

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

**Bc. Veronika Myslikovjan, BBA**

**KONCEPTY ŽENSKOSTI VE VZTAHU K PŘIJÍMÁNÍ  
KARCINOMU PRSU**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Doc. Mgr. Monika Bosá, Ph.D.

Praha 2024

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, dne 30.3.2024

---

Bc. Veronika Myslikovjan, BBA

### **Poděkování**

Ráda bych především poděkovala paní Doc. Mgr. Monice Bosé, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady a vstřícnost během konzultací. Dále děkuji všem výzkumným partnerkám, které mi věnovaly svůj čas a upřímnost při rozhovorech.

# OBSAH

ABSTRAKT .....	6
I ÚVOD.....	8
II TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 BODY IMAGE .....	10
1.1 Charakteristika Body Image .....	10
1.2 Faktory ovlivňující body image u žen s karcinomem prsu.....	11
1.2.1 Intrapersonální faktory.....	11
1.2.2 Interpersonální faktory.....	11
1.2.3 Sociokulturní faktory .....	12
1.3 Negativní body image ve vztahu k přijímání karcinomu prsu.....	14
1.4 Metody hodnocení Body Image.....	18
1.4.1 Studie siluety.....	18
1.4.2 Dotazníkové šetření .....	19
1.4.3 Rozhovory.....	22
2 PRÁCE S TĚLEM JAKO VÝCHODISKO POZITIVNÍ BODY IMAGE .....	22
2.1 Relaxační techniky.....	23
2.2 Specifika Body-psychotherapie .....	24
2.2.1 Bioenergetika .....	26
2.2.2 Biosyntéza.....	27
3 PODOBY A ZDROJE PÉČE U ŽEN S KARCINOMEM PRSU.....	30
3.1 Péče podle Carol Gilligan .....	30
3.2 Přijímání nemoci a podoby psychosociálních potřeb .....	33
3.3 Rodina a vztahy v rodině jako hlavní zdroj podpory.....	37
3.3.1 Změny sociálních rolí v průběhu léčby.....	37
3.4 Možnosti odborné podpory .....	39
3.4.1 Péče ze strany zdravotníků .....	41
3.4.2 Paliativní a domácí péče .....	42
III. EMPIRICKÁ ČÁST .....	44
4 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	44
4.1 Metodologie.....	45

4.2 Průběh výzkumu .....	49
IV ZÁVĚR.....	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	74
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....	78
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	82
SEZNAM TABULEK .....	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	84

# ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na koncepty ženskosti ve vztahu k přijímání karcinomu prsu. Cílem je zjistit, jak ženy s onkologickým onemocněním prsu vnímají své tělo, jaké podoby péče se u těchto žen vyskytují a jakou podporu získávají od svých blízkých. Pro naplnění stanovených cílů byl v časovém rozmezí od listopadu 2023 do února 2024 proveden kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaných rozhovorů představující hlavní metodologický nástroj k získání empirických dat. Výstupy z diplomové práce poslouží k edukativním účelům pro sociální a sociálně zdravotní pracovníky, stejně tak pro zdravotníky zabývající se daným onemocněním. V rámci odborného sociálního poradenství může být využita jako informační materiál pro ženy s onkologickým onemocněním prsu.

**Klíčová slova:** karcinom prsu, body image, ztráta prsu, chemoterapie, podoby péče, etika péče, sociální služby, kvalitativní výzkum, polostrukturované rozhovory.

# ABSTRACT

This diploma thesis is focused on the concepts of femininity in relation to coping with breast cancer. The aim is to research how women with breast cancer perceive their bodies, what forms of care occur during the treatment and what kind of support they receive from their loved ones. In order to achieve the set goals, the qualitative research was conducted between November 2023 and February 2024 using semi-structured interviews as the main methodological tool to obtain empirical data. The results of this thesis will be used for educational purposes for social and social health workers, as well as for health professionals dealing with said oncological disease. As part of professional social counseling, it can be used as a guide material for women with breast cancer.

**Key words:** breast cancer, body image, loss of breast, chemotherapy, forms of care, ethics of care, social services, qualitative research, semi-structured interviews

# I ÚVOD

Téma věnující se konceptům ženskosti ve vztahu k přijímání karcinomu prsu jsem zvolila v návaznosti na svou Bakalářskou práci zaměřenou na roli fyzioterapie u žen po operaci prsu. Během spolupráce s pacientkami jsem se často dostávala do situací, kdy jsme řešili nejen jejich zdravotní stav, ale i psychosociální dopady nemoci mající významný vliv na jejich kvalitu života. Každý rok si dle Národního onkologického registru vyslechne jen v České republice přes 7000 žen diagnózu s onkologickým onemocněním prsu. Karcinom prsu si proto nese první místo v žebříčku incidence úmrtí u žen ve věkové kategorii 20 až 54 let (Krejčí, 2018). Ženy s onkologickým onemocněním však netrpí pouze fyzickými obtížemi, potýkají se s řadou psychosociálních dopadů, kam můžeme zařadit úzkost, strach a vyrovnání se s nesnadnou životní situací. Jedná se o zásah do partnerských vztahů, rodinného života, pracovního a společenského života, v neposlední řadě i ekonomického zajištění (Formánek Jaganjacová, 2021).

Cílem diplomové práce je zjistit, jak ženy s onkologickým onemocněním prsu vnímají své tělo, jaké podoby péče se u těchto žen vyskytují a jakou podporu získávají od svých blízkých. Pro naplnění stanovených cílů jsem se rozhodla vést kvalitativní výzkum s aplikací polostrukturovaných rozhovorů, jenž povedou k hlubšímu porozumění zkušeností žen s karcinomem prsu. Zároveň se tak ve výsledcích vyvaruji kvantitativnímu zobecňování, které se naopak nachází v množství cizojazyčných studií využívající dotazníkové šetření. Konceptuálním východiskem pro moji práci je tzv. body image využívaná v kontextu práce s tělem. Vychází ze sociálně konstruktivistického přístupu ve vztahu k vnímání (a reflektování) podoby vztahu k tělu a k práci s ním.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část povede k ucelenému shrnutí dostupné literatury a případových studií týkajících se tzv. body image, kam například řadíme faktory ovlivňující vnímání tělesného obrazu u žen s karcinomem prsu, nebo metody práce s tělem, jenž se využívají pro navrácení zdravého sebevědomí. Empirická část, v níž bude detailně popsána vlastní výzkumná práce, se bude snažit najít odpovědi na hlavní výzkumné otázky: “Jak ženy s onkologickým onemocněním vnímají své tělo?” a “Jaké podoby péče se objevují u těchto žen?”. Jejich zodpovězením tak budou získána potřebná data, jenž poslouží k pochopení dané problematiky.



Ráda bych touto prací zvýšila povědomí o možnostech pomoci ze strany sociálních pracovníků v místech, kde dochází k primární diagnostice. Jedná se o edukaci zdravotníků ve screeningových pracovištích, stejně tak sociálních či sociálně zdravotních pracovníků v nemocnicích. V kontextu řízení organizací považuji za klíčové propojit jednotlivé zdravotní a sociální služby, které mnohdy fungují oddělené. Základním zdrojem společné koordinace je sdílená vize vedoucích pracovníků, jedině ta může významně přispět ke zlepšení kvality poskytované péče.

## II TEORETICKÁ ČÁST

### 1 BODY IMAGE

Termín body image, neboli sebepojetí, představuje subjektivní psychologický koncept zahrnující emoce, myšlenky a postoje k vlastnímu tělu (Grogan, 2000). Ženy po ukončené léčbě karcinomu prsu čelí během návratu do běžného života mnohým výzvám. Chirurgické zákroky v podobě mastektomie (odstranění prsu) způsobují fyzické změny, které dramaticky ovlivňují pohled postižených žen na vlastní tělo. Absence prsu, výrazné jizvy, případně další tělesné změny mohou vést k pocitům ztráty ženskosti a zdravého sebevědomí, jenž vychází z odlišnosti od běžné normy.

#### 1.1 Charakteristika Body Image

Psychosociální aspekty vnímání těla začal jako první zkoumat doktor Paul Schilder. Ve své knize (1950) začleňuje do prožívání lidského těla nejen kognitivní konstrukce, ale také postoje člověka k ostatním lidem. Schilder (1950) definoval body image jako “obraz vlastního těla, který si vytváříme v mysli, to znamená způsob, jakým se tělo jeví nám samým”.

Dle Thomase Cashe (2012) existují 3 dimenze body image:

- **kognitivní dimenze** - zahrnuje komplexní vnímání vlastního těla a představy o něm;
- **afektivní dimenze** - pocity, které v nás naše tělo vyvolává;
- **behaviorální dimenze** - veškeré chování vedoucí k ovlivnění fyzického vzhledu a přiblížení se ideálu krásy (estetické a kosmetické zákroky, stravování, sportovní aktivity).

U každého jedince nalezneme po celý život 3 složky body image, u kterých se mění jejich důležitost v různých etapách života:

- **vzhled** - nejvýznamnější v období adolescence, pokud zbylé dvě složky nejsou narušeny;

- **zdraví** - bývá upřednostňováno v pozdní dospělosti a ve stáří;
- **zdatnost** - projevuje se správným fungováním těla, lze ji udržovat pravidelným cvičením (Fialová & Krch, 2012).

## 1.2 Faktory ovlivňující body image u žen s karcinomem prsu

---

### 1.2.1 Intrapersonální faktory

**Tělesné změny** související s onkologickou léčbou mohou narušit přirozené složky body image. V žebříčku hodnot nově zastává primární postavení zdraví, přesto se nevytrácí sociokulturní tlak na vzhled, respektive tlak na uznávaný ideál krásy, kterému se nemocná žena těžce snaží přiblížit.

**Sebevědomí** má pozitivní vliv na kvalitu body image a slouží jako ochrana před vlivem nepříjemných událostí. Naopak nízké sebevědomí může vést k tzv. negativnímu tělesnému sebepojetí (Grogan, 2000).

---

### 1.2.2 Interpersonální faktory

Klíčový faktor při vytváření body image zastává **rodina**. U dívek má pak významnou úlohu matka, která se svými postoji podílí na vytváření body image u svých dcer (Grillitsch & Jenull, 2015). Rodina poskytuje dívkám vztahové a hodnotové normy tělesného vzhledu. Zdravě podporující rodina umožní dítěti, aby si vybuodovalo pozitivní tělesné sebepojetí. Na druhou stranu příliš pečující nebo kritické prostředí v rodině má negativní dopad na sebevědomí dítěte, dokonce i na vztah k sobě samému (Curtis & Loomans, 2014).

U nemocné ženy hraje rodina významnou roli v rámci podpory, nicméně také ona zažívá silné emoční zatížení. Nemohu opomenout **děti**, které bývají pro ženy s onkologickým onemocněním hlavním motivátorem pro dodržování léčebného procesu s cílem zůstat naživu pro své potomky co nejdéle (Friedrichs, Oellerichová, Wesselsová, 2017).

Všeobecně platí, že **partner** ovlivňuje svými postoji body image ženy. Zároveň ženy v trvalém vztahu vykazují pozitivnější sebehodnocení než ženy nezadané. Grogan (2017) ve své knize tvrdí, že rozhodnutí výrazně změnit svou fyzickou stránku ženy činí na základě vlastní nespokojenosti než kvůli partnerovi. Markey & Markey (2014) popisují tzv. teorii párové body image, neboli propojení tělesného sebepojetí mezi partnery. Pokud se muž nebo žena rozhodne pro zásah do svého body image, tak druhý z páru obvykle reaguje také změnou svého zevnějšku.

**Přátele** určují v rámci skupiny základní normy, se kterými se její členové neustále srovnávají a odvíjí od nich svou sebedůvěru. Význam těchto norem může mít za následek problémy ve vnímání své body image, například při rozhovorech o ideální postavě. Naopak podpora přátel v otázkách nespokojenosti se svým zevnějškem může vést k pozitivnější body image (Curtis & Loomans, 2014).

---

### 1.2.3 Sociokulturní faktory

Další faktor mající vliv na body image představuje **socioekonomický status**. V západních zemích všeobecně platí uznávaný ideál v podobě mladistvé, štíhlé a atletické podoby ženského těla. Sjednocení tohoto ideálu mohlo být v důsledku rozvoje **masové komunikace** ve 20. století mezi lidmi všech sociálních vrstev. Dostupnost k dosažení ideální postavy je spíše výsadou u osob z vyšších socioekonomických vrstev. Z tohoto pohledu pak lidé s nižším socioekonomickým statusem mají tendenci k nespokojenosti s jejich body image (Swami, 2015).

Sarah Grogan (2000) upozorňuje na opomíjení společenského původu, stejně tak socioekonomického statusu účastníků většiny psychologických studií. V těchto studiích pak chybí jistá analýza vlivu společenské třídy, proto považuje jejich výsledky ve vztahu k body image za irelevantní.

Jak si představujete ideální ženské tělo? Tuto otázku si lidé pokládají již od nepaměti a stejně jak se mění naše **kultura**, tak se mění i tento ideál. Podíváme-li se například do období baroka, můžeme pozorovat ideál krásy ve smyslu zaoblených a plných ženských postav. Až počátkem 20. století zesilovaly preference štíhlé ženské figury. V minulém století se vystříдалo množství různých ideálů od Audrey Hepburn, symbolu křehké, útlé ženy až po Marilyn Monroe ztělesňující ženský sex appeal. Častá změna těchto ideálů v relativně krátké době má za následek, že současné ženy preferují takový typ postavy, který jim byl znázorňován v průběhu jejich dospívání (Grogan, 2000).

V současné době stále pozorujeme rozdílné ideály krásy napříč světem. Západní kultura preferuje štíhlé postavy, tloušťka je naopak spojována se slabou vůlí nebo nižší socioekonomickou vrstvou. Kypřé postavy oproti tomu ve východní kultuře reprezentují bohatství a prestiž. Štíhlost představuje symbol nemoci a chudoby (Grogan, 2017).

Studie Furnham a Alibhai (1983) popisuje vliv kultury na body image jedince. Pokud se člověk z kulturního prostředí oceňující tloušťku dostane do prostředí idealizující štíhlost, může dojít ke změnám preferencí v jeho tělesné hmotnosti. Autoři se zaměřili na skupinku asijských žen, které emigrovaly do Anglie a druhou skupinku asijských žen žijících v Keni. Asijské ženy žijící v Keni dávaly pozitivní hodnocení převážně kresbám silnějších žen oproti asijským ženám v Anglii.

Kritickým pohledem na společenské očekávání ohledně vzhledu žen se zabývá Naomi Wolf ve svém konceptu s názvem Mýtus krásy. Autorka tvrdí, že tento koncept představuje mechanismus kontroly udržující patriarchální řád a brání emancipaci žen. Mýtus krásy vytváří nepřetržitý tlak na ženy, které by měly splňovat nereálné standardy krásy definované společností a médii. Jedná se tedy o mocný nástroj kontroly žen v patriarchálním systému (Wolf, 2000).

**Média** představují hlavní nositele norem, které jsou ve společnosti aktuální a měly bychom je dodržovat. Jsou všudypřítomné a je prakticky nemožné se vymanit z jejich dosahu. Vliv médií na body image je proto ohromný (Grogan, 2000). Každý den na nás útočí reklamy o možnostech plastické operace, snížení hmotnosti díky keto dietě, nebo navrácení pevné postavy při užívání doplňků stravy.

Média hrají klíčovou roli při vytváření pozitivních či negativních dopadů na body image u žen s onkologickým onemocněním. Negativní vliv spočívá hlavně v zobrazování idealizovaných standardů ženské krásy, který však nebere v potaz různorodost lidského těla. Ženy s karcinomem prsu podstupují řadu zákroků, které jim mohou prohloubit nízké sebevědomí a negativní vnímání vlastního těla, proto bych v této oblasti chtěla zdůraznit roli sociálních médií. Zatímco některé ženy nacházejí podporu prostřednictvím online komunity, kde sdílí své příběhy a nachází porozumění, jiné mohou být negativně ovlivněny fotografiemi retušovaných ženských postav.

### **1.3 Negativní body image ve vztahu k přijímání karcinomu prsu**

Negativní body image můžeme dle Thomase Cashe (1990) definovat jako:

“Negativní myšlenky a pocity vztahující se k vlastnímu tělu.”

#### **Obrázek č. 1 - Myšlenky zobrazující negativní body image**



Zdroj: Vlastní zpracování

Dopady negativní body image se projevují vyšší mírou úzkosti, která vede ke sníženým sociálním interakcím. Ženy s narušeným tělesným a psychickým schématem podléhají sociálním tlakům, neboť jsou méně schopné vzdorovat. Výsledkem tohoto opakujícího se koloběhu je prohlubující se nespokojenost s vlastním tělem, negativním smýšlením o vlastní soběstačnosti nebo pocity selhávání (Krch, 2005). Specifickou poruchou tělesného schématu je tzv. dysmorfie vyznačující se nadměrným soustředěním na určitou část těla (nejčastěji se jedná o obličej, prsa nebo břicho). Osoba trpící tělesnou dysmorfickou poruchou označuje tuto konkrétní část těla za zvláštní (Cash, 2012).

Negativní body image je často podporována společenskými představami o ženskosti zdůrazňující "ideální" tvar těla. Média, sociální sítě, reklamy propagující postavu jako Twiggy v šedesátých letech nebo Cindy Crawford v letech devadesátých vytvářejí nepřiměřené standardy, které vedou k nekonečnému srovnávání se s jinými ženami a pocitu nedosažitelnosti tělesného ideálu (Grogan, 2000). Pocity spojené s negativním tělesným sebepojetím mohou také ovlivnit intimní vztahy. Některé ženy mají po radikální léčbě obavy ohledně přijetí svého těla, což může vést k problémům v sexuálním životě.

Dopadem nemoci související s intimitou léčených žen se zabývala studie Archangelo, Neto, Veiga, Garcia, Ferreira (2019). Výzkumný vzorek představoval ženy ve věkovém rozmezí 18 až 65 let žijící v Brazílii, které podstoupily operaci prsu v souvislosti s karcinomem. Chirurgické odstranění prsu v Brazílii podstoupí až 50 % léčených pacientek. Tato zachraňující metoda s sebou však nese vysoké riziko narušení harmonie "ideálního těla", které se po operaci stává "nedokonalým". Prsa přitom hrají důležitou fyziologickou roli v některých fázích života ženy, stejně tak představují kulturní symbol ženskosti, smyslnosti a sexuality.

Rekonstrukce prsu po mastektomii se snaží zachovat vnímání ženské body image a zlepšit tím i její kvalitu života. Zejména u mladších žen, které přikládají větší význam obrazu těla než starší, vede k méně traumatizujícímu rehabilitačnímu procesu ve srovnání s mastektomií. Do studie bylo zařazeno celkem 90 žen rozdělených do třech skupin - 30 žen po mastektomii, 30 žen po mastektomii spolu s rekonstrukcí prsu a 30 žen bez karcinomu prsu představující kontrolní skupinu.

Pacientky, které absolvovaly rekonstrukci prsu po mastektomii, uváděly lepší sexuální funkci a pozitivnější obraz vlastního těla oproti ženám bez estetického zákroku. Výrazné depresivní příznaky spojené se sexuální dysfunkcí se převážně vyskytovaly u žen, které podstoupily pouze mastektomii. Ve studii byl také zaznamenán trend podstoupení časně rekonstrukce prsu po mastektomii u žen s vyšším vzděláním, což může pravděpodobně souviset s nároky v oblasti sociálního a profesního života.

Vliv nemoci na partnerský vztah také nalezneme v literatuře od Tschuschkeho (2004). Ačkoliv nemoc a léčba nejsou překážkou pro sexuální život, tak velmi často dochází k psychickému bloku u obou partnerů. Klíčová je proto jejich komunikace, stejně tak porozumění a vstřícnost. Občas toto závažné onemocnění může partnerský vztah posílit. Jindy, pokud jsou vztahy narušeny již před nástupem nemoci, pozorujeme jejich zhoršení. Nejedna pár, po skončení náročné léčby, požádal o rozvod či odloučení. Fridrichs, Oellerichová, Wessesová (2017) partnerům doporučují provést tzv. vysvětlující rozhovor ihned po oznámení diagnózy kvůli vyčerpávající povaze léčby. Jakmile žena nastoupí do terapie, tak pro ni může být značně náročné najít chybějící sílu k diskusi.

Dopadem léčby karcinomu prsu na body image se zabývali Kołodziejczyk a Pawłowski (2019). Onkologickou léčbu dělí do 4 základních výkonů: operace, chemoterapie, radioterapie a hormonální terapie. Výsledek operace závisí na mnoha faktorech od zkušenostech chirurga po závažnost onemocnění. Pacientky mohou mít po zákroku problémy s přijetím nesouměrných prsů, které mnohdy vyřeší nošením vycpávek pro uspokojivé zobrazení dekoltu (Janz, Mujahid, Lantz et al., 2005).



U invazivnějších zákroků se setkáváme s tím, že pacientky nechtějí svá prsa vidět a během převlékání odvracejí zrak. Mnoho z nich se proto rozhodne pro estetickou úpravu. Zvyšující se frekvence rekonstrukcí prsu po mastektomii však může vyvolat nepříjemné pocity související s umělostí nebo dokonce odmítnutím implantátu (Schover, Yetman, Tuason, Meisler, Esselstyn, Hermann, 1995).

Bohužel ani dnešní medicína nedokáže odvrátit nejvýraznější vedlejší účinek léčby karcinomu prsu v podobě vypadávání vlasů. Mnoho žen prožívá dilema, zda mají své “milované” vlasy oholit dříve, než o ně přijdou v průběhu léčby. Většina pacientek pozoruje první vypadávání velkých chomáčů vlasů do 10 dnů od první chemoterapie, 48 hodin na to jsou vlasy kompletně pryč (Kim, Cho, Choi et al., 2012). Negativní vliv chemoterapie na body image souvisí hlavně s nutností nošení paruk a šátků. Další typ léčby způsobující množství vedlejších účinků v podobě popálenin, podrážděné kůže, jizev nebo otoků, představuje radioterapie.

V posledních letech se hojně využívá hormonální terapie jednak u žen v postmenopauzálním období, jednak u žen v období premenopauzálním. První skupinka žen je před zahájením léčby požádána o přerušování užívání veškerých léků určených ke zmírnění příznaků menopauzy. V tomto důsledku se u nich vracejí symptomy jako je podrážděnost, přibírání na váze či návaly horka způsobující snížení jejich fyzické atraktivity, zvýšení frustrace a deprese. Příznaky mohou přetrvávat po celou dobu hormonální terapie, tedy až dlouhých 10 let po ukončení hlavní léčby (Pacian, Kulik, Chruściel, Pacian, Skórzyńska, Zakrzewska, 2012). Pro pacientky před menopauzou jsou rizika spojená s hormonální léčbou výrazně horší, terapie totiž urychluje její nástup a může způsobit neplodnost. Takový následek se okamžitě projeví zhoršením duševní a celkové pohody nemocných žen vyplývající z přesvědčení o jejich nenaplnění “společenské povinnosti” (Fobair, Stewart, CHang, D’Onofrio, Banks, Bloom, 2006).

Hlavní myšlenka studie pojednává o potřebě “práce” na body image ve všech fázích léčby: na začátku, během a po léčbě. Prezentovaná data popisují lepší psychické rozpoložení u žen, které byly již v počátcích nemoci dostatečně informovány o výsledcích léčby a změnách, jenž nastanou.

Psychologická podpora hraje významnou roli při zvládnání negativní body image. Skupinová terapie nebo psychoterapie poskytují bezpečný prostor pro vyslovení emocí a sdílení vlastních zkušeností se ženami v podobné životní situaci. Naleznou zde podporu při zvládnání výzev spojených s diagnostikou a léčbou karcinomu prsu. Obecně lze říci, že negativní body image vyžaduje komplexní a empatický přístup vedoucí k pozitivnímu vztahu k vlastnímu tělu (Healey, 2014).

## 1.4 Metody hodnocení Body Image

Posuzování tělesného obrazu může probíhat různými způsoby, přičemž existuje několik metodologických přístupů k danému tématu. Pro potřeby diplomové práce jsem se rozhodla popsat metody subjektivní, neboť jsou více zaměřeny na pochopení vlastního vnímání těla u žen s karcinomem prsu. Tyto metody srovnávají subjektivní vnímání vzhledu jedince s uznávaným ideálem, což může být příčinou negativní body image (Grogan, 2000).

---

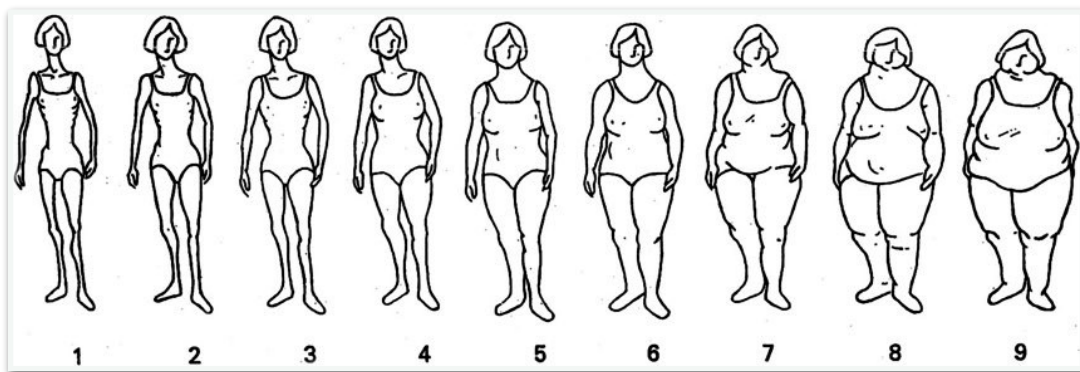
### 1.4.1 Studie siluety

Jedná se o jednu z nejužívanějších kvantitativních metod měření stupně nespokojenosti s tělem. V této technice jsou respondentky vyzvány pro označení figury, která nejvíce vystihuje jejich postavu na vzestupné škále od nejtíhlejší po nejsilnější. Následně vyberou siluetu považující za "ideální". Rozdíl mezi těmito dvěma postavami představuje míru spokojenosti či nespokojenosti.

April Fallonová a kolektiv (1990) provedli v 90. letech studii siluet u amerických a indických žen. Indické ženy uváděly za ideál postavu přibližně stejnou jako jejich, oproti tomu americké ženy označovaly za ideál výrazně štíhlejší postavu, než tu svoji. Opět můžeme pozorovat určité vlivy kulturní odlišnosti v preferencích tvaru postavy, které v dnešním multikulturním světě musíme brát v potaz.

Grafické znázornění siluet ženské postavy dnes nalezneme v podobě reálných fotografií, 3D vizualizací nebo nespécifických siluet. Výběr závisí například na věkové skupině zkoumaných žen. **Stunckard figure rating scale** z roku 1983 patří mezi jednu z nejrozšířenějších verzí testu siluet. Stupnice hodnocení je souborem devíti ženských postav. Množství studií v knize od Grogan (2000) dokazují, že by většina dotazovaných žen chtěla štíhlejší postavu, než jakou aktuálně mají.

**Obrázek č. 2 - Stupnice hodnocení siluety ženské postavy**



Zdroj: Grogan, 2000

---

#### 1.4.2 Dotazníkové šetření

Dalším hojně užívaným nástrojem ke sběru kvantitativních dat u zjišťování spokojenosti či nespokojenosti žen se svým tělem je dotazníkové šetření. Dotazníky jsou konstruovány tak, aby v nich respondentky mohly vyjádřit jejich míru souhlasu s jednotlivými tvrzeními. Oproti metodám siluet jsou flexibilnější, neboť zahrnují nejen globální míru spokojenosti se svým tělem, ale také míru spokojenosti s jeho jednotlivými částmi (Fialová & Krch, 2012).

Dotazníky se zaměřením na **kognitivní složku** body image rozebírají tělesné schéma žen. Výsledky přináší pohled na myšlenky a přesvědčení ohledně vlastního těla respondentek (Cash, 2012). **Appearance Schemas Inventory - Revised** mapuje přesvědčení žen o důležitosti vzhledu v jejich životě a vliv tohoto aspektu na přisuzování hodnot jiným osobám na základě jejich atraktivity (Cash, 2002).

Na **afektivní dimenzi** body image se zaměřují metody zkoumající pocity a emoce daných žen vůči jejich tělu. Výsledky tohoto dotazníkového šetření však mohou podléhat situačním faktorům a krátkodobým zkreslením. Výskyt negativních pocitů spojených s body image v každodenních situacích hodnotí **Situational Inventory of Body-Image Dysphoria**. Dotazník od respondentek zjišťuje frekvenci negativních emocí u 48 možných situací. Stud pramenící z pohledu na vlastní tělo v kontextu kulturně preferovaných ideálů krásy zjistíme z vyhodnocení tzv. **Objectified Body Consciousness Scale** (Cash, 2012).

Nejméně využívanou metodu dotazníkového šetření pak představuje **behaviorální složka** body image. Častá kontrola váhy nebo nadměrné vzhlížení se v zrcadle nepatří mezi běžné otázky vyskytující se v dotaznících zaměřených na body image, nicméně i tyto projevy mohou odrážet nespokojenost s vlastním tělem. **Body Image Avoidance Questionnaire** se na danou problematiku zaměřuje otázkami ohledně způsobu oblékání, kontroly váhy nebo vyhýbání se sociálním interakcím (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

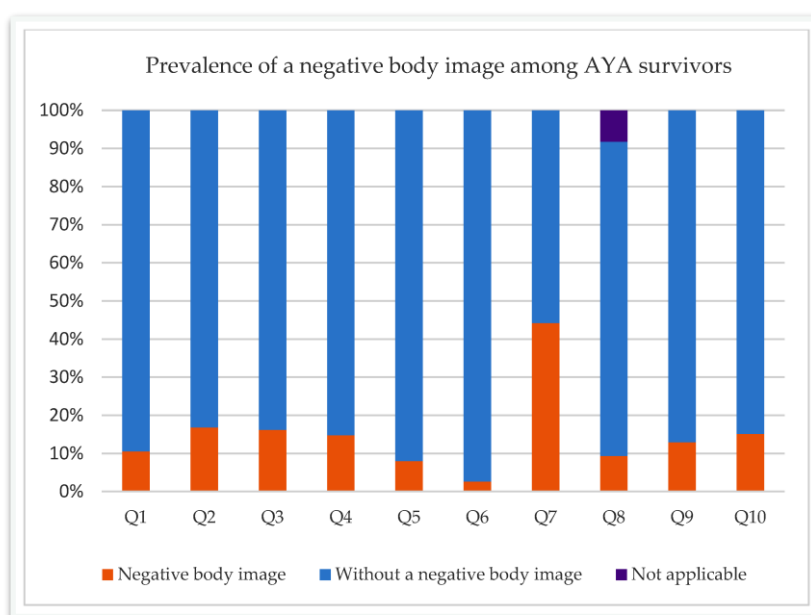
V poslední řadě bych ráda uvedla tzv. **globální dotazníky**, které kladou otázky na tělo jako celek nebo jeho konkrétní oblasti (u žen se nejčastěji jedná o prsa, obličej nebo boky). **Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire** představuje často užívaný globální dotazník skládající se z 69 položek, u kterých respondentky subjektivně hodnotí svůj vzhled, zdraví, fyzický stav a jiné (Cash, 2002).

Sabiston, Rusticus, Brunet, McDonough, Hadd, Hubley, Crocker (2010) ve své studii zkoumali rozdíly ve vnímání obrazu vlastního těla mezi ženami po ukončené léčbě karcinomu prsu v porovnání se ženami bez tohoto onemocnění. Pro výzkum využili kvantitativní metodu pomocí dotazníku Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. Dle publikovaných výsledků se u obou skupin vyskytovaly podobné negativní postoje k některým částem těla. U žen bez rakoviny prsu převažovala nespokojenost v oblasti obličeje a nižší části trupu, zatímco ženy po ukončené léčbě karcinomu prsu nejčastěji označovaly horní oblast trupu.

Další studii využívající dotazníkové šetření uskutečnili ve spolupráci s Nizozemským onkologickým institutem Saris, Vlooswijk, Kaal, Nuver, Bijlsma, Hulle, Kouwenhoven, Tromp, Lalisang, Boss, Graaf a Husson (2022). Výzkumným vzorkem byly ženy a muži ve věku od 18 do 39 let po ukončené léčbě karcinomu prsu. Toto věkové rozpětí reprezentuje důležité životní milníky, včetně utváření vlastní identity a tělesného obrazu, dokončení vzdělání, zahájení kariéry nebo narození dětí. Do analýzy bylo zahrnuto celkem 3735 dotazníků, kde respondenti odpověděli alespoň na polovinu z deseti otázek o jejich tělesném obrazu. Výsledky dotazníkového šetření vypadají následovně:

- celkem 541 přeživších mělo nějakou zkušenost s negativní body image;
- téměř polovina dotazovaných uvedla pocit nekompletnosti (44,2 %);
- 16,8 % respondentů uvedlo, že se po ukončené léčbě cítilo starší, než ve skutečnosti jsou;
- snížení pocitu ženskosti/mužnosti v souvislosti s léčbou rakoviny označilo 15,1 % dotazovaných;
- malé procento respondentů se kvůli svému fyzickému vzhledu vyhýbalo lidem;
- pocit trapnosti kvůli fyzickému vzhledu uvedlo 8 % dotazovaných.

**Obrázek č. 3 - Prevalence negativní body image u přeživších karcinomu prsu (Saris, Vlooswijk, Kaal, Nuver, Bijlsma, van der Hulle, Kouwenhoven, Tromp, Lalisang, Bos, van der Graaf, Husson, 2022)**



Q1 - Připadáte si neatraktivní?; Q2 - Cítíte se starší, než je váš věk?; Q3 - Jste nespokojen/a se svým fyzickým vzhledem?; Q4 - Máte pocit, že svému tělu můžete věřit?; Q5 - Stydíte se za vaše tělo?; Q6 - Vyhýbáte se lidem kvůli vašemu vzhledu?; Q7 - Cítíte se kompletní?; Q8 - Jste nespokojen/a se vzhledem jizev? (zde bylo možné označit “nelze použít”); Q9 - Hodnotíte svůj fyzický vzhled negativněji po diagnostice a léčbě rakoviny?; Q10 - Cítíte se v důsledku své nemoci méně mužný/žensky?

---

### 1.4.3 Rozhovory

Rozhovor řadíme mezi kvalitativní metodu hodnocení body image. Jeho výhodou je hlubší nahlédnutí do tématu a kompletní pochopení jednotlivých souvislostí. Informantkám dává více prostoru pro vyjádření svých emocí, nebývá však příliš využíván kvůli časové náročnosti. V praxi se častěji setkáme s kombinací zobrazovacích a dotazníkových metod (Grogan, 2000).

## 2 PRÁCE S TĚLEM JAKO VÝCHODISKO POZITIVNÍ BODY IMAGE

Psychologové se shodují na dvou hlavních faktorech podmiňující pozitivní obraz body image - sebevědomí a pocit sebekontroly. Všeobecně platí, že vysoké **sebevědomí** přináší dobrý pocit z vlastního těla. Spokojenost s tělem dále vytváří pocit osobního štěstí. Nacházíme tedy určitou souvislost mezi pozitivním vnímáním body image a pozitivními pocity ve vztahu k vlastnímu Já. **Pocit sebekontroly** představuje druhý faktor mající příznivý vliv na body image. Lidé se schopností sebekontroly bývají více spokojeni se svým tělem, neboť jsou přesvědčeni o jejich kompetentnosti dosáhnout ideální postavy (Grogan, 2000).

Existuje řada technik ke zlepšení způsobu vnímání a prožívání vlastního těla. Tato subkapitola bude věnována relaxačním technikám, které spolu s pravidelným cvičením podporují pocit kontroly. Pozornost je zaměřena na prožitek ze cvičení, namísto upínání se na vizuální podobu těla. Využití těchto technik může ženám s karcinomem prsu poskytnout řadu přínosů v podobě uvolnění a lepší kvality života (Raboch, 2019). Dále se zaměřím na oblasti psychoterapie zvané bioenergetika a biosyntéza, během kterých se ženy snaží

porozumět svému prožívání skrze vnímání fyzických procesů v podobě napětí nebo uvolnění (Lowen, 2009).

---

## 2.1 Relaxační techniky

Relaxační techniky mohou v kombinaci se socioterapií poskytovat ženám s karcinomem prsu možnost setkávat se s ostatními, kteří si daným onemocněním procházejí. Během těchto interakcí dochází k uvolnění a zvládnání stresu vedoucí k posílení jejich emocionální podpory a poskytnutí nástroje k aktivnímu zvládnání jejich situace.

**Progresivní svalová relaxace** je metoda, při níž dochází k cílenému uklidňování organismu na základě vědomého napínání a uvolňování určitých svalových skupin. Tělo se díky výrazným rozdílům mezi oběma stavy dostává do hlubšího klidu, což má za následek zpomalení úderů srdce, uvolnění svalů nebo uklidnění nervové soustavy.

**Autogenní trénink** bývá popisován jako psychoterapeutická metoda vycházející z hypnózy. Cílem je uvolnění organismu přepnutím do určitého stavu vědomí, při kterém dochází ke snížení napětí svalstva a cév.

**Jóga** souvisí s tréninkem homeostatické regulace, neboli schopnosti zůstat v rovnováze. V terapii se provádějí tělesná cvičení, relaxace, meditace, popřípadě techniky dýchání. Tato empirická nauka současně zahrnuje i pravidla chování k zajištění individuálního zdraví jedince.

**Čchi-kung** je jednou z tradičních léčebných metod čínské medicíny spočívající v kultivaci tělesné a životní energie. V průběhu cvičení se tělo stává pružnějším a uvolňují se energetické blokády. Se sílící energií v těle, se uvádějí do souladu protipóly jin a jan.

### **Mezi hlavní benefity relaxačních technik řadíme:**

- zmírnění bolesti,
- zlepšení držení těla,
- posílení imunitního a nervového systému,
- odbourávání stresu,

- zmenšení strachu,
- klidnější spánek,
- pozorné naslouchání vlastním potřebám,
- stabilizaci psychiky (Friedrichs, Oellerichová, Wesselsová, 2017).

Pozitivní vliv relaxačních technik na duševní a fyzické zdraví během léčby karcinomu prsu popisuje studie Song, Xu, Zhang, Ma, Zhao (2013). Nadpoloviční většina žen trpí během léčby rakoviny depresemi, které se většina lékařů snaží vyřešit medikací v podobě antidepresiv nebo léků proti úzkosti. V dnešní době jsou však stále populárnější alternativní přístupy snažící se nepodporovat tyto návykové látky. Ke zlepšení stavu může pomoci jóga nebo právě relaxační techniky (Woltz, Chapa, Friedmann, Son, Akintade, Thomas, 2012). Studie se snaží zjistit, zda relaxační tréninky pomáhají během chemoterapie zmírnit vedlejší účinky léčby. Do výzkumného vzorku bylo vybráno 100 žen, které poprvé v životě podstupovaly chemoterapii. První skupina žen absolvovala spolu s chemoterapií také relaxační trénink, druhá skupina pouze standardní ošetrovatelskou péči. Relaxační trénink byl instruován v podobě břišního dýchání a progresivní svalové relaxace. Výsledky ukazují, že skupina žen provádějící relaxační techniky uváděla po chemoterapii významně nižší nežádoucí účinky oproti skupině procházející standardní léčbou.

## 2.2 Specifika Body-psychotherapie

Hlavním cílem body-psychotherapie je zlepšení vnímání vlastního těla skrze propojení fyziologických projevů, emocí a myšlenek. Vede k porozumění různých tělesných procesů, jenž dává do souvislosti s psychologickými přístupy. Body-psychotherapie tudíž pomáhá k rozpróudění interakcí mezi tělem a myslí. Každá na tělo zaměřená intervence je přitom podrobena studii jejího dopadu na kognitivně emocionální složku osobnosti. Do procesu terapie je proto zařazena jak fyzická, tak psychologická složka osobnosti (Liss, 2004).

Terapeut se při práci s nemocnou ženou soustředí na její pocity a myšlenky, jenž mohou souviset s určitou vzpomínkou. Nejjednodušším způsobem, jak se k těmto prožitkům dostat, je skrze jednoduché otázky. Výsledkem každé intervence je psychologický výstup, u kterého nelze vycházet z ideálního postoje těla nebo správného způsobu dýchání.



V daném okamžiku terapeut pomáhá pacientce správně uchopit její fyzické projevy. Neverbální komunikace patří mezi další projevy, s nimiž musí pracovat. V průběhu terapie se může objevit množství emočních procesů pozorovatelných na fyzické úrovni. Nejčastěji se jedná o záškuby, hluboké dýchání nebo třes. Existují terapeuti oddělující verbální část od nonverbální orientovanou na emoce, jiní se snaží pracovat ve stejnou chvíli na obou rovinách. Jedním z cílů body-psychotherapie je proto najít tzv. tělesný jazyk, při němž dochází k fyzickému procesu podléhající emočním zážitkům v podobě hlasové intonace. Může se jednat o různé zvuky, které žena během terapie vydává.

V poslední řadě bych chtěla upozornit na senzitivní vnímání určitých specifík v řeči pacientek. Projevy metafor či představ v sobě ukrývají z hlediska napětí největší potenciál, představují tzv. klíčové slovo. Pokud terapeut toto klíčové slovo zachytí, může s ním naložit několika způsoby. Slovo si zapamatuje, nebo jej zopakuje ve větě dávající mu nějaký kontext, popřípadě požádá pacientku o jeho zopakování spolu s vyjádřením jeho emocionálního významu (Liss, 2004).

V současné době přibývá důkazů, že body-psychotherapie je účinná metoda při léčbě různých duševních poruch souvisejících s rakovinou. Klíčové aspekty poruch tělesného obrazu zahrnují nespokojenost s vnímáním vlastního vzhledu, které přetrvává i po úspěšné léčbě nádoru. Tato nespokojenost může být velkou výzvou z hlediska kvality života, proto se na ní zaměřuje stále větší skupina poskytovatelů péče (Rhondali, Chisholm, Filbet, Kang, Hui, Cororve Fingeret et al., 2015).

Studie Grossert, Meffert, Hess et al. (2019) se zaměřuje na vyhodnocení potenciálu body-psychotherapie při řešení tělesných poruch souvisejících s rakovinou. Účastnice podstoupily celkem 6 skupinových sezení v časovém horizontu 6 týdnů. Mezi jednotlivými sezeními byli instruováni o podobě terapie v domácím prostředí za podpory chytrých telefonů pro zajištění integrace daného postupu do každodenního života.

Terapeutické intervence spouštěné chytrým telefonem se skládaly z krátkých cvičení reflektující skupinová sezení, jež probíhaly paralelně s prezenčními terapiemi. Kombinace klasického terapeutického prostředí s novou technologií přispěly k lepšímu porozumění tělesných poruch u žen s onkologickým onemocněním. Výsledky dokazují, že jsou pohybové intervence u pacientek s rakovinou prospěšné. Zlepšují kvalitu života a jejich aplikace může například přispět k lepšímu fungování rodiny.

V sociálních službách lze využít například online komunity jako prostředek pro poskytování podpory nebo předávání zkušeností mezi jednotlivými členy. Tyto uzavřené skupiny umožňují sdílet své pocity, a tudíž získat podporu od ostatních mimo terapeutické sezení. Kombinace klasického terapeutického prostředí s novými technologiemi může značně posílit efektivitu sociální práce tím, že umožní lepší dostupnost služeb a poskytne další nástroj pro dosažení terapeutických cílů.

---

### 2.2.1 Bioenergetika

Stěžejním předpokladem tohoto terapeutického směru je práce s energií, kterou člověk nezískává pouhým spalováním potravy, ale také kontaktem s pozitivními silami z okolí. K bioenergetice se vztahují dva základní koncepty. Rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie představuje **koncept vyrovnané energetické bilance**. Depresivní člověk obávající se ukázat své city nebude, v souladu s tímto konceptem, vydávat ani přijímat novou energii. Současně existuje tzv. **koncept proudění**, který je založen na představě pomyslného přenašeče energie v podobě pohybu tělesných tekutin (například krve) vytvářející vzruchy. Emoce v tomto pojetí vznikají jako reakce na proudění jednotlivých vzruchů. Pokud nastane jejich blokáda, ovlivní se tím emoční život jedince. Blokádu pak identifikujeme na základě ochablé, nebo naopak křečovitě napjaté části těla (Lowen, 2009).

Lowen se ve své publikaci (2009) věnuje **teorii osobnosti**, kterou dělí na dvě části. První z nich souvisí s ontogenezí člověka. Člověk je tvořen několika vrstvami, které se během života “nabalují” a nesou s sebou určitou kvalitu. Pokud má jedinec schopnost svobodně ovládat všechny tyto vrstvy, vytváří integrovanou osobnost, bez vnitřních konfliktů. Druhá teorie osobnosti zkoumá jádro člověka, které symbolizuje srdce. Vychází z předpokladu, že prožitek určitého strachu v mládí vyvolá u jedince obranu, a to ve třech rovinách:

- prostřednictvím obranných mechanismů - popřením;
- v rovině svalové - chronickým svalovým napětím;

- v rovině emoční - negativními emocemi v podobě zlosti nebo zoufalství.

Pro správný efekt terapie se musíme zaměřit na všechny 3 roviny, to znamená na odbourání obranných mechanismů prostřednictvím rozhovorů, odstranění svalových napětí pomocí cvičení a uvolnění potlačených emocí například křikem nebo pláčem. Práce jen na jedné či dvou z těchto rovin bude pravděpodobně úspěšná, ne však z dlouhodobého hlediska. Cílem terapie je zprůchodnit přímou cestu k srdci, ale také od něj. Jen tak dojde ke změně osobnosti člověka reagující na situační podněty.

Bioenergetika je forma psychoterapie kombinující fyzickou práci s emocionální a energetickou rovinou. Mezi klíčové dovednosti terapeuta patří:

- odborné vzdělání v oboru psychoterapie;
- schopnost empatie a efektivní komunikace pro vybudování důvěry a bezpečného prostředí pro pacienty;
- cit pro rozpoznání různých projevů napětí a energetických bloků v těle pacienta.

Důležitý apel je také směřován na patřičné proškolení bioenergetických terapeutů při práci s dotekovými technikami, jenž mohou u lidí vyvolat různé reakce. Terapeut nejprve provede diagnostiku bloků, na jejichž základě volí adekvátní cvičení. Při správné aplikaci se léčená žena naučí získat lepší kontakt se svým tělem v podobě jeho prožívání, jenž vede k odbourání existujících bloků. Častým příkladem bývá cvičení pádu, kdy se jedinec snaží pozorovat své pocity během stání na jedné noze tak dlouho, dokud nespadne na podložku (Lowen, 2009).

Ačkoliv body-psychoterapie postupně získává stále větší uznání, tak nalezneme množství názorů kritizující dané postupy, které s sebou přináší například výše zmíněné využití doteku. Autoři upozorňují na riziko retraumatizace, stejně tak se odkazují na nedostačující empirické ověření těchto technik (Young, Westland, 2014).

---

### 2.2.2 Biosyntéza

K pochopení toho, co žena s karcinomem prsu právě prožívá, je nutné využít koncepci kvality života. Kvalitu života vnímá každý jedinec subjektivně. Mluvíme zejména

o subjektivním hodnocení nemoci, smyslu života ve snaze zvládnutí základních životních cílů vedoucí k uspokojení. Kvalitu života u onkologických pacientů z pohledu **bio-psycho-spirituálního** nalezneme dle Honzáka (2021) v těchto oblastech:

- tělesná pohoda,
- psychická pohoda,
- sociální pohoda,
- duchovní pohoda.

Prvním krokem pro zvládnutí léčby jsou upřesňující informace ohledně zdravotního stavu nemocné ženy. Jak je to závažné? Jak dlouho bude léčba trvat? Jaké to bude mít následky? V odborné literatuře najdeme množství studií poukazující na důležitost pozorování a následné řešení psychosociálních dopadů u žen s rakovinou prsu vedoucí k plnohodnotnému návratu do života, dokonce i k motivaci celoživotního udržování. (Friedrichs, Oellerichová, Wesselsová, 2017). V následujícím textu se budu věnovat biosyntéze, jež reprezentuje terapeutický směr vycházející z bio-psycho-spirituální roviny.

Biosyntéza představuje psychoterapeutický přístup kombinující klasickou psychoanalýzu, somatickou existenci a práci s vědomím. Cílem terapie je propojení somatické, psychologické a spirituální esence vedoucí k uvolnění potlačených emocí a traumat. Základy teorie biosyntézy úzce souvisí s rozdělením mozku a těla na 3 funkční systémy, které jsou navzájem propojeny a nemají mezi sebou žádné hierarchické uspořádání, fungují tedy v naprostém souladu:

- ektoderm - jedná se o senzorický systém zprostředkávající informace z okolí;
- mezoderm - motorický systém spojující akce k vnějšímu světu;
- endoderm - energetický systém přímo napojený na sympatikus a parasympatikus ovlivňující metabolismus a emoce (Boadella, 2009).

Pro terapii je klíčová **teorie fungování mysli a těla** vedoucí k lepšímu porozumění emočních procesů. Negativní emoce v podobě traumat vytvářejí strukturu našeho těla. Existují 4 základní modely tělesné reakce na emoční strádání - rigidita, zhuštění, oteklost a v poslední řadě kolaps. Tělesné prožitky jsou z tohoto pohledu velmi důležité pro identitu jedince (Keleman, 2005).

Biosyntéza rovněž pracuje s pojmem **energie**. V teorii se dočteme o energetických centrech souvisejících s mentálními a emočními prožitky. Nevyváženost v těchto centrech určuje charakter člověka:

- pupeční centrum - masochismus,
- oblast kříže - agresi nebo rigiditu,
- podbřišek - hysterii,
- centrum mezi obočím - paranoii nebo schizofrenii (Keleman, 2005).

Dalším faktorem je **rovnováha** mezi oběma polovinami vegetativního nervového systému - sympatikem a parasympatikem. Smutek nebo vnitřní pocit radosti se pojí s funkcí parasympatiku, na druhé straně sympatikus se aktivuje při prožívání strachu, bujaré radosti či hněvu. Při dlouhodobém působení jedné skupiny emocí pak dochází k přetížení autonomního nervového systému. Úkolem terapie je proto návrat do emoční vyrovnanosti a harmonického dýchání (Boadella, 2009).

Základní posun biosyntézy od bioenergetiky spočívá v rovnocenném uznání obou **polarit**. Součástí terapie je práce na vnitřním prožitku, stejně tak i jeho vnějším vyjádření. V praxi to znamená, že jedinec může pracovat na zvyšování své energetické úrovně, nebo se snaží o její snížení. Terapeuti volí vhodný přístup ke svým pacientům na základě jejich reakcí, nejčastěji pak pracují s těmito polaritami:

- zvyšování versus snižování hladiny energie,
- interní versus externí činnosti,
- verbální versus nonverbální komunikaci,
- regresivní versus progresivní orientaci (Boadella, 2009).

### **3 PODOBY A ZDROJE PÉČE U ŽEN S KARCINOMEM PRSU**

Každý rok si dle Národního onkologického registru vyslechne jen v České republice přes 7000 žen diagnózu onkologického onemocnění prsu (Krejčí, 2018). Ze všech slov nacházejících se v lékařském slovníku, je právě termín rakovina tím nejděsivějším. Péče o ženy s karcinome prsu se neustále vyvíjí, a to jak z hlediska léčebných metod, tak podpůrných intervencí. Následující kapitolu věnuji podobám péče, které se u nemocných žen vyskytují a mají vliv na jejich kvalitu života. Na podoby péče se budu dívat dvojitým způsobem – na to, jak samotná péče vypadá, ale také z jakého zdroje, respektive z jakého vztahu vychází.

#### **3.1 Péče podle Carol Gilligan**

Vzhledem k povaze tématu jsem se rozhodla využít pro definici péče koncept Carol Gilligan popsany v knize Jiným hlasem (2001). Jedná se o práci inspirující feministické koncepty etiky péče rozpracované i skrze kritiku Carol Gilligan. Pro mou práci však vnímám koncept Gilligan jako inspirující. Vychází ze ženské zkušenosti (podmíněné kulturním vnímáním a socializací) a poskytuje vymezení morálního vývoje skrze vztahy (k sobě i druhým), což vnímám jako stěžejní. Carol Gilligan (2001) se věnuje hlasu žen, který nebyl v předchozích teoriích morálního vývoje dosti začleněn. Se svými kolegyněmi vytvořila schéma psychologického vývoje, v němž tvrdí, že psychologický vývoj mužů a žen není srovnatelný, neboť je v obou případech postaven na odlišných zákonitostech vyplývajících z odlišných životních zkušeností a výchovou. Největší rozdíl považuje v prodělání tzv. vztahové krize během odlišných fází života. Vztahová krize představuje období, kdy nastává psychologické odtržení dítěte od matky. Muži prodělávají zmíněnou krizi v dětství, oproti tomu ženy až v období adolescence. Pro ženu je v tomto období důležité najít rovnováhu mezi vztahem k sobě a zároveň k druhým lidem. Dále preferuje spolupracující prostředí a své postoje někdy skrývá především ve snaze neublížit ostatním. Naopak muži se soustředí na prosazování svých názorů a nevdají jim konkurenční prostředí.

Morálka všeobecně vychází z etiky péče a odpovědnosti. Ženy si uvědomují jejich odpovědnost vůči sobě, rodině i lidem v okolí. Pokud musí řešit nějaké konflikty, snaží se oproti mužům vyvarovat agresii, která narušuje spojitost ve vztazích. Často u nich dochází k rozporu mezi snahou být samy sebou a být takové, aby vyhověly potřebám ostatních. Musí se tedy rozhodnout, zda ublíží sobě a budou se snažit zaujmout roli očekávanou od okolí, nebo naopak ublíží okolí. Z kontextu je patrné, že se ženy nesnaží dostat na vrcholek mezilidských vztahů, ale spíše do jeho středu. Morální vývoj žen se dle Gilliganové odráží například v její studii, kde zkoumala dopady interrupce na psychiku žen. Výzkum byl proveden v 70. letech 20. století a zahrnoval rozhovory se ženami, jenž podstoupily potrat. Cílem bylo identifikovat různé faktory ovlivňující prožívání této události. Výsledky dokazují, že ženy prožívají potrat jako emocionálně náročnou událost, která souvisí s morálními otázkami spojenými s odpovědností za nový život. Na druhou stranu volba těhotenství, antikoncepce nebo interrupce jim dává moc promlouvat svým vlastním hlasem.

Morální vývoj má podle Carol Gilligan (2001) tři stádia, která jsou dále proložena dvěma přechodovými fázemi:

**Tabulka č. 1 - Stádia morálního vývoje dle Gilligan**

<b>1. STÁDIUM</b>	péče o sebe sama -> PŘEŽITÍ
<b>1. PŘECHODOVÁ FÁZE</b>	první stádium hodnoceno jako sobecké
<b>2. STÁDIUM</b>	ODPOVĚDNOST -> péče o druhé
<b>2. PŘECHODOVÁ FÁZE</b>	pokud člověk pečuje jen o druhé, vytváří to instabilitu ve vztazích
<b>3. STÁDIUM</b>	pochopení propojenosti mezi sebou a druhými <b>SOBECKOST + ODPOVĚDNOST = BALANCE</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

**Péče o sebe sama** je chápáno jako jediný objekt zájmu umožňující přežití. Je omezen nedostatkem moci, nerozlišuje tedy “měl/a bych” od “chtěl/a bych”. Morálka je charakterizována v podobě sankcí ukládaných společností.

U první přechodové fáze je předchozí chování hodnoceno daným člověkem jako **sobecké**. Nastává tedy rozpor mezi “měl/a bych” a “chtěl/a bych”. Správné rozhodnutí je v souladu s možností být hoden začlenit se do společnosti. Problémem této fáze pak bývá přimknutí se k ostatním.

Snaha zajistit **péči druhým** osobám se projevuje v následujícím stádiu. Morální úsudek se opírá o společenské normy a všeobecné očekávání. Žena se snaží být společností přijata, přičemž svou cenu vidí právě ve schopnosti péče a ochrany druhých. Nevýhodou však bývá jejich uplatňování morálky na základě sebeobětování.

Ve druhé přechodové fázi se žena zabývá problémy ve vztazích, které souvisí s jejich **nerovnováhou**, kdy pečuje převážně o druhé, a ne o svou osobu. Začíná se sama sebe ptát: “Jsou druzí důležitější než Já”? Hledá tedy odpovědi na to, zda jsou její potřeby stejně důležité jako potřeby jiných. Morálka je v této fázi hodnocena na základě záměru a důsledku. Žena musí odhalit své vlastní potřeby a odkrývá další otázku zabývající se podstatou péče.

V posledním stádiu dochází k uvědomění si vzájemného **propojení mezi sebou a druhými**. Péče je vědomě zvoleným principem úsudku, při jejíž aplikaci na ostatní je proto dobré brát v úvahu i vlastní potřeby. Schopnost volby jde ruku v ruce se schopností přijmout za tuto volbu odpovědnost. Péče tedy zahrnuje jak sebe, tak druhé a soustředí se na realitu.

Ve výzkumu se především zaměřím na poslední stádium vztahující se k řešení rovnováhy mezi péčí o sebe a péčí o druhé. Vzájemné propojení péče tak může poskytnout zajímavý pohled na interpretaci výsledků výzkumu.



## 3.2 Přijímání nemoci a podoby psychosociálních potřeb

Elisabeth Kübler-Ross popisuje 5 fází smutku, jenž úzce souvisí s přijímáním nemoci spolu s potřebou psychosociální podpory. Jednotlivé fáze mohou mít různé trvání, dochází k jejich prolínání, opakování nebo mohou zcela chybět. Jakmile se pacientky dozvídají o jejich vážném onemocnění, u mnohých z nich dochází ke stavu strnutí neboli **fázi šoku**. Z psychologického hlediska se jedná o mentální odpoutání od reality. Žena se snaží nepřipouštět pravdu v plném rozsahu a brání se zamlžením této skutečnosti. Fáze šoku vyžaduje plnou podporu nejbližšího okolí, stejně tak podávání srozumitelných informací ze strany odborníků pečujících o nemocnou ženu. Jak se mají pacientky s prvotním šokem vyrovnat? Janáčková a Weis (2008) ženám s onkologickým onemocněním doporučují:

- uvolnit průchod emocím, nebránit se případným slzám;
- nechovat se jako by se nic nestalo;
- nebát se požádat své okolí o pomoc;
- shromáždit od odborníků dostatek informací o možnostech a průběhu léčby;
- napsat si seznam s úkoly, na které nesmí zapomenout;
- využít možnost práce s relaxačními technikami pro zvládnutí stresu.

Jakmile dochází k přijetí skutečnosti, začíná **fáze hněvu**. Zloba může být namířena na sebe, na druhé nebo na situaci jako takovou. Okolí nemocné ženy si tyto projevy však nesmí brát osobně. Pro zvládnutí této fáze je potřebný pouze čas.

Ve **fázi smlouvání** se nemocná žena snaží najít způsoby, jak se vyrovnat se svým trápením. Křivohlavý (2002) popisuje tzv. únik do mentálního osamění, který umožňuje odlehčení psychického stavu a slouží k doplnění potřebné síly. Výsledkem může být seznam přání, které by pacientka chtěla stihnout, neboť si začíná uvědomovat délku trvání svého onemocnění. Ačkoliv se může jednat o nereálná přání, tak by měla u svých blízkých najít podporu a pochopení.

**Fáze deprese** reprezentuje období hlubokého smutku a beznaděje, jednoduše dochází ke ztrátě zájmu o okolní svět. Stav relativní psychické pohody nastává pouze při zlepšení celkové kondice nemocné ženy. Opět se očekává pomoc od nejbližších navzdory jejich zoufalství. Psychologická péče je proto zaměřena nejen na pacientky, ale také na její rodinu a blízké (Janáčková a Weis, 2008).

Posledním stádiem je **fáze smíření**, která dle Křivohlavého (2002) vychází z teorie krizové intervence, podle níž je hlavním cílem chování člověka udržení celkové rovnováhy. Nemoc svým působením tuto rovnováhu narušuje, a proto musí dojít k jejímu navrácení. Nemůžeme říci, že by bolest zcela vymizela, ale žena je konečně schopna najít smysl svého života. V terminálním stádiu nemocni však tato fáze spíše představuje smíření se s nevyhnutelnou smrtí, což přináší velmi nepříjemné fyzické i psychické stavy. Častým přáním umírajících je pak zemřít v domácím prostředí.

V práci se budu zabývat propojením různých podob vztahů, jenž jsou relevantní k podobám péče. Mezi tyto podoby řadíme vztah s partnerem, vztah s rodinou a přáteli, popřípadě jiné.

### **3.3 Rodina a vztahy v rodině jako hlavní zdroj podpory**

Formánek Jaganjacová (2021) ve své knize popisuje jako hlavní zdroj psychické podpory rodinu a blízké, kteří ženám s rakovinou prsu dávají pocit, že v tom nejsou sami. Péče ze strany blízkých není jen o pouhých gestech, ale spíše o celkové schopnosti přizpůsobit se potřebám nemocné ženy. Otevřená komunikace, empatie a ochota pomoci jsou klíčové pro vytvoření podpůrného prostředí, které může pozitivně ovlivnit průběh léčby a následný proces zotavování. Autorka zároveň upozorňuje na možnou "špatnou" prvotní reakci okolí na sdělení informace ohledně nemoci. Lidé mají potřebu na takovou zprávu okamžitě reagovat a nedokážou pouze mlčet. Ženám s onkologickým onemocněním proto doporučuje informaci o svém stavu nejprve předat jen těm nejbližším.

V průběhu léčby bývají pacientky fyzicky vyčerpané, což zvyšuje jejich závislost na druhých. Pomoc s domácími povinnostmi je proto ze strany blízkých nevyhnutelná. Nicméně tato potřeba spoléhat se na ostatní vyvolává u některých žen negativní myšlenky vycházející z pocitu vlastní neschopnosti.

Kateřina Krtiřková (2004) popisuje, jaké typy reakcí se objevují v rodinách po zjiřtění závažného onemocnění jejího řlena:

- **kompletní sdílení** - míra podpory je přiměřená, tudíř je vnímána jako přínosná. Pacientka se v takové rodině může sama rozhodnout, co zvládne a s čím potřebuje pomoci. Její rozhodnutí je přitom plně akceptováno.
- **pseudosdílení** - rodina je značně aktivnější než nemocná žena. Členové dokonce chodí za jejími zády na různé konzultace ohledně možnostech léčby.
- **bagatelizace nemoci** - pacientka je podezírána z přecitlivělosti, někdy je dokonce obviněna z hypochondrie. V takovém prostředí nedochází k potřebné pozornosti nebo podpoře.

Co vlastně potřebují onkologičtí pacienti od svých rodin? Z výsledků dotazníkového řetření, jenř bylo provedeno na onkologickém oddělení v Libereckém kraji, vyplývá potřeba opory a bezpečí, povzbuzení, pozitivních zpráv ze světa, respekt ke změnám vzniklých v důsledku nemoci nebo porozumění. Naopak nechtějí od druhých bagatelizovat situaci, slyšet lítost nebo dělat z nemoci tabu (Krtiřková, 2004). Věty jako “Rakovinu má dneska kařdej druhej.” nebo “Vřdyť to jsou jen vlasy, buď ráda za to, ře řijeř.” určité řádné ženě podstupující toto těžké období nepomůře zmírnit její trápení.

Řada výzkumů potvrzuje příznivý vliv rodinného zázemí na délku přežití u onkologických pacientek. Důvodem by mohlo být jejich donucení vyhledat lékaře ze strany svých blízkých, jenř vede ke vřasně diagnóze a dřívějšímu zařazení do léčebného procesu. Zároveň dobré mezilidské vřtazy mezi jednotlivými řleny rodiny mohou být důvodem lepšího průběhu léčby u řen s karcinomem prsu (Aizer, Chen, McCarthy, Mendu, Koo, Wilhite, Graham, Choueiri, Hoffman, Martin, Hu, Nguyen, 2013). Za rizikovou skupinu vřak autoři považují ovdovělé osoby nebo celkově jedince s rozpadlým partnerským vřtahem. Řeny bez podporující rodiny mají více komplikací a řijí po stanovené diagnóze kratří dobu než ty s podporující rodinou.

Chantler, Podbilewicz-Schuller, Mortimer (2008) pozorovali u žen během časného stádia rakoviny prsu změny v jejich psychosociálních potřebách. Do studie bylo zařazeno 31 žen, které byly rozděleny do dvou skupin. První byla zaměřena na pacientky do šesti měsíců od zjištění diagnózy. Do druhé skupinky byly zařazeny ženy v rozmezí od šesti do dvanácti měsíců. Účastnice byly požádány o identifikaci účinných a neúčinných metod psychosociální podpory, dále měly zaznamenat jak se tyto potřeby v průběhu léčby měnily. Strach z recidivy onemocnění a možné smrti byl společný pro obě skupinky, stejně tak bylo pro pacientky obtížné najít rovnováhu mezi emoční podporou a přáním, aby se s nimi zacházelo jako s "normálními". Při poskytování konkrétní pomoci např. s dopravou či péčí o děti byli nápomocni manželé a partneři. Na druhou stranu s kamarádkami byly sdíleny emoce. Informovanost ohledně laboratorních a lékařských zpráv od zdravotníků pak vedlo k poskytnutí kontroly nad danou situací. Účastnice na konci studie potvrdily potřebu naučit se identifikovat své psychosociální potřeby vedoucí k požádání o podporu své přátele a rodinu. Lékařské zprávy poskytovaly pacientkám pocit kontroly a pohodlí. Závěrem lze říci, že podpora ze strany blízkých jde ruku v ruce s podporou odborníků.

Ne každá rodina však dokáže vytvořit dostatečně podporující prostředí. Pokud její členové nevědí, jak se mají chovat, pak u nemocné ženy spíše vyvolávají negativní pocity v podobě osamění. Bohužel se často stává, že členové rodin nejsou adekvátně informováni, jak správně pečovat o nemocnou ženu, popřípadě jak mají reagovat v určitých situacích. Jindy zase oni sami potřebují pomoc s vyrovnáním se s péčí o blízkou osobu.

Péče o nemocnou ženu představuje obrovskou fyzickou, ale především psychickou zátěž. Téměř každého pečovatele pak dříve či později napadají nevyslovitelné představy. "Kéž by to už skončilo!" I takováto myšlenka je zcela běžná, avšak mnohdy může vést k úzkostlivým stavům. Ráda bych proto upozornila na důležitost zajištění prostoru také pro pečující osoby, neboť se na ně mnohdy zapomíná. Veškerá pozornost je upřena na nemocnou ženu a vlastní potřeby blízkých jsou opomenuty. Formánek Jaganjacová (2021) motivuje pečující osoby se zapojit do těchto aktivit:

- odpočinku,
- smíchu,
- pocitu radosti,
- využití času jen pro sebe.

Marc Silver (2006) ve své publikaci věnovanou mužům pečující o nemocnou ženu klade čtenářům na srdce, aby nezapomínali na svou osobu. Nikdo jiný to za ně totiž neudělá a při náročné péči si musí někde dobít baterky. Vyčerpaný a nevrlý manžel bude jen těžko dobrým společníkem. Balzám na duši může představovat i cvičení, které alespoň nenechá tělo zlenivět. Rakovina prsu je maraton, proto se musí člověk udržovat v dobré kondici.

---

### 3.3.1 Změny sociálních rolí v průběhu léčby

Během obtížné cesty léčby karcinomu prsu se mohou ve vztahu mezi partnery vyskytnout významné změny v sociálních rolích. Partner se často stává **hlavním poskytovatelem péče**, přebírá část domácích povinností, stejně tak se snaží podporovat svou ženu v průběhu terapie. Jeho nová role vyžaduje nejen fyzickou, ale také emoční péči. Dobrá vzájemná komunikace mezi partnery je během nemoci obzvláště zapotřebí. Jen tak se vzájemně dozví o svých potřebách. Nyní se dostávám do oblasti, která v rozhovorech o rakovině prsu představuje dvě velká tabu, prvním je smrt a tím druhým je sex. Ženy během léčby prožívají útlum v oblasti intimity, což se stává na základě jejich pocitu únavy a soustavných nevolností. Navíc se často cítí nepřítažlivé v důsledku ztráty vlasů či prsu. Obava z budoucího intimního života je nicméně zatěžující pro oba partnery. Muž se většinou obává, že své ženě způsobí nějakou bolest, žena zase může mít strach z partnerovo reakce na jizvu po operovaném prsu. O těchto intimních otázkách by však měli mezi sebou otevřeně komunikovat, neboť vyhýbání se tomuto tématu spíše povede k pocitu úzkosti na obou stranách (Silver, 2006).

Někteří **muži se** po zjištění diagnózy od partnerky **odcizí**, aby nemuseli čelit jejich ztrátě v budoucnu. Odmítají jakoukoli debatu týkající se nemoci, jednoduše nedokáží unést toto těžké břemeno. Pro pokračování vztahu je přitom zásadní, jak byly dosavadní problémy ve vztahu řešeny doposud. Pokud se mezi partnery objevovaly problémy ještě před oznámením diagnózy, tak je velmi nepravděpodobné, že by zmizely. Spíše dochází k jejich prohlubování a vztah posléze končí rozchodem. Ukončení vztahu ale může pro nemocnou ženu představovat lepší východisko oproti jeho zachování, kdy by musela řešit nejen problémy s nemocí, ale také problémy s partnerem (Silver, 2006).

Všeobecně lze ze zahraničních studií zabývajících se vlivem onkologického onemocnění na soudržnost partnerských vztahů vyčíst, že největší negativní dopad na zdraví nemocné ženy má rozvod nebo odloučení od partnera v době stanovení diagnózy (Sprehn, Chambers, Saykin et al., 2009). Carlsen, Dalton, Frederiksen et al. (2007) se snažili prokázat nezvyšující se riziko rozpadu manželství při výskytu maligního onemocnění. Jejich předpoklad se potvrdil, nicméně je potřeba uvést, že účastníci výzkumu byli převážně z vyšších věkových skupin. Porovnáme-li předešlou studii například s publikovanou analýzou soustřeďující se na skupinu mladých lidí ve věku od 20 do 39 let, zjistíme naopak přítomnost vyššího rizika rozvodu či odloučení. U této skupiny nemocných lidí pak častěji nastává odchod zdravého muže od nemocné ženy nežli odchod zdravé ženy od nemocného muže.

V průběhu léčby dochází u nemocné ženy ke změnám v další oblasti, na kterou byla doposud zvyklá. Mnohdy totiž není schopna plnit **roli matky**, která se pak většinou přesouvá na partnera. Bohužel tyto změny mohou vyvolat narušení jejich dosavadního vztahu, neboť se oba musí vyrovnat se změnou doposud striktně rozdělené ženské a mužské role v domácnosti.

Ke změnám sociálních rolí nedochází pouze uvnitř rodiny, ale také v oblasti pracovního života. V průběhu léčby žena není práce schopná, současně však pociťuje **nedostatek financí** vedoucí k závislosti na svém partnerovi nebo rodině. Mahar et al. (2005) zařadili do své studie celkem 369 žen, které přežily rakovinu prsu. Ve studii byl nezávislou proměnnou stav zaměstnání během léčby, závislými proměnnými pak psychické potíže, fyzické a duševní funkce včetně kvality života. Z výsledků je možné pozorovat pozitivní vliv zaměstnaneckého statusu na psychosociální dopady nemoci.

### 3.4 Možnosti odborné podpory

Křivohlavý (2009) dělí sociální oporu v České republice do třech úrovní:

- **makroúroveň** - jedná se o podporu v celostátním měřítku, např. poskytování sociálních služeb a péče nemocným ženám;
- **mezoúroveň** - pomoc poskytuje určitá sociální skupina, např.: Bellis Young & Cancer nebo Aliance žen s rakovinou prsu;
- **mikroúroveň** - představuje pomoc od členů rodiny (partnera, dětí, rodičů).

**Aliance žen s rakovinou prsu** sdružuje více než 40 organizací po celé republice. V programech najdeme ženy hledající pomoc, ale také ty, které si daným onemocněním již prošly a poskytují ženám v těžké životní situaci cenné informace ve spolupráci s odborníky z řad multidisciplinárního týmu. Komplexní péče zahrnuje sociální podporu, stejně tak motivaci pro návrat do zaměstnání a běžného života (Skovajsová, 2010).

**Bellis Young & Cancer** je jedním z projektů Aliance žen s rakovinou prsu, jenž se zaměřuje na poskytování podpory ženám do věku 45 let s tímto onemocněním. Cílem projektu je vytvoření komunity pro sdílení zkušeností, podpory a vzájemného pochopení mezi ženami procházející podobným zážitkem. Bellis Young & Cancer se také angažuje v mnoha kampaních na podporu financování výzkumů karcinomu prsu a zajištění dostupnosti kvalitní péče. Její činnost je zaměřena na posílení sebevědomí u nemocných žen, stejně tak se snaží odstraňovat tabu spojené s rakovinou prsu otevřenou komunikací (Bellis, 2021).

Do odborné podoby péče poskytovanou ženám s karcinomem prsu řadíme sociální služby. S nárůstem onkologicky vyléčených jedinců lze očekávat jejich zvýšenou poptávku. Specifikem sociální práce je komplikovanost vícezdrojového financování sociálních služeb, různost potřeb a věkové rozpětí klientely, nebo znalosti z oborů jakými je psychologie či psychoterapie.

Definici sociálních služeb můžeme nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služba je „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účel sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“. Mezi metody sociální práce užívaných u žen s onkologickým onemocněním prsu řadíme:

- **práci s komunitou** - předávání informací o zdrojích podpory a sociálních službách;
- **práci se skupinou** - aktivizační služby, muzikoterapie, ergoterapie, terapie pohybem;
- **práci s jednotlivci** - konzultace s lékařem, nutričním terapeutem, psychologem nebo sociálním pracovníkem (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“. Cílem sociální práce ve zdravotnictví je odstranění nebo zmírnění sociálních důsledků nemoci a zahájení procesu zdravotně sociální rehabilitace. K rozpoznání problémových oblastí je nutná spolupráce členů multidisciplinárního týmu. Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka je dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb. považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče.

V praxi mohou sociální služby působit na všech třech úrovních současně nebo se specializovat na konkrétní úroveň v závislosti na jejich cílech. Práce na jedné úrovni může mít dopady na úrovně ostatní, tudíž sociální pracovníci působí v různých kontextech dle potřeb svých klientů a společnosti jako celku (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).



---

### 3.4.1 Péče ze strany zdravotníků

Péče o onkologické pacienty je hned v několika rovinách náročná. Léčba je zatěžující nejen pro samotné pacienty, ale i personál starající se o jejich potřeby. Ačkoliv se procento přeživších za posledních deset let výrazně zvyšuje, stále hovoříme o onemocnění končící v mnoha případech úmrtím.

Dle docenta Šimka (2015) je při práci s onkologickými pacienty důležitá odbornost. K tomu patří i proces celoživotního vzdělávání přinášející nové metody a techniky léčby. Další etickou oblastí je vyrovnání se pacienta s nesnadnou životní situací. Onkologická léčba představuje zásah do sociálních rolí a mezilidských vztahů vedoucí ke zhoršení kvality života. Při procesu cílené pomoci je tedy nutná dostatečná odbornost a schopnost udržet důvěru, v neposlední řadě dobré komunikační dovednosti ze strany zdravotníka. Pan docent se také zabývá podstatou pravdy, pro kterou je nepostradatelná již zmiňovaná důvěra mezi zdravotníky a pacienty. Člověk se s pravdou jen těžko srovnává, ale pravda představuje lepší možnost, nežli vymyšlené útechy ve formě lží. S touto tezí souhlasím, v praxi však mnohdy zmiňovaná důvěra a ohleduplnost chybí.

V minulosti jsem zažila případ neohleduplného lékaře na vlastní kůži v průběhu čekání na výsledky histologického vyšetření člena mé rodiny. Nevím jestli bylo horší, že jsem slyšela lékařův hlas spolu s ostatními lidmi v čekárně, nebo obsah oznámení ve stylu: “Máte rakovinu plic. Asi máte dva roky života, no a když teda budete chtít, můžeme zkusit radioterapii. Nashle.” V tomto případě se jednalo pouze o “předání” informací, s pacienty se nicméně máme snažit hovořit. Projevit empatii vůči druhé osobě zahrnující pochopení budoucích obtíží vedoucí ke změnám v pacientově sociálním světě.

Samozřejmě je na místě si uvědomit množství pacientů, se kterými vede lékař podobnou debatu. Pokud by docházelo ke “vcítění se” u každého z nich, vedlo by to s velkou pravděpodobností k tzv. “syndromu vyhoření”. Je nutné se k problematice postavit v rámci porozumění. Taktéž je dobré znát schéma dle Kübler-Rossové, kterému se blíže věnuji v předešlé subkapitole, pojednávající o pěti fázích smutku či pěti fázích umírání (popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření). Znalost tohoto psychologického výzkumu může zdravotníkovi pomoci stanovit, kde se pacient momentálně pohybuje.

V sociologii medicíny se setkáme s charakteristikou lékařské role, která vymezuje práva a povinnosti dané profese:

- každý pacient má přístup k možnosti být léčen;
- lékař má odborné vzdělání odpovídající oblasti jeho působení;
- lékař musí všechny pacienty léčit rovnocenně;
- lékař musí svou profesi provádět v zájmu zdraví pacientů (Bártlová, 2005).

Heidegger (2018) pojednává o potřebě pacienta ve smyslu individuality a určité starosti. Mravním úkolem zdravotníka je poskytnout profesionalitu, dále pomáhat s vyrovnáním se s chorobou a jejími nepříjemnostmi. Na základě odborných znalostí poskytnout nemocnému adekvátní pomoc. Nebát se hovořit o jeho obavách do budoucna nebo vést úvahy, co by se dalo ještě dělat. Opět poukazují na fakt, že je nutné si nebrat tíhu cizího trápení mimo pracoviště. Můžeme však zmiňovanou tíhu zcela izolovat? Osobně si myslím, že nikoliv. Sama jsem se dostala do situací, kdy jsem nad pacienty přemýšlela i v domácím prostředí. Často mi pak před zhroucením pomohla rodina, která mě v případě potřeby vždy vyslechla.

---

### 3.4.2 Paliativní a domácí péče

Paliativní péče v domácím prostředí není pro blízké osoby vůbec jednoduchá, přeci jen se starají o osobu, kterou milují a je nesmírně těžké ji vidět v takovém stavu. Péče nejvíce zahrnuje zajištění hygieny, prevenci proleženin nebo pomoc s příjmem potravy. Někdy se stává, že nemocná žena nechce, aby se o ní starala blízká osoba, jindy to zas není možné zajistit ze strany rodiny. Pro nemocné v terminálním stádiu však existují služby, jenž s těmito úkony pomohou (Formánek Jaganjacová, 2021). Všechny najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

**Pečovatelské služby** jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností. Pomáhají s nezdravotními potřebami, mezi které řadíme například hygienu, stravu či doprovod na úřad.

**Asistenční služby** fungují pro jedince s omezenou pohybovou schopností, kterým asistenti nebo terénní pracovníci pomáhají s konkrétními činnostmi přímo v jejich domácnosti.

**Domácí péče**, neboli Home Care patří mezi služby hrazené zdravotní pojišťovnou a jsou tudíž předepisovány lékařem. Péče probíhá v domácím prostředí po propuštění z nemocnice, kdy se jedná o tzv. překlenovací období trvající 14 dnů, následně je služba předepisována praktickým lékařem.

**Odlehčovací pobyty** jsou oproti předchozím takovým druhem sociální služby, kdy se pečujícím nabídne dočasné umístění nemocné osoby do příslušného zařízení, jindy mohou pomáhat přímo v jejich domácnosti.

**Denní a týdenní stacionáře** slouží jako ambulance pro osoby, které potřebují neustálou pomoc od druhých, nicméně nechtějí sedět doma. Ve stacionáři mohou nalézt množství aktivit, které pak provozují.

**Hospic** dle zákona č. 372/2011 Sb. představuje poskytovatele zdravotní služby, kde odborníci pečují o nemocné v závěrečné fázi života ve speciálních lůžkových zařízeních nebo v domácím prostředí pacienta. Blízcí mohou navštěvovat tyto nemocné bez problému, proto je výhodné najít zařízení co nejbližší jejich bydlišti. V hospicích často funguje multidisciplinární tým, který se krom odborníků z řad zdravotníků či sociálních pracovníků skládá také z duchovních nebo psychoterapeutů snažící se zajistit nemocnému důstojný odchod.

### III. EMPIRICKÁ ČÁST

Ve výzkumné části se zaměřuji na vnímání tělesného obrazu u žen s karcinomem prsu, dále na podoby péče související s přijímáním nemoci. Snažím se odpovědět na hlavní otázky, jak koncepty ženskosti ovlivňují způsob vnímání sebe sama, a jakým způsobem se ženy s onkologickým onemocněním vyrovnávají s následky nemoci na psychosociální úrovni.

Ráda bych zvýšila povědomí o možnostech pomoci ze strany sociálních pracovníků v místech, kde dochází k primární diagnostice. Může se jednat o edukaci zdravotníků ve screeningových pracovištích, stejně tak lékařů či sociálně zdravotních pracovníků v nemocnicích. Je důležité usilovat o propojení medicínské péče a péče sociální, neboť komplexní přístup přispěje k lepší kvalitě života těchto žen.

## 4 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Cílem diplomové práce je zjistit, jak ženy s onkologickým onemocněním prsu vnímají své tělo, jaké podoby péče se u těchto žen vyskytují a jakou podporu získávají od svých blízkých.

#### Výzkumné otázky:

- 1.) Jak ženy s onkologickým onemocněním prsu vnímají své tělo?
  - a) Co je ovlivňuje?
- 2.) Jaké podoby péče se objevují u těchto žen?
  - a) péče o sebe
  - b) péče ze strany druhých
  - c) péče ze strany odborníků

Otázky jsou sestaveny pro naplnění cílů výzkumu, zahrnují tudíž témata podstatná pro zkoumaný fenomén. Při jejich formulaci jsem vycházela z prostudované literatury a vlastní znalosti dané problematiky, přičemž jsem se zaměřila na důležité aspekty, které byly podrobněji zpracovány v teoretické části práce. Výzkumné otázky jsou diferencovány do dvou rovin. První rovina se zaměřuje na subjektivní vnímání tělesného obrazu u žen s karcinomem prsu. Druhá rovina hledá různé podoby péče vyskytující se během léčby daného

onemocnění. Konkrétně se jedná o jejich význam, vzájemné propojení a způsoby, jakým přispívají ke zlepšení náročné situace u zkoumaného vzorku žen.

## 4.1 Metodologie

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsem využila kvalitativní typ výzkumu. Kvalitativní výzkum představuje proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání určitého lidského nebo sociálního problému. Zpráva o zmíněném výzkumu obsahuje podrobný popis místa a detailní citace z rozhovorů (Hendl, 2023).

Ve výzkumu jsem jako základní metodologický nástroj uplatnila polostrukturovaný rozhovor, jenž vedl k hlubšímu proniknutí do postojů informantek díky verbální komunikaci (Toušek, Budilová, Fatková et al. 2015). Tato technika slouží k počátečnímu vytváření dat, kterými je popsán zkoumaný jev. Umožňuje volný obsah a rozsah odpovědí, na otázky tedy nelze odpovídat jen ano či ne. Pořadí otázek lze v průběhu rozhovoru měnit, pevně dané okruhy však musí být zachovány (Gavora, 2010). Rozhovor byl veden s pomocí návodu představující seznam témat a otázek, které bylo nutné v rámci interview probrat. Tento návod má za úkol zamezit vynechání zajímavých témat, současně dává možnost co nejefektivněji využít všechny vyhrazený čas. Pomáhá udržet požadované zaměření, zároveň dotazovanému poskytuje prostor k vyslovení vlastní zkušenosti a perspektivy (Hendl, 2023).

**Tabulka č. 2 - Vlastní schéma návodu k rozhovoru**

<p><b>Vztah k vlastnímu tělu před diagnózou</b></p>	<p><b>Jak byste popsala svůj vztah k vlastnímu tělu před stanovením diagnózy?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sebevědomí</li> <li>-srovnání dřívějšího tělesného sebepojetí</li> <li>-komplexy k určitým oblastem (obličej, břicho, prsa)</li> </ul>
<p><b>Negativní body image v důsledku ztráty prsu/ vlasů</b></p>	<p><b>Připadala jste si méně atraktivní v období po operaci prsu?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sebevědomí</li> <li>-souvislosti s chemoterapií -&gt; ztráta vlasů</li> <li>-vztah s partnerem</li> </ul>
<p><b>Vliv okolí na body image</b></p>	<p><b>Jak reagovali Vaši blízcí na fyzické změny, jenž souvisely s léčbou karcinomu prsu?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-reakce rodiny</li> <li>-reakce partnera (podpora vs. odchod)</li> <li>-reakce (blízkého) okolí</li> <li>-sociální média a jejich vliv</li> </ul>
<p><b>Podoby péče během léčby</b></p>	<p><b>Měla jste se během léčby na koho obrátit?</b></p> <p>I. vlastní soběstačnost ženy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-zajištění chodu domácnosti</li> <li>-zaměstnání</li> </ul> <p>II. péče ze strany blízkých</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-změna sociálních rolí</li> <li>-rodina, partner, děti</li> <li>-komunita</li> </ul> <p>III. péče ze strany odborníků</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sociální pracovníci</li> <li>-zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry)</li> <li>-psychologové, nutriční terapeuti</li> </ul>

Zdroj: Vlastní zpracování

K systematickému zkoumání obsahu textových dat, vzniklých přepisem rozhovorů nahrávaných na diktafon, jsem využila kvalitativní obsahovou analýzu (Kuckartz, Rädiker,

2023). Použitím této metodiky bylo možné získat hlubší porozumění subjektivních postojů, zkušeností či hodnot žen s onkologickým onemocněním prsu.

### **Limity výzkumu**

Jako hlavní limit výzkumu považuji možné zamlčení či pozměnění důležitých dat informantkami, neboť jsem vystupovala v roli neznámé osoby. Tento limit byl však částečně omezen díky účasti třech žen, které byly již v minulosti součástí výzkumného vzorku mé bakalářské práce. Ačkoliv tyto informantky znám delší dobu, považuji subjektivní zkreslení dat při interpretaci za minimální, neboť jsem s dotazovanými ženami zkoumané oblasti dříve neprobírala. Jsem si také vědoma faktu, že výstupy práce mohly být ovlivněny mou aktuální náladou a rozpoložením. Z tohoto důvodu jsem například odložila dva poslední rozhovory o měsíc oproti naplánovanému termínu, protože by mé tehdejší naladění mělo negativní dopad na celkovou atmosféru doposud přátelsky vedených setkání.

V práci bylo důležitou podmínkou nezobecnit získané závěry na větší skupinu populace. Výsledky výzkumu jsou platné pouze pro danou skupinu zkoumaných žen. Taktéž jsem usilovala o zamezení vložení vlastního pohledu a vyvarování se tezi dle Hendla (2023), že závěry kvalitativního výzkumu představují sbírku subjektivních dojmů.

### **Pozicionalita výzkumníka vůči zkoumanému fenoménu**

Výzkumem karcinomu prsu se věnuji již několik let, jednak v oblasti medicíny a histologické interpretace daného onemocnění, jednak v oblasti fyzioterapie, kde jsem také vedla několik seminářů ohledně rehabilitační intervence u žen po operaci prsu. Diplomovou práci zaměřenou na koncepty ženskosti ve vztahu k přijímání karcinomu prsu považuji za další dílek porozumění této problematice. Při zkoumání daného fenoménu jsem se snažila omezit své profesní předsudky, aby nedošlo ke zkreslení interpretovaných dat. Výzkumná činnost však nebyla nijak ovlivněna svým působením ve zkoumaných organizacích, neboť pracuji ve zcela odlišném zdravotním odvětví, a to jako analytička dialyzačních středisek pro Čechy a Moravu.

## **Výzkumný vzorek**

Výběr informantek, respektive žen s karcinomem prsu, byl zvolen na základě metody snowball spočívající v postupném získávání nových kontaktů od původní informátorky, která se ve výběrovém souboru již nachází. Tento kontakt byl zajištěn ze strany odbornice na problematiku karcinomu prsu, jenž mi poskytla explorativní rozhovor pro pilotní projekt daného výzkumu. Ve vzorku se dále nachází informantka, s níž jsem se seznámila na akci pořádanou organizací “Fuck Cancer”, za kterou stojí mladí onkologičtí pacienti, společně se zkušenými profesionály. Celkem se rozhovorů zúčastnilo šest žen po ukončené léčbě karcinomu prsu.

Hlavním kritériem zkoumaného vzorku byla ukončená léčba karcinomu prsu. Dále věkové ohraničení do padesáti let, kdy vybraná část života zastupuje reprodukční období se specifickými hodnotami těchto žen. Může se jednat o důležité životní milníky, včetně utváření vlastní identity a tělesného obrazu, dokončení vzdělání, zahájení kariéry nebo narození dětí. V poslední řadě jsem stanovila maximální dobu po ukončené léčbě na pět let pro získání dat z nedávné minulosti.

## **Etické aspekty**

Pro předcházení retraumatizujícího zážitku jsem všem informantkám na prvním setkání představila oblasti témat související s rozhovorem, stejně tak jsem jim zaslala informovaný souhlas ohledně zajištění jejich anonymity a možnosti kdykoliv od výzkumu odstoupit. V rámci ochrany jejich soukromí mají všechny informantky ve výzkumu přiřazeno fiktivní jméno, stejně tak jejich blízké osoby, o kterých se zmiňují v rozhovorech. Pro citlivost tématu je nezbytné dbát na etické aspekty kvalitativního výzkumu kam řadíme jistou ohleduplnost a úctu k zúčastněným ženám (Miovský, 2006).

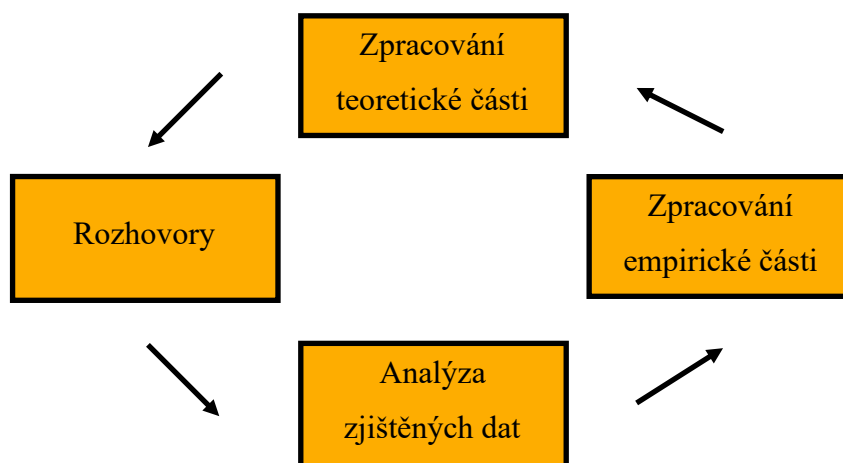
Po dokončení finálních úprav výzkumu budou výsledky prezentovány ve spolupracujícím mamologickém centru, jak tomu bylo v případě mé bakalářské práce, současně budou poskytnuty organizacím snažící se zvýšit povědomí o dopadu onkologického onemocnění na kvalitu života.



## 4.2 Průběh výzkumu

Rozhovory s informantkami se uskutečnily v časovém horizontu od konce listopadu 2023 do konce února 2024. Během prvního setkání jsme si vymezili témata a cíle výzkumu, současně jsem informantkám věnovala prostor pro zodpovězení jejich doplňujících otázek. Na konci tohoto setkání došlo k podpisu informovaného souhlasu, kde jsme se společně domluvili na termínu interview. Osobní rozhovory byly zaznamenány na diktafon nacházející se v mém mobilním telefonu. Analýza rozhovoru proběhla na základě metody kvalitativní obsahové analýzy. Nejprve jsem provedla kódování obsahu rozhovoru dle předem definovaných kategorií, jež vycházely z deduktivního přístupu. Následně jsem v rámci těchto kategorií vytvořila induktivní sub-kódy. V posledním kroku jsem nahradila původně dedukované kategorie novými, které vznikly na základě induktivně identifikovaných kódů (Kuckartz, Rädiker, 2023). V diplomové práci jsem využila jako teoretické východisko interpretativní přístup postavený na zkušenostech žen s karcinomem prsu. Daný přístup zkoumá názory účastnic na zmíněnou problematiku, podporuje holistický pohled na onemocnění a klade důraz na individualitu každé ženy. Zohledňuje nejen léčebné aspekty, ale také psychosociální a emocionální potřeby, což přispívá k celkovému porozumění péče o ženy s touto nemocí (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013).

Obrázek č. 4 - Schéma průběhu diplomové práce



Zdroj: Vlastní zpracování

## Představení informantek

Rozhovorů se celkem zúčastnilo šest informantek ve věkovém rozmezí od 29 do 48 let, které v nedávné minulosti podstoupili léčbu karcinomu prsu. U všech dotazovaných došlo k chirurgickému zákroku, z toho jedna žena podstoupila axillární disekci (vyjmutí podpažních mízních uzlin) a zbylých pět mastektomii. Jedna z informantek dále podstoupila současně s mastektomií také rekonstrukci prsu, která byla plně hrazena zdravotní pojišťovnou.

**Tabulka č. 3 - Základní informace o výzkumných partnerkách**

Označení	Věk	Typ zákroku 1 - mastektomie 2 - axillární diss.	Doba po ukončení hlavní léčby	Rodinný stav (aktuální)	Děti
Anna_01	40	1	3 roky	vdaná	ANO - 2 děti
Lenka_02	42	1	2 roky	žije s přítelem	ANO - 1 dítě
Hana_03	45	1	5 let	bez partnera	ANO - 1 dítě
Jana_04	29	2	1,5 roku	žije s přítelem	NE
Petra_05	38	1	5 let	vdaná	ANO - 2 děti
Ivana_06	48	1	3 roky	žije s přítelem	ANO - 3 děti

Zdroj: Vlastní zpracování

Citace z rozhovorů jsou formulovány v písemné podobě. Do uvozovek je zapsána přímá řeč dotazovaných. Nonverbální projevy včetně emočního zabarvení jsou uvedeny v závorkách, například /odmlčení/. Během rozhovorů jsem měla připraven poznámkový blok, s nímž byly účastnice seznámeny. V případě potřeby jsem si do něj zaznamenávala mnou pozorované nonverbální projevy. U pěti žen proběhlo interview v rovině vykání. S jednou informantkou jsme si tykali vzhledem k povaze našeho setkání v horolezeckém prostředí, kde se u lezců jedná o nenucenou samozřejmost.

## **1. Jak ženy s onkologickým onemocněním vnímají své tělo?**

Pro ucelenější pohled na danou problematiku jsem se snažila zjistit, jaké bylo tělesné sebepojetí u výzkumných partnerek v období před zjištěním diagnózy onkologického onemocnění a porovnat ho se stavem po ukončené léčbě. Před stanovením tohoto závažného onemocnění byly informantky se svým tělem převážně spokojeny, u každé se však objevoval jakýsi pocit "nedostatku". Především se jednalo o dopady těhotenství, problémy s váhou, nebo tělesné disproporce. Období po operaci prsu představovalo ve všech případech obrovský dopad na vnímání obrazu jejich těla, se kterým tyto ženy donedávna žily. Kromě ztráty prsu, představovala také chemoterapie přímý útok na jejich ženství. Fyzické změny tudíž vedly k negativnímu sebepojetí, jenž vycházelo z nízkého sebevědomí a ztráty důvěry ke svému vlastnímu Já. Ve výzkumném vzorku se nacházela žena, jenž se rozhodla pro využití estetické úpravy v podobě rekonstrukce prsu, aby se jí ztracené sebevědomí alespoň trochu navrátilo. Další informantka oproti tomu upřednostnila priority v podobě péče o dítě, kdy přijala svůj osud spolu se změnou svého těla a byla vděčná za možnost zůstat naživu.

### **Struktura otázek:**

- 1.) Jak byste popsala svůj vztah k vlastnímu tělu před stanovením diagnózy?
- 2.) Připadala jste si méně atraktivní v období po operaci prsu?
  - 3.) Měly vedlejší účinky léčby dopad na vnímání Vaší ženskosti?
  - 4.) Jak jste se vyrovnala se ztrátou prsu?
  - 5.) Uvažovala jste o estetické úpravě?

**Tabulka č. 4 - Tělesné sebepojetí před zjištěním rakoviny prsu**

Kód		Kategorie
děti	priority	dopady těhotenství
nedostatky	přednosti	zdravé sebevědomí žen
nadváha/ podváha	krása	péče o tělo
spokojenost	sport	
mindráky	zdraví	

*“Tak upřímně řečeno já jsem svému tělu dávala pořádně zabrat. Asi čtyřikrát týdně jsem chodila cvičit nebo si jen tak zalízt s kámošema na Smícháč (informantka hovoří o lezeckém centru situovaném na Smíchově), prostě jsem musela pořád něco dělat. Nikdy mě nebavilo sedět doma na zadku. Pokud teda mluvíme o vizuální stránce, tak jsem byla spokojená. Nikdy jsem to tolik neřešila, ani nejsem typ holky, co by hodiny trávila v koupelně, to spíš přítel.” /smích/ (Jana\_04)*

*“Před rakovinou jsem asi jako každá ženská řešila drobný nedostatky jako jsou strie, nebo vytaháný břicho po malým. Z dnešního pohledu ale fakt šlo o takový blbůstky, který nic neznamenaj, ale řešíte je. Jinak jsem si v podstatě neměla na co stěžovat /vzdech/ ...od prvního rande si zamiloval moje zrzavé vlasy. Nejen on, ale všichni známí mě už z dálky díky nim poznávali.” (Lenka\_02)*

**Tabulka č. 5 - Tělesné sebepojetí po operaci prsu**

Kód		Kategorie
strach	zklamání	negativní tělesné sebepojetí
snížené sebevědomí	frustrace	přijetí nové podoby
dopady operace	ironie	narušení vztahů
jiné tělo	odsuzování	
nekompletnost	kritika	

*“Po operaci jsem měla smíšené pocity. Měla jsem radost, že jsem to celé zvládla, ale byla jsem i vystrašená a nešťastná kvůli ztrátě prsu. Cítila jsem, že mi něco chybí. Ze začátku jsem se na sebe vyloženě bála podívat. Když jsem se k tomu konečně odhodlala, rozbrečela jsem se. Po mém prsu zbyla jen ošklivá, velká jizva. Atraktivní jsem si opravdu nepřipadala.”*  
(PETRA\_05)

*“Prohlížela jsem si jizvu, v ložnici před zrcadlem. Po chvíli jsem si všimla, že kousek ode mě stojí manžel a nějak divně se tváří.” Najednou se mě zeptal, jestli to má takhle vypadat.”* (ANNA\_01) Vybraná ukázka z rozhovoru je reprezentativním příkladem, jak nevhodná poznámka od blízké osoby vedla u informantky k výraznému zhoršení sebevědomí.

### **“Chybí mi mé dlouhé vlasy”**

Nejčastěji uváděným faktorem, jenž vedl k pocitu ztráty ženskosti, byla plešatost. Tento vedlejší účinek léčby postihl všech šest informantek. Z výsledků rozhovorů si dovoluji tvrdit, že ztráta vlasů měla u žen významně větší dopad na vnímání jejich feminity, než samotná ztráta prsu. Nadpoloviční většina dotazovaných uváděla pak snížený pocit sebevědomí na základě reakce okolí na paruku nebo nošení šátku.

**Tabulka č. 6 - Dopady chemoterapie na body image žen**

Kód		Kategorie
chemoterapie	pohledy	život s pleší
pleš	paruka	předsudky
jizva	šátek	sociální podpora
lítost	rodina	
útěcha	gesta	
kamarádi	sociální síť	

*“No jo, chemoška, ta byla zlá. Potom co mi doktorka sdělila, že mám rakovinu a budu muset podstoupit chemo, úplně mi přejel pot po zádech. Vzpomněla jsem si na všechny reklamy co visí v metru a začala jsem si představovat sebe bez vlasů. Operace je jedna věc, je strašná a sebere vám část těla, ale vlasy vidí úplně všichni.... A hned potom začnete vidat lidi, co na vás zírají se soustrasným obočím.” (IVANA\_06)*

*“Ty vlasy! Špatně jsem snášela jejich ztrátu, byla to pro mě nejtěžší část léčby. Říkala jsem Vám, že právě vlasy byly mým poznávacím znakem, no a po chemoterapii je nahradil šátek. /smutek v hlase/ Zkoušela jsem nosit paruky, ale prostě to nešlo, hrozně mě z toho svédila hlava.” /vzpomíná/ (LENKA\_02)* V souvislosti se ztrátou vlasů informantka popisuje také ztrátu identity.

*“Přítel si tenkrát i s kámošema oholil hlavu, to mě fakt dojalo. Vidáš to na instáči a říkáš si, pěkný gesto, ale když se to týkalo mě, /odmlka/ nedávala jsem to. Ale spíš jsem ti chtěla říct, že je pro nás dost těžký přijímat reakce od okolí. Kolikrát jsem se šla projít a lidi na mě koukali a šuškali si něco, jasný asi každej den nevidí mladou holku bez vlasů a obočí, ale ty pohledy lítosti mě dost štvaly.” (JANA\_04)* V daném úryvku nacházíme podporu blízkých přátel, kteří se rozhodli společně s informantkou sdílet nepříjemné rozhodnutí oholit si vlasy. Domnívám se, že tato podoba péče může vycházet právě ze sociálních médií, kde se často setkáváme s videi zobrazující podobné situace.

### **“Jsem ještě žena?”**

Jak se zmiňuji v teoretické části práce, prsa představují hlavní symbol ženskosti. Z rozhovorů s výzkumnými partnerkami vyplývá, že je toto tvrzení nevyvratitelné. Ztráta prsu snížila nejen jejich vizuální, ale také vnitřní vnímání feminity. Jednotlivé výstupy však poukazují také na vliv rodinného zázemí, ve kterém se informantky aktuálně nacházely. Jedna informantka řešila problémy se zajištěním financí pro chod domácnosti, proto bylo její hlavní prioritou brzké uzdravení.

**Tabulka č. 7 - Ztráta prsu**

Kód		Kategorie
priority	krize	existenční problémy
terapie	deprese	podpora od blízkých a odborníků
rodina	stres	smíření
přátelé	úzkosti	
partner	děti	

*“Bylo mi to jedno! Hlavně jsem tu chtěla zůstat pro svou dcerku, za jakoukoli cenu. Jediný co jsem k tomu řešila bylo zajištění peněz, abych byla schopná pokrýt všechny výdaje, které máme.” (HANA\_03)*

*“Hodně mi s tím pomohli blízcí, kromě toho jsem docházela na terapie. Musím přiznat, že jsem i často poslouchala různé podcasty od žen se stejným onemocněním, to mi dodávalo odhodlání a pocit, že v tom nejsem sama.” (PETRA\_05)* V ukázce opět pozoruji určitý vliv médií, v tomto případě skrze předávání a sdílení zkušeností od žen se stejným onemocněním.

### **“Chci být zase jako dřív”**

Všechny informantky, které podstoupily operaci prsu uvažovaly o možné rekonstrukci. Pouze jedna z nich ji skutečně dotáhla do konce, a to přibližně jeden rok po provedené mastektomii. Informantka popisovala střet mezi představou o rekonstrukci a reálném provedení. Svého rozhodnutí však ani na okamžik nelituje. Je šťastná za možnost vylepšení jejího vzhledu, na druhou stranu kritizuje dlouhé čekací doby na tento typ zákroku.

**Tabulka č. 8 - Úvaha o rekonstrukci prsu**

Kód		Kategorie
priority	kritika	snížené sebevědomí
domácnost	zklamání	vliv okolí
rodina	odmítnutí	podpora blízkých
přátelé	přání	
okolí	realita	

*“Nebylo to hned. Impulzem byla moje dlouholetá kamarádka, která je velkou milovnicí plastických operací a sama už prošla plastikou prsu... Když ji může mít ona, proč bych nemohla já? Já k tomu mám koneckonců i pádný důvod. Začala jsem se informovat, jestli by byla rekonstrukce možná při první operaci, ale to mi hned zamítli, prý se na to čeká a budu muset na pořadník. Taky jsem si dlouho neuvědomovala, že ten prs nebude jako po běžné plastice, nejprve mi museli umístit expandér, asi tak po třech měsících ho vyměnily za implantát.” (PETRA\_05)*

Ve výzkumném vzorku se na druhou stranu nacházela také informantka, která měla o rekonstrukci prsu velký zájem, kvůli nadváze ji však nebyla lékařem doporučena. Z celého kontextu pozorují významný dopad na její psychiku z důvodu “ukradené” představy možného návratu plných ženských tvarů. Zbylé ženy nakonec o rekonstrukci ztratily zájem. Řešili jiné, pro ně podstatnější věci, jakou byla výchova dětí nebo zajištění příjmu do domácnosti.

*“Víte co mi řekl? Že jsem tlustá a na takovou operaci můžu zapomenout. Byla jsem tak zklamaná. Já vím, že mám pár kilo navíc, s přítelem jsme si i dělali srandu, že to budu mít s liposukcí najednou. /odmlka/ Tenhle doktor mě ale vážně srazil na kolena. Připadala jsem si, že za nic nestojím a nemám právo cokoliv chtít.” (IVANA\_06)*

*“Asi by nebylo úplně fajn dělat si plastiku, když nejsem schopná zajistit základní vybavení pro dcerku.” (Hana\_03)*



## Shrnutí

První část analýzy odpověděla na výzkumnou otázku týkající se vnímání vlastního těla u informantek. Každá ze zkoumaných žen měla před stanovením diagnózy určitou výhradu ke svému tělu, to však ve srovnání s dopadem léčby považovaly za zanedbatelné. Ztráta prsu vedla u všech pěti informantek, které podstoupily mastektomii, k podlomení jejich sebevědomí. Z výsledků je nicméně patrné, že existuje ještě další faktor mající vliv na feminitu léčených žen, jedná se o ztrátu vlasů způsobenou chemoterapií. Některé informantky hovořily o ztrátě identity, nevhodných reakcích okolí, útočících reklam v metru nebo podlomení důvěry ve vztazích. Na druhou stranu byly vděčné za možnost estetických úprav, které v minulosti nebyly prakticky možné. Ve výzkumném vzorku se nacházela žena po rekonstrukci prsu, která vedla ke zvýšení jejího sebevědomí. Rekonstrukce prsu však nemusí být lékařem vždy doporučena. Tato situace nastala u další informantky, jenž měla o estetickou úpravu velký zájem. Její přání “být jako před nemocí” však bylo zamítnuto pro nadváhu, což mělo negativní dopad na celkové vnímání jejího tělesného obrazu.

U informantek nacházíme různé podoby péče. Jedná se o péči o sebe, kam řadíme využití estetické operace, popřípadě nošení paruk či šátků. Na druhou stranu pozorujeme negativní podobu péče ze strany odborníka (lékaře) u ženy, jenž měla velký zájem o rekonstrukci prsu, avšak pro nadváhu ji byla odepřena. V dalším případě jedna z informantek upřednostnila péči o svou dceru před svými potřebami, což opět spadá do určité podoby péče, respektive do péče o druhé.

## 2. Vliv negativní body image na sociální život

Druhá část výzkumu popisuje reakce blízkých a okolí na vizuální změny, jenž u výzkumných partnerek nastaly. Současně potvrzuje přítomnost negativního sebepojetí, které v průběhu léčby vedlo u pěti informantek k sociální izolaci. Mezi prvotní reakce členů rodiny na ztrátu vlasů nebo prsu patřily projevy emocí (čtyři informantky přitom uváděly pláč). Na druhou stranu se snažili zajistit maximální podporu nemocné ženě. Jedna z informantek dále uváděla nepříjemné okamžiky při vysvětlování vizuálních změn svým dětem.

### **Struktura otázek:**

- 6.) Jak reagovali Vaši blízcí na fyzické změny, které souvisely s léčbou?
- 7.) Vyhýbala jste se kvůli těmto změnám společnosti?
- 8.) Pozorovala jste nějaké změny ve vztahu s partnerem?
- 9.) Styděla jste se před ním?

**Tabulka č. 9 - Reakce blízkých na fyzické změny výzkumných partnerek**

Kód		Kategorie
rodina	pláč	silné emoční reakce
přítel	objetí	podpora rodiny
útěcha	nevhodné komentáře	
soucit	pomoc	
pleš	priority	
sarkasmus	vůle	

*“Nejhůř asi reagovala babička, která se trošku zhroutila. Nechtěla jsem jí to ze začátku vůbec říkat, ale ona by se vyptávala, proč za ní nechodím.... Reakce mamky, taťky a bráchy byly podobný, zadržovali slzy a snažili se mě povzbuzovat, že to bude dobrý...Teď si ale vzpomínám na jednu známou, která mě utěšovala, ať jsem ráda, že jsem přišla jen o vlasy a ne o prso. To prostě vážně potřebuješ slyšet” /kroutí hlavou/ (JANA\_04)*

“Snažili se mě podporovat. Manžel na sobě nedal vůbec nic znát no a děti, ty se pořád vyptávaly...Byla jsem vděčná, že se nám o ně postarala tchýně, hlavně ve dnech, kdy mi bylo nejhůř.” (PETRA\_05) Informantka se zmiňuje o podpoře celé rodiny v těžkém období léčby, během něhož přišla o vlasy a jedno prso. Zároveň uvádí významnou pomoc od tchýně, která pomáhala s péčí o děti.

**Tabulka č. 10 - Vliv okolí na body image žen během léčby**

Kód		Kategorie
izolace	sport	sociální izolace
frustrace	veřejnost	nepříjemné pocity/ pohledy
beznaděj	nemoc	negativní tělesné sebepojetí
rodina	šátek	
lítost	pleš	
grimasy	skrývání	

V průběhu léčby docházelo u výzkumných partnerek k jakési sociální izolaci, jenž vycházela z vedlejších účinků chemoterapie. Ženám obecně vadilo být středem pozornosti, stejně tak jim byly nepříjemné lítostivé pohledy od kolemjdoucích. Některé z nich si tuto izolaci nesou dodnes a neumí si například představit provozovat aktivity, u kterých by se museli více odhalovat.

“Určitě ano. Když si zlomíte nohu, lidi vidí sádku a řeknou si, co asi dělala. Jenže když jdete mezi lidi se šátkem na hlavě, tak míváte dokola ten nesnesitelný výraz lítosti, stejný jako když někomu přejete upřímnou soustrast.” (ANNA\_01)

“....do veřejného bazénu si už nejspíš nezajdu.” (LENKA\_02) V odpovědi od jedné informatky bylo patrné, že u ní ani po letech po ukončené léčbě nedošlo k redukci negativního sebepojetí. Na veřejnosti se nechce ukazovat nejen z pocitu nízkého sebevědomí, ale také pro ochranu rodiny před nevhodnými reakcemi okolí na její podobu.

Z analýzy vyplývá, že převážná část informantek se uchýlila k sociální izolaci v důsledku negativního sebepojetí. Hlavním důvodem byla ztráta vlasů, která ve společnosti vyvolávala pozornost a následné pohledy lítosti ze strany cizích lidí. Ztráta prsu měla samozřejmě také významný podíl na sníženém sebevědomí nemocných žen. V rozhovorech nicméně nezaznělo, že by se jednalo o důvod sociální izolace. Chybějícího prsa si lidé na první pohled nevšimnou, především když má žena epitézu nebo vhodně zvolené tričko. Dvě informantky se v této souvislosti zmínily o vynechání sportovních aktivit, u kterých by se museli svlékat na veřejnosti, jako příklad bylo uvedeno plavání. Oproti tomu nejmladší participantka nepotvrdila sociální izolaci z důvodu negativního sebepojetí. Společnosti se sice v průběhu chemoterapie vyhýbala, důvodem však byla obava z onemocnění nebo její fyzická indispozice.

*“Ani bych neřekla. Během chemošky jsem do společnosti možná tolik nechodila, ale to bylo kvůli nevolnosti a taky abych něco nechytla.....Chtěla jsem být mezi lidma.”*  
(JANA\_04)

### **Vztah s partnerem**

Dopad nemoci na partnerský vztah popisovaly všechny informantky, někdy docházelo k jeho prohlubování díky podpoře ze strany manžela, jindy se od sebe začaly páry více vzdalovat. Opět vidím určitou spojitost s teorií, která udává vyšší pravděpodobnost zhoršení vztahu mezi partnery, kteří měli problémy již před začátkem nemoci. Celkem čtyři informantky uváděly poskytnutí pomoci ze strany svých partnerů, jedna z žen oproti tomu nepozorovala žádné změny, spíše zanedbatelný zájem partnera o její zdravotní stav.

**Tabulka č. 11 - Podoby péče ze strany partnera**

Kód		Kategorie
péče o domácnost	nadměrná péče	muži jako pečovatelé
priority	potřeby	sociální role
ženská role	rozepře	
přání	soudružnost	
péče o děti	stabilita	
ohledy	nezájem	

V rozhovorech nacházíme situace popisující sociální výměnu rolí mezi partnery. Muži se obecně snažily svým ženám pomoci s domácností, dle informantek se však mnohdy museli vzdát vlastních aktivit, aby vše zvládali dle očekávání. Obecně si ženy této podpory velmi vážily, někdy ale byly svými partnery neustále kontrolovány a chyběl jim prostor jen pro sebe.

*“Jak v čem. Změna byla určitě patrná v tom, že si manžel uvědomil, co mám všechno na starost. Musel se o všechno postarat sám. Kolikrát jsme leželi v posteli a on mi pořád opakoval, ať už se uzdravím, ať je to zas jako dřív. Nechápal, jak jsem zvládala chodit do práce, starat se o děti a ještě večer uklidit a uvařit.” /úsměv/ (Lenka\_02)*

*“Byl ke mně milejší. Často se mě ptal, jestli něco nepotřebuju. Nechci si stěžovat, ale někdy mě to už trochu rozčilovalo. Po chemošce mě snad každou hodinu budil, asi se chtěl ujistit, jestli jsem živá....Já chtěla jenom spát, řekla bych si, kdybych něco potřebovala” (PETRA\_05)* Ačkoliv může tato část rozhovoru působit kriticky, tak bylo patrné, že je informantka ve vztahu spokojená. Pouze poukazovala na nadměrnou péči způsobenou strachem svého muže o její osobu.

*“Během nemoci se toho změnilo hodně, ale náš vztah to nijak neovlivnilo. Naopak si myslím, že jsme si teď bliž než před rakovinou.” (IVANA\_06)*

Jako odrazový můstek pro zjištění, zda muži poskytovali péči svým nemocným ženám během léčby jsem se v rozhovorech zaměřila také na vnímání jejich vzájemného vztahu. Z analýzy vyplývá, že čtyři informantky měly a mají do současnosti pozitivní vztah se svým partnerem, což se odráželo na různých formách péče, které jim v průběhu léčby byly poskytovány. Jedna informantka na druhou stranu uváděla nezáměr svého muže o její osobu, jenž vycházel z dlouhodobých problémů, které začaly po narození první dcery.

### Přijímání nové podoby

Mezi partnery je nahota zcela běžná. V domácnostech také není nijak zvláštní, pokud její členové chodí spoře oděni. Jak to ale vnímají ženy po operaci prsu, u nichž se jejich tělesný obraz výrazně změnil? Pět informantek uvádělo jistou podobu studu před svým partnerem, nebylo jim příjemné ukazovat své “nekompletní tělo”, často se proto od svých mužů stranily. Tyto projevy negativního sebepojetí se snažily před svými blízkými schovávat a nejedna z informantek uváděla, že trávila množství času v koupelně, kde si postupně zvykala na svou novou podobu. Z analýzy proto vyplývá spojitost mezi body image nemocných žen a poskytovanou péčí ze strany partnera, která může snížit negativní dopady těchto vizuálních změn.

**Tabulka č. 12 - Projevy negativní body image**

Kód		Kategorie
stud	láska	sociální izolace
místnost	nízké sebevědomí	podpora partnerů
odchod	útěk	
izolace	pomoc	
odmítnutí	projevy podpory	
odpor	odcizení	

*“Od té doby, co se stal ten incident, tak jsem se před manželem nesvlékla. Chodím se převlékat do koupelny. Tam mám aspoň klid!” (ANNA\_01)* Informantka odkazuje na negativní reakci svého muže na podobu jejího těla po operaci prsu.

*“Tak trochu ano. Vždycky jsem čekala až se někam vzdálí. Jednou ale ke mně přišel a řekl mi, že se nemám před ním schovávat, že mě má rád s prsem nebo bez. Problém ale byl i ten, že jsem se kolikrát nemohla ani já na sebe podívat. Nebyl to hezký pohled.”*  
(LENKA\_02)

Po odstranění prsu nebo mizních uzlin dochází u operovaných žen ke snížené pohyblivosti horní končetiny. Informantka, která se potýkala s daným problémem uváděla nutnou asistenci partnera při základních činnostech jako je oblékání a svlékání, její emoce související se studem musely jít v danou chvíli stranou.

*“Styděla, ale potřebovala jsem pomoc s oblékáním. Nemohla jsem zvedat ruku a s tou druhou mi to vůbec nešlo.”* (IVANA\_06)

U všech výzkumných partnerek došlo v důsledku léčby karcinomu prsu ke snížení jejich sebevědomí. Pocity studu, odvracení zraku od zrcadla nebo strach z přijetí jejich nové podoby ze strany manžela vedl k tomu, že se od nich informantky v určitých momentech distancovaly.

## Shrnutí

Fyzické změny, které byly nezbytnou součástí léčby karcinomu prsu, měly značný dopad jednak na sebevědomí informantek, jednak vedly k jejich sociální izolaci. Celkem pět žen se stranilo společnosti z důvodu nepříjemných reakcí okolí na jejich vizuální podobu způsobenou chemoterapií. Toto negativní sebepojetí dále vedlo ke změnám chování v domácím prostředí, neboť se ženy často odebíraly do různých místností pro větší pocit soukromí. Na druhou stranu se v domácím prostředí cítili bezpečněji než ve společnosti, kde byly vystavovány soucitným výrazům. Dostáváme se tedy k odpovědi na další výzkumnou otázku. Vnímání tělesného obrazu bylo u informantek především ovlivněno lidmi nacházejícími se v jejich okolí. Jednalo se o partnera, rodinu, přátele, odborníky pečující o pacientku nebo náhodné kolemjdoucí, stejně tak nemohu opomenout určitý vliv médií.

Mezi podoby péče patřila podpora od blízkých, nejčastěji výpomoc od partnerů nebo nejbližší rodiny. Poskytovaná péče od partnerů pak úzce souvisela s jejich vztahem. Muži se převážně snažili zajistit chod domácnosti, pečovat o děti, nebo pomáhat svým ženám zvládnout vedlejší účinky chemoterapie. Neposkytnutí pomoci ze strany manžela uváděla pouze jedna informantka, další žena se k otázce nevyjádřila, neboť byla v průběhu léčby i po ní bez partnera. Jako další podobu péče vyskytující se u informantek bych uvedla péči o své soukromí související se zmíněnou izolací, neboť klid na léčbu byl pro ženy velmi důležitý z hlediska péče o sebe sama. U nejmladší ženy však došlo k úplnému opaku, samota jí nedělala dobře, proto vyhledávala společnost, aby tyto pocity potlačila. Díky tomu současně navázala nové vztahy s osobami, které pojilo stejné onemocnění nebo s vrstevníky, kteří informantce poskytovali podobu péče ve formě emocionální podpory.



### **3. Podoby péče vyskytující se během léčby karcinomu prsu**

Poslední část výzkumu je zaměřena na konkrétní podoby péče, které byly ženám v průběhu léčby poskytovány. Zároveň reflektuje, jak informantky zvládaly toto těžké období z jejich pohledu. Výsledky analýzy zjistily, že množství a frekvence poskytované péče závisela na velikosti rodiny. Stabilní rodinné zázemí dokázalo u většiny informantek plnohodnotně nahradit všechny povinnosti, jenž z důvodu nemoci nebyly schopné plnit. Oproti tomu nekompletní rodinné prostředí znamenalo pro jednu informantku značnou překážku při zabezpečení péče o dceru. Pomoc byla ženě nabídnuta jedinou osobou, která se rovněž podílela na pokrytí nákladů domácnosti.

#### **Struktura otázek:**

10.) Měla jste se během léčby na koho obrátit?

11.) Jak jste to celé zvládala?

12.) Jak byste popsala pomoc ze strany odborníků?

13.) Co byste z jejich strany případně uvítala?

#### **“Jsme tu pro Tebe”**

Informantkám byla péče ze strany blízkých poskytována ve mnoha podobách, nejčastěji se jednalo o emocionální podporu, výpomoc s domácností, nebo zajištění péče o potomky. U všech žen došlo k delegaci jejich povinností na blízké osoby. Kamarádky poskytovaly informantkám útěchu během jejich sdílení pocitů strachu z budoucnosti. Jedna z výzkumných partnerek k mému překvapení uváděla jako poskytovatele péče své děti, které jí svou starostlivostí dodávaly potřebnou sílu.

*“Stál při mně opravdu v dobrém i ve zlém.” (LENKA\_02)* Podpora ze strany partnera znamenala pro informantku jistotu, že se má během náročné léčby na koho spolehnout.

**Tabulka č. 13 - Péče poskytovaná blízkými**

Kód		Kategorie
děti	delegace	péče o matku/ ženu
podpora	zkušenost	povinnosti rodiny
pomoc	úklid	
láska	domácnost	
partner	zastoupení	

*“Oznámili jsme dětem, že jedou k babičce na návštěvu. Nemohla jsem dopustit, aby mě takhle viděly.... Byla mi velkou oporou. Věděla přesně, co mě čeká. Prožila si to s tchánem, když byl ještě mezi námi.” (PETRA\_05) Rodina mající zkušenost s léčbou rakoviny se v tomto případě mohla na vedlejší účinky léčby dostatečně připravit. Informantka si byla již od začátku vědoma, co taková chemoterapie obnáší, proto prvních pár dnů po jejím zahájení přenechala péči o děti na tchýni. Partner nemocné ženy ve stejnou chvíli čerpal dovolenou, aby se o ni mohl v domácím prostředí postarat.*

*“Bez dětí bych to nezvládla. Dodávaly mi tolik energie. /radost/ S manželem jsme se dohodli, že budou vědět jen to nezbytné. Připadalo mi, že ale stejně věděly co se děje. Někdy za mnou jen tak přišly a pohládily mě po tváři. Ani moc nezlobily.” (ANNA\_01) Pro další ženu byla naopak přítomnost dětí a jejich péče o nemocnou maminku mnohem důležitější, než například výpomoc blízkých s úklidem nebo vyžehlením prádla.*

## “Nevzdám se”

Ve výpovědích informantek se vracíme do časového intervalu těsně po operaci prsu a během chemoterapie. Tyto dvě etapy byly bez výjimky označovány za psychicky nejnáročnější období v jejich životě. Některé ženy však právě díky zvládnutí této těžké cesty k uzdravení vyprávěly o přehodnocení svých priorit. Každá informantka se během léčby necházela v odlišné rodinné situaci, u všech ale najdeme motivaci v podobě dětí a blízkých osob. Čtyři informantky kompletně přenechaly péči o děti na ostatní členy rodiny, což bylo nevyhnutelné v důsledku jejich špatného zdravotního stavu. Sociální role matky byla v této souvislosti tudíž potlačena, současně představovala impulz pro jejich plné uzdravení.

**Tabulka č. 14 - Vlastní soběstačnost nemocných žen**

Kód		Kategorie
síla	péče o domácnost	motivace pro zvládnutí nemoci péče poskytovaná nemocnou ženou
vzdor	loterie	
podpora	aktivity	
rodina	dobré versus špatné	
přátelé	naděje	

*“Byly dny, kdy jsem zvládla uklidit, trochu se protáhnout při józe, vyvenčit psa. No a ty horší dny jsem ani nemohla vstát z postele.”* (LENKA\_02) U informantky došlo během léčby k výměně sociální role s partnerem, stále se však některé dny snažila o určitou formu pomoci s domácími pracemi. Při rozhovoru bylo patrné, že se během zmíněných dnů cítila být opět potřebná, což přinášelo pozitivní dopad na její psychiku.

*“Na svůj týdenní plánovač jsem mohla zapomenout. Každý den byl jak na horské dráze.”* (ANNA\_01) V odpovědi od další informantky zaznělo, že všechny aktivity, které měla rodina naplánované před zjištěním diagnózy, musely jít stranou. S doprovodem dětí na kroužky však pomáhali například prarodiče.

Reakce nejmladší informantky se značně odrážela na přirozeném prostředí, ve kterém byl rozhovor veden. Záměrně jsem souhlasila se setkáním mimo zdravotnické prostředí, abychom se vyvarovali pocitu stísněnosti. Nemohu vynechat svůj osobní dojem z rozhovoru, který byl plný naděje. Vášeň k určitému sportu vytvořila u informantky soutěživost, ale i týmovou spolupráci, jenž se přenesla do boje s nádorovým onemocněním. Stejně tak komunita lidí, se kterými tento sport informantka provozovala, znamenala během léčby důležitou podporu.

*“Představ si, že visíš na laně a ke konci už fakt nemůžeš, chybí ti třeba posledních pár chytů. Jaký máš možnosti? Bud’ to vzdáš anebo sebereš poslední síly a překonáš to. Úplně stejný je to s rakovinou, já jsem se rozhodla bojovat. Nemohla jsem tu mrchu nechat vyhrát!” (JANA\_04)*

V celém kontextu poskytované péče ze strany informantek bych ráda upozornila na jeden aspekt, který měl na tuto oblast značný vliv, jednalo se o rodinné zázemí. Pokud žena v rozhovoru uváděla stabilní rodinné zázemí, nemusela se během léčby obávat delegace povinností na ostatní členy. Jak bylo již dříve řečeno, nejvíce ženám pomáhali partneři, kteří například převzali značnou část péče o domácnost. Oproti tomu informantka, jenž byla na tyto povinnosti již před zjištěním diagnózy sama, mohla požádat o pomoc pouze svou matku. Místo odpočinku se stále musela věnovat péči o svou dceru a ve stejné chvíli řešila jejich finanční zabezpečení. U všech výzkumných partnerek dále pozoruji zachování sociální role ženy, jenž se objevovala v péči o domácnost, leč v menší míře než před nemocí.

### **“Máme výsledky a nevypadají dobře”**

Dodnes si vybavuji první hodinu anatomie během mého studia na lékařské fakultě. Pan přednosta kladl všem budoucím lékařům na srdce, aby se při rozhovorech s pacienty vyvarovali používání latinských názvů, stejně tak se zmiňoval o procítění se do člověka trpící daným onemocněním. Jak ale vypadá péče ze strany zdravotnického personálu v praxi? Odpověď můžeme nalézt ve výpovědích léčených žen, které od prvotního vyšetření až po finální kontrolu u ošetřujícího lékaře potkají množství těchto pečujících odborníků.

Pokud má někdo strach z návštěvy zubaře nebo gynekologa, tak si dle informantek nedokáže představit, jak velké obavy má taková žena mířící na oddělení onkologie. Informantky v této části rozhovoru popisovaly jejich pohled na odbornou péči, která jim byla ve zdravotnických zařízeních poskytována. Ačkoliv byly mé otázky mířeny na širokou škálu odborníků z řad multidisciplinárního týmu, tak se odpovědi dotýkali ve všech případech pouze lékařské a psychologické péče. Pouze jedna výzkumná partnerka zastávající roli samoživitelky se zmínila o sociální sféře a to z důvodu nedostatečné finanční pomoci od státu.

**Tabulka č. 15 - Podoby péče ze strany odborníků**

Kód		Kategorie
pochyby	finance	multidisciplinární tým
psychologická péče	vysvětlení	onkologická péče
zdravotní péče	onkologie	
porozumění	právo	
strach	terapie	

*“Vstoupili do pokoje a zeptali se mě, jak se cítím. Pak o něčem diskutovali, vůbec jsem jim ale nerozuměla. Musela jsem se doptávat sestřičky.” (IVANA\_06)* V analýze jsem rovněž pozorovala rozdíl mezi péčí poskytovanou na onkologii, kde ženy trávily většinu své léčby v porovnání s péčí na oddělení chirurgie. V úryvku se informantka zmiňuje o svých pocitech během vizity, jenž proběhla dva dny po provedené mastektomii. Schválně jsem vybrala tuto část, neboť přesně vystihuje smíšené pocity operované ženy. Na jednu stranu byla informantka spokojená s profesionalitou zákroku, na stranu druhou by uvítala vysvětlení jejího stavu ve srozumitelnější formě. S ironií dodávala, že s sebou bohužel nenosí lékařský slovník.

*“Ta částka je výsměch. Jiným se dává za to, že nepracují a lidem, co to opravdu potřebují se nepomůže. /rozrušení/ Já bych přitom pracovala, jenže zdraví mě dost omezuje.”* (HANA\_03) Během rozhovoru jsme se s informantkou dotkli jak zdravotnické, tak sociální oblasti poskytované péče. Se zdravotní péčí byla převážně spokojena. Na druhou stranu pociťovala zklamání ze schůzky se sociální pracovníci, s níž řešila příspěvek na péči, který byl dle získaných informací určen jiné skupině žadatelů. Informantka si na základě vlastní iniciativy alespoň zažádala o invalidní důchod. Pro ucelenější pohled bych nerada opomenula důvod finanční tísně, ve které se výzkumná partnerka ocitla. Na výchovu malé dcery byla již od jejího narození sama a finanční podporu od bývalého partnera nikdy neobdržela. Během rozhovoru jsem pozorovala, jak se informantka snažila obhajovat potřebu těchto financí, kterými by zabezpečila základní potřeby pro své dítě.

Po ukončení rozhovoru jsem danou situaci konzultovala se sociální pracovníci působící mimo jiné na oddělení onkologie. Potvrdila mi využití příspěvku na péči pouze u minimálního procenta onkologicky nemocných pacientů. Důvodem je dlouhá doba posouzení jejich stavu v horizontu cirká půl roku. Příspěvek je následně schválen pouze za předpokladu výrazné imobility jedince, což se vyskytuje až v terminálním stádiu nemoci.

**Tabulka č. 16 - Doporučení odborníkům**

Kód		Kategorie
empatie	porozumění	dobrý versus špatný pečovatel
vlídné slovo	čas	
pravda	úsměv	
doporučení	jednotnost	
alternativy léčby	spravedlnost	

## Shrnutí

Dopady léčby měly výrazný vliv na soběstačnost nemocných žen, proto u všech informantek došlo k delegaci některých povinností na blízké osoby. Nejčastěji informantky uváděly pomoc od partnera, jenž musel v nejvíce zatěžujícím období léčby kompletně zastoupit roly své ženy v domácnosti. Zároveň byla ženám poskytována pomoc od členů rodiny, kteří chodili na nákupy, nosili jim oblíbené jídlo nebo s nimi byli jako doprovod a emocionální podpora během aplikace chemoterapie. Z výsledků dále pozoruji souvislosti mezi rodinným zázemím a mírou poskytované péče. Informantky z kompletních rodin uváděly rozdělení prací mezi jednotlivé členy, díky čemuž se mohly plně věnovat odpočinku. Na druhé straně u informantky nacházející se v roli samoživitelky k této delegaci povinností mohlo dojít jen částečně, neboť jí během léčby pomáhala jediná osoba. Právě v tomto případě byla péče poskytována nemocnou ženou starající se o malou dceru značně v převaze.

Odborníci informantkám poskytovaly péči během celého procesu léčby. Nemohu se se však zbavit pocitu neprovázanosti této péče mezi jednotlivými obory. Ačkoliv informantky uváděly spokojenost s profesionálním přístupem, který jim zajistil úspěšné provedení zákroku a následnou pomoc se základními úkony během pobytu v nemocnici, tak během rozhovorů několikrát zazněly smíšené pocity z komunikace se zdravotnickým personálem. Současně nezazněla propojenost mezi zdravotní a sociální sférou. Vzájemná spolupráce by však mohla výrazně přispět ke kvalitnějšímu životu nemocných žen. Jedna informantka si dokonce musela sama zjišťovat možnosti finanční pomoci od státu, přitom ji o invalidním důchodu mohla informovat ošetřující lékařka. Dle mého názoru je před námi stále velký kus cesty v rámci efektivní kooperace mezi zdravotní a sociální sférou. Věřím však, že naše společné úsilí o komplexní zajištění péče přispěje k zavedení multidisciplinární spolupráce do správné praxe.

## IV ZÁVĚR

V diplomové práci se zabývám vnímáním tělesného obrazu u žen s karcinomem prsu a podobami péče, které se vyskytují během léčby tohoto závažného onemocnění. Pro dané téma jsem se rozhodla, abych navázala na své předchozí poznatky z oblasti medicíny a fyzioterapie, kde jsem vedla několik výzkumných prací o rakovině prsu. Téma věnující se konceptům ženskosti ve vztahu k přijímání karcinomu prsu přitom považuji za neprobádanou oblast existujících sociálních problémů, jenž se dotýkají sociální i zdravotní sféry.

Cílem práce bylo prostřednictvím autentických výpovědí zjistit, analyzovat a popsat jak ženy s onkologickým onemocněním prsu vnímají své tělo, jaké podoby péče se u těchto žen vyskytují a jakou podporu získávají od svých blízkých.

Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že léčba karcinomu prsu měla značný vliv na tělesné sebepojetí u zkoumaného vzorku žen. Fyzické změny v podobě ztráty prsu a vlasů vedly jednak k podlomení jejich sebevědomí, jednak ke ztrátě jejich identity. K postupnému návratu sebevědomí přitom došlo pouze u informantky, která se rozhodla podstoupit estetickou úpravu prsu. Rekonstrukce prsu však nemusí být lékařem vždy doporučena, proto je důležité dbát na předání takové zprávy s jistým ohledem. V opačném případě může dojít k prohloubení negativního tělesného sebepojetí stejně jako v případě informantky, jenž byla vystavena nepříjemné kritice pro svou nadváhu. Zároveň bylo ve výzkumu zjištěno, že se většina žen stranila společnosti z důvodu nepříjemných reakcí okolí na jejich vizuální podobu způsobenou chemoterapií, k určité izolaci docházelo i v domácím prostředí. Vnímání tělesného obrazu bylo u informantek tudíž ovlivněno lidmi nacházejícími se v jejich okolí. Jednalo se o partnera, rodinu, přátele, odborníky pečující o pacientku nebo náhodné kolemjdoucí, stejně tak nemohu opomenout určitý vliv médií.



V celém kontextu poskytované péče bych ráda upozornila na jeden aspekt, který měl na tuto oblast značný vliv, jednalo se o rodinné zázemí. Pokud žena v rozhovoru uváděla stabilní rodinné zázemí, nemusela se během léčby obávat delegace povinností na ostatní členy domácnosti. V opačném případě zůstala většina povinností v kompetenci nemocné ženy. Jako nejčastější podoby péče byly zmiňovány domácí práce, doprovod na chemoterapie nebo výpomoc s péčí o děti. Péče poskytovaná odborníky se vyznačovala profesionalitou, nicméně v některých případech chyběl lidský kontakt a provázanost mezi jednotlivými zdravotními odděleními a sociálními službami.

V průběhu výzkumu jsem se setkávala s množstvím smíšených reakcí na zvolené téma, kterému jsem se dlouhé měsíce věnovala. Nejčastěji se jednalo o komentáře, proč neustále řeším problematiku rakoviny místo něčeho pěkného. Z mého pohledu však byla realizace výzkumu naopak velmi obohacující zkušeností. Pokud budeme před otázkami s vážnější tematikou zavírat oči, nezabavíme se jich. Navíc si myslím, že všeobecně známé heslo “rakovina se týká nás všech”, skutečně odráží realitu a měli bychom se snažit o hledání odpovědí, i na takové otázky, které mohou znít jako tabu. Výsledky práce mě naopak motivují k přípravě dalšího projektu zabývající se stejnou problematikou jako najdeme v této diplomové práci, avšak s rozšířením výzkumného vzorku o české ženy žijící ve Spojených státech amerických, kde se díky tržnímu systému zdravotnictví dostaneme do zcela odlišného sociálního prostředí, neboť rakovina prsu může v mnoha případech znamenat pro rodinu bankrot. Ve Spojených státech je proto finanční podpora poskytována nikoliv prostřednictvím sociálních dávek, jak je nastaveno v České republice, ale díky různým sbírkám na internetových stránkách (například [gofundme.com](http://gofundme.com)). Při pečlivějším zkoumání se dočteme o příběžích rodin v těžké životní situaci a současně zjistíme, na jaké zdravotní úkony využijí potřebné finance. Konečná výše dobrovolného příspěvku se pak odráží na solidaritě jednotlivých lidí snažících se pomoci i zcela cizím rodinám. Zároveň si pohrávám s myšlenkou provést výzkum z pohledu blízkých osob pečujících o nemocné ženy. Výsledky by mohly potvrdit tvrzení nacházející se v této diplomové práci, popřípadě by více objasnily určité oblasti specifické pro práci s onkologickými pacienty.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BELLIS. *Nejsi na to sama: průvodce rakovinou prsu*. Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027130702.

BOADELLA, David; FRANKEL, Ester; CORREA, Milton. *Biosyntéza, výběr textů*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-297-7.

CASH, Thomas F. *Encyclopedia of body image and human appearance*. Amsterdam: Academic Press, 2012, ISBN 978-0123849250.

CASH, Thomas F.; PRUZINSKY, Thomas. *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press, 1990; ISBN 089862438X.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.

FRIEDRICHS, Kay; OELLERICH, Heike a WESSELS, Miriam. *Rakovina prsu: poznejte nepřítel a porazte ho*. Praha: Euromedia, 2017. ISBN 978-80-7549-155-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GILLIGAN, Carol. *Jiným hlasem: o rozdílné psychologii mužů a žen*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-402-8

GRILLITSCH, Alexandra; JENULL, Brigitte. *50+ und der Traum vom jugendlichen Aussehen*. Journal für Psychologie. 2015 Jan; 23(1), 55–79.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Psyché (Grada), 2000, ISBN 80-7169-907-1.

GROGAN, Sarah. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children (Third edition)*. New York: Routledge, 2017. ISBN 978-1-315-68152-8.

HEALEY, Justin. *Positive body image*. New South Wales: The Spinney Press, 2014. ISBN 9781922084446.

HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenhl, 2018. ISBN 978-80-7298-244-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HONZÁK, Radkin. *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Euromedia Group, 2021. ISBN 978-80-242-7290-0.

JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELEMAN, Stanley. *Anatomie emocí*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-836-8.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Psyché (Grada), 2005. ISBN 80-247-0840-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Psyché (Grada), 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUCKARTZ, Udo; RÄDICKER, Stefan. *Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software*. London: SAGE, 2023. ISBN 978-1-5296-0914-1.

LISS, Jerome. *How is Body Psychotherapy Different from Other Forms of Psychotherapy? Energy and Character*. 2004 Sep; 67-73.

LOWEN, Alexander. *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem*. Praha: Spektrum (Portál), 2015. ISBN 978-80-262-0864-8.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla; KOLÁČKOVÁ, Jana, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

RABOCH, Jiří. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5501-7.

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SHILDER, Paul. *The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche*. London: International Universities Press, 1950. ISBN 9780823625000.

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

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

TOUŠEK Laco; BUDILOVÁ Lenka; FATKOVÁ Gabriela et al. *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2015. ISBN 978-80-261-0471-1.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

WOLF, Naomi. *Mýtus krásy*. Aspekt, 2000. ISBN 80-85549-15-8.

YOUNG, Courtenay; WESTLAND, Gill. Shadows in the History of Body Psychotherapy: Part 1. *International Body Psychotherapy Journal*. 2014, 13 (1), s. 13–30.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

## SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

AIZER, Ayal A.; CHEN, Ming-Hui; MCCARTHY, Ellen P.; MENDU, Mallika L.; KOO, Sophia; WILHITE, Tyler J.; GRAHAM, Powell L.; CHOUEIRI, Toni K.; HOFFMAN, Karen E.; MARTIN, Neil E.; HU, Jim C.; NGUYEN, Paul L. Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2013 Nov; 1;31(31):3869-76. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.6489>

ARCHANGELO Silvana de Cassia Vieira; SABINO NETO Miguel; VEIGA Daniela Francescato; GARCIA Elvio Bueno; FERREIRA Lydia Masako. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 2019 May; 74:e883. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>

CARLSEN, Kathrine; DALTON, Susanne, Oksbjerg; FREDERIKSEN, Kristen et al. Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *European Journal of Cancer*. 2007 Sep; 43(14):2093-2099. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.05.024>

CASH, Thomas. F. The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*. 2002 Nov; 32(3), 362–366. <https://doi.org/10.1002/eat.10100>

CHANTLER, Marcia; PODBILEWICZ-SCHULLER, Yaffa; MORTIMER, Joanne. Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2005 Feb; 23(2-3):65-77. [https://doi.org/10.1300/J077v23n02\\_05](https://doi.org/10.1300/J077v23n02_05)

CURTIS, Cate; LOOMANS, Cushla. Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction. *Women's Studies Journal*. [online]. 2014 Dec; 28(2), 39–56. ISSN 1173-6615.

FALLON, A. E.; ROZIN, P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*. 1985 Feb; 94(1):102-5. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.94.1.102>

FOBAIR, Pat; STEWART, Susan L.; CHANG, Subo; D'ONOFRIO, Carol; BANKS, Priscilla J.; BLOOM, Joan R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006 Jul; 15(7):579–594. <https://doi.org/10.1002/pon.991>

FURNHAM, Adrian; ALIBHAI, Naznin. Cross cultural differences in the perception of male and female body shapes. *Psychological Medicine*. 1983 Nov; 13(4), 829–837. <https://doi.org/10.1017/S0033291700051540>

GROSSERT, Astrid; MEFFERT, Cornelia; HESS, Viviane; ROCHLITZ, Christoph; PLESS, Miklos; HUNZIKER, Sabina; WÖSSMER, Brigitta; GEUTER, Ulfried; MEINLSCHMIDT, Gunther; SCHAEFERT, Rainer. A clinical trial of group-based body psychotherapy to improve bodily disturbances in post-treatment cancer patients in combination with randomized controlled smartphone-triggered bodily interventions (KPTK): study protocol. *BMC Psychology*. 2019 Dec; 30;7(1):90. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0357-1>

JANZ, Nancy K.; MUJAHID, Masahid; LANTZ, Paula M. et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*. 2005 Aug; 14(6):1467–1479. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0288-6>

KIM, Im-Ryung; CHO, Juhee; CHOI Eun-Kyung et al. Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(4): 1383–1388. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.4.1383>

KOŁODZIEJCZYK, Agata; PAWŁOWSKI, Tomasz. Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. [online]. 2019 Aug; 28(8):1137-1142. ISSN 2451-2680.

KREJČÍ, Denisa et al. *Novotvary 2018 - ČR*. [online]. [cit. 29.02.2024]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

KRTIČKOVÁ, Kateřina. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. *Onkologická péče*. [online]. Praha 2004; 8, 4, 16-19. ISSN 1214-5602.

MAHAR, Kathleen, Kearney; BRINTZENHOFESZOC, Karlynn; SHIELDS, Joseph. The Impact of Changes in Employment Status on Psychosocial Well-Being: A Study of Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2008 Feb; 26(3):1-17. <https://doi.org/10.1080/07347330802115400>

MARKEY, Charlotte. N.; MARKEY, Patrick. M. Gender, sexual orientation, and romantic partner influence on body image: An examination of heterosexual and lesbian women and their partners. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2014 Mar; 31(2), 162– 177. <https://doi.org/10.1177/0265407513489472>

PACIAN, Anna; KULIK, Teresa B.; CHRUSCIEL, Pawel; PACIAN, Jolanta; SKÓRZYŃSKA, Hanna; ZAKRZEWSKA, Wioleta. Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Menopauzalny*. 2012; 5:423-427. <https://doi.org/10.5114/pm.2012.31470>

RHONDALI, Wadih; CHISHOLM, Gary B.; FILBET, Marilene; KANG, Duck-Hee; HUI, David; CORORVE, Fingeret Michelle; BRUERA, Eduardo. Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer: a pilot study. *Journal of Palliative Medicine*. 2015 Feb; 18(2):151-6. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0588>

SABISTON, Catherine M.; RUSTICUS, Shayna; BRUNET, Jennifer; MCDONOUGH, Meghan H.; HADD, Valerie; HUBLEY, Anita M.; CROCKER, Peter R. E. Invariance test of the Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire: Do women with breast cancer interpret this measure differently. *Quality of Life Research*. 2010 Oct; 19:1171–1180. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9680-y>

SARIS, Laura M. H.; VLOOSWIJK, Carla; KAAL, Suzanne E. J.; NUVER, Janine; BIJLSMA, Rhodé M.; VAN DER HULLE, Tom; KOUWENHOVEN, Mathilde C. M.; TROMP, Jacqueline M.; LALISANG, Roy I.; BOS, Monique E. M. M.; VAN DER GRAAF, Winette T. A., HUSSON, Olga. A Negative Body Image among Adolescent and Young



Adult (AYA) Cancer Survivors: Results from the Population-Based SURVAYA Study. *Cancers (Basel)*. 2022 Oct; 26;14(21):5243. <https://doi.org/10.3390/cancers14215243>

SCHOVER, Leslie R.; YETMAN, Randall J.; TUASON, Laurie J.; MEISLER, Eileen; ESSELSTYN, Caldwell B.; HERMANN, Robert E. Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer*. 1995 Jan; 75(1):54-64. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19950101\)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I)

SONG, Qing-Hua; XU, Rong-Mei; ZHANG, Quan-Hai; MA, Ming; ZHAO, Xin-Ping. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*. [online]. 2013 Oct; 25;6(10):979-84. ISSN 1940-5901.

SPREHN, Gwen C.; CHAMBERS, Joanna E.; SAYKIN, Andrew J. et al. Decreased cancer survival in individuals separated at time of diagnosis: critical period for cancer pathophysiology? *Cancer*. 2009 Nov; 115(21):5108-5116. <https://doi.org/10.1002/cncr.24547>

SWAMI, Viren. Cultural influences on body size ideals: Unpacking the impact of westernisation and modernisation. *European Psychologist*. 2015; 20(1), 44–51. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000150>

WOLTZ, Patricia C.; CHAPA, Deborah W.; FRIEDMANN, Erika; SON, Heesook; AKINTADE, Bimbola; THOMAS, Sue Ann. Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review. *Heart Lung*. 2012 Sep-Oct; 41(5):469-83. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.06.002>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek č. 1</b> “Myšlenky zobrazující negativní body image” .....	14
<b>Obrázek č. 2</b> “Stupnice hodnocení siluety ženské postavy” .....	19
<b>Obrázek č. 3</b> “Prevalence negativní body image u přeživších karcinomu prsu” .....	21
<b>Obrázek č. 4</b> “Schéma průběhu diplomové práce” .....	49

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č. 1</b> “Stádia morálneho vývoje dle Gilligan” .....	31
<b>Tabulka č. 2</b> “Vlastní schéma návodu k rozhovoru” .....	46
<b>Tabulka č. 3</b> “Základní informace o výzkumných partnerkách” .....	50
<b>Tabulka č. 4</b> “Tělesné sebepojetí před zjištěním rakoviny prsu” .....	52
<b>Tabulka č. 5</b> “Tělesné sebepojetí po operaci prsu” .....	52
<b>Tabulka č. 6</b> “Dopady chemoterapie na body image žen” .....	53
<b>Tabulka č. 7</b> “Ztráta prsu” .....	55
<b>Tabulka č. 8</b> “Úvaha o rekonstrukci prsu” .....	56
<b>Tabulka č. 9</b> “Reakce blízkých na fyzické změny výzkumných partnerek” .....	58
<b>Tabulka č. 10</b> “Vliv okolí na body image žen během léčby” .....	59
<b>Tabulka č. 11</b> “Podoby péče ze strany partnera” .....	61
<b>Tabulka č. 12</b> “Projevy negativní body image” .....	62
<b>Tabulka č. 13</b> “Péče poskytovaná blízkými” .....	66
<b>Tabulka č. 14</b> “Vlastní soběstačnost nemocných žen” .....	67
<b>Tabulka č. 15</b> “Podoby péče ze strany odborníků” .....	69
<b>Tabulka č. 16</b> “Doporučení odborníkům” .....	70

# SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha č. 1</b> “Polostrukturovaný rozhovor” .....	85
<b>Příloha č. 2</b> “Grafy” .....	86
<b>Příloha č. 3</b> “Projekt Diplomové práce” .....	89