genetiky nádorů, MOU Brno

Koordinátorka: Stanislava Absolínová

Nerudova 7

602 00 Brno

Tel: 549 216 595, 739 632 885

E-mail: brno@mammahelp.cz



Zdroj: <http://www.mammahelp.cz/>

Amelie, o.s.

Šaldova 337/15 Praha 8, 186 00

E-mail: *amelie@amelie-os.cz*

Tel: +420 733 640 871

Pevná linka: +420 283 880 316

Linka Amelie: +420 739 004 333



Zdroj: <http://www.amelie-os.cz/>

Gaudia proti rakovině, o.s.

Pracoviště Brno, Brandlova 4

Konzultační centrum Gaudia

Telefon:+420 777 316 175

E-mail:brno@gaudiaprotirakovine.cz

Kontaktní osoba: Jana Brzkovská



Zdroj: <http://www.gaudiaprotirakovine.cz/>