

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Viktorie Kubecová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Viktorie Kubecová

**PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O
ONKOGYNEKOLOGICKY NEMOCNÉ ŽENY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Burešová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kubecová Viktorie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče porodní asistentky o onkogynekologicky nemocné ženy

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Burešová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 89

Klíčová slova: gynekologie, karcinom, psychologie, péče, porodní asistentka, typologie, terapie, možnosti, holistický, ženy

Souhrn:

Cílem této bakalářské práce je pokusit se odpovědět na základní otázku, jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby a jakou roli v něm sehraává porodní asistentka. Součástí toho je zhodnotit tyto možnosti. To znamená klasifikovat a kriticky zhodnotit možnosti péče asistentky i ostatních vybraných subjektů. Základní členění teoretické části práce se dělí na anatomickou, diagnostickou, psychickou, terapeutickou. Role porodní asistentky a její úloha v dané problematice bude v praktické části ověřena rozhovory s vybranými ženami, které prodělaly nádorové onemocnění reprodukčního traktu. Závěr práce by měl zhodnotit, zda se činnosti porodní asistentky rozšiřují i do onkogynekologické problematiky. Autorka této práce se soustředí především na péči o psychickou stránku onemocnění.

Abstract

Surname and name: Kubecová Viktorie

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Care of midwife for oncogynecologically ill women

Consultant: Mgr. Markéta Burešová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 89

Keywords: gynecology, carcinoma, psychology, care, midwife, typology, therapy, possibilities, holistic, women

Summary:

The general question is: how difficult is the process of coping with serious gynecological disease by women and what is role of midwife in this. The main goal is to answer to the previous question. Real possibilities of midwife and other subjects in the process will be discussed and critical evaluated. This bachelor thesis is divided to two main parts: to theoretical and practical. The first one includes anatomical, diagnostic, psychical and therapeutic chapter. In the second premises from theoretical part of thesis will be verified by interviews with participants who struggled with serious disease. Support of midwife in this will be also verified. An assumption of extending volume of midwives services nowadays should be one of the most important outcome. Author focus to the psychical aspects of the gynecological disease.

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Burešové za odborné vedení této práce, věcné a konstruktivní připomínky, vstřícnost a ochotu při konzultacích, se kterou prací vedla. Dále děkuji své rodině a partnerovi, kteří pro mne jsou velikou oporou.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM DIAGRAMŮ	10
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	17
1 ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO TRAKTU	17
1.1 ZEVNÍ RODIDLA (ORGANA GENITALIA FEMININA EXTERNA).....	17
1.1.1 VELKÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MAJORA PUDENDI)	17
1.1.2 MALÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MINORA PUDENDI)	17
1.1.3 EREKTILNÍ TĚLESA VULVY	18
1.1.4 VESTIBULÁRNÍ ŽLÁZY (GLANDULAE VESTIBULARES).....	18
1.1.5 PANENSKÁ BLÁNA (HYMEN).....	18
1.1.6 HRMA (MONS PUBIS, MONS VENERIS)	19
1.2 VNITŘNÍ RODIDLA (ORGANA GENITALIA FEMININA INTERNA)	20
1.2.1 DĚLOHA (UTERUS).....	20
1.2.2 PODPŮRNÝ A ZÁVĚSNÝ APARÁT DĚLOHY.....	22
1.2.3 VEJCOVOD (TUBA UTERINA)	23
1.2.4 VAJEČNÍK (OVARIIUM).....	23
1.2.5 POCHVA (VAGINA)	23
2 VYBRANÉ TYPY MALIGNÍCH NÁDORŮ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO TRAKTU	25
2.1 TYPOLOGIE.....	25
2.2 KARCINOMY DĚLOŽNÍHO TĚLA	27
2.2.1. KARCINOM ENDOMETRIA	27
2.2.2. SARKOMY	29
2.3 KARCINOMY DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	30
3 PSYCHOLOGIE NEMOCI.....	35
3.1 OBECNÁ PSYCHOLOGIE NEMOCI	35
3.2 PSYCHOONKOLOGIE.....	35
3.3 FÁZE PROŽÍVÁNÍ NEMOCI.....	37
3.3.1 FÁZE NEGACE/POPŘENÍ	37
3.3.2 FÁZE AGRESE.....	38
3.3.3 FÁZE SMLOUVÁNÍ	38
3.3.4 FÁZE DEPRESE.....	39

3.3.5 FÁZE SMÍŘENÍ.....	39
3.3.6 POSTHYSTEREKTOMICKÝ SYNDROM.....	39
4 MOŽNOSTI PÉČE O PSYCHIKU ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH ŽEN.....	40
4.1 MOŽNOSTI PÉČE.....	40
4.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY	41
4.3 SOCIÁLNÍ OPORA.....	43
4.3.1 DŮLEŽITOST A VÝZNAM SOCIÁLNÍ OPORY	43
4.3.2 VÝZNAM KOMUNIKACE V SOCIÁLNÍ OPOŘE.....	46
4.4 MOŽNOSTI PÉČE ZDRAVOTNÍKA.....	47
4.4.1 PORODNÍ ASISTENTKA.....	47
4.4.2 LÉKAŘ A ZDRAVOTNÍ SESTRA.....	49
4.5 MOŽNOSTI PÉČE PARTNERA, RODINY A NEJBLIŽŠÍHO OKOLÍ.....	51
4.5 MOŽNOSTI PÉČE INSTITUCÍ A ORGANIZACÍ	53
4.6 MOŽNOSTI PÉČE OSTATNÍCH PACIENTEK O SEBE NAVZÁJEM.....	54
PRAKTICKÁ ČÁST	56
5 FORMULACE PROBLÉMU	56
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	57
6.1 HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU	57
6.2 DÍLČÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	57
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	58
8 METODIKA ZÍSKÁNÍ DAT	59
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	60
10 ZPRACOVÁNÍ DAT	61
11 VÝSLEDKY PRIMÁRNÍHO VÝZKUMU	62
DISKUZE.....	68
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY	73
SEZNAM PŘÍLOH	82
PŘÍLOHY	83
Příloha 1 – Předloha pro rozhovor.....	83
Příloha 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem.....	85

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Epidemiologie karcinomů děložního těla.....	28
Graf č. 2: Výskyt karcinomů děložního těla v daných věkových skupinách.....	29
Graf č. 3: Epidemiologie karcinomů děložního hrdla.....	32
Graf č. 4: Výskyt karcinomů děložního hrdla v daných věkových skupinách.....	33

SEZNAM DIAGRAMŮ

Diagram č. 1: Faktory určující závažnost onemocnění.....	26
Diagram č. 2: Základní členění psychické péče o onkogynekologicky nemocné ženy.....	41
Diagram č. 3: Klasifikace sociální opory.....	45
Diagram č. 4: Konceptualizace péče pacientek o sebe navzájem.....	55

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Popis zevních rodidel.....	19
Obrázek č. 2: Děloha ve frontálním řezu.....	22
Obrázek č. 3: Kruh sociální opory.....	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Histopatologická klasifikace zhoubných nádorů děložního hrdla.....	31
--	----

SEZNAM ZKRATEK

CIOP.....	Centrum informací pro onkologické pacienty
ČOS ČLS JEP.....	Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
DABDA.....	z anglického Denial, anger, bargaining, depression, acceptance (popření, vztek, smlouvání, deprese/krize, přijmutí)
FIGO.....	z anglického International Federation of Gynecology and Obstetrics (klasifikace zhoubných novotvarů)
HIV.....	z anglického Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
HPV.....	z anglického Human papillomavirus (lidský papilomavirus)
ICM.....	International Confederation of Midwives (Mezinárodní konfederace porodních asistentek)
LBC.....	Liquid based cytology (cervikální cytologie z tekutého média)
LEEP	z anglického loop electro-excisional procedure (elektroexcizní výkon kličkou)
Lig., ligg.	z latinského ligamentum, ligamenta (vaz, vazy)
M., mm.	z latinského musculus, musculi (sval, svaly)
MZCR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
o. p. s.	obecně prospěšná společnost, právní úprava – druh právnické osoby
s. r. o.	společnost s ručením omezeným, právní úprava – druh právnické osoby

SVOD.....	System pro vizualizaci onkologických dat
TNM.....	vychází ze slov tumor, nodus, metastáza (klasifikace zhoubných novotvarů)
UICC.....	z anglického Union for International Cancer Control (Unie pro mezinárodní kontrolu rakoviny)
ÚZIS ČR.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
z. s.	zapsaný spolek, právní úprava – druh právnické osoby
z. ú.	zapsaný ústav, právní úprava – druh právnické osoby

ÚVOD

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že diagnóza karcinomu děložního těla se vyskytla v mém kruhu nejbližších. Proto jsem se tedy rozhodla, že by bylo dobré otevřít toto téma a věnovat se mu hlavně po stránce psychické, jelikož si myslím, že je to velmi důležité a řekla bych i klíčové pro zvládnutí této náročné životní situace. Jsem tedy osobně zainteresována, avšak se budu snažit být v interpretaci výsledků maximálně objektivní. I když jsem si vědoma toho, že objektivitu je ve vědeckém světě náročné dosáhnout.

Ročně jsou v Česku diagnostikovány karcinomy děložního hrdla a těla přibližně u nižších tisíců žen a zároveň jich na toto onemocnění umírá téměř tisíc. Právě proto, že jsou tyto typy nádorů relativně dobře léčitelné, představuje počet zemřelých žen za rok velký problém pro společnost. Vzhledem k tomu, že existují dostupné preventivní programy, je zapotřebí je stále připomínat.

Dále bych zmínila také šíři kompetencí porodní asistentky, která nemusí být vázána jen na porodní sál. Může dle mého názoru svoji činnost rozvíjet i na dalších odděleních, a to i na onkogynekologii. Otázkou zůstává, jak moc je právě toto oddělení obsazováno porodními asistentkami. Přestože má rozsah činností porodní asistentky tendenci se rozšiřovat, předpokládáme, že porodní péče zůstane nadále její primární náplní. Tendenci rozšíření činností porodní asistentky bude, mimo jiné, tato práce taktéž testovat.

Cílem mé práce je zjistit jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby, která fáze je pro ně nejnáročnější a zároveň zjistit, jak moc hraje porodní asistentka klíčovou roli v psychické podpoře ženy a jestli vůbec.

Shoduje se fáze prožívání nemoci vybraných pacientek s konceptualizací od Elisabeth Kübler-Rossové? Pokud se neshodují, v čem konkrétně a jaká je pravděpodobná příčina. Existuje fáze, která by pro všechny oslovené pacientky byla nejnáročnější? Hraje profese porodní asistentky důležitou roli i v jiném zdravotnickém podboru než porodnictví? Tato práce bude koncipována tak, abychom si na tyto otázky v závěru dokázali odpovědět. Uvědomujeme si, že výpovědní hodnota získaných informací, respektive robustnost bude výrazně omezena počtem participantek.

Informace pro bakalářskou práci pochází z odborné literatury a z České onkologické společnosti (Linkos). Literární zdroje jsem čerpala z knihovny Fakulty zdravotnických studií

Západočeské univerzity v Plzni, z knihovny Fakulty pedagogické Západočeské univerzity v Plzni a z Vědecké knihovny v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO TRAKTU

Pro pochopení struktury ženského reprodukčního traktu a jeho částí, k nimž se stahují vybraná onkogynekologická onemocnění, je zapotřebí uvést, jeho základní anatomické členění. Dle našeho názoru je tedy tato kapitola nezbytnou součástí práce. Budeme čerpat především z odborné literatury určené pro studenty lékařských fakult.

1.1 ZEVNÍ RODIDLA (ORGANA GENITALIA FEMININA EXTERNA)

Zevní rodidla jsou uložena povrchově v dolní části trupu v urogenitální krajině. Ventrálně¹ se stýkají s krajinami hypogastria (*regio pubica*, *regiones inguinales*), dorzálně² sousedí prostřednictvím hráze (*perineum*) s krajinou řitní, laterálně³ je ohraničují genitofemorální rýhy, které je oddělují od steh. Zevní rodidla jsou uložena kolem poševní předsíně, což je sagitálně⁴ orientovaná jáma, do které se otevírá dorzálně pochva a ventrálně uretra (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.1 VELKÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MAJORA PUDENDI)

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) jsou dva podélné, silně vyklenuté kožní valy. Jejich délka je asi 8 cm, šířka asi 3 cm (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Zevní plochou jsou obrácené ke genitofemorální rýze, mediální⁵ plochu ohraničuje *sulcus interlabialis*, dorzálně jsou spojené v *commisura posterior labia majora* a ventrálně přecházejí na mons pubis (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Podkladem labia majora je vazivově tuková tkáň, na povrchu jsou kryta silnými chlupy (*pubes*) (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.2 MALÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MINORA PUDENDI)

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou tenkou kožní řasou, růžové barvy a délky 3-4 cm. Mají být zcela kryty velkými stydkými pysky. Kůže labia má vzhled a barvu sliznice pro tenkou pokožku a vysoké prokrvené papily škáry (Čihák, 1988). Přední okraje malých

¹ Přední z latinského venter (břicho).

² Zadní z latinského dorsum (záda).

³ Vnější z latinského latus (bok).

⁴ Vertikální mimoosa lidského těla směrem zepředu dozadu či naopak.

⁵ Vertikální osa lidského těla protínající jeho střed směrem zepředu dozadu či naopak.

stydkých pysků se rozdělují na dvě řasy, které obkružují poštvěváček (*clitoris*). Přední řasy se spojují před klitorisem a překrývají jej jako předkožka (*praeputium clitoridis*). Zadní řasy přirůstají ke spodní ploše klitorisu a tvoří uzdičku (*frenulum clitoridis*) (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.3 EREKTILNÍ TĚLESA VULVY

Ženská topořivá tělesa zahrnují poštvěváček (*clitoris*) a *bulbus vestibuli* jako ucelené orgány (Čihák, 1988).

Poštvěváček je homologon penisu může, jedná se tedy o topořivé těleso (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Clitoris se skládá ze zakrnělého žaludu (*glans clitoridis*) a z těla (*corpus clitoridis*) (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Clitoris začíná rameny – *crura clitoridis* (*crus dextrum et crus sinistrum*), která jsou zdola připojena k dolním ramenům kostí stydkých, corpus clitoridis vzniká spojením obou ramen při dolním okraji symfýzy (Čihák, 1988).

Bulbus vestibuli je párové erektilní těleso, které leží pod spodinou labia majora pudendi kolem stěny poševní. Je kapkovitého tvaru dlouhé asi 3 cm a široké 1 cm (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.4 VESTIBULÁRNÍ ŽLÁZY (GLANDULAE VESTIBULARES)

Malé předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares minores*) jsou drobné tubulosní mucinosní žlázy uložené všude ve sliznici vestibulum vaginae, které udržují vlhkost povrchu (Čihák, 1988).

Velké předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares majores*, Bartholiniho žlázy) jsou párové mucinosní žlázy velikosti hrachu laterálně od dorsální části introitu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Jejich dlouhý tenký vývod (1-2 cm) směřuje dopředu a ústí mezi labium minus a hymen (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.5 PANENSKÁ BLÁNA (HYMEN)

Panenská blána (*hymen*) je tenká vazivová blána, která je z obou stran kryta sliznicí (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Jedná se tedy o slizniční duplikaturu uzavírající introitus. Zhruba uprostřed panenské blány je otvor různého tvaru a velikosti umožňující odtok menstruační krve (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Základním tvarem hymenu je *hymen anularis* – prstenčitý hymen, druhým základním typem je *hymen semilunaris* (podobný poloměsíčitě

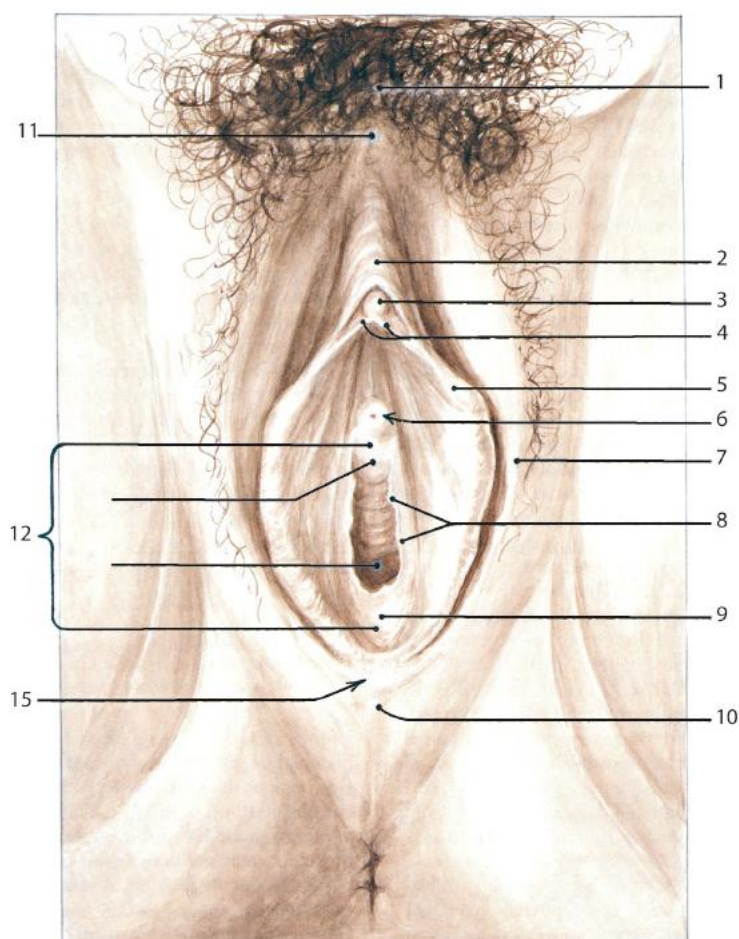
chlopni cév) a další (Citterbart, 2001). Při defloraci⁶ se blána protrhne a vznikají tzv. *carunculae hymenales*, po porodu je označujeme jako tzv. *carunculae myrtiformes* (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.1.6 HRMA (MONS PUBIS, MONS VENERIS)

Hrma (*mons pubis, mons Veneris*) je trojúhelníkovitá ventrokraniální část zevních rodidel, kterou tvoří silná kůže s chlupy podložená tukovým polštářem (Citterbart, 2001).

Obrázek č. 1: Popis zevních rodidel

- 1 Stydský pahorek
Mons pubis
- 2 Předkožka poštváčku
Preputium clitoridis
- 3 Žalud poštváčku
Glans clitoridis
- 4 Poštváčková uzdička
Frenulum clitoridis
- 5 Malý stydský pysk
Labium minus pudendi
- 6 Zevní ústí trubice močové
Ostium urethrae externum
- 7 Velký stydský pysk
Labium majus pudendi
- 8 Panenská blána
Hymen
- 9 Poševní předsíň
Vestibulum vaginae
- 10 Zadní pysková spojka
Commissura labiorum posterior
- 11 Přední pysková spojka
Commissura labiorum anterior
- 12 Ústí pochvy
Ostium vaginae



Zdroj: převzato z Čihák (2002)

⁶ Protržení panenské blány zpravidla při první souloži.

1.2 VNITŘNÍ RODIDLA (ORGANA GENITALIA FEMININA INTERNA)

K ženským vnitřním pohlavním orgánům patří párová ovaria – vaječníky, párové tubae uterinae – vejcovody, a nepárové orgány: uterus – děloha a vagina – pochva (Pilka, Procházka, 2017).

Pro polohu a upevnění vnitřních ženských orgánů má důležitý význam *ligamentum latum uteri* neboli široký vaz děložní – peritoneální duplikatura, řasa frontálně⁷ postavená ve středu malé pánve. V *ligamentum latum* uprostřed stojí děloha, po jejích stranách jsou k hornímu okraji *lig. latum* připojeny vejcovody, a k zadní ploše *lig. latum* je na každé straně připojen vaječník (Čihák, 1988).

1.2.1 DĚLOHA (UTERUS)

Děloha je dutý svalový orgán uložený v centru pánve. U dospělé ženy má tvar předozadně oploštělé hrušky (Citterbart, 2001). U nulipary⁸ je dlouhá až 8 cm, v nejširším místě má asi 5 cm, předozadně má 2-3 cm, tloušťka stěny je asi 0,5 cm. Její hmotnost je přibližně 50 g (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Rozeznáváme dvě hlavní části: tělo děložní – *corpus uteri* – kraniální⁹ širší část a hrdlo děložní – *cervix uteri* – kaudální¹⁰ užší část, otevřená do pochvy (Čihák, 1988; Citterbart, 2001). Podle Citterbarta (2001) se tyto dvě části liší nejen svou morfologií a funkcí, rozdílnou citlivostí na pohlavní hormony, ale i patologickými procesy, které je postihují. Obě již zmíněné části spojuje malý úsek – *isthmus uteri*, dlouhý asi 1 cm (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Na *corpus uteri* rozlišujeme několik částí, a to *fundus uteri* – dno děložní – mírně vyklenutý kraniální okraj dělohy, nad vstupem vejcovodů. Dále pak *cornua uteri* – rohy děložní, kde vstupují vejcovody do dělohy a zároveň z rohů jde *lig. ovarii proprium* (*chorda uteroovarica*) k vaječníku a dále pak *lig. teres uteri* (*chorda uteroinguinalis*), které prochází tříselným kanálem a zakotvuje v labia majora pudendi (Čihák, 1988). Poslední částí je *margo uteri* –

⁷ Vertikální osa lidského těla protínající jeho střed směrem do stran.

⁸ Žena, která ještě nerodila.

⁹ Směrem k hlavě z latinského cranium (lebka).

¹⁰ Směrem k dolnímu konci těla z latinského cauda (ocas).

hrana děložní, z jejíž každé strany (*dexter et sinister*) pokračuje lig. latum uteri zmíněné výše (Čihák, 1988).

Cervix uteri představuje zúženou kaudální část dělohy válcovitého tvaru, který je úponem pochvy rozdělen na *portio supravaginalis* (endocervix) – horní úsek hrdla děložního a *portio vaginalis* (ektocervix) – dolní kónický úsek hrdla pod klenbami poševními, který vyčnívá do dutiny pochvy (Čihák, 1988; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu: cylindrický, který vystýlá endocervix a dále pak epitel vrstevnatý dlaždicovitý, který pokrývá ektocervix. Přechod mezi těmito epitelu označujeme jako tzv. transformační zónu či epiteliální junkci. Právě v tomto místě vznikají tzv. prekan-cerózy¹¹ (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Děložní hrdlo můžeme znát spíše pod lékařským slangovým názvem – čípek děložní (Citterbart, 2001). Čípek je dlouhý asi 1 cm a na jeho vrcholu se otevírá zevní děložní branka (ostium uteri). U nulipar má kruhovitý tvar, u multipar¹² tvar příčné štěrbiny (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Stěnu dělohy tvoří tři charakteristické vrstvy: *endometrium* (sliznice), *myometrium* (svalovina), a *perimetrium* (peritoneum) – serózní vrstva (Čihák, 1988).

Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem a slizničním vazivem, ve kterém jsou tubulosní žlázy. Sliznice má dvě vrstvy: *stratum basalis* – která je stabilní, tedy nepodléhá menstruačnímu krvácení a *stratum functionalis* – ta prochází v průběhu cyklu charakteristickými změnami (Čihák, 1988; Citterbart, 2001).

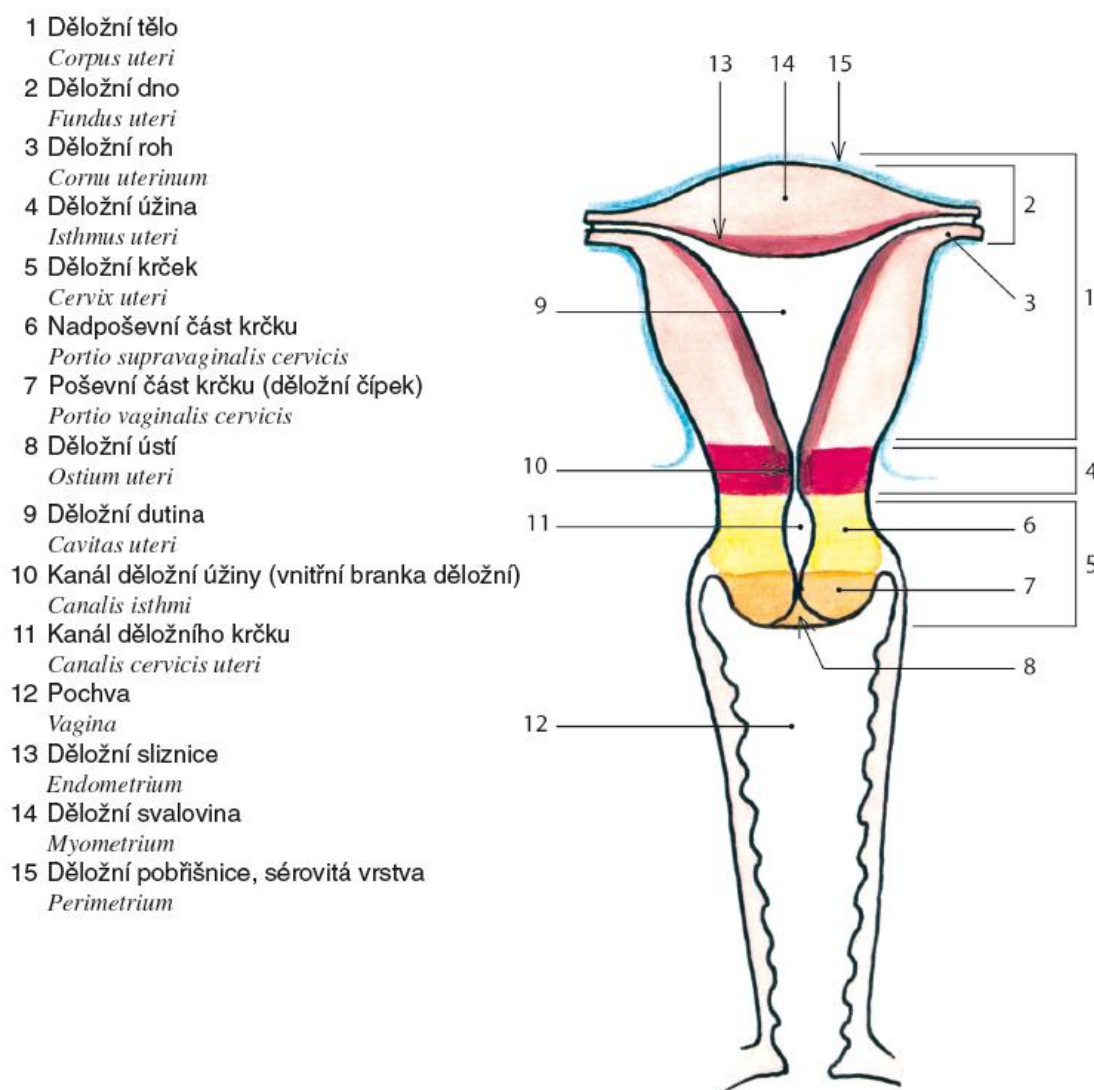
Myometrium – svalovina dělohy – je vrstva tlustá 1-1,5 cm. Tvoří ji snopce hladké svaloviny, které jsou prostoupeny vazivem (Čihák, 1988). Svalovina se skládá celkem ze čtyř vrstev: *stratum submucosum* – vnitřní vrstva složená z longitudinálních snopců; *stratum vasculosum* – nejsilnější část vrstvy, prostoupena cévami, jejíž pruhy svaloviny mají síťovité uspořádání; *stratum supravasculosum* – složená z cirkulárních a longitudinálních vláken, které pronikají jak do hlubší, tak i povrchové vrstvy – jsou tedy navzájem propojené; *stratum subserosum* – tenká vrstva s převahou longitudinálních snopců (Čihák 1988; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

¹¹Jsou buněčné a tkáňové změny, které nemají charakter zhoubného nádoru, z nich se však v kratším či delším období může vyvinout maligní nádor (Linkos, 2021).

¹²Žena, která již rodila vícekrát.

Perimetrium je peritoneum lig. latum uteri (viz úvod vnitřních rodidel), které tvoří povrch dělohy. Perimetrium přechází z dělohy dopředu na močový měchýř – vzniká tzv. *excavatio vesicouterina*, dozadu přechází na rectum a vzniká tzv. *excavatio rectouterina* (Čihák 1988; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Obrázek č. 2: Děloha ve frontálním řezu



Zdroj: převzato z Čihák (2002)

1.2.2 PODPŮRNÝ A ZÁVĚSNÝ APARÁT DĚLOHY

Polohu dělohy udržuje podpůrný aparát – který je tvořen *mm. levatores ani* – resp. *diaphragma pelvis* a také svaly hráze – tzv. *diaphragma urogenitale* (Citterbart, 2001). Dále je fixována závěsný aparát, který je tvořen souborem vazivových vláken, které se od dělohy

větví různými směry do subserózního vaziva. Ve svém celku představují parametrium (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Řadíme sem několik párových vazů: *ligg. cardinalia uteri* – probíhá příčně k laterálním stěnám pánve; *ligg. sacrouterina* – upínající se na kost křížovou; *ligg. vesicouterina* – jdou od pravého a levého okraje dělohy dopředu na stěnu močového měchýře – dále k symfýze pokračují jako *ligg. pubovesicalia*. Posledním je *ligamentum teres uteri (chorda uteroinguinalis)*, který odstupuje od děložních rohů, dále prochází inkuinálním kanálem a zakotvuje ve vazivu labium majus pudendi. Na fixaci dělohy se však nepodílí (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.2.3 VEJCOVOD (TUBA UTERINA)

Tuba uterina je párová trubice, zevním koncem nálevkovitě otevřená do dutiny břišní a přivrácená v těsné blízkosti k vaječníku, druhým koncem otevřená v rohu děložním do dutiny děložní (viz *pars uterina*) (Čihák, 1988). Vejcovod můžeme rozdělit na 4 části: *infundibulum* – nálevkovitá část přivrácená k ovariu, z něhož vychází 10-15 fimbrií; *ampulla* – střední rozšířená část; *isthmus* – mediální zúžená třetina a *pars uterina* – což je nejužší část vejcovodu, která proráží stěnu rohu děložního a otevírá se do děložní dutiny. Stěna vejcovodu je tvořena třemi vrstvami: serózní (viscerální peritoneum), svalovou a slizniční. Epitel je cylindrický řasinkový (Pilka, Procházka, 2017).

1.2.4 VAJEČNÍK (OVARIVM)

Ovarium je párový předozadně oploštělý orgán, délky 4 cm a šířky 2 cm. Váha se pohybuje od 2 - 3,5 g. Ovaria jsou uložena v mělké jamce – tzv. *fossa ovarica* – na laterální stěně malé pánve (Pilka, Procházka, 2017; Dylevský, 2009). Každé ovarium je fixováno *lig. ovarii proprium* k fundu dělohy a *lig. suspensorium* ovarii ke stěně malé pánve (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Vaječník se skládá ze dvou vrstev: dřev ovaria (*medulla ovaria*) – která, obsahuje cévy a nervy, dále pak kůra ovaria (*cortex ovarii*) – ta obsahuje folikly a žlutá tělíška (viz menstruační cyklus) (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Podrobněji menstruační a ovariaální cyklus popisují Citterbart (2001) nebo Hájek, Čech, Maršál a kol. (2014).

1.2.5 POCHVA (VAGINA)

Pochva je trubicovitý svalový orgán sloužící jako odvodná pohlavní cesta a kopulační orgán. Kraniálním koncem se upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem se otevírá navenek jako

ostium vaginae mezi labia minora do tzv. *vestibulum vaginae* (Citterbart, 2001). Horní konec pochvy obemyká kruhovitě děložní čípek, který vyčnívá do pochvy. Kolem čípku tvoří úpon pochvy poševní klenbu – *fornix vaginae*. Tu dělíme na zadní poševní klenbu (*fornix vaginae posterior*) neboli *receptaculum seminis*, která je hlubší a prostornější. Na ni naléhá dno *excavatio rectouterina* tzv. Douglasův prostor. Dále pak přední poševní klenba (*fornix vaginae anterior*), která je mělká (Citterbart, 2001; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Jelikož osa pochvy svírá s osou děložního hrdla úhel 70-100°, jsou poševní stěny rozdílně dlouhé: přední je dlouhá 7-10 cm a zadní 10-12 cm (Citterbart, 2001).

2 VYBRANÉ TYPY MALIGNÍCH NÁDORŮ ŽENSKÉHO REPRODUČNÍHO TRAKTU

Kvůli vysokému počtu karcinomů ženského reprodukčního traktu, a tedy potenciální časové náročnosti jsme byli nuceni vybrat pouze dvě základní části pohlavních orgánů. Jde o děložní hrdlo a děložní tělo, které jsme již v předchozích kapitolách anatomicky popsali.

2.1 TYPOLOGIE

Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN – byla vytvořena koncem 19. století Bertillonem (Abrahámová In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018) a zavedení názvosloví a kódování nádorů bylo realizováno v 50. letech 20. století. Aktuální mezinárodní onkologická klasifikace s označením MKN-O-3 byla Světovou zdravotnickou organizací vydána v roce 2000 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004).

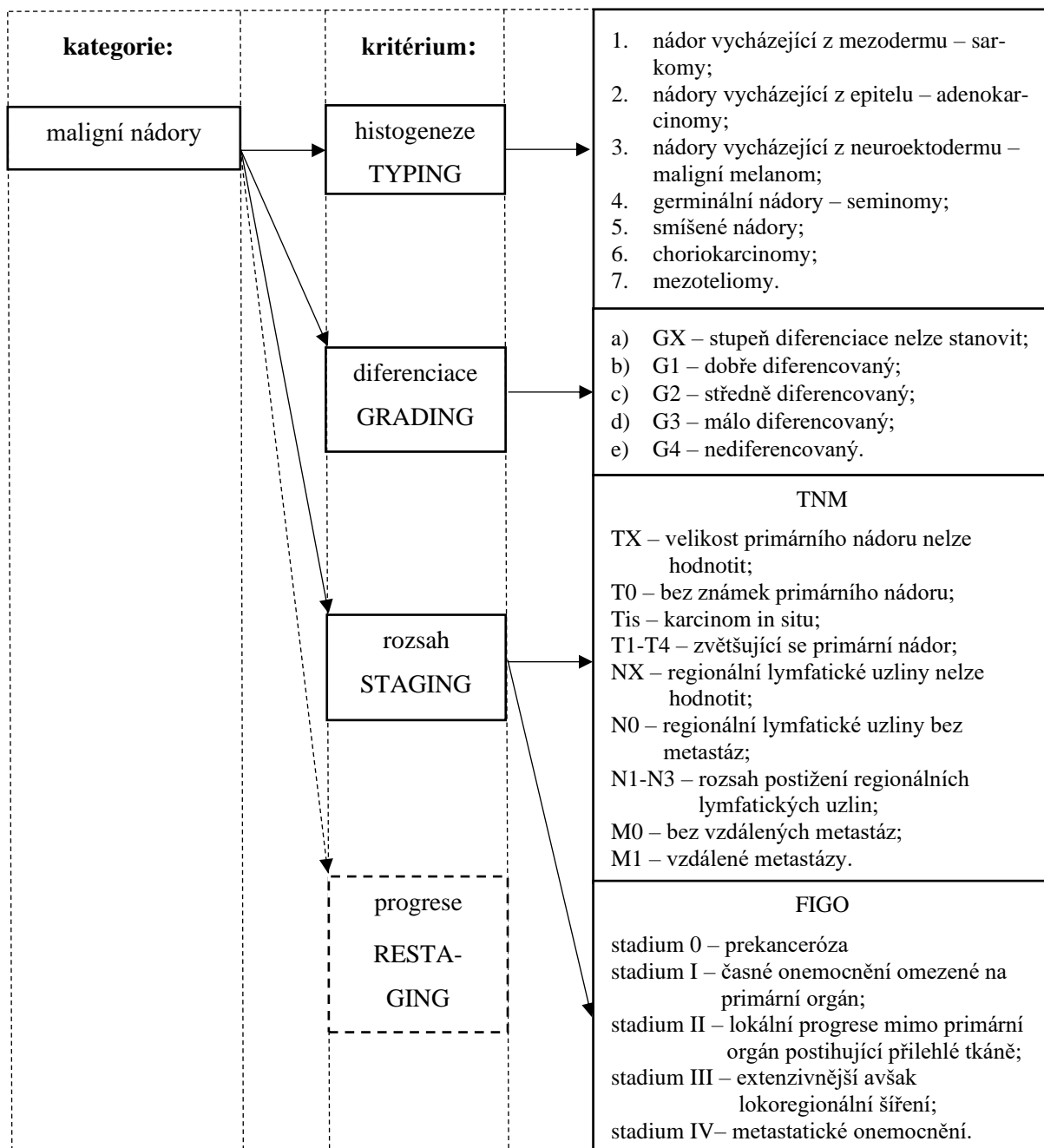
Nádory jsou klasifikovány podle velkého množství kritérií. Mezi ně patří například biologické chování nádorů – zhoubné (maligní) a nezhoubné (beligní) povahy, histogenetická klasifikace – *TYPING*, stupeň diferenciacie/malignity – *GRADING* a stupeň rozsahu – *STAGING* viz TNM a FIGO systém (Lajbl Večeřová In: Büchler a kol., 2019; Abrahámová In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Jako další kritérium můžeme použít i opakované vyšetření pacientky z důvodu návratu či progresu nemoci – *RESTAGING* (Linkos, 2021), který nebudeme dále popisovat.

Pro zhodnocení momentálního stavu, tedy rozsahu nádorového onemocnění, a tedy i návrhu další terapie se nejčastěji v klinické praxi užívají klasifikační systémy TNM (Tumor, Nodus, Metastáza) a FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics). První obecněji použitelný systém vytvořila Mezinárodní unie proti rakovině (UICC) a je využíván především pro vytvoření diagnózy na základě vyšetření zobrazovacími metodami (Lajbl Večeřová In: Büchler a kol., 2019). Druhý jmenovaný systém je založen na klinických vyšetřeních, ačkoliv je zřejmý posun k hodnocení na základě vzorků získaných chirurgickým zákrokem. Obě klasifikace jsou definované tak, aby si vzájemně odpovídaly (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

V této práci budeme dále analyzovat a popisovat pouze vybrané zhoubné typy nádorů vztahující se k děloze. Základní klasifikace a její další rozčlenění je znázorněno v diagramu pod

textem. Detailnější informace zmíněných klasifikačních systémů a jednotlivých fází onemocnění jsou uvedeny ve zdrojích pod diagramem.

Diagram č. 1: Faktory určující závažnost onemocnění



Poznámka: karcinom “in situ” znamená, že je lokalizován v místě svého vzniku; lokoregionální znamená, že se týká určitého místa nebo krajiny těla

Zdroj: vlastní úprava podle Linkos (2021); Büchlera a kol. (2019); Vokurky, Tesařové a kol. (2018); Cibuly, Petruželky a kol. (2009); Chovance a Náležinské (2007 In: Linkos, 2021); Citterbarta a kol. (2001)

2.2 KARCINOMY DĚLOŽNÍHO TĚLA

Vojtíšek (In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018) uvádí, že nádory děložního těla rostou převážně lokálně, ale invazivně. Projevují se vaginálním krvácením – hypermenoreou¹³ nebo metroragií¹⁴. Prvotní diagnóza je realizována tzv. kyretáží¹⁵ a nejčastější léčba je chirurgického rázu – hysterektomie¹⁶ s oboustrannou adnexektomií¹⁷. Předchozí dvě jmenované invazivní metody léčby jsou základem pro diagnostikování stupně rozsahu nemoci ať už TNM či FIGO metodou.

Radioterapie nachází uplatnění u všech diagnostikovaných stupních nemoci a liší se na základě toho, zda je „pouze“ zajišťovací (pooperační) či léčebnou (radikální, kurativní), kdy nelze již aplikovat chirurgický zákrok (Vojtíšek In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018; Chovanec, Náležinská In: Linkos, 2021).

Obecné prognózy dalšího přežití jsou, i díky relativně nízké mortalitě¹⁸ velmi dobré. Přibližně pouze 15 % pacientek do tří let od ukončení iniciální léčby recidivuje (Vojtíšek In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Prognóza tzv. pětiletého přežití je dle Cibuly, Petruželky a kol. (2009) a na základě stádií klasifikace FIGO až 86 % v případě prvního stádia. V případě stádia druhého je tato predikce přežití stále významná – 66 %.

2.2.1. KARCINOM ENDOMETRIA

Karcinom endometria vzniká ve fundu dělohy nejčastěji ze žlázových buněk endometria a je svým výskytem zdaleka nejčastějším typem zhoubných novotvarů děložního těla. Podíl tohoto typu karcinomu zaujímá až 98 % (Citterbart, 2001). Diagnostikování karcinomu je ve většině případů realizováno v rané fázi růstu, kdy se vyskytuje pouze v oblasti fundu, případně prorůstá jeho jednotlivými vrstvami. Tento proces je nazýván přímým šířením děložní stěnou. Nejčastější způsobem šíření je lymfatický systém. Méně obvyklé je již šíření krevní cestou (tamtéž).

¹³ Silné menstruační krvácení.

¹⁴ Krvácení mimo menstruační cyklus.

¹⁵ Seškrábnutí vnitřního povrchu dělohy.

¹⁶ Chirurgické odstranění dělohy.

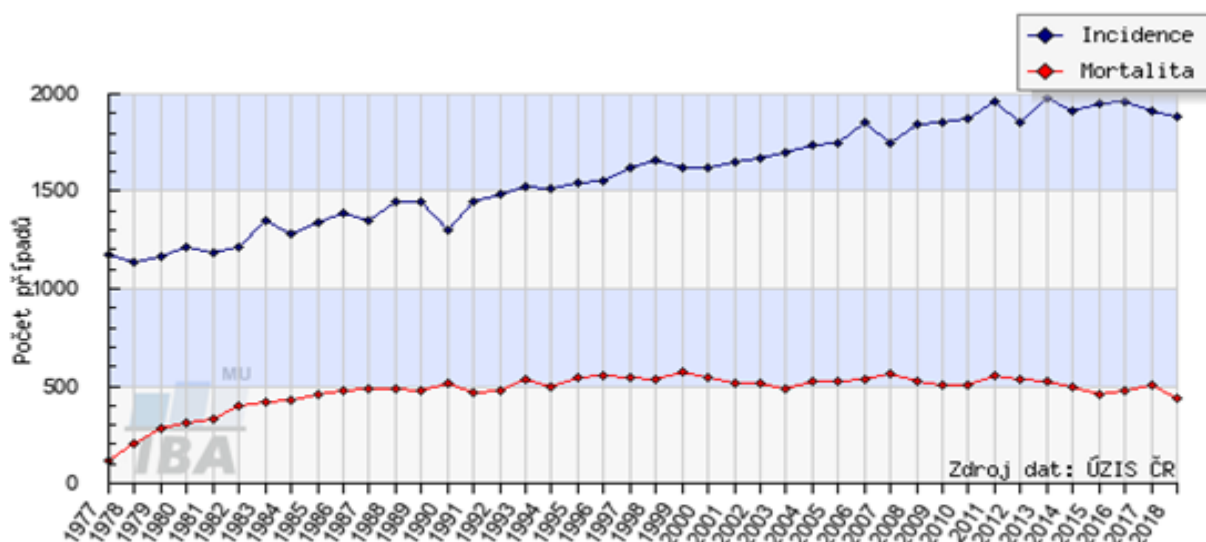
¹⁷ Chirurgické odstranění adnex, tj. vaječniku a vejcovodu.

¹⁸ Úmrtnost.

Citterbart (2001) rozlišuje karcinomy endometria dle frekvence výskytu a biologického chování na: 1) endometroidní adenokarcinom, vyskytující se až v 75 % případů; 2) adenokarcinom s dlaždicovou složkou; 3) tzv. *clear cell karcinom* – karcinom z jasných buněk chovájící se agresivně a proto zachycen obvykle až v pokročilejších stádiích (Citterbart, 2001; Cibula, Petruželka, 2009) a 4) serózní papilární adenokarcinom, vyskytující se oproti předchozím zcela výjimečně, avšak charakteristický vysokou mortalitou a to i při minimálně invazivních formách. Zbylé typy jsou svým výskytem ojedinělé (tamtéž).

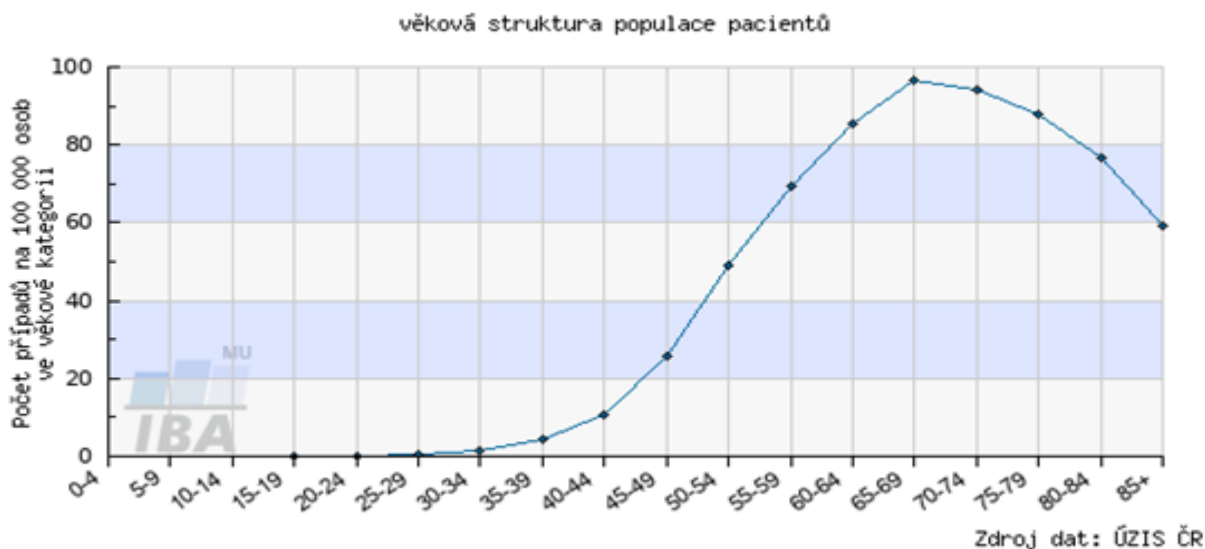
Podle Citterbarta a kol. (2001) je karcinom děložního těla druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u žen a zároveň nejčastějším ze skupiny novotvarů postihujících reprodukční orgány. Přestože je dlouhodobý trend incidence této nemoci od 70. let 20. století vzrůstající, trend mortality je naopak od přelomu tisíciletí stagnující a v posledních letech dokonce klesající z důvodu častého zachycení nemoci v jejím raném stádiu (Chovanec, Náležinská, 2007 In: Linkos, 2021) a dle našeho názoru i díky dostupnější a zároveň účinnější léčbě. Nedovoliíme si ovšem odhadnout budoucí hodnoty. Ročně je v Česku diagnostikováno přibližně 1800 žen s tímto typem karcinomů (viz graf níže) a z toho jich umírá přibližně 400 (Vojtíšek In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018).

Graf č. 1: Epidemiologie karcinomů děložního těla



Zdroj: převzato ze SVOD – Epidemiologie zhoubných nádorů (2021)

Graf č. 2: Výskyt karcinomů děložního těla v daných věkových skupinách



Poznámka: Ze zdrojové stránky není explicitně patrné, k jakému datu se tyto údaje vztahují. Předpokládáme, že platnost je pro období 1977-2019 viz stejný graf pro karcinom děložního hrdla. Potvrdit tuto tezi ovšem nedokážeme.

Zdroj: převzato ze SVOD – Epidemiologie zhoubných nádorů (2021)

2.2.2. SARKOMY

Světová zdravotnická organizace (In: Linkos, 2021) rozděluje děložní sarkomy na: 1) leiomyosarkomy; 2) endometriální stromální sarkomy; 3) nediferenciované děložní sarkomy a 4) adenosarkomy. Citterbart (2001) doplňuje a upřesňuje předchozí členění o karcinosarkom (smíšený mülleriánský nádor) patřící společně s adenosarkomy do stejné skupiny tzv. smíšených maligních mezodermových nádorů. Jako vzácný, a především v dětské populaci se vyskytující novotvar jmenuje autor ještě 5) tzv. rabdomyosarkom. Všechny zmíněné typy sarkomů jsou v součtu v rámci novotvarů děložního těla zastoupeny velmi vzácně (Citterbart, 2001). Z důvodu velmi ojedinělého a specifického výskytu nebudeme typy sarkomů 3 až 5 dále rozebírat.

Epidemiologické statistiky incidence a mortality z předchozí kapitoly jsou platné i pro tuto kapitolu, protože patří do stejné diagnostické skupiny zhoubných novotvarů C54¹⁹ (SVOD – Epidemiologie zhoubných nádorů, 2021).

¹⁹ Kód diagnózy podle MKN-10. Je to tedy číselné označení zhoubného novotvaru těla děložního.

Leiomyosarkom je obvykle solitárním nádorem neostře ohraničeným, vycházejícím z myometrii a představujícím nejčastější druh sarkomů dělohy (Linkos, 2021). Podle Vokurky, Tesařové a kol. (2018) se vyskytuje velmi zřídka, a představuje pouze minimální podíl výskytu zhoubných nádorů děložního těla. Typickým příznakem je rychlé zvětšování celé dělohy doprovázené silným a nepravidelným krvácením (Citterbart, 2001). Proces šíření probíhá stejnými cestami jako u karcinomu endometria. Tento typ i přes adjuvantní radioterapii či chemoterapii doprovází často špatná prognóza přežití. Pouze necelá polovina pacientek s tímto onemocněním přežije déle než 5 let (tamtéž).

Poměrně raritním typem sarkomu je endometriální stromální sarkom. Existují dvě základní varianty: tzv. *low grade* s nízkým stupněm malignity a příznivější prognózou a tzv. *high grade* metastazuje převážně krevní cestou s často nepříznivou prognózou přežití. U obou zmíněných typů může docházet k opětovné (Citterbart, 2001).

2.3 KARCINOMY DĚLOŽNÍHO HRDLA

Podle Vojtíška (In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018) je karcinom děložního hrdla v současné době třetím nejčastějším maligním gynekologickým onemocněním. Nejčastějším typem je spinocelulární karcinom (dlaždicový karcinom) tvořící 80 % všech případů. Citterbart (2001) uvádí dokonce až 90 % případů. Nutno podotknout, že se jedná o zhodnocení dat odlišného časového horizontu. Adenokarcinomy představují přibližně pětinu karcinomů děložního hrdla. Zároveň mají ale horší prognózu přežití. Zbylá část připadá na vzácné nádory (Mourová, 2020; Rob, 2021 In: Linkos, 2021). Diagnostické a léčebné postupy jsou téměř identické, s tím rozdílem, že karcinomy děložního hrdla jsou radiosenzitivní²⁰, a proto u většiny pacientek lze i při neoperovatelnosti nádoru dosáhnout kombinovanou léčbou rychlé léčebné odpovědi (Vokurka, Tesařová a kol., 2018).

²⁰ Citlivé na záření.

Tabulka č. 1: Histopatologická klasifikace zhoubných nádorů děložního hrdla

Spinocelulární karcinomy	90 %
Adenokarcinomy	10 %
- mucinózní adenokarcinom	
- endometriální adenokarcinom	
- clear cell adenokarcinom	
- serózní adenokarcinom	
ostatní epitelové nádory	raritní
- adenoskvamózní karcinom	
- mukoepidermoidní karcinom	
Mezenchymové a smíšené	raritní
- leiomyosarkom	
- embryonální rabdomyosarkom	

Poznámka: první sloupec uvádí typ a podtyp karcinomu děložního hrdla a druhý pak jeho výskyt v dané skupině.

Zdroj: převzato z Citterbart (2001)

Z níže přiložených grafických výstupů je zřejmé, že incidence je v poměru vůči karcinomu endometria vysoká a zároveň významně stoupá od 30. roku věku pacientky (reprodukční období) kdy se plodnost již snižuje. Jako problémový se tedy může zdát trend tzv. odkládání mateřství do vyššího věku (Český statistický úřad, 2021). Mortalita je téměř identická jako pro karcinom endometria a zároveň se shoduje s trendem poklesu incidence od roku 2013. Ročně se diagnostikuje přibližně 900 žen s tímto onemocněním a přibližně 400 jich umírá (Rob, 2021 In: Linkos, 2021; Vojtíšek In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Graf č.3 zobrazuje komplexní pohled na karcinomy děložního hrdla včetně karcinomu „in situ²¹“, proto je incidence násobně vyšší.

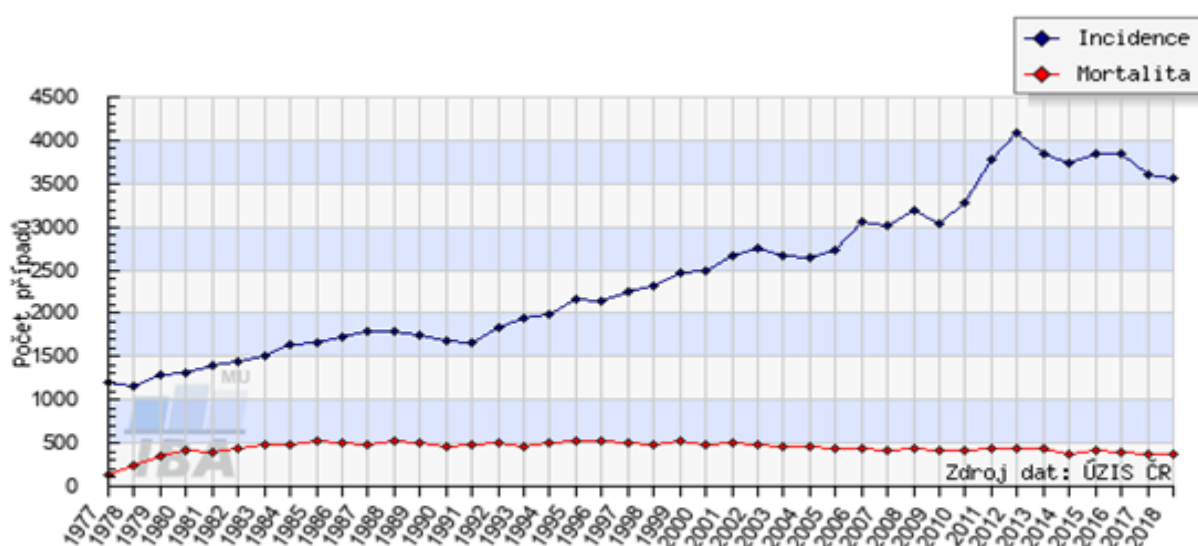
Na rozdíl od karcinomu endometria a sarkomů děložního těla, zde uvádíme krátce pojem prekancerózy. Její významnost je pro karcinom děložního hrdla nepoměrně vyšší především díky snazšímu odhalení raného stadia nemoci. Prekanceróza ve formě cervikálních intraepiteliálních neoplazií (dysplastické změny) předchází samotné nemoci (Vojtíšek In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Dělíme je na: 1) změny lehkého stupně (low grade, lehká dysplazie, CIN I) - LG léze, které ve většině případů sám organizmus ženy dokáže zlikvidovat i bez chirurgického zákroku a 2) změny vysokého stupně (high grade, střední a těžké dysplazie a

²¹ Karcinom “in situ” znamená, že je lokalizován v místě svého vzniku.

karcinoma in situ, CIN II, III) HG léze, které lze ošetřit pouze jednoduchým chirurgickým zákrokem tzv. konizací²² (Rob, 2021 In: Linkos, 2021).

Raná, dobře diagnostikovatelná a léčitelná stádia bývají asymptomatická – bezpříznaková (Sláma, 2020 In: Linkos, 2021). Mezi příznaky nádoru děložního čípku, které jsou nespecifické řadíme: krvácení nebo tzv. spotting²³ mimo menstruační fázi cyklu, krvácení po pohlavním styku, krvácení při menopauze, poševní výtok, bolesti v pánvi a zádech, bolest při pohlavním styku (Linkos, 2020).

Graf č. 3: Epidemiologie karcinomů děložního hrdla

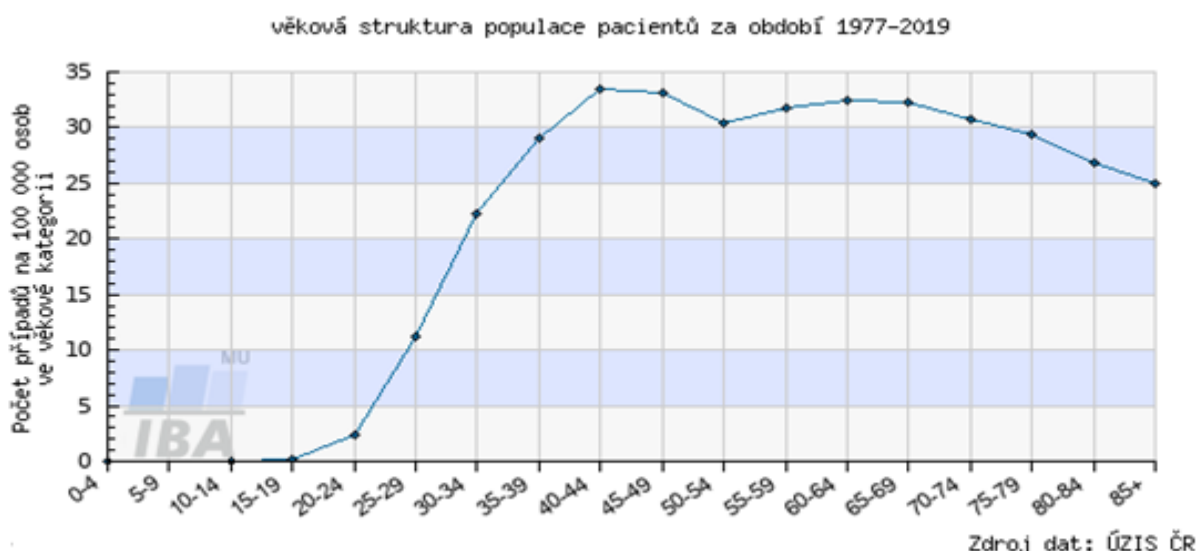


Zdroj: převzato ze SVOD – Epidemiologie zhoubných nádorů (2021)

²² LEEP (loop electro-excisional procedure) - elektroexcizní výkon kličkou, kdy se vyjme tkáň děložního hrdla.

²³ Drobné krvetné ztráty (špinění).

Graf č. 4: Výskyt karcinomů děložního hrdla v daných věkových skupinách



Zdroj: převzato ze SVOD – Epidemiologie zhoubných nádorů (2021)

V tomto bodě bychom rádi zmínili dostupnou prevenci rakoviny děložního čípku (hrdla). Uvědomělým chováním a zodpovědným přístupem spojeným s pravidelnými preventivními prohlídkami a vakcinací lze předejít rozvoji tohoto onemocnění (Mojemedicina, 2021), na rozdíl od ostatních zhoubných novotvarů ženského reprodukčního traktu. Je nutné apelovat na všechny ženy, především pak na ženy starší 50 let, u kterých klesá frekvence návštěvnosti na 30 % (Sláma, 2021 In: Mojemedicina, 2021).

Velmi důležitá je proto primární prevence – screening, a především celonárodní vakcinace, která je dostupná od roku 2007 (Mourová, 2020 In: Linkos, 2021). Jak uvádí Vojtíšek (2018) očkování je doporučováno ještě před zahájením pohlavního života. Gynekologická prevence formou cytologického stěru se provádí jednou ročně. Existují dvě metody cytologie: 1) klasický Pap stěr (podle Papanicolaou) tyčinkou na sklíčko, a nebo 2) LBC (Liquid based cytology) stěr, který je vložen do tekutého média pro přesnější diagnostiku (Gyn Medico, 2021). Více informací o prevenci poskytují například webové portály Linkos, MojeMedicina.cz nebo Care Medico.

Hlavním etiologickým a rizikovým faktorem je v dnešní době infekce lidským papilomavirem tzv. HPV – Human papilloma virus, která se přenáší zejména sexuální cestou prostřednictvím přímého kontaktu s nakaženou osobou (Evropský informační portál o očkování,

2020). Dalším rizikem je příliš brzké zahájení pohlavního života, promiskuita, užívání tabákových výrobků a imunodeficiencie (HIV infekce), jak uvádí Vojtíšek (In: Vokurka, Tesařová a kol., 2018).

3 PSYCHOLOGIE NEMOCI

Holistické chápání nemoci je velmi důležité. Trend směřuje k rozvoji holistického pojetí jedince, a tudíž i pacientky. Úvod do problematiky tzv. psychologie nemoci je tedy pro pozdější analýzu možností psychické podpory různých subjektů důležitý.

3.1 OBECNÁ PSYCHOLOGIE NEMOCI

Vážné onemocnění nejenže způsobuje bolest a jiné fyzické obtíže, ale především pak psychické problémy, které často vedou k pocitům bezmoci, úzkostem a často až k osobní demoralizaci (Ptáček, Bartůněk, 2015). Psychologie nemoci vysvětluje psychický stav pacientky od fáze určení diagnózy až po období konce života (Křivohlavý, 2002). Podle tohoto autora je to tedy obor, který analyzuje psychologické faktory ovlivňující průběh a zvládání samotné nemoci (tamtéž).

Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007) či Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, s. 115) doplňují definici o sociální prvky: „*zdravotnická psychologie se zabývá psychologickou problematikou nemocného člověka, psychologickými aspekty jakož i vazbou na jedince či skupiny ze sociálního prostředí jedince*“. Psychologie nemoci tedy nejenže analyzuje psychickou stránku samotné pacientky v období nemoci a bezprostředně po ní, ale taktéž s tím spojené sociální důsledky. Psychiku nemocné nelze správně popsat bez analýzy jeho širšího sociálního postavení a kvality sociálního kapitálu²⁴ (Křivohlavý, 2002).

3.2 PSYCHOONKOLOGIE

Jako léčbu psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm definuje psychoonkologii Tschuschke (2004). Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, (2010, s. 20) dodává, že cílem psychoonkologické péče je „*obnovení schopnosti postiženého jedince účastnit se profesního a sociálního života*.“ Jde tedy o stabilizaci a zlepšení psychické kondice či podporu při hledání nového smyslu života – zlepšení kvality života (Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Webový portál Aplikovaná psychologie (2015) doplňuje, že „*psychoonkologie nabízí více než jen psychickou podporu v době akutního stavu [...] může být jedním z nástrojů prevence návratu onemocnění*.“ Účinků tohoto stále spíše doplňkového druhu léčby

²⁴ Sociální kapitál / social capital měří kvalitu a kvantitu mezilidských vztahů. Jde tedy o konceptualizaci sítě kontaktů viz například Putnam (2001) či Kebza (2005).

může být mnoho, avšak z našeho pohledu je klíčové především zlepšení psychosociálních kompetencí a prodloužení doby bez recidivy či přímo doby přežití (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010).

Jak uvádí Tschuschke (2004), psychoonkologie je oborem interdisciplinárním a využívá tedy metody, postupy a výsledky věd jak přírodních, tak společenských. Vyvinula se z biobehavioálního přístupu k léčbě nádorových onemocnění (Baštecký In: Adam, Klimeš, Pour a kol., 2019). Tento již v řadě zemí samostatný vědní obor (Dostálová, 2016) se pohybuje na pomezí disciplín: onkologie, biologické psychologie, sociologie, imunologie, endokrinnologie a dalších (Tschuschke, 2004; Dostálová, 2016). V Česku vznikla samotná Psychoonkologická sekce v roce 2006 (Linkos, 2021), která provozuje psychologickou poradnu a edukační činnost určenou jak pacientkám, tak samotným zdravotníkům.

Terapeutické a diagnostické metody psychoterapeuta – někdy též uváděného jako psychoonkologa – se liší od léčby lékaře, ale ve svých důsledcích slouží ku prospěchu stejnému pacientovi (Linkos, 2021). Je tedy zřejmé, že role psychoterapeuta je pro úspěšnost léčby nádorového onemocnění neméně důležitá jako obvyklé onkologické terapie – radioterapie a chemoterapie (Tschuschke, 2004; Vokurka, Tesařová a kol., 2018), protože jak explicitně uvádí Světová zdravotnická organizace ve svých ustanoveních (2022) a implicitně například Dostálová (2016) nebo Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011): *„zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze absence nemoci [...]“*

Dnes nalezneme v Česku celkem 31 veřejných i soukromých zdravotnických pracovišť, kde probíhá při léčbě onkologických pacientů spolupráce mezi onkologem a psychoterapeutem. Podle české onkologické společnosti (2021) jsou dobrým příkladem hodným následování centra v Brně a v Olomouci.

Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010) explicitně zařazují, mimo jiné, psychoonkologickou péči do tzv. komplementárních²⁵ metod s ověřenou účinností – evidence based medicine. Psychologickou či psychiatrickou péči těžce nemocných doporučuje i Honzák (1992), ačkoliv Žaloudík (In: Ptáček, Bartůněk, 2015) uvádí, že ji nakonec využije jen část pacientů. Blíže se psychoterapeutickými metodami a možnostmi jejich praxe v onkologii

²⁵ Doplnující se, zapadající do sebe. Pojem nejčastěji užívaný v ekonomických vědách.

zabývají např. Dostálová (1986), Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010) či nověji Dostálová (2016).

3.3 FÁZE PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Výše bylo uvedeno, že pro zvládání nemoci je psychický stav nemocného velmi důležitý. Dostálová (1986; 2016) či Křivohlavý (2002) podotýkají, že téměř určujícím aspektem psychického zvládání je premorbidní osobnost nemocného, tedy jeho vlastnosti (viz např. Eysenckovo schéma), schopnosti, temperament nebo emoční založení i když i to se v brzké fázi nemoci může rychle a náhle změnit vlivem právě špatné zprávy, tedy působením zevnějšku (Adam, Klimeš, Pour a kol., 2019).

Obecnými fázemi prožívání nemoci se zabývají například Fawzy (1999) či Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010). Průkopnicí v rozlišení jednotlivých fází emočního prožívání při vážném onemocnění je považována švýcarská psychiatrická Elisabeth Kübler-Rossová²⁶, která ve svých pracích (1992; 2015) analyzovala a posléze konceptualizovala základní a obecně uznávanou charakteristiku. Je potřeba mít na paměti, že při karcinomech ženského reprodukčního traktu nemusí pacientka nutně projít všemi popsány fázemi, především pak fázemi deprese a smíření. Rozhodujícím faktorem je včasné odhalení nemoci.

Po úvodním popření situace projevujícím se šokem a akutním stresem nastává často fáze agrese. Na ni navazuje specifická obrana ve formě vyjednávání přecházející do fáze reaktivní deprese a poruchy přizpůsobení. Poslední fází bývá smíření – přijetí nové identity „nemocného“. Fáze obecně konceptualizují a popisují kromě samotné autorky také například Ratišlavová, Hrušková (2020), Morrow (2020), Adam, Klimeš, Pour a kol. (2019) či Honzák (1992).

3.3.1 FÁZE NEGACE/POPŘENÍ

Pocit šoku a úzkosti je obvyklým psychickým stavem na počátku vážné nemoci a je doprovázen krátkodobým procesem popírání situace. Tato prvotní fáze odmítnutí je společná jak lidem, kteří jsou o diagnóze informováni ihned, tak i těm, kteří svoji diagnózu odmítají zjis-

²⁶ Podle Honzáka (1992) je moderní zakladatelkou oboru thanatologie – vědy o umírání. Je nutné si uvědomit, že tato autorka vytvářela dnes široce přijímaný koncept v jiné době a tedy v jiných socioekonomických podmínkách, než jsou typické pro náš současný zdravotní systém (odlišný počet zdravotně pojištěných a s tím související relativní cena péče).

tit. Popírání funguje jako psychický nárazník tlumící účinky šokující zprávy (Kübler-Rossová, 2015). Jedince procházející touto fází zpravidla rozdělujeme na ty, kteří 1) reagují aktivací, neklidností doprovázenou panickým stavem a na ty, kteří 2) zpravidla ztuhnou a jsou pasivními. Mezi těmito dvěma stavy existuje tzv. 3) stav kognitivního přežití. V tomto případě není pacient schopen kognitivního myšlení a reaguje na určité podněty pouze naučeně a mechanicky, bez emocí. Typickými myšlenkami doprovázejícími nemocného jsou: „*To není možné. To se nemohlo stát. To musí být nějaký omyl.*“ Popírání je zpravidla jen dočasnou obrannou strategií (Kübler-Rossová, 1992; 2015).

3.3.2 FÁZE AGRESE

Neklidné uvažování a činnost je charakteristická také pro agresivní fázi, kdy jsou pacientovy reakce nadále spíše automatické. Dotyčný koná způsobem, který je pro něj typický (workoholik pracuje, spisovatel píše apod.). Podle Ratislavové a Hruškové (2020) je z pozice ošetřujícího důležité uvolnit afektivní napětí, nebrat si reakci pacientky osobně. Agresivní chování pacientky může postihnout také psychický stav zdravotnického personálu, protože se hněv obrací na všechny subjekty téměř bez výjimky. Hospitalizovaná začne vznášet určité požadavky a vyžadovat stále větší pozornost (Kübler-Rossová, 1992; 2015). Po fázi šoku tedy následuje jakési období, kdy nemocný člověk hledá příčinu nemoci mimo sebe samotného. Typickými myšlenkami charakteristických pro tuto fázi jsou například: „*Kdo za to může? Proč zrovna já?*“.

3.3.3 FÁZE SMLOUVÁNÍ

Etapa vyjednávání – jako forma specifické obrany – je charakteristická opětovným návratem rozumových schopností jedince a logického uvažování doprovázeného zklidněním psychického stavu. Subjektem pozornosti již není třetí osoba, ale onemocnění samotné. To dokazují typické myšlenky typu: „*Udělám cokoliv, aby to dopadlo dobře*“. Pacientka často realizuje smlouvu sama se sebou. V očekávání lepší diagnózy začne spolupracovat například s nemocničním personálem či se obrátí na Boha, přestože to ne vždy explicitně přizná (Kübler-Rossová, 1992; 2015). Jde tedy o jakousi obchodní transakci, kde za určitou službu nemocný očekává nějaký čas navíc (Kübler-Rossová, 2015). Úkolem zdravotnického personálu je v této fázi především dohled nad správně dodržovanou terapií, protože se pacientka může často uchýlovat k nestandardním postupům léčby. Smlouvání později přechází obvykle do depresivních stavů.

3.3.4 FÁZE DEPRESE

Kübler-Ross (1992; 2015) uvádí, že existují dva typy deprese: 1) reaktivní deprese, což je přímá reakce na traumatické či stresové období (EUC 2020) a 2) přípravná deprese, kdy člověk se musí vypořádat s blížící se budoucí ztrátou. V případě slibnějších prognóz nemusí v zásadě k reaktivní depresi docházet. Výskyt přípravné deprese předpokládáme spíše u terminálně nemocných. Dále v praktické části práce bude u pacientek analyzována pouze přítomnost reaktivní deprese. Pokud k ní dojde, je pro pacientku obvyklá rezignace doplněna o pocity: „Proč dál žít?“. V této fázi je klíčový dostatečný přísun vhodné sociální opory od nejbližších (užší část rodinného kruhu).

3.3.5 FÁZE SMÍŘENÍ

Přijetí nové identity „nemocného“ se projevuje vymizením úporné motivace k neobvyklé činnosti. Často převládá klid a smířenost. Způsob tohoto smíření můžeme rozdělit do dvou skupin na: 1) adaptivní projevující se naprostým vyrovnáním a 2) maladaptivní, které na pacientovi zanechá duševní i tělesné stopy. V této fázi lze říci, že psychickou podporu začíná více potřebovat samotná rodina než pacientka (Kübler-Rossová, 1992; 2015). Haptika je v této etapě prožívání nemoci klíčovou (Kalvodová In: Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

3.3.6 POSTHYSTEREKTOMICKÝ SYNDROM

Operační odstranění dělohy (hysterektomie), které je nezbytnou součástí úspěšné léčby vybraných karcinomů navozuje často u onkogynekologických pacientek stav tzv. posthysterektomického syndromu. Tento patologický jev poprvé sledoval a pojmenoval ve svém článku z roku 1975 D. H. Richards (Roztočil a kol., 2011).

Zdá se, že ten je příčinou psychických problémů včetně depresí, i když závěry výzkumů dnes stále nejsou zcela přesvědčivé (Čepický, 2019) či jiných potíží včetně únavy, poruch spánku, bolestí hlavy, močových obtíží aj. (portál zdravi.euro.cz, 2005; Slezáková, 2017). Roztočil a kol. (2011) předpokládají, že příčinou nástupu posthysterektomického syndromu je premorbidní výskyt faktoru psychiatrické povahy a ten se nachází u jedné poloviny hysterektomovaných žen.

4 MOŽNOSTI PÉČE O PSYCHIKU ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH ŽEN

Důvodem vypracování této kapitoly je odpovědět si na to, jak moc je potřeba pečovat o psychiku ženy v průběhu vážného onemocnění a jakou roli v něm může hrát porodní asistentka. Chceme také zdůraznit, že v dnešní době nemusí být porodní asistentka vázána pouze působením na porodním sále.

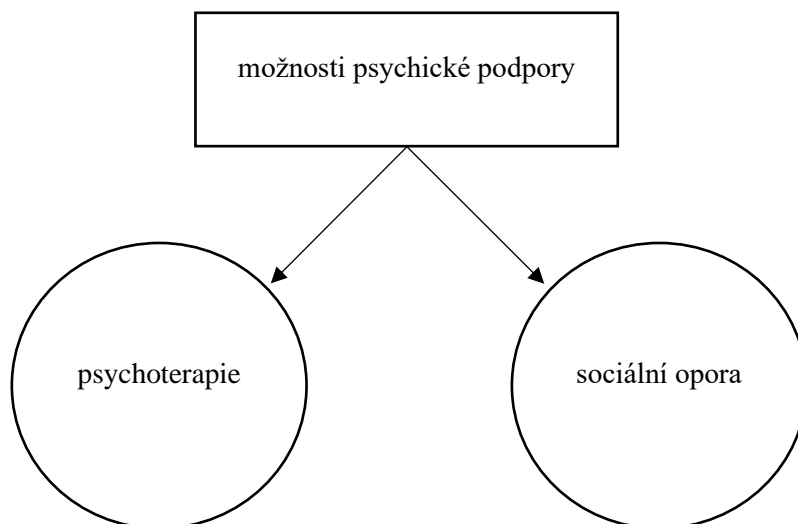
4.1 MOŽNOSTI PÉČE

Mezi hlavní dvě možnosti psychické podpory onkologicky nemocných žen řadíme psycho-terapeutické metody a sociální oporu. Graficky toto základní členění popisuje diagram č. 2.

Psychoterapeutickou podporu tak, aby měla správný terapeutický účinek, jsou schopní pacien-ty zajistit ve většině – nikoliv však nutně ve všech – případech pouze kvalifikovaní odborníci (Kovačiková, 2019; Mildt, 2017; Kobrová, Válka 2017; Gerlichová, 2014) – lékaři, psycho-terapeuti, psychologové, absolventi příslušných odborných kurzů, zdravotní sestry včetně porodních asistentek. Dostálová (2016, s. 109) uvádí, že jde o „*činnost, která vyžaduje odborné znalosti a praktické dovednosti získané na základě odborného výcviku*“. Jak uvádí například Honzák (1992) je elementární psychoterapeutický výcvik zdravotnického personálu výhodný a na pracoviště přináší další možnosti v podobě delegování terapeutických povinností. Z důvodů uvedených výše můžeme psychoterapeutické metody pracovně označit jako odborné.

Sociální opora je disponibilní téměř všem sociálním kontaktům v blízkosti pacientky. Může ji bez nutnosti odborného výcviku použít kdokoliv – jedinec či kolektiv / komunita, ale pod podmínkou přítomnosti vzájemné komunikace, empatie a opravdového zájmu (Navrátilová, 2013). Analýzu důležitosti sociální opory provedeme níže v této práci.

Diagram č. 2: Základní členění psychické péče o onkogynekologicky nemocné ženy



Poznámka: v další části textu jsou pojmy „sociální opora“ a „psychosociální opora“ synonymy, i když jsme si vědomi toho, že instrumentální typ sociální opory nelze dost dobře považovat přímo za oporu psychosociálního charakteru. Přesto předpokládáme, že samotné finanční či jiné zajištění má na psychiku pacienta pozitivní vliv, protože vede k jeho částečnému uklidnění ve světě hmotných statků.

Zdroj: vlastní úprava podle Křivohlavý (2002); Tschuschke (2004); Navrátilová (2013); Dostálová (1986; 2016)

4.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY

Psychoterapie je podle nás nejen léčebné působení vizuálními – psychologickými prostředky (Kratochvíl 2012), ale i těmi pohybovými, které mají na psychiku onkologického pacienta prokazatelně pozitivní vliv. Dostálová (2016) uvádí například mezi psychoterapeutickými metodami v onkologii i cvičení jógy. Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010), uvádí i cvičení tai-či a čchi-kung. Podrobně se obecnými psychoterapeutickými metodami zabývá Kratochvíl (1998).

Fawzy a kol. (1995) obecněji rozlišují psychoterapeutické metody podle typu intervence a počtu účastníků na:

- informačně-vzdělávací s cílem lepší informovanosti pacienta o průběhu a možnostech léčby;
- behaviorální s cílem přímého omezení psychických a tělesných následků léčby;
- individuální nebo skupinové.

Karasu (1977 In: Dostálová, 1986) rozděluje psychoterapeutické metody podle geneze příčin na:

- dynamické zaměřující se na analýzu problémů vzniklých v předchozích fázích života nemocného jedince;
- behaviorální hledající problémy ve vrozeném chování nemocného jedince;
- zkušenostní cílené na nejširší dimenze pacienta.

Pro další účely této práce budeme pracovat s první typologií psychoterapeutických metod, především pak s typy informačními a behaviorálními v individuálním, ale i skupinovém pojetí.

Dostálová (1986; 2016) či Kratochvíl (1998) implicitně mezi informačně-vzdělávací a individuální metody psychoterapie řadí:

- 1) Racionální techniky působící pozitivně na rozum pacienta. Jsou realizované metodickými rozhovory terapeutů s pacienty doplněnými o obrazový a jiný materiál ke snazšímu pochopení stavu a průběhu léčby. Předpokladem je důkladná znalost anamnézy i diagnózy pacienta. Mezi základní metody patří především:
 - explikace a klarifikace – vysvětlování a objasňování charakteru nemoci a z něho vyplývajících možností léčebných postupů;
 - persuade – přesvědčování pacienta o nutnosti dodržování léčebných postupů;
 - reorientace – doporučení o změnu dosavadních životních hodnot pacienta;
 - psychagogika – (do)vzdělávání pacienta v problematice léčby.

- 2) Kognitivní techniky řeší nesprávné myšlení pacientky. Jejich cílem je tedy uvedení dotyčné do stavu pozitivního, a tedy konstruktivního způsobu myšlení. Základní terapie jsou tzv. racionálně-emoční a kognitivní. Jak již bylo uvedeno výše, cílem těchto metod je změnit nerealistické názory pacienta formou rozhovoru s odborníkem (Kratochvíl, 1998).

- 3) Empatické techniky spočívají v ochotě intenzivního kontaktu terapeuta s pacientem, jeho trpělivosti a ochotě při naslouchání momentálním problémům pacienta, respektování jeho osobnosti tím, že bude minimálně přerušován ve svém monologu. Cílem je ventilace pacientovo problémů tak, aby se sám v sobě lépe vyznal a mohl se tak lépe a

racionálněji dále rozhodovat (Kratochvíl, 1998). Dle našeho názoru by tedy při této technice psychoterapie by tedy mělo dojít k určité sebereflexi.

- 4) Náhledové metody cílí na uvědomění si příčin onemocnění pramenící ze svého chování – pochopení a uvědomění si kauzality, což je v důsledku předpoklad pro spolupráci při léčbě.
- 5) Sugestivní techniky spočívají ve verbálním či neverbálním působením terapeuta či jiné lékařské autority a následném nekritickém přijetí myšlenek a informací nejčastěji v bdělém stavu. V extrémním případě hovoříme o navození stavu hypnózy u pacientky. Tyto techniky tedy spočívají v použití síly autority na změnu a přijetí jiných myšlenek. Je to tedy skupina technik, která je více invazivnějšího charakteru než předešlé viz výše.

Stejně jako předchozí autoři i Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010) jmenují mezi psychoterapeutické metody i tzv. 6) relaxační a imaginační techniky. Mezi ně patří například autogenní trénink, který vychází z poznatků, že psychická tenze souvisí s nervovou soustavou a ta následně s napětím svalstva. Podstatou je tedy řízené uvolnění svalstva při meditaci, která může být řízena právě terapeutem.

Jako samostatné techniky se pak často uvádí například jóga (Dostálová, 1986), muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie, aromaterapie, tejpování, akupresura či různé formy odbornějších masáží (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010).

4.3 SOCIÁLNÍ OPORA

4.3.1 DŮLEŽITOST A VÝZNAM SOCIÁLNÍ OPORY

Lidé jsou sociálními bytostmi a charakter mezilidských vztahů je pro kvalitu života v jakékoliv životní etapě důležitý a téměř nepostradatelný (Kebza, 2005). Pospíchal (2020) dodává, že člen fungující sociální sítě lépe zvládá náročné životní situace fyzicky i psychicky. Není tomu náhodou, že americký psycholog Maslow ve své pyramidě potřeb zařadil do jejího středu právě sociální aspekty včetně nezbytnosti „patřit do nějaké skupiny, být součástí komunity“.

Sociální opora, někdy nazývána nárazníkovým či tlumícím systémem, je jedním z prvních faktorů, které byly identifikovány jako faktory moderující vliv nepříznivých životních událostí (Aplikovaná psychologie, 2015; Kebza, 2005) a významně ovlivňující psychický stav

pacientů (Vondálová, 2014; Navrátilová, 2013; Křivohlavý, 2002). Kebza (2005, s. 161) podotýká, že „sociální opora je dynamický proces, jehož forma a úroveň se mění v čase [...] a významným faktorem je její dosažitelnost a potřeba.“

Navrátilová (2013) uvádí, že vhodná sociální opora se pozitivně projevuje na duševním klidu, zmírnění strachu a obav a také na větší vnitřní síle ke zvládnutí problémů v průběhu nemoci. Tuto tezi potvrzuje Tschuschke (2004) a dodává, že v případě onkologického onemocnění je tento druh opory bezpodmínečně nutný pro vyšší úspěšnost obvyklých onkologických terapií. Toto potvrzuje například studie Goodwina a kol. (1987).

Zdroje sociální opory řadí Kebza (2005) do šesti základních skupin: rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita, profesionálové. Myslíme si, že zdrojem je taktéž veřejný systém zdravotního a sociálního pojištění skrze čerpání financí v čase zdravotní indispozice. Autor explicitně neuvádí instituci partnera, pakliže jej neřadí do skupiny rodina. Blízké přátele, sousedy a spolupracovníky řadíme pro potřeby práce do kategorie nejbližšího okolí pacienta a profesionály do kategorie zdravotníků.

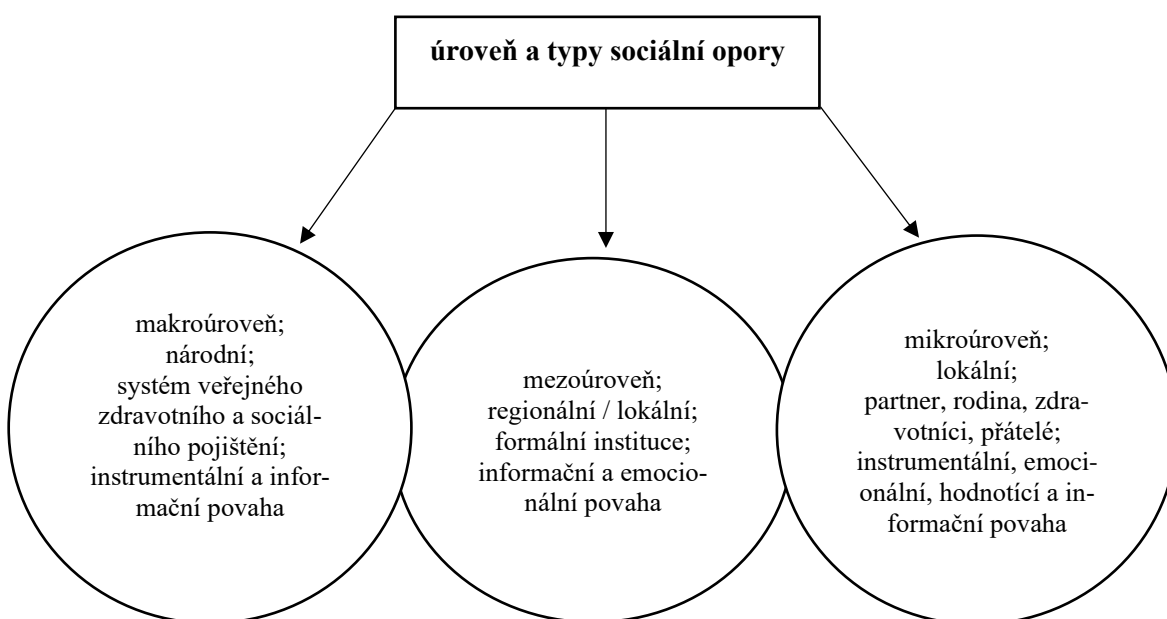
Křivohlavý (2009) či Kebza (2005) dělí sociální oporu na čtyři základní typy: instrumentální (finanční a movitá pomoc), informační (potřebné a důležité informace), emociální a hodnotící, přičemž každý z uvedených druhů přináší pacientce specifickou množinu a kvalitu podpory. Emocionální a hodnotící druhy jsou dle našeho názoru téměř identické (v nejzazším případě bychom dokonce volili sloučení), protože pacientce poskytují pocit, že je milována. Dle našeho názoru jsou všechny výše zmíněné typy sociální opory komplementární povahy a nelze jeden typ úspěšně a plnohodnotně nahradit typem jiným bez toho, aniž by neutrpěla celková kvalita sociální opory.

Křivohlavý (2009), Kebza (2005) a podobně taktéž Honzák (1992) uvádějí několik úrovní sociální opory: makro, mezo a mikro. Makroúroveň se vyznačuje oporou, kterou bychom mohli nazvat sociálním a zdravotním systémem jako celkem. Jde tedy o rozsah státní podpory celonárodního charakteru. Mezoúroveň je definována jako soubor sociálních opor, které pacientce poskytují odborná sdružení či organizace, tedy formální instituce. Mikroúroveň je prostorově i hodnotově nejbližší sociální sítí. Jde o partnera²⁷, rodinu, zdravotní personál v místě léčby a nejbližší přátele.

²⁷ Také jako tzv. dyáda – vztah mezi dvěma osobami, nejčastěji partner či manžel.

Úrovní je v tomto pojetí myšlenka především vztahovost, tedy kvalita a množství vhodné sociální opory. Taktéž lze téměř s jistotou říct, že se určité druhy sociální opory vážou pouze k určité úrovni (makro / mezo / mikro). Nemůžeme očekávat, že makroúrovňová sociální opora má za cíl poskytovat jiný typ, než ten instrumentální s výjimkou celonárodní osvětové kampaně. Od institucí působících na mezoúrovni (tedy pouze regionálně a geograficky spíše koncentrovaně), očekáváme aktivitu především v tzv. informační sociální opoře. Jedině sociální opora mikroúrovně pacientky má předpoklady zahrnovat v sobě všechny typy výše zmíněné. Graficky tento systém zobrazuje diagram č. 3.

Diagram č. 3: Klasifikace sociální opory



Poznámka: informace v bublinách zobrazují od shora dolů: úroveň sociální opory; převládající prostorové měřítko působení; zdroje sociální opory; typ sociální opory mající subjekt k dispozici.

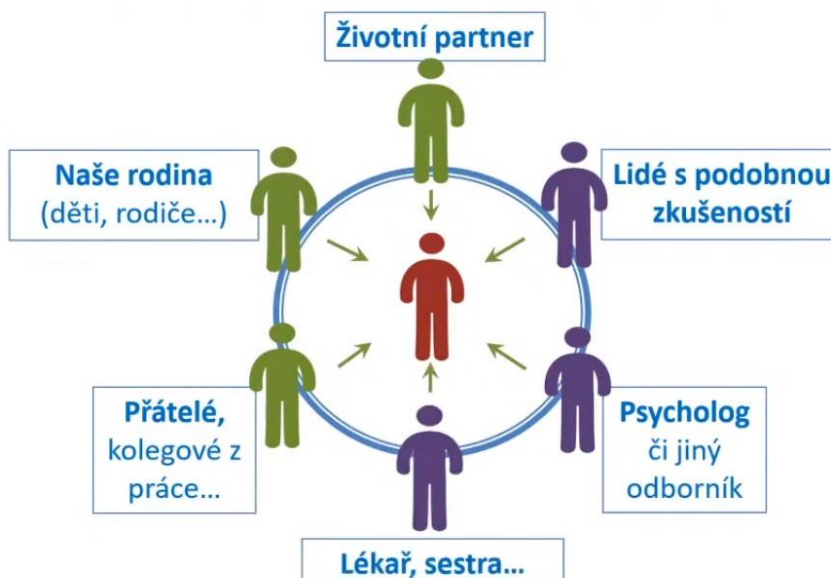
Zdroj: vlastní úprava podle Křivohlavý (2009), Kebza (2005) a Honzák (1992)

Všechny diskutované subjekty sociální opory níže vyjadřuje graficky tzv. kruh (sociální) opory z klinické praxe Pospíchala (2020), který je explicitně vytvořen v měřítku mikroúrovně. Chybí v něm tedy makroúroveň (systém veřejného zdravotního a sociálního pojištění) a především pak mezoúroveň sociální opory, tedy formální instituce a spolky zabývající se odbornou podporou v nemoci (Amélie, Kapka 97, Hlas onkologicky nemocných apod.).

Dle našeho názoru je pro úplnou funkčnost tohoto modelu potřeba integrace zmíněných absentujících úrovní. Každá pacientka nemusí mít fungující rodinu (v modelu zelené postavy),

kteřá ji finančně i movitě zajistí, a právě zde hraje role státu na makroúrovni nepostradatelnou roli. Instituce a spolky na mezoúrovni často zajišťují efektivní propojení odborníků a dalších pacientek (postavy fialové barvy).

Obrázek č. 3: Kruh sociální opory



Zdroj: převzato z Pospíchal (2020)

V práci se budeme nadále zabývat především analýzou možností psychoterapeutických a možností sociální opory na mikroúrovni a mezoúrovni.

4.3.2 VÝZNAM KOMUNIKACE V SOCIÁLNÍ OPOŘE

Komunikace je podle Tomové a Křivkové (2016) dynamický proces sloužící k efektivní výměně informací mezi zdravotníkem a pacientkou.

Svým významem řadíme verbální i neverbální komunikaci (haptiku, gestikulaci, mimiku, posturiku, proxemiku aj.) na téměř stejnou úroveň. Jsme přesvědčeni, že neverbální komunikace poskytuje pacientce stejný terapeutický účinek jako vlídná slova. Tomová s Křivkovou (2016) definují vztah těmito typy komunikací jako komplementární, nikoliv substitučního charakteru.

Komunikace pacientky se subjektem poskytující sociální oporu je realizována v informačním a emocionálním typem sociální opory viz výše. Kvalitní komunikace s pacientkou, jak

uvádí Ptáček (In: Tomová, Křivková, 2016), je pro kratší dobu léčby, její úspěšnost a ekonomickou nákladnost pro společnost velmi významným prvkem.

Nedílnou součástí žádoucí komunikace je vyšší míra empatie – porozumění, protože, jak uvádí Ptáček s Bartůňkem (2015), empatictí zdravotníci nejvíce uspokojují psychologické potřeby pacientek. Naslouchání je totiž, na rozdíl od obyčejného poslouchání (jev výhradně fyziologický), jevem psychologickým a předpokládáme, že má pozitivní účinky na psychiku nemocné. V tomto případě hovoříme striktně o tzv. aktivním naslouchání, kdy zpětnou vazbou ověřujeme správnost pochopení pacientčiny sdělení. Na rozdíl od exaktních diagnostických metod neexistuje jakási předepsaná vhodná míra empatie (Ptáček, Bartůňek, 2015).

Správně realizovaná komunikace mezi zdravotníkem a pacientkou je, na rozdíl od laicky vedené komunikace, dovedností, kterou je nutné si osvojit (Tomová, Křivková, 2016).

4.4 MOŽNOSTI PÉČE ZDRAVOTNÍKA²⁸

4.4.1 PORODNÍ ASISTENTKA

Pro splnění jednoho z cílů této práce – výčtu možností péče porodních asistentek o onkologicky nemocné ženy – je nutné si toto povolání definovat a jasně si vymezit kompetence dle přístupné odborné literatury a legislativních či jiných zdrojů. Pro pochopení toho, jak se změnil pohled na a možnosti porodní asistentky, je nutný taktéž rychlý exkurs do dějin porodní asistence.

Povolání porodní asistentky či, možná více používáno označení porodní báby je jedno z nejstarších řemesel na světě. První zmínka o pomocnicích při porodu je z roku 1200. V této době nebyly porodní báby vůbec odborně vzdělané ani nijak proškolené. Bývaly to nejchudší ženy, často vdovy, které čerpaly zkušenosti ze svých vlastních porodů. Až od roku 1654 se porodní báby začaly prokazovat potvrzením o vykonané odborné zkoušce (Vránová In: Hendrych Lorenzová a Raisnerová, 2020). To znamená, že institucionalizovat se toto řemeslo začalo až v polovině 17. století. K vůbec prvním profesním reformám došlo v době osvícenství za vlády Marie Terezie (1740-1780), kdy začaly vznikat soupisy práv porodních bab, přísahy, zdravotní řády a první překlady porodnických učebnic (Doležal In: Hendrych Lorenzová a Raisnerová, 2020). Jak uvádí Vránová (2007) v roce 1928 byl sepsán zákon „O

²⁸ Jako zdravotníka zde máme na mysli ošetřujícího lékaře, psychoterapeuta či zdravotní sestru včetně porodní asistentky. Pomocná pracovní síla v nemocničních zařízeních není do této kategorie počítána.

pomocné praxi porodnické“ a oficiálně se začal užívat název profese „porodní asistentka“. Můžeme také znát termín „ženská sestra“, tento název se stal platným roku 1956 a vydržel do roku 1993, kdy se opět vrátilo na původní označení porodní asistentka. V současné době je možné získat diplom porodní asistentky právě jen při absolvování vysoké školy. Poprvé byla zahájena výuka v akademickém roce 2001/2002.

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (2018) dnes definuje z právně-vzdělávacího pohledu porodní asistentku a její kompetence takto: „*porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila vzdělávací program porodní asistence [...] nebo která získala kvalifikaci potřebnou k registraci a/nebo legální licenci k výkonu porodní asistentky a k používání titulu „porodní asistentka“ a která prokáže způsobilost v praxi porodní asistence*“. Pro české prostředí toto přesně definuje zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních ve svém šestém paragrafu.

Porodní asistentka pracuje v partnerství s ženami, aby jim poskytla podporu, péči a radu, ať už v předporodním období, v průběhu těhotenství a porodu včetně období tzv. šestinedělí²⁹. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Rozsah úkonů dnešní porodní asistence přesahuje do oblasti celkového zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péče o dítě (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

Součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči³⁰. Svoji profesi může porodní asistentka vykonávat v jakémkoli prostředí, a to včetně domácího či lékařského (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021; Česká komora porodních asistentek, 2011). Souhrn těchto definic kompetencí a možností péče porodních asistentek je přesně zakotven a uveden v zákoně č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních. Vyhláška č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v paragrafu pátém výslovně uvádí, že: „*porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 písm.*

²⁹ (Puerperium) je proces probíhající u žen bezprostředně po porodu dítěte, při němž se navrací anatomické a fyziologické změny jejího těla do normálního stavu před těhotenstvím.

³⁰ Je aktivní pravidelné sledování osob se specifickým rizikovým faktorem pro onemocnění nebo osob s onemocněním, které dosud nevyžaduje léčebný zásah.

a) u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním“.

Z výše uvedeného je patrné, že se rozsah kompetencí a úkonů porodní asistentky historicky vyvíjel. Zatímco dříve zastávala porodní bába přímo a pouze funkci lékaře (úzká specializace na porod a bezprostřední péči po něm), dnes je spektrum činností porodní asistentky výrazně rozsáhlejší, včetně působení na gynekologických odděleních zdravotnických zařízeních. Z čistě teoretického hlediska se o onkogynekologicky nemocné ženy může starat i porodní asistentka.

Porodní asistentka je v zásadě jako profese zaměřená v dosavadní praxi spíše na porodní péči. Její práce by měla být prostoupena důvěrou, pochopením a empatií. Všechny tyto atributy se váží především k emocionálnímu typu sociální opory. Typ informační pravděpodobně nebude hrát klíčovou roli a instrumentální pak nepředpokládáme. Z teoretického hlediska i z vlastní zkušenosti má porodní asistentka možnost uplatnit v praxi psychoterapeutické metody z řady aromaterapie, muzikoterapie a určité druhy masáží. Tyto možnosti vyplývají jak z nabytých poznatků při studiu, tak i z mimoškolních odborných aktivit.

4.4.2 LÉKAŘ A ZDRAVOTNÍ SESTRA

Tomová a Křivková (2016, s. 52) uvádí, že „*posláním zdravotníka je saturace biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.*“

Lékařem je v této podkapitole míněn především a pouze jen ošetřující lékař, tedy odborník – chirurg, gynekolog či onkolog, nikoliv však praktický lékař.

Jak uvádí Ptáček s Bartůňkem (2015), byl lékař vždy zdrojem duševní podpory zprostředkované uklidněním a ujištěním. Výraznou úlohu při zprostředkování duševní pohody dokládá i interní statistický průzkum společnosti Linkos (Pospíchal, Tošnerová, 2019). Komunikace mezi lékařem a pacientkou by měla směřovat k rovnosti postavení těchto dvou rolí, i když jde často stále o vztah významně paternalistický. Paternalistický lékař jedná pro dobro pacienta, ale ne na základě jeho přání, a to většinou v případech méně závažných onemocnění a v případech méně vzdělaných pacientů (Ptáček, Bartůňek, 2015). Vztah mezi ošetřujícím lékařem, zdravotní sestrou a pacientem je často dán historicky jako krajně asymetrický. Role lékaře je při navozování celkové atmosféry na pracovišti významná. Prostředí totiž dokáže významně ovlivnit pacientčin psychický stav (Honzák, 1992). Soucit lékaře by za

žádných okolností neměl být přehnaným z důvodu neobjektivního pohledu na stav pacientky. V tomto případě se hovoří o tzv. soucitném odstupu (Opatrná, 2017).

Pospíchal (2020) zdůrazňuje, že je zájem ošetřujícího lékaře velmi důležitý pro vytvoření bližšího vztahu s pacientkou, protože poté lépe porozumí jejím potřebám, a tudíž je větší pravděpodobnost, že dojde i k lepšímu návrhu dalších terapeutických potřeb. K navázání tohoto vztahu nemusí nutně dojít v nemocničním prostředí, ale taktéž při setkávání s pacientkami, která organizují jednotlivé organizace a spolky (Cibulová, 2022).

Nejvýznamnější autoritou v průběhu léčby je pro pacientku bezesporu ošetřující lékař, ale nejbližším subjektem je v nemocničním prostředí často bezpochyby zdravotní sestra (Kelnarová, Matějková, 2014). Stejně autorky zdravotní sestry označují jako „spřízněné duše“ pacientů a dodávají jim emoční pomoc. Kalvodová (In: Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2010) zdůrazňuje, že sestra je často jediná, která je konfrontována s pacientčiny vnitřními pocity a v několika bodech explicitně předkládá návrh, jakým způsobem jednat s pacientkou tak, aby cítila podporu a zájem.

Zdravotní sestra se pohybuje v přítomnosti pacientky téměř neustále – při podávání jídla, při realizaci hygieny, při podávání léků, polohování pacientky apod. (Tomová, Křivková, 2016).

Tomová s Křivkovou (2016) zdůrazňují, že v moderní medicíně jsou na zdravotní sestry kladeny stále vyšší požadavky na komunikační dovednosti nejen ve vztahu s pacientkou, ale i s rodinnými příslušníky (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011), protože pomáhají pacientce rychleji a komfortněji překlenout dobu nemoci a zároveň odloučení od rodinných příslušníků.

Ošetřující lékař dle zkušeností z praxe nemá v nemocničním prostředí dostatek časových zdrojů na poskytnutí jiného typu sociální opory než informačního. Především informuje o zdravotním stavu, stanovuje diagnózu, rozhoduje o medikaci a dalších vyšetřeních. Teoreticky je možné, že emocionální typ sociální opory poskytuje svým pacientkám mimo svoji pracovní dobu, avšak i při těchto setkáních předpokládáme, že pouze částečně. U ošetřujícího lékaře nepředpokládáme poskytování terapeutických služeb.

Zdravotní sestra disponuje sociální oporou jak informační, tak emocionální povahy a v nemocničním prostředí může hrát právě ona klíčovou roli. V prvním případě může často fungovat jako zprostředkovatel informací o zdravotním stavu a v druhém případě jako společník

a člověk, se kterým si může pacientka popovídat. Možnosti a rozsah terapeutických cvičení se u zdravotní sestry téměř neliší od možností porodní asistentky.

4.5 MOŽNOSTI PÉČE PARTNERA, RODINY A NEJBLIŽŠÍHO OKOLÍ

Rodina je podle Matouška (1993) jednotkou reprodukční a společenskou a umožňuje svým členům zpracovávat všechny druhy traumat. Je tedy jakýmsi emočním stabilizátorem a dokáže poskytovat tělesně či duševně nemocnému členovi všechny možné prostředky pro návrat do původního stavu (v případě možnosti jeho dosažení či alespoň přiblížení). V extrémním případě můžeme hovořit i o nedobrovolném plnění očekávaných rolí, protože chronické onemocnění, a především jeho dlouhé trvání bez výrazného zlepšení vyvolává v ostatních členech frustraci (tamtéž).

Kelnarová s Matějkovou (2014) uvádí, že pokud se v rodině vyskytuje vážné onemocnění, můžeme ji samotnou označit za v jistém slova smyslu „nemocnou“. V této souvislosti dochází k tzv. přerozdělování rolí a úloh, které plnili před onemocněním jednoho z členů rodiny. Jinými slovy se mění dosavadní charakter této sociální sítě. Často také dochází u rodinných příslušníků ke stejnému prožívání jednotlivých fází prožívání nemoci, jako u pacientky.

Rodina pro pacientku s nádorovým onemocněním představuje nejdůležitější zdroj sociální opory (Tschuschke, 2004), je to jeden z klíčových faktorů odolnosti (Pospíchal, 2020). Význam rodiny jako subjektu poskytující sociální oporu se zvyšuje právě v momentě vážného onemocnění jednoho z členů (Kabelka, 2020; Tomová, Křivková, 2016). Honzák (1992) uvádí, že je rodina také nejpodstatnějším určujícím činitelem v očekávání podobné péče od dalších subjektů sociální opory v mikroprostředí. Například očekávání stejné role a péče od partnera, jakou dříve pacientka dostávala v dětství při onemocnění od své matky.

Heinrichs a kol. ve své studii (2003 In: Pospíchal, 2020) pro univerzitu v Zürichu dokládá, že pocíťovaná opora blízkých uvolňuje v těle hormon oxytocin, který poté snižuje účinky stresu a zároveň stimuluje imunitní systém nemocné. Další robustní studie vedená Aizerem a kol. (2013 In: Pospíchal, 2020) prokázala, že se u pacientek, kterým se dostalo pozitivní sociální opory od blízkého člověka zároveň zvýšila pravděpodobnost delšího dožití či uzdravení.

Nejpodstatnějším subjektem pro zvládnání stresové situace je bezpochyby partner (Pospíchal, Tošnerová, 2019). Jak s rodinnými příslušníky, tak především s partnerem se pacient radí o momentální situaci, zda má dostatek zdrojů a sil k řešení situace, rozdělují si úkoly a zároveň sdělují své pocity. Podle Pospíchala (2020) není záhodno, aby sociální oporu poskytoval nemocnému jenom partner, ale aby byla rozprostřena do okruhu všech nejbližších. Fyzické i psychické vysílení nejbližšího člena rodiny – partnera může zapříčinit tzv. „sebeobviňující mód“ – propadání alkoholismu, pocity sebeobviňování, uzavření se do izolace a další. Bližší informace poskytuje například webový portál Aplikovaná psychologie (2015).

Dobrý celkový stav partnera totiž sehrává z biologického hlediska důležitou úlohu v kvalitě života nemocného. Youngmee a kol. (2008 In: Pospíchal, 2020) v článku pro americkou společnost pro výzkum rakoviny dokládá přímý vztah mezi úrovní stresových hormonů partnera a nemocného. Pozitivní vztah partnerů ovlivňuje pozitivně úroveň stresových hormonů. Jedná se o tzv. *dyadický coping*.

Roli komunity, tedy nejbližšího okolí (na venkově historicky sousedství) při vážném onemocnění v historii popisuje například Marková (2010) a zdůrazňuje, že dnes tato funkce bez výjimek chybí. Předpokládáme, že instituce sousedství a sousedských vztahů především v městském a příměstském prostředí tzv. satelitů nehraje v sociální opoře moderního jedince zásadní roli.

U partnera či partnerky³¹, stejně jako v okruhu nejbližší rodiny, převažují instrumentální, a především pak emocionální typy sociální opory. V první řadě je vždy potřeba zajistit rodinu z finančního hlediska. Dostatek peněz a střecha nad hlavou je důležitým předpokladem pro samotnou emocionální pomoc. Vztah těchto dvou typů je tedy podle našeho názoru opět komplementární povahy. Mimo nemocniční prostředí očekáváme, že klíčovou roli hrají partner, a právě nejbližší členové rodiny. Neočekáváme, že by pacientce rodina poskytovala sociální oporu dodáváním informací o diagnóze a léčbě. U těchto subjektů záleží na jejich profesi a absolvování případných terapeutických kurzů. Nepředpokládáme, že je to běžné, ale není to ani vyloučené. Takže očekáváme, že psychickou podporu pacientkám zajišťují především sociální oporou.

³¹ Případně manžela či manželky.

4.5 MOŽNOSTI PÉČE INSTITUCÍ A ORGANIZACÍ

Níže se budeme zabývat vybranými institucemi, které se zabývají nejen onkogynekologickými onemocněními a jedním spolkem zaměřeným obecně na onkologická onemocnění.

ONKO Unie, o. p. s. je celonárodně působící platforma sdružující všechny zainteresované strany v onkologické problematice (Palečková, 2022) sídlící v Liboci. Tato instituce, na rozdíl od ostatních níže, tedy působí na makroúrovni. Svým způsobem stojí nad všemi subjekty a zároveň je propojuje. Cíle společnosti jsou především: edukace širší veřejnosti skrze celostátní kampaně, medializace onkologických onemocnění, pořádání konferencí s mezinárodním přesahem (např. PragueOnco aj.), prosazování individualizovaného přístupu, ale především propojování specialistů jednotlivých onkologických oborů. Záměrem této platformy není samotné zprostředkování psychoterapeutických služeb či činností na poli instrumentální a emocionální sociální opory.

Amelie, z. s. se zabývá psychosociální pomocí pro onkologicky nemocné a jejich blízké. Po analýze tohoto spolku jsme došli k závěrům že, v rámci psychoterapeutických metod nabízí svým klientům možnosti seberozvoje v disciplínách arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, pohybových aktivitách (jóga, taiči). Úroveň sociální opory je regionální prostřednictvím Center Amelie (např. Liberec, Praha, Olomouc, Rakovník), která poskytují především informační povahu sociální opory: pomoc při vyřízení invalidního důchodu, pobytu v lázních apod. Svými výzkumy z psychosociálních potřeb a spánku či pořádání konferencí, přednášek, workshopů a seminářů poskytuje také informační typ sociální opory (Čadková Svejková, 2022). Všem potřebným jsou k dispozici v jednotlivých Centrech psychologové a psychoterapeuté. Patientky mají možnost se v těchto zařízeních setkávat mezi sebou a dalšími odborníky.

Dialog Jessenius, o. p. s. – cílem je rozšířit informovanost veřejnosti o závažných onemocněních. Nejdůležitějším projektem je CIOP, tedy informační centrum, kde dochází k osobnímu kontaktu s pacientem a které poskytuje služby zdravotního, sociální a i psychologického (psychoterapeutického) rázu. Zahrnuje tedy jak informační, tak i emocionální povahu sociální opory. Dalším projektem je Průvodce onemocněním, jehož cílem je výroba a distribuce edukačních filmů. Pravidelně spolek spolupořádá onkologické kolokvium PragueONCO. Tato instituce sdružuje především informačně edukační povahu sociální opory s psychoterapeutickou podporou formou rozhovoru s psychologem.

Veronica, z. ú. je patientským klubem zaměřeným, mimo jiné, na karcinom endometria a cervixu. Tato instituce své služby poskytuje především regionálně, a to ve své pobočce v Praze, v ulici Ke Karlovu. Jde především o zprostředkování komplexních edukačních materiálů (etických, právnických, lékařských, sociálních aj. zaměřených), které jsou k dispozici na webových stránkách spolku či pořádání skupinových seminářů, workshopů jak naživo, tak i online. Emoční povaha sociální opory zprostředkovaná spolkem je obsažena především ve skupinových setkáních pacientek včetně jejich doprovodu (peer to peer proces³²). Na těchto setkáváních jsou podle Cibulové (2022) přítomni často i lékaři a odborníci z řad psychologů, psychoterapeutů, paliativní medicíny apod., od kterých mohou pacientky i přítomní rodinní příslušníci, partneři a přátelé získat další nezbytné informace. Mezi psychoterapeutické nástroje, které má spolek k dispozici explicitně řadí arteterapii, kurzy vyšívání či různá pohybová cvičení (jóga aj.).

Důležitou získanou informací je skutečnost, že současné i bývalé pacientky se mnohdy stávají interní či externí spolupracovnicí (Palečková, 2022).

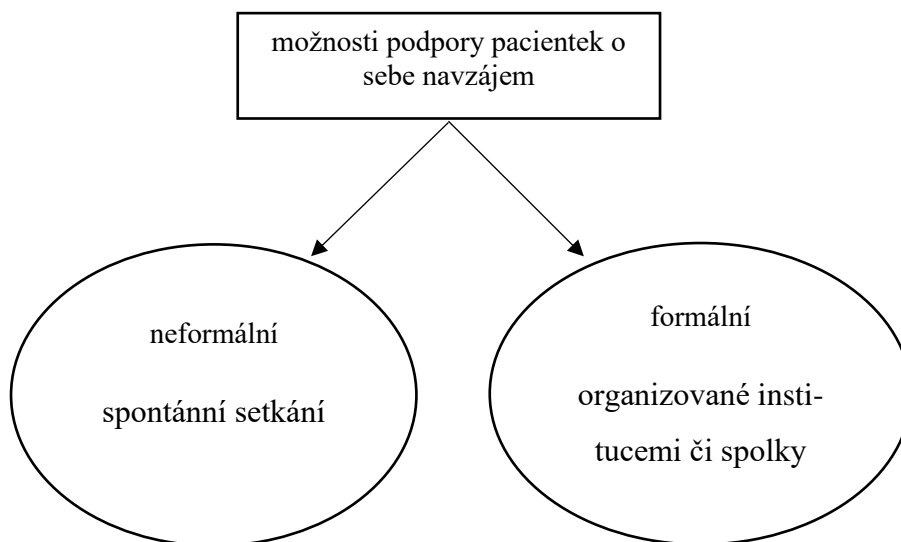
4.6 MOŽNOSTI PÉČE OSTATNÍCH PACIENTEK O SEBE NAVZÁJEM

Podle klinických poznatků Pospíchala (2020), jsou to právě ženy, které se potřebují citově a emočně vyjádřit, s někým si promluvit. Kdežto muži se často uzavřou do sebe a nemají potřebu si s někým promluvit. Z těchto poznatků s určitou pravděpodobností vyplývá, že psychickou podporu, ať už formou psychoterapií nebo sociální opory, využívají především ženy. Dle získaných informací a nemnohých poznatků z dosavadní praxe navrhuje rozdělit péči pacientek o sebe navzájem na tzv. neformální a formální.

Neformální péči o sebe navzájem máme na mysli relativní první náhodné setkávání pacientek v nemocničním prostředí. Podle Cibulové (2022) se bližší vztahy rodí často právě již v tomto prostředí. Vztah těchto dvou žen se poté stává více důvěrným a může nadále pokračovat v určité opakující se terapeutické setkávání. Ať už se schůzky konají kdekoli (kavárna či obývací pokoj), můžou si tyto ženy vyměnit nezbytné informace, cenné zkušenosti a zároveň se stát oporami sobě navzájem. Charakteristika této sociální opory je tak informační a emoční.

³² V překladu doslova rovný s rovným, tedy sdílení poznatků vzájemně mezi klienty.

Diagram č. 4: Konceptualizace péče patientek o sebe navzájem



Zdroj: vlastní úprava

Formálně se ženy mohou navzájem podporovat při různých oficiálních setkáních zprostředkovaných organizacemi a institucemi. Relativně rozšířenou metodou je tzv. peer to peer „patientky patientkám“. Tuto metodu využívá společnost Veronica, z. ú., která pořádá přímo peer to peer semináře, ať už formou workshopů, zahradních posezení apod. Zároveň je to, mimo jiné, jeden z vytyčených cílů zmiňované organizace. Na webových stránkách organizace jsou i jednotlivé výpovědi patientek.

K problematice opory patientek o sebe navzájem není literatura dle našeho názoru dosud dostatečně rozsáhlá a dostupná. Momentálně ji zastupují různé letáky a příručky dostupné na stránkách jednotlivých organizací a spolků z předchozí kapitoly.

Patientky si navzájem nejvíce pomáhají tím, že si sdílejí vlastní zkušenosti a pocity z průběhu léčby. Jsou si tedy jak informačními zdroji, tak zároveň oporami. Nemyslíme si, že by v těchto vztazích figurovaly taktéž finanční či jiná zabezpečení. Stejně jako u partnera či nejbližších je poskytování terapeutických služeb patientkám sobě navzájem omezeno na profesi a absolvování terapeutických kurzů. Přesto si myslíme, že díky osobním zkušenostem s proděláním nemoci mají patientky vyšší sklon a motivaci k absolvování různých terapeutických kurzů. Je to ovšem naše domněnka.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Teoretická část této práce byla zaměřena na problematiku onkogynekologických onemocnění, tj. vybraných karcinomů reprodukčních orgánů. Právě tyto karcinomy se společně s nádory prsu řadí na přední pozice statistik nejčastějších onkologických onemocnění žen. Ačkoliv díky dnešním možnostem léčby zahrnujících nové vědecké výzkumy a možnosti samotné terapie a také pokročilému systému prevence má mortalita spíše klesající tendenci. Přes tento klesající trend je ovšem nutné zdůraznit, že vyšší stovky úmrtí žen ročně jsou stále velkým společenským problémem, který je potřeba stále řešit. S ohledem na relativně vysokou invazivnost léčby (operativní odstranění reprodukčních orgánů nebo jejich částí, radio-terapie, chemoterapie aj.) se jedná o onemocnění, které zásadně ovlivňuje život pacientek. Praktická část se zabývá analýzou, jak se ženy vyrovnávaly s touto nemocí v průběhu léčby především po psychické stránce.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU

Zjistit jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby a analyzovat především psychický stav v průběhu léčby³³.

6.2 DÍLČÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaká fáze průběhu léčby byla pro ženy psychicky nejnáročnější a zjistit podobnosti u dotazovaných žen.

Výzkumná otázka 1: Je prvotní fáze léčby psychicky náročnější než závěr léčby?

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaký subjekt pacientkám při léčbě psychicky nejvíce pomohl (rodina, ženy se stejnou diagnózou, péče psychologa aj.) a jakým způsobem.

Výzkumná otázka 2: Hrála porodní asistentka v průběhu léčby u dotazovaných žen nějakou roli? Pokud ano, jakou a v jaké fázi léčby?

³³ Průběh léčby chápeme holisticky. Její počátek klademe do bodu oznámení diagnózy nemoci. Ukončení léčby je nesnadné definovat. Osobně za ukončení procesu léčby považujeme relativní fyzické a především duševní zlepšení stavu, které je však a vždy velmi subjektivního charakteru. Jsme si vědomi, že nelze dosáhnout stejného či velmi podobného fyzického i duševního stavu před započatí nemoci. Přesto se domníváme, že lze určit ukončení léčby jinak než konvenčně, tedy v momentě ukončení ošetřujícím lékařem.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Počet participantek čítal čtyři ženy ve fertilním a klimakterickém věku, které prošly onkogynekologickým onemocněním a úspěšně se vyléčily. Ukončily tedy léčbu s předpokladem relativně lepšího psychického stavu nežli v době léčebného procesu. Tento profil participantek byl vybírán zcela záměrně.

Za fertilní věk se obecně považuje období, kdy žena může otěhotnět. Za horní hranice věku plodnosti, tedy stádium menopauzy, označuje Živný (2004) věk mezi 48. a 52. rokem. Po skončení fertilního věku nastává období klimakteria. Toto období Živný (2004, s. 403) označuje jako období „*ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám.*“

Participantky výzkumu byly vybírány metodou sněhové koule. Metoda spočívá v počátečním vyhledání několika osob a v kontaktování dalších členů komunity, na které již vybraní lidé odkázali. Tato metoda sběru dat byla pravděpodobně relativně snazší než získávání jmen pacientek z oficiálních databází.

Soubor participantek byl taktéž analyzován sociodemograficky. Faktory, které byly sledovány: absolutní či relativní věk, rodinný status, nejvyšší dosažené vzdělání. Níže uvedená charakteristika žen platí pro období, kdy nemoc prodělaly.

1. Z. K., lékařka, 51-60 let, vdaná, vysokoškolské vzdělání;
2. Š. Č., zdravotní sestra, 41-50 let, vdaná, úplné středoškolské vzdělání s maturitou;
3. A. D., zdravotní sestra, 41-50 let, vdaná, úplné středoškolské vzdělání s maturitou;
4. A. J., učitelka na střední škole, 51-60 let, vdaná, vysokoškolské vzdělání.

8 METODIKA ZÍSKÁNÍ DAT

Kvalitativní výzkum byl realizován metodou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění konkrétního sociální či lidského problému (Creswell 2007).

Základním znakem polostrukturovaného rozhovoru byl předem připravený soubor otázek, které na sebe věcně i tematicky navazovaly. Tazatel mohl jednotlivé otázky v rámci okruhů dle situace či nutnosti měnit (Frei, Loudová 2013; Reichel 2009). Doplnění dalších otázek vyplynulo ze situace při rozhovoru. Byly zde zahrnuty otázky otevřené, jak primární (pro získání informací) tak i sekundární (podněcující otázky), které byly zaměřeny na pocity pacientek v průběhu léčby.

Dále byla užitá metoda přímého, zúčastněného a zjevného typu pozorování, která blíže nastíní pocity a momentální psychický stav respondentky v průběhu sběru dat. Významné verbální či neverbální projevy při rozhovoru byly taktéž zaznamenány.

Kombinace metod polostrukturovaného rozhovoru s pozorováním pravděpodobně lépe odhalilo komplexní charakter pocitů bývalých pacientek, než v případě užití pouze jedné z těchto metod.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum byl proveden v časovém rozmezí měsíce února a března roku 2022. Ženy předem písemně souhlasily s poskytnutím rozhovorů, jeho zaznamenáním na nahrávací zařízení a následným použitím pro praktickou část bakalářské práce. Rozhovory byly vedeny v domácím prostředí participantek nebo v jiném polosoukromém prostředí typu vlastní kanceláře v pracovním prostředí. Předpokládáme, že domácí prostředí s určitou pravděpodobností mohlo působit pozitivněji na obsah odpovědí. Jiné veřejně přístupné místo (restaurace, kavárna, knihovna aj.) nepřicházelo pro realizaci rozhovoru v úvahu. Pravděpodobně by se ženy neuvolnily natolik, jako v prostředí důvěrně známém. Délka rozhovoru a pozorování trvala u každé z pacientek přibližně 60 minut.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Průběh každého jednotlivého rozhovoru byl zaznamenán na nahrávací zařízení (mobilní telefon). Volně probíhající neformální část rozhovoru byla spíše narativního charakteru. Průběh rozhovoru byl následně přepsán do textové formy a tato forma je základem pro kvalitativní vyhodnocení odpovědí participantek v následující kapitole. Metoda pozorování byla vyhodnocena laickým psychologickým rozborem.

11 VÝSLEDKY PRIMÁRNÍHO VÝZKUMU

Tato kapitola bude rozčleněna na části věnované: zopakování základního cíle a dílčích cílů včetně výzkumných otázek pro rychlejší orientaci dosažených výsledků; připomenutí základního vzorku participantek; seznámení se s výsledky primárního výzkumu. Detailnější analýza těchto výsledků a jejich pravděpodobných příčin bude realizována v další kapitole.

Hlavním cílem této kvalifikační práce je popsat proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby onkogynekologického charakteru. Sledován byl především pak psychických stav participantek. Prvním dílčím cílem je zjištění nejnáročnější fáze léčby, na které navazuje výzkumná otázka, zda je prvotní fáze léčby náročnější než ostatní. Druhým dílčím cílem je zjistit, jaký subjekt v pacientčině okolí hrál z pohledu psychické podpory nejdůležitější roli, a na to je navázána výzkumná otázka, zda v tomto procesu hrála porodní asistentka jakoukoli roli. Přesné znění výzkumných cílů a otázek se nachází v kapitole 6.

Ve sledovaném souboru se nachází čtyři ženy ve fertilním či klimakterickém období. Rozmezí věku všech dotazovaných participantek v době léčby bylo od 43 do 57 let. Nejvyšší dosažené vzdělání u dvou dotazovaných žen bylo vysokoškolské. Zbylé dvě participantky dosáhly úplného středního vzdělání s maturitou. Rodinný status všech dotazovaných byl v průběhu léčby vzácně shodný. Všechny byly v té době vdané. V sociodemografickém kontextu spojuje tyto ženy relativně vyšší vzdělání, kompletní rodinné zázemí a jejich věk. Dále v textu budou z etických důvodů u výpovědí uváděny pouze jejich iniciály.

Nyní se budeme zabývat reakcemi žen na fázi tzv. popření situace (kapitola 3.3.1), tedy na okamžik, kdy se potenciálně zdravý člověk dozví, že je vážně nemocen. Fáze negace je typická prvotním šokem a úzkostí vyskytujícími se téměř bez výjimek.

Z. K.: „*Šok, strach, panika...pád na úplné dno z aktivního pracovního, rodinného i kulturně-sportovního života...strach, že umřu a nebudu s rodinou.* [S touto informací se, pozn.: autorky] ... vyrovnávám dodnes.“

A. D.: „*Těžko říct...šok, vztek, smutek, strach. Asi tak. Největší strach jsem neměla o sebe, ale o děti.*“

A. J.: „*Když jsem se to poprvé dozvěděla, tak je to spíš takový moment, kdy tomu nevěříte. Říkáte si: proč zrovna já?! Kdy absolvujete všechny prevence. [...] nikdy jsem nekouřila, nepila, nedělala jsem žádné nepřístojnosti [...]. Co bylo zajímavé, že jsem se nebála o sebe,*

ale o okolí. Jak se s tím budou vyrovnávat, až budu umírat. [...] prostě jsem věděla, že tu nechávám děti, manžela, sestru s rodinou a tátu.“

Š. Č.: „Jelikož jsem zdravotní sestra, tak už jsem trochu tušila, co se bude dít. Ale říkala jsem si: proč já?! Chodím na všechny prevence, vyšetření. Ale pak jsem si říkala, že se s tím musím poprat. Nedá se nic jiného dělat. Děti sice už nebyly tak malé, ale říkala jsem si, že mi budou potřebovat pořád.“

Po úvodním období, kdy se žena dozví diagnózu, nastává další fáze (kapitola 3.3.2), ve které se často projevuje prvek agrese a obviňování lidí kolem sebe. Často také začne pacientka vznášet určité požadavky a od okolí vyžadovat stále větší pozornost. Na otázku, zda měla dotazovaná tendenci někoho vinit ze svého onemocnění odpověděly všechny bez rozdílu, že nikoliv.

A. D.: „Tenhle pocit jsem nikdy neměla.“

Š. Č.: „Ne, ne vůbec.“

Z. K.: „Určitě ne, možná sama sebe, kdy si člověk uvědomuje, že jeden z možných faktorů nemoci je stres [...].“

Specifikem v další části procesu léčby je změna chování pacientky. Kübler-Rossová (1992; 2015) označuje tuto fázi jako smlouvání (kapitola 3.3.3). Na konci této fázi může dojít k rozvoji depresivních stavů. Pacientka je často připravena vyměnit svoje standardní chování a postoje za vidinu lepších terapeutických výsledků. K této problematice se vztahuje otázka, zda své standardní chování nějak změnila.

A. J.: „Ne, určitě ne. Prostě jsem se snažila nějakým způsobem v daných možnostech žít tak jak to je.“

A. D.: „No, já nevím [...].“

Z. K.: „Pokud tato otázka směřuje k alternativní medicíně nebo léčitelství tak ani ne. Medicínské vzdělání mě trošku v tomto směru brzdí.“

V případech špatné či neurčité prognózy se dostávají období spojené s vážnými druhy deprese. Jak je uvedeno v kapitole 3.3.4, existují dva hlavní typy: reaktivní (přímá reakce na nemoc) a přípravná (strach z opuštění rodiny). Přiložené citace jsou odpověďmi participantek na otázku, zda u nich došlo rozvoji depresivních stavů.

Š. Č.: „Ne, vůbec. Já jsem měla kolem sebe takové lidi, kteří mne k tomu nepustili.“

A. J.: „*Ne. Já jsem měla tak úžasnou podporu z okolí [...]. Já jsem nepoznala takovéto odloučení, samotu [...]. Nemohu říct, depresivní stavy. Občas jsem si říkala: proč já?! Ale to bylo asi jediné. Že bych se nějak hroutila, to určitě ne.*“

A. D.: „*Nevím, jestli úplně depresivní, ale někdy to bylo snazší, někdy horší. Určitě jsem měla nějaké dny, kdy se mi chtělo jen brečet a pak zase dobrý.*“

Z. K.: „*Ano nastaly. Ještě nikdy v životě jsem nepadla na takové dno jako při setkání se s rakovinou, které jsem se vždycky podvědomě bála.*“

Kromě případu pacientky Z.K. nebyly u ostatních žen zjištěny žádné předchozí nestabilní psychické stavy.

Na rozdíl od teoretického konceptu v kapitole 3.3.5 neuvažujeme tuto fázi prožívání nemoci jako smíření se s nevyhnutelnou smrtí. Pro naše potřeby, smířením zde myslíme ten stav mysli, který není neustále konfrontován s možností navrácení se nemoci – recidivy. Pro zjištění přítomnosti neklidných stavů myslí jsme položili ženám otázku, zda se někdy smířila s nemocí, kterou prošla a zda to stále ovlivňuje její psychický stav.

Z. K.: „*Nesmířila...rakovinná buňka nikdy nespí. Malý brouček stále hlodá v mozku.*“

Š. Č.: „*Asi tak nějak hned na tom začátku. [...]. [...] a prostě jsem s tím byla smířená.*“

A. J.: „*Kdy, to asi nelze říct. Já, jak jsem to vytěsnila, tak jsem s tím i smířená. Naučila jsem se s tím žít. Když teď jezdím jednou za půl roku na kontroly, tak je tam ten červík. [...].*“

A. D.: „*S nemocí jsem se určitě smířila, kdy přesně nevím. Musíme to přijmout, jinak nemůžeme žít dál. Určitě se k tomu nevracím. [...]. Dnes už se беру jako vyléčený pacient. Nic nestuduji, nehledám.*“

Doprovodnými obtížemi, které se mohou po skončení léčby objevit, jsou např. únava, porucha spánku, bolesti hlavy a močové obtíže. U tří ze čtyř pacientek byly vyzorovány jevy, které se mohou s určitou pravděpodobností týkat tzv. posthysterektomického syndromu.

Z. K.: „*Ano. Bohužel od diagnostické hysteroskopie trpím spasmem uretry (křeč v močové trubici – pozn. autorky) a nucením na močení. Nicméně jsem rok a tři měsíce po operaci a je znát zlepšení a také možná jsem se s tím naučila pracovat. Také mám šílené návaly, které jsou horší na večer.*“

A. D.: „*[...] jak Vám vezmou všechno. Takže klasické návaly, přechodové záležitosti [...]. Takže to jsou takové otravné věci. Ted' už je to mnohem lepší, ale ze začátku to bylo hrozná. Kdy se stokrát za den oblejete od hlavy k patě potom nebo máte návaly takové, že se vám točí hlava. Postupně je to lepší, anebo už jsem si na to zvykla.*“

A. J.: „*Já myslím, že ne [...]. Možná ta únava [...] možná je to i kvůli přibývajícimu věku. Ale není to patologická únava.*“

Pro správné zodpovězení na první dílčí výzkumnou otázku, zda je prvotní fáze léčby náročnější než její závěr, musíme přistoupit k uvedení výpovědí dotazovaných žen. Dotaz, zda bylo lehčí přijmout diagnózu či samotné terapeutické období a na ní navázanou otázku, kdy jim bylo psychicky nejhůře.

Z. K.: „*Diagnózu jsem nikdy nepřijmula (strach z recidivy). Lehčí byla jednoznačně léčba [...]. (Nejhůře jsem se cítila – pozn. autorky) od sdělení diagnózy do operace [...].*“

A. D.: „*Co bylo lehčí? No asi ta léčba byla lehčí, protože už se něco dělo a v momentě, kdy se něco děje a jde s tím něco dělat, tak je to lepší. Alespoň pro mne to bylo lepší. Diagnóza je vždycky šok. Ale v dnešní době jsou tyto možnosti léčby větší, rozsáhlejší a smrtnost není taková na tuto diagnózu. (Nejhůře jsem se cítila – pozn. autorky) než mi vzali na tu operaci a absolvovala jsem všechna vyšetření, kdy vám řeknou bude to tak a tak. To je asi nejhorší, ta nejistota. Když už jste v nemocnici a začíná se něco dít, tak už je to zase jiné.*“

Š. Č.: „*No, jak se to vezme...diagnózu jsem přijala. Trochu jsem věděla, co to tak obnáší [...]. (Nejhůře jsem se cítila – pozn. autorky) hned na začátku, když člověk ještě nevěděl, co se s ním bude dít. Nevěděla jsem, jestli to půjde léčit, jak to celé bude probíhat [...].*“

A. J.: „*Na porovnání je to těžší, protože to přijetí diagnózy je spíš takové psychické. Takový ten začátek, než se to nějakým způsobem rozjelo, začalo se něco dělat. Kdežto ta léčba...dala bych to spíše tomu fyzickému problému [...]. (Nejhůře jsem se cítila – pozn. autorky) fyzicky po chemoterapiích, byla jsem oslabena.*“

Pro určení nejdůležitějšího subjektu psychické podpory v nemoci a pro zjištění role, kterou v tomto procesu hraje profese porodní asistentky je zapotřebí analyzovat výpovědi participantek na otázky tohoto se týkající. Na otázku, kdo pro ně byl klíčovou osobou psychické podpory v průběhu léčby byly odpovědi zaznamenány níže. Všem osobám, které pacientky zmínily, byly přiřazeny váhy dle jejich významnosti.

Š. Č.: „*Manžel, hodně manžel. Pak sestra a děti. Rodina pomohla...ti nejbližší. Každý, kdo mohl, mi pomohl. Další asi sestřičky, které si se mnou povídaly a lékař, který mi vysvětlil, co a jak.*“ Nejdůležitější osobou byl jednoznačně manžel, který této ženě poskytoval instrumentální a emocionální sociální oporu. V nižší míře uvedla participantka také udržování vztahu s přítelkyní, která si taktéž prošla vážným onemocněním.

A. J.: „*Kdybych to měla vzít podle toho partnerského, tak určitě manžel. Ale na stejné úrovni, z příbuzenského hlediska – sestra. [...]. Pak samozřejmě to byly děti a zároveň sestry rodina – její manžel s dětmi. [...]. Pak to byly kolegyně z práce a žáci.*“ U této ženy lze určit nejvýznamnější osobu velmi problematicky. Manžel poskytoval především emocionální a instrumentální typ sociální opory. Sestra, jejíž profese je porodní asistentka, pomáhala nejen emocionálně, ale v tomto případě i informačně – předávala jí praktické zkušenosti a absolvovala s ní veškerá vyšetření. V omezené míře emocionálně i informačně ji taktéž pomohla přítelkyně, která si prošla podobným onemocněním.

A. D.: „*No ty děti samozřejmě. A pak jeden kamarád, dnes je z něho můj partner. [...]. Ale samozřejmě taky kamarádky a kolegyně z práce.*“ Nejdůležitějšími subjekty v podpoře byly nezletilé děti a v tomto případě tedy předpokládáme poskytnutí pouze emocionálního typu sociální opory.

Z. K.: „*Dcera. Kvůli ní jsem chtěla být dobrá, a hlavně ona byla tou mojí hlavní pomocnicí ve všech směrech...péče o tělo, žaludek, pohodu v domácnosti a v péči o duši.*“ Dcera této pacientky ji poskytla především emocionální typ sociální opory, ale také informačního rázu, z důvodu studia zdravotnického oboru.

Pouze v jednom případě (Z. K.) došlo k využití psychoterapeutických metod, konkrétněji k masáži, aromaterapii a částečně i hydroterapii. Ostatní ženy žádnou metodu z řad psychoterapeutických výslovně při rozhovoru nevedly. S největší pravděpodobností předpokládáme, že u nich k praktikování těchto metod nedošlo, přestože jsme se na ně explicitně nezeptaly.

Další zkoumaným subjektem byla úloha porodní asistentky při léčbě dotazovaných. Především jsme analyzovali, jakou roli hraje v průběhu péče o ženu a jestli vůbec. Dále bylo za potřebí zjistit, jestli mají ženy ponětí, kdo je porodní asistentka a jaké jsou její kompetence. Š. Č.: „*[...]. Tak dnes už je víc, než byly sestřičky dřív...má na to i vzdělání – vysokoškolské. Je v podstatě rovna lékaři. Ted' porodní asistentka může vést porod i sama. Připravuje maminky, vede kurzy.*“

A. D.: „*Je to v podstatě sestřička, která je na porodním sále, stará se celou dobu o rodičku a může vést porod, pokud je fyziologický.*“

A. J.: „*To je vlastně sestřička, která má vystudovanou vysokou školu v oblasti porodnictví a gynekologie. Účastní se porodu. Může vést porod. Pracuje hodně samostatně. Myslím, že v mnoha případech může lékaře suplovat.*“

Z. K.: „*Ano, vím. Žena – člověk s bakalářským vzděláním pracující v porodnici, na gynekologickém oddělení nebo v gynekologických ambulancích, poradnách. Řekla bych, že péče o ženu v průběhu těhotenství, během porodu a v poporodním období, děle počáteční péče o novorozence.*“

Všechny ženy, s výjimkou Z. K., znají profesi porodní asistentky a fixují ji pouze k problematice porodnictví. Pouze zmiňovaná výjimka uvedla možný přesah v kompetencích porodní asistentky do oblasti gynekologie a všeobecné péče o novorozence. Žádná z dotazovaných v průběhu vlastní léčby se s touto profesí, v nemocničním prostředí, nesetkala.

Nyní přejdeme k výsledkům, které nám pomohou splnit hlavní cíl, dílčí cíle a odpovědět si na výzkumné otázky.

Hlavním cílem práce je zjistit, jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby a analyzovat především psychický stav v průběhu léčby. Z výpovědí dotazovaných jednoznačně plyne, že psychicky nejnáročnější byla počáteční fáze léčby, tedy přijetí diagnózy. Samotný průběh léčby (operativní výkon a další nutné adjuvantní léčby) nebyl pro pacientky z psychologického hlediska náročnější. Pravděpodobné příčiny budou rozebrány dále v diskuzi.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaká fáze průběhu léčby (viz kapitoly 3.3.1 až 3.3.5 dle Kübler-Rossové, 1992; 2015) byla pro ženy psychicky nejnáročnější a zjistit podobnosti u dotazovaných žen. Nejnáročnější fází byla pro pacientky jednoznačně úvodní fáze popření. Na ní vázané fáze agrese a smlouvání nebyly z výpovědí pacientek zřejmé. Depresivní stavy se projevíly velmi omezeně, a to pouze u jedné z žen. K fázi smíření v našem pojetí viz výše nelze jednoznačně odpovědět.

Prvotní fáze léčby byla pro námi analyzované ženy psychicky náročnější než závěr léčby.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaký subjekt pacientkám při léčbě psychicky nejvíce pomohl (rodina, ženy se stejnou diagnózou, péče psychologa aj.) a jakým způsobem. Téměř bez rozdílu byly jako nejdůležitější osoby v psychologické pomoci uváděny partneři a děti, které pacientkám pomáhali především instrumentálně a emocionálně. Subjekty mimo tuto nejbližší rodinu pravděpodobně sehrávaly méně důležitou roli, a to především emocionální a informační povahy. Porodní asistentka v průběhu léčby u dotazovaných žen nesehrála významnou roli. U dvou participantek se porodní asistentka objevila jako rodinný příslušník.

DISKUZE

Tato kapitola si klade za cíl kriticky zhodnotit dosažené výsledky, pokusit se vysvětlit případné rozdíly mezi výsledky z praxe a teorií a v neposlední řadě také kriticky zhodnotit validitu nasbíraných dat, tedy obecnější platnost výsledků této práce.

Prvním našim krokem je pokus o bližší a detailnější vysvětlení výsledků, které napomohly splnit hlavní cíl práce – zjistit jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby. Splnění dílčího cíle 1 a odpovědění na první výzkumnou otázku bude taktéž součástí této části.

V první fázi všechny ženy bez výjimky vykazovaly relativně vysokou míru strachu spojenou s kladením si otázek typu: *proč zrovna já?* Předpokládáme, že tyto obavy pramenily především z budoucí nejistoty. Tato nejistota se u dotčených často pojila s tzv. přípravnou depresí (zde není v našich silách rozlišit depresi od úzkostného stavu), která člověka postihne v momentě, kdy se podvědomě připravuje na svůj možný odchod. Pouze jedna žena vykazovala i známky reaktivní deprese, a to patrně díky jejímu nestabilnímu psychickému zdraví již před diagnostikování vážné nemoci. Základním rozdílem od teoretického konceptu je přítomnost určitého druhu deprese u všech dotazovaných žen již na počátku léčby, nikoliv v jejím průběhu. V našem případě můžeme tedy prvotní fázi prožívání nemoci označit jako tzv. „popření spojené s nejistotou“. Přestože subjekty našeho výzkumu neprojevovaly známky terminálního onemocnění, ani ony neměly úplnou jistotu svého pozdějšího vyléčení. Tímto je potřeba zdůvodnit jejich očekávanou ztrátu ve smyslu potenciálního opuštění vlastních dětí.

Podle teorie by po úvodní fázi mělo následovat výrazněji agresivnější chování ze strany pacientek. K tomuto ovšem v našem případě nedocházelo. Žádné jiné subjekty nebyly obviňovány z příčiny nemoci. Naopak ženy obviňovaly samy sebe. Často byl objektem stres a dosavadní chybný žebříček životních hodnot. Od dotazovaných žen ani náznakem nedošlo ke zmínění nějakého konfliktu či konfrontace s jinou osobou, ať už doma či v nemocničním prostředí. Hlavní důvod tohoto racionálního přístupu k příčině onemocnění spatřujeme ve vyšším vzdělání těchto žen často spojených přímo či nepřímo se zdravotnictvím (lékařka, dvě zdravotní sestry a učitelka). Teoretický koncept se v této fázi u žen nepotvrdil.

Na rozdíl od teoretické koncepce, která předpokládá, že návrat kognitivních schopností jedince nastává až ve třetí fázi, námi analyzované pacientky nikdy alespoň o částečnou schopnost racionálně uvažovat nepřišly. Ani v jednom případě nedošlo k naprosté změně standardního chování (např. počátek aktivního náboženského života, radikální změna jídelních

návyků či třeba přiklonění se k alternativní medicíně). Pouze jedna z žen uvedla krátkodobou zkušenost s alternativními medikamenty ve formě homeopatik. Faktory, které dle našeho názoru zapříčinily, že nedošlo k významné změně chování jsou a) relativně vyšší vzdělání spojené se zdravotnickou profesí s jedinou výjimkou a b) také pravděpodobně diagnóza, která se v této fázi již nezdála být fatální. Jako významnou změnu téměř všechny bez rozdílu uvedly nový žebříček hodnot.

Výše jsme již uvedli, že pouze jedna žena uvedla přítomnost reaktivního typu deprese. Předpokládáme, že je to způsobeno rozdílnými povahami žen a predispozicí k labilnějším psychickým stavům. Tato žena totiž uvedla dlouhodobé užívání psychofarmak již před onemocněním. Nemyslíme si, že rozdílným faktorem je dosažené vzdělání či věk. Důvodem také může být dostatečný a vhodný přísun sociální opory od svého okolí. Potvrzujeme tedy tezi z teoretické části práce, kde se uvádí, že pokud není prognóza fatální, nemusí k rozvoji těžkých depresivních stavů dojít.

Fázi tzv. smíření jsme si pro vlastní potřeby upravili. Na rozdíl od terminálně nemocných jedinců naše ženy vykazovaly velmi vysokou pravděpodobnost vyléčení a tak, jako smíření považujeme nezatežování mysli tzv. černými scénáři v podobě recidivy nemoci. Stav smíření evidujeme u dvou žen. Proces vyrovnání se s minulostí je tedy neurčitý. Předpokládáme že, jedním ze základních faktorů určujících pravděpodobnost vytěsnění černých myšlenek je dlouhodobá kvalita rodinného zázemí. V době nemoci je správné fungování rodiny nutným předpokladem emočního zvládnutí vážné nemoci. Uvědomujeme si, že je to pouze naše hypotéza a je tudíž nutné ji nadále testovat na větším vzorku.

Nejnáročnějším obdobím pro ženy byl úplný začátek nemoci. Přijetí informace pro ně bylo bez rozdílu psychicky náročnější než jakékoli operativní a jiné výkony. Jak již bylo uvedeno výše nejnáročnější pro všechny ženy byly okamžiky nejistoty ohledně dalšího vývoje nemoci. Ty pak byly léčbou s určitou pravděpodobností vytěsněny. Lze tedy s obecnou platností uvést, že pro vážně nemocné je největší psychickou zátěží nepostupující léčba. Je nutné si uvědomit, že jakékoliv odsouvání lékařské péče se může jevit v budoucnu jako velký problém v souvislosti s vyšší potřebou odborné psychické pomoci. Neoddalování nutné léčby a automatické vyšetření psychologem ihned po oznámení diagnózy jsou tedy z našeho pohledu doporučením pro praxi.

Přecházíme do druhé části této kapitoly, která se bude zabývat důležitými subjekty v sociální opoře žen a reflexí činností porodní asistentky.

Nejčastěji zmiňovanými osobami, které byly pro psychickou podporu žen těmi nejdůležitějšími, byli partneři a děti. Váha důležitosti těchto subjektů se téměř nelišila. Teoretické předpoklady důležitosti těchto osob byly naplněny.

Žádná z dotazovaných žen nevyužívala služeb institucí z teoretické části. Pravděpodobným vysvětlením může být omezená dostupnost těchto služeb, které se koncentrují především do velkých krajských měst, nikoliv do menších bývalých okresních měst viz diagram č.3. I tato teze by se měla v budoucnu otestovat. Dalším důvodem nevyužití těchto služeb mohla být jejich relativní nepotřebnost.

V námi analyzovaných případech nesehráli ošetřující lékaři a zdravotní sestry významnější roli. Pravděpodobnou příčinou relativně nižší důležitosti ošetřujícího lékaře byla převažující povolání dotazovaných žen ve zdravotnictví. Další příčinou mohla být také relativně krátká doba samotné hospitalizace, kdy nedošlo k navázání takového blízkého vztahu mezi pacientkou a zdravotní sestrou. Opět jde pouze o naši interní hypotézu, která nebyla v rámci výzkumu dále testována.

Zdravě nastavené rodinné vztahy, tedy fungující rodina v užším slova smyslu je pro psychické zvládnutí vážné nemoci klíčová. Toto je naše další doporučení pro praxi, které ovšem již zasahuje spíše do oblasti sociologie.

Analýza činností porodní asistentky při péči o dotazované ženy, byla nutná k odpovědění na druhou výzkumnou otázku, zda hrála porodní asistentka v průběhu léčby u dotazovaných žen nějakou roli? Ani z jedné výpovědi nebylo patrné, že by porodní asistentka sehrála jakoukoliv roli při léčbě dotazovaných. Tuto informaci nelze zobecnit, protože náš výzkum byl prostorově omezen, a to na pracoviště fakultních nemocnic v Plzni a Motole. Přesto předpokládáme, že pokud dochází k rozšíření spektra činnosti porodní asistentky i mimo porodnická oddělení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021; Česká komora porodních asistentek, 2011), tak k němu dochází s určitou pravděpodobností stále pouze omezeně. Vzhledem k výše nastíněnému omezení je nutnost tuto oblast dále analyzovat.

Již dříve v této kapitole jsme nastínili, že námi analyzovaný vzorek žen není pro obecně platné závěry dostatečně robustní a reprezentativní. Veškeré závěry vyplývající z výzkumu jsou platné omezeně, především pak pro ženy podobného charakteru onemocnění, podobného věku, rodinného statusu a dosaženého vzdělání. Uvědomujeme si nutnost realizace výzkumu s větším počtem participantek.

Psaní této práce mi poskytla velmi cennou zkušenost nevidět pouze krásný počátek života ve formě narození miminka, ale i jeho temnější každodenní stránky. Odvaha a nadhled některých žen mne velmi mile překvapil a dodal inspiraci. Správný žebříček hodnot by neměl přicházet až jako důsledek životní překážky, měl by být nastaven již dříve. Jednu velkou radu jsem si do života odnesla: nepodceňuj psychické zdraví.

ZÁVĚR

Tato práce se věnovala možnostem péče porodní asistentky o onkogynekologicky nemocné ženy. Dle teoretických moderních konceptů se bude spektrum činností této profese pravděpodobně rozšiřovat i mimo porodnická zařízení. Cílem této práce tedy bylo, mimo jiné, zjištění platnosti této teze. Dalšími cíli bylo zjistit, jak po psychické stránce ženy zvládají léčbu vážné nemoci, jaká etapa léčby je pro ně nejnáročnější a jaká osoba jim v tomto může nejvíce pomoci.

V teoretické části práce se nachází nezbytný úvod do anatomie reprodukčního traktu ženy, typologie, klasifikace a epidemiologie vybraných nádorů, psychická a terapeutická část. Jako teoretický koncept prožívání vážné nemoci byl aplikován model podle Elisabeth Kübler-Rossové. Pro určení důležitosti a formy psychické podpory nemocných žen, bylo také nutné konceptualizovat reálné možnosti, kterými jednotlivé osoby v okolí mohou disponovat. Tyto možnosti jsme pracovně rozdělili na dva základní okruhy: psychoterapeutické metody a sociální oporu. Oba dva jsme poté kriticky zhodnotili.

Praktická část otestovala předpoklady z předešlé části teoretické. Nástrojem pro ověření byly polostrukturované rozhovory s ženami, které prošly vážným onkogynekologickým onemocněním a vyléčily se. Model prožívání vážné nemoci se ve specifických sledovaných podmínkách nepotvrdil. Jeho omezená platnost pro náš vzorek participantek byla již diskutována.

Z psychického hlediska se jako nejnáročnější fáze nemoci jevil úplný začátek. Osobami, které participantky zařadily dle významnosti psychické podpory mezi nejvýznamnější, byli partner a děti. Porodní asistentka se v průběhu léčby u těchto žen nevyskytovala. V návaznosti na tato zjištění jsme si dovolili navrhnout určitá doporučení pro praxi. Za důležitý předpoklad zvládnutí vážného onemocnění považujeme fungující rodinné vazby, tedy kvalitní sociální kapitál, a především pak včasnou odbornou psychologickou intervenci.

SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY

ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice; ČERMÁK, Aleš; VORLÍČEK, Jiří. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada, 2019. 204 s. ISBN 978-80-271-2539-5.

AIZER, A. Ayal a kol. Marital Status and Survival in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2013. 31 (31), s. 3869-3876.

Amelie, z.s. [online]. Amelie, z.s.: © 2022 [cit. 3. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.amelie-zs.cz/pro-nemocne-a-blizke/>

ANGELA, Morrow. DABDA: The 5 Stages of Coping With Death. In: *Verywell Health* [online]. 2020 [cit. 20. 9. 2021]. © 2022 Dotdash Media, Inc. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/dabda-the-five-stages-of-coping-with-death-1132148>

ANGENENDT, Gabriele; SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula; TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

Aplikovaná psychologie [online]. 2015 © Martin Pospíchal. [cit. 28. 11. 2021]. Dostupné z: <http://www.aplikovanapsychologie.cz/>

BÜCHLER, Tomáš a kol. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, 2019. 373 s. ISBN 978-80-7345-617-7.

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

CIBULOVÁ, Veronika. Telefonický rozhovor s tajemnicí spolku Veronica, z. ú. dne 7. 2. 2022.

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

CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE, 2007. ISBN 978-1-4129-1607-3.

ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, Michaela. Elektronická korespondence s ředitelkou spolku Amelie, z. s. dne 21. 2. 2022.

ČEPICKÝ, Pavel. *Útěcha z gynekologie*. 1. vydání. Praha: nakladatelství dybbuk, 2019. 196 s. ISBN 978-80-7438-204-8.

Česká komora porodních asistentek, z.s. *Kdo je porodní asistentka* [online]. Česká komora porodních asistentek, z. s.: © 2013–2022 [cit. 6. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky/kdo-je-porodni-asistentka.html>

Český statistický úřad. *Aktuální populační vývoj v kostce* [online]. 22. 12. 2021 [cit. 28. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. 388 s. ISBN 08-060-88.

Děložní myom. In: *zdravi.euro.cz* [online]. 15. 4. 2005 [cit. 11. 9. 2021]. © 2022 Inter-net Info, s.r.o. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/delozni-myom-298723/check-status/>

Dialog Jessenius o.p.s. [online]. Dialog Jessenius o.p.s.: © 2012–2021 [cit. 17. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.dialog-jessenius.cz/>

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. 208 s. ISBN 08-022-86.

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

EUC a.s. *Deprese – příznaky, druhy a léčba* [online]. 2020 [cit. 20. 9. 2021]. © EUC a.s. 2019. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/deprese-priznaky-druhy-a-lecba/>

Evropský informační portál o očkování [online]. © European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2022 [cit. 11. 12. 2021]. Dostupné z: <https://vaccination-info.eu/cs/informacni-listy-o-onemocnenich/lidsky-papilomavirus-hpv>

FAWZY, F. I. a kol. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52 (2) s. 100-113.

FAWZY, F. I. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*. 1999. 35 (11), s. 1559–1564.

FREI, Jiří; LOUDOVÁ Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Plzeň: FZS ZČU, 2013. ISBN 978-80-261-0167-3.

GOODWIN, James S. a kol. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Jama*, 1987. 258 (21), s. 3125-3130.

GYN MEDICO s.r.o. [online]. Copyright © CARE MEDICO s.r.o. [cit. 11. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.gynmedico.cz/sluzby/cytologie/>

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen; MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 1. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HEINRICHS, Markus a kol. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*. 2003. 54 (12), s. 1389-1398.

HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva; RAISNEROVÁ Irena. *Být šťastná porodní asistentka*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni – Fakulta zdravotnických studií, 2020. 136 s. ISBN 978-80-261-0985-3.

HONZÁK, Radkin. *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1992. 86 s. ISBN 80-7066-576-9.

CHOVANEK, Josef; NÁLEŽINSKÁ, Monika. Nádorové onemocnění těla děložního. In: *Linkos.cz*. [online]. 2021 [cit. 9. 12. 2021]. © 2022 ČOS ČLS JEP Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-tela-delozniho/#>

GERLICHOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.

International Confederation of Midwives. *ICM Definitions* [online]. © ICM 2018 [cit. 7. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada, 2020. 237 s. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALVODOVÁ, Libuše. Sekce psychoonkologie. Historie, současnost a budoucnost. In: *Linkos.cz* [online]. 14. 6. 2011 [cit. 15. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-cls-jep/organizace-cos/odborne-sekce-cos/sekce-psychoonkologie/>

KALVODOVÁ, Libuše. Psychologický přístup sester k onkologickým nemocným. In: VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. [online] 1. elektronické vydání. Grada, 2012 [cit. 2021-12-11]. ISBN 978-80-247-7768-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-onkologie-pro-sestry-651>.

KARASU, Byram, T. Psychotherapies: An overview. *The American Journal of Psychiatry*. 1977, 134 (8), s. 851–863.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KELNAROVÁ Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KOBROVÁ, Jitka; VÁLKA, Robert. *Terapeutické využití tejpování*. 1. vydání. Praha: Grada, 2017. 152 s. ISBN 978-80-271-0181-8.

KOVAČIKOVÁ, Aneta. *Aromaterapie v práci porodní asistentky*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Eva HENDRYCH LORENZOVÁ.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998. 2. doplněné vydání. 392 s. ISBN 80-7178-280-7.

KRATOCHVÍL, Jakub. *Pojetí člověka v Gestalt Psychoterapii*. Plzeň, 2012. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická. Katedra filozofie. Vedoucí práce Jaromír MURGAŠ.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis, 1992. 134 s. ISBN 80-85439-04-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2015. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

Linkos.cz, Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně [online]. © 2022 ČOS ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/>

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8.

MILDT, Christina. *Akupresura v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada, 2017. 312 s. ISBN 978-80-271-0105-4.

Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou* [online]. 2021 [cit. 7. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

MojeMedicina.cz: portál pro zdraví [online]. © 2022 Roche Czech Republic [cit. 5. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/rakovina->

delozniho-cipku.html?gclid=Cj0KCQiAtJeNBhCVARIsANJUJ2F44VF_A4BwGqbByXt-ShfJium9WyMDqNfi8DNiJE_7eJWCRyzzYKMaAqfeEALw_wcB

MOUKOVÁ, Lucie. Karcinom děložního hrdla. *Klinická onkologie* [online]. 2020, 33(2): 87-88 [cit. 9. 12. 2021]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/2020-04-15-2/karcinom-delozniho-hrdla-1/>

NAVRÁTILOVÁ, Eva. Sociální opora pro ženy s onkologickým onemocněním. Zlín, 2013. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Eva MACHŮ.

ONKO Unie o.p.s. [online]. ONKO Unie o.p.s.: © 2022 [cit. 21. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.onko-unie.cz/>

OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 118 s. ISBN 978-80-204-4522-3.

PALEČKOVÁ, Jindřiška. Telefonický rozhovor s tajemnicí společnosti ONKO Unie, o. p. s. dne 25. 2. 2022.

PILKA, Radovan; PROCHÁZKA Martin. *Gynekologie*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 217 s. ISBN 978-80-244-5158-9.

POSPÍCHAL, Martin. *Síla vztahů a jejich možný vliv na naše zdraví - 4. přednáška cyklu #MysliProtiRakovine* [online]. 2020 [cit. 28. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=yga91EuNwos>

POSPÍCHAL, Martin; TOŠNEROVÁ, Eva. Záznam webináře „Síla opory našich nejbližších“ z Cyklu #MysliProtiRakovine [online]. In: *Linkos.cz*. 2019 [cit. 29. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/mysliprotirakovine/webcasty/zaznam-webinare-sila-opory/>

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

PUTNAM, R. (2001): Social Capital. Measurement and Consequences. *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research, Social Capital*, 2, 1, 41- 45.

Rakovina děložního čípku. Vše, co musíte vědět. In: *Linkos.cz*. [online]. 10. 9. 2020 [cit. 9. 12. 2021]. © 2022 ČOS ČLS JEP Dostupné z: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/informace-o-prevenci/gynekologicke-nadory/rakovina-delozniho-cipku-vse-co-mu-site-vedet/>

RATISLAVOVÁ, Kateřina; HRUŠKOVÁ Zuzana. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka*. 1. vydání. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. 135 s. ISBN 978-80-270-6935-4.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

RICHARDS, D. H. A post-hysterectomy syndrome. *The Lancet*. 1974. 304 (7887), s. 983-985.

ROB, Lukáš. Zhoubné nádory děložního hrdla (čípku). In: *Linkos.cz*. [online]. 2021 [cit. 9. 12. 2021]. © 2022 ČOS ČLS JEP Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/zhoubne-nadory-delozniho-hrdla-cipku/>

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLÁMA, Jiří. Rakovina děložního čípku. Vše, co musíte vědět. In: *Linkos.cz*. [online]. 2020 [cit. 18. 12. 2021]. © 2022 ČOS ČLS JEP Dostupné z: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/informace-o-prevenci/gynekologicke-nadory/rakovina-delozniho-cipku-vse-co-mu-site-vedet/>

SLÁMA, Jiří. Nenech to náhodě! Rakovina děložního čípku není vidět, dokáže ale všechno zničit! In: *MojeMedicina.cz* [online]. 26. 5. 2021 [cit. 18. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/rakovina-delozniho-cipku.html>

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

TOMOVÁ, Šárka; KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

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

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2004): *Mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii* [online]. 3. vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 293 s. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn_o_3_cv.pdf

Veronica, z. ú. [online]. Veronica, z. ú.: © 2022 [cit. 7. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.pacientska-organizace.cz>

VOKURKA, Samuel a kol. *Onkologie v kostce*. 1. vydání. Praha: Current Media, 2018. 271 s. ISBN 978-80-88129-37-0.

VONDÁLOVÁ, Monika. Vliv sociální opory na zvládnání náročných životních situací. Zlín 2014. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce Geraldina PALOVČÍKOVÁ.

VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

Webový portál SVOD – epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. [cit. 12. 11. 2021]. © Masarykova univerzita. Dostupné z: <http://www.svod.cz>

World Health Organization. Constitution [online]. © 2022 WHO [cit. 11. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

YOUNGMEE, Kim a kol.: Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *American cancer society*. 2008, 35(2), s. 230-238.

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

ZACHAROVÁ, Eva; Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽIVNÝ, Jaroslav. Stárnutí ženy a hormonální substituční terapie. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2004. 6 (8), s. 403-409. ISSN 1803-5256.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Předloha pro rozhovor
- Příloha 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Předloha pro rozhovor

Jméno a příjmení:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Věkové rozmezí v průběhu nemoci: 21 – 30 ; 31 – 40 ; 41 – 50 ; 51 – 60

Rodinný status v průběhu nemoci:

1) Popište první okamžiky po oznámení diagnózy.

Jak dlouho jste se vyrovnávala s touto informací?

Co bylo lehčí? Zda přijmutí diagnózy nebo samotná léčba.

2) Měla jste potřebu vinit někoho jiného?

Nastalo u Vás období, kdy jste vědomě/nevědomě vinila někoho ze svého okolí?

Pokud ano, koho?

3) Změnila jste své chování nebo uchýlovala jste se k něčemu nestandardnímu?

Pokud ano, co to bylo?

4) Nastaly u Vás v průběhu léčby těžké depresivní stavy?

Pokud ano, jak dlouho trvaly a co Vám pomohlo dostat se z nejhorsích fází?

Trpěla jste obecně depresivními stavy už před onemocněním?

5) Kdy a jak jste se smířila s nemocí? Pokud k přijetí vůbec došlo?

6) Máte od doby nemoci nějaké potíže/následky, které jste před tím neměla?

7) Jak jste psychicky/emocionálně prožívala průběh léčby?

Kdy v průběhu léčby jste se cítila nejhůř? A proč?

Kdy v průběhu léčby jste se cítila nejlépe? A proč?

8) Víte, kdo je porodní asistentka?

Víte jaké jsou její kompetence?

Setkala jste se s ní někdy jindy než při porodu?

Pokud ano, čím a jak Vám pomáhala?

Kdo pro Vás byl klíčovou osobou v průběhu léčby?

Proč a z jakého důvodu?

Čím a jak Vám pomáhala?

9) Změnilo se v průběhu Vaší léčby něco v rodině?

Pokud ano, tak co? Kladně nebo záporně?

10) Je něco, co jste v době léčby neudělala a víte, že jste měla?

11) Využívala jste možnosti psychoterapeutických možností/slůžeb?

Pokud ano, jaké?

Pokud ne, proč?

12) Doporučil Vám lékař psychologickou pomoc?

Pokud ano, jakou Vám doporučil?

13) Co byste doporučila budoucím pacientkám? Na koho se mohou obrátit?

Zdroj: vlastní úprava

Příloha 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ONKOGYNEKOLOGICKY NEMOCNÉ ŽENY

STUDENT

Viktorie Kubecová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
viktoriekubecova@seznam.cz

VEDOUcí BP

Mgr. Markéta Burešová
Vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení
Klatovská nemocnice, a.s.
marketa.buresova@klatovy.nemocnicepk.cz

CÍL STUDIE

Cílem mé práce je zjistit jaký je proces vyrovnávání se žen s průběhem léčby, která fáze je pro ně nejnáročnější a zároveň zjistit, jak moc hraje porodní asistentka klíčovou roli v psychické podpoře ženy a jestli vůbec.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon/mobilní telefon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: převzato z Katedry ošetrovatelství a porodní asistence Západočeské univerzity v Plzni (2022)