

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY  
VOLBY NEKONVENČNÍ LÉČBY  
U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHOOSING  
UNCONVENTIONAL TREATMENT IN CANCER PATIENS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Ivana Varyšová**  
Vedoucí práce: **Mgr. Kryštof Petr**

Olomouc

2024

Na tomto místě bych chtěla vyjádřit své upřímné poděkování panu Mgr. Kryštofu Petrovi za jeho odborné vedení, během kterého mi však byla dopřána volnost psaní. Jeho pečlivé připomínky k obsahu a smyslu práce byly pro mne velmi přínosné a cenné. Dále bych chtěla projevít veliký dík všem participantům, kteří mi svěřili důvěru při sdílení svých životních příběhů. Stejně tak jsem vděčná za spolupráci s oslovenými léčiteli a praktiky nekonvenční léčby, a to jak skrze cestu poskytnutí informací o jejich praxi, tak při pomoci s hledáním participantů pro mou práci.

Velký dík patří také mému nejbližšímu okolí, které mi bylo velikou oporou, a to zejména v posledních dnech psaní.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *„Psychologické aspekty volby nekonvenční léčby u onkologických pacientů“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1.4.2024

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Nekonvenční způsoby léčby</b> .....	<b>7</b>
1.1	Charakteristika vybraných metod nekonvenční léčby .....	8
1.1.1	Tradiční čínská medicína.....	9
1.1.2	Homeopatie.....	11
1.1.3	Fytoterapie, bylinná léčba .....	12
1.1.4	Biotronická léčba .....	13
1.2	Problematika nekonvenční léčby .....	13
<b>2</b>	<b>Onkologická onemocnění</b> .....	<b>15</b>
2.1	Charakteristiky onkologického onemocnění .....	15
2.1.1	Vznik nádorového onemocnění .....	15
2.2	Diagnostika a možnosti léčby .....	17
2.2.1	Chirurgická terapie.....	18
2.2.2	Radioterapie .....	18
2.2.3	Biologická léčba.....	19
2.2.4	Chemoterapie .....	20
<b>3</b>	<b>Vybrané psychologické aspekty onkologického onemocnění</b> .....	<b>21</b>
3.1	Vyhledání nekonvenčních metod léčby u onkologických pacientů.....	21
3.1.1	Faktory ovlivňující volbu nekonvenční léčby .....	22
3.2	Duševní reakce a zpracování diagnózy .....	23
3.2.1	Strategie sdělování diagnózy .....	24
3.2.2	Zpracování onkologické diagnózy .....	25
3.3	Psychické přizpůsobení .....	26
3.3.1	Adaptace .....	26
3.3.2	Copingové strategie.....	29
3.4	Některé intrapsychické proměnné.....	31
3.4.1	Kvalita života pacientů.....	31
3.4.2	Změny v životě onkologických pacientů.....	32
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém</b> .....	<b>36</b>
4.1	Výzkumné cíle a výzkumné otázky .....	36
<b>5</b>	<b>Aplikovaná metodika</b> .....	<b>38</b>
5.1	Metody získávání dat .....	38

5.2	Metody zpracování dat a analýza dat.....	39
5.3	Reflexe výzkumníka.....	41
<b>6</b>	<b>Výzkumný soubor .....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Etická stránka výzkumu .....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>Výsledky výzkumu .....</b>	<b>45</b>
8.1	Příběhy participantů .....	45
8.2	Významná témata.....	50
8.2.1	Duševní pohoda .....	51
8.2.2	Sdílení.....	52
8.2.3	Pocit kontroly.....	54
8.2.4	Zvládání nemoci.....	55
8.3	Odpovědi na výzkumné otázky.....	56
<b>9</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>59</b>
<b>10</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>63</b>
<b>11</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>65</b>
<b>LITERATURA .....</b>		<b>68</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>78</b>

# ÚVOD

Zjištění onkologické diagnózy přináší do života jedince a jeho blízkého okolí mnoho změn. Tento okamžik zásadně zasahuje do všech aspektů lidské existence a vede k výrazným změnám, které ovlivňují i duševní prožívání nemocného. Navzdory tomu, že je klasická medicína v naší společnosti na vysoké úrovni, setkáváme se s trendem vyhledávání nekonvenčních metod léčby jakožto možnou formu léčby u těchto onemocnění.

Cílem této bakalářské diplomové práce je prostřednictvím kvalitativního přístupu popsat a hlouběji porozumět zkušenostem onkologických pacientů, kteří si zvolili nekonvenční metody léčby v cestě za svým uzdravením. Soustředíme se na faktory, které ovlivnily jejich volbu, a snažíme se porozumět rozdílům, které pacienti vnímají mezi konvenční a nekonvenční léčbou v kontextu onkologických onemocnění.

Teoretická část práce poskytuje přehled o nekonvenčních metodách s důrazem na charakteristiku vybraných metod. Následně se věnuje problematice nekonvenční léčby. Následná kapitola přináší ucelený pohled na onkologická onemocnění včetně popisu vzniku nádorů, jejich charakteristiky, uvedení diagnostických a léčebných postupů radících se do konvenční léčby. Třetí kapitola se zaměřuje na psychologické aspekty onkologického onemocnění. Zahrnuje tematiku vyhledání nekonvenčních metod léčby u onkologických pacientů včetně faktorů, jež tuto volbu ovlivňují. Také se věnuje duševním reakcím a zpracování diagnózy, psychickému přizpůsobení a intrapsychickým proměnným, jako je kvalita života pacientů a změny v jejich životech.

Ve výzkumné části této práce se zaměříme na prozkoumání zkušeností onkologických pacientů, kteří si zvolili k léčbě svého onemocnění jinou cestu, než je západní klasická medicína. Využijeme kvalitativního přístupu a prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a následné analýzy se pokusíme hlouběji porozumět důvodům pacientů, kteří vyhledali nekonvenční léčbu při konfrontaci s onkologickým onemocněním.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 NEKONVENČNÍ ZPŮSOBY LÉČBY

Pro charakteristiku nekonvenčních způsobů léčby je nutné definovat, co je to klasická, konvenční medicína. Tento termín bývá v literatuře také označován jako tzv. medicína založená na důkazech (Evidence Based Medicine, EBM). Dle Běhounka (2011) vychází z vědeckých poznatků, které jsou výzkumně zkoumány, a to z oblastí klinické, biologické a epidemiologické. Jedná se o vědomé využívání současných důkazů v práci s pacienty „*a směřuje medicínu od názoru jedince k objektivním postupům, které jsou založeny na objektivních vědeckých informacích*“ (Běhounek et al., 2011, str. 14)“. Z hlediska EBM je často zdůrazňováno, že vědecké metody spočívají v randomizovaných kontrolovaných klinických studiích (RCT). RCT jsou považovány za typický ideál studií, a to díky své schopnosti kontrolovat mnoho proměnných a odhalit kauzální vztah mezi intervencí a výsledky, avšak ne vždy jsou praktické nebo možné k provedení. EBM tak neomezuje výzkum pouze na RCT, ale zahrnuje i další přístupy, jako jsou studie z reálné praxe (RWE). Tyto studie pracují s daty z běžné klinické praxe a umožňují sledovat dlouhodobé účinky terapie na heterogenní populaci pacientů (Tribune, 2019). Tím poskytují komplexní a vyvážený pohled na účinnost a bezpečnost léčby v medicíně.

Neexistuje jednotná a oficiální definice nekonvenčních způsobů léčby. Hlavním důvodem je veliké množství velmi odlišných nekonvenčních systémů a metod, které vychází z různých historických tradic, myšlenkových směrů či geografických regionů. Heřt (1995) uvádí, že se jedná o léčebné praktiky, které jsou založeny na iracionálních postupech anebo nevycházejí z vědecky podložených faktů. Světová zdravotnická organizace (2013) označuje komplementární a alternativní způsoby léčby (zkráceně CAM) za soubor léčebných praktik a zdravotnických postupů, které nejsou součástí konvenčního zdravotnického systému dané země a nejsou integrovány do jejího oficiálního zdravotního systému. Tradiční medicínou jsou označovány způsoby léčby, které jsou založeny na víře, zkušenostech a teoriích, které jsou vlastní různým kulturám po dlouhou dobu historie. Křížová (2016) nekonvenční způsoby léčby rozděluje na alternativní a komplementární přístup. Tyto pojmy bývají často zaměňovány, avšak mají odlišný význam. Jako komplementární se označuje léčba, která je využívána souběžně s klasickým, biomedicínským postupem. Pacient tedy využívá různé přístupy najednou či v návaznosti na sebe. Cílem této léčby je doplnit, zlepšit či podpořit konvenční lékařskou péči. Alternativní

přístup se odklání od klasické, konvenční medicíny. Pacient se vydává zcela jinou cestou, jak své zdravotní potíže léčit.

V roce 2020 byl publikován výzkum, který mapoval hlavní faktory spojené s užíváním komplementární a alternativní léčby v Evropě. Užívání těchto metod souvisí s řadou socioekonomických, demografických a zdravotních ukazatelů na úrovni jednotlivců. Mezi nejčastější evropské uživatele patří osoby se zdravotními potížemi, ženy a lidé s vyšším vzděláním. V zemích, které vykazují vyšší investice do zdravotnictví, je vyšší míra využívání nekonvenčních metod. Čím vyšší zdroje daná země má, tím vyšší je prediktor užívání těchto léčebných způsobů. Další souvislost výzkumníci našli mezi samotnou ochotou integrovat nekonvenční přístupy do systému zdravotní péče. Obdobně je to i na úrovni jednotlivce, kdy osoby s většími zdroji mohou na vlastní náklady vyhledat jinou než konvenční léčbu (Fjær et al., 2020).

Průřezová studie Kleine Wortmanna a kol. (2016) u 506 respondentů mimo jiné zkoumala také prevalenci pacientů k užívání těchto metod. Zjištění této studie se z části shodují s předchozím zmíněným výzkumem. Závěry uvedly, že častějšími uživateli nekonvenčních metod jsou ženy. Dle autorů je tato preference zapříčiněna jinými potřebami, které jsou v závislosti na pohlaví rozdílné. Autoři zmiňují, že ženy mají větší potřebu individuálního sdílení problému, které jim nemusí být konvenční medicínou zajištěno. Rozdílný výsledek je ve faktoru vzdělání. Dle této studie nebyla nalezena signifikantní významnost tohoto faktoru.

## **1.1 Charakteristika vybraných metod nekonvenční léčby**

Americké národní centrum pro komplementární a alternativní medicínu<sup>1</sup> (NCCIH) rozlišuje základní kategorie dle terapeutických přístupů do pěti kategorií:

- Ucelené léčebné systémy – Jedná se o směry, které mají dlouholetou tradici a vycházejí z propracovaných teoretických koncepcí. Řadíme zde tradiční čínskou medicínu, ájurvéd, naturopatii a homeopatii.
- Psychosomatické terapie – Také označovány jako terapie mysli a těla. V této kategorii je zahrnuto mnoho technik a postupů, které jsou vyškolenou osobou

---

<sup>1</sup> National Centre for Complementary and Integrative Health (NCCIH)



praktikovány či vyučovány. Patří zde například meditační techniky, hypnóza, řízená imaginace, relaxační terapie, arteterapie či muzikoterapie.

- Biologicky založené terapie – Zde patří techniky pracující s přírodními produkty, jimiž jsou byliny, vitamíny a minerály.
- Manipulační a dotekové terapie – Řadíme zde techniky, které pracují s různými částmi těla jako je například chiropraxe, masáže či manuální terapie
- Energetická léčba – Jedná se o metody, které pracují s energetickými poli a energiemi. Příkladem je reiki, magnetoterapie či biorezonance (Souček & Hofreiter, 2022)

Dále se zaměříme na metody nekonvenční léčby, které byly nejvíce zmiňovány ve výzkumné části respondenty.

### 1.1.1 Tradiční čínská medicína

Tradiční čínská medicína (TCM<sup>2</sup>) je jednou z nejstarších léčebných metod, která má za sebou tisíciletou tradici. Jedná se o komplexní systém léčby a péče o zdraví, který pohlíží na člověka a jeho okolí celostně.

Základní princip této metody vychází ze dvou teoretických koncepcí. První z nich se nazývá teorie pěti prvků (*Five Phase Theory*). Tvrdí, že vnitřní orgány lidského těla symbolicky odpovídají elementům jako je dřevo, oheň, země, kov a voda. Mezi jednotlivými prvky, proudí energetické dráhy – meridiány. Základním kamenem TCM je *Qi*, životní energie či síla, která prochází meridiány k jednotlivým prvkům. Podstatou dobrého zdravotního stavu je udržet harmonii a rovnováhu mezi jednotlivými prvky a jejich meridiány. Takovéto udržování lze stimulovat pomocí různých technik, jako je akupunktura, bylinná léčba či pohyb. Pokud je rovnováha narušena, *Qi* nemůže volně tělem protékat a vytváří se, objeví se nemoc (Hu & Liu, 2012).

Druhá teorie se zabývá dvěma protikladnými složkami, které symbolizují dualitu, pasivní síla *jin* a aktivní *jang*. Tyto složky jsou si vzájemně protikladné, představit bychom si je mohli jako je například den a noc, sympatikus a parasympatikus, ale zároveň se doplňují

---

<sup>2</sup> Traditional Chinese Medicine

(Bendová, 2017). TCM vychází z toho, že každou část našeho těla můžeme rozdělit a popisovat na jin a jang.

Tradiční čínskou medicínu vyhledávají také onkologičtí pacienti. Využívá se hlavně v podobě doplňkové léčby. Jedná se o její využití při zmírnění nepříznivých, vedlejších účinků chemoterapie a radioterapie, při rehabilitaci po chirurgickém zákroku a při dalších doprovodných aspektech léčby. Bylinná léčba čínské medicíny vykazuje dle výzkumů inhibiční schopnosti při rozvoji, proliferaci a metastázování nádorových buněk. Jedná se zejména o látky kurkumin, berberin a resveratrol. Avšak i přesto převládá využívání TCM jako komplementární léčby (Xiang et al., 2019).

Toto využití potvrdila také přehledová studie, která zjistila, že 82 % pacientů využívá TCM právě komplementárním způsobem. Do studie bylo zahrnuto 5834 randomizovaných kontrolních studií, které zjišťovaly využívání TCM u onkologicky nemocných pacientů v Číně (Lu et al., 2021).

### **Akupunktura**

Akupunktura je jednou z významných metod léčby tradiční čínské medicíny. Její aplikace spočívá ve stimulaci specifických bodů na povrchu těla pomocí vpichování tenkých, sterilních jehel z chirurgické oceli. Předpokladem této metody je rozložení jednotlivých bodů po obvodu akupunkturních, energetických drahách – meridiánech. Skrz meridiány proudí životní energii Qi, která se takto dostává k jednotlivým orgánům, a právě stimulace akupunkturních bodů předpokládá změnu toku této energie. TCM indikuje akupunkturu jako základní léčebnou metodu pro většinu druhů onemocnění, včetně bolestí, nevolnosti, nespavosti, migrén a podobně, avšak v konvenční medicíně se využívá především jako pomocná metoda při stavech, které jsou spojené s akutní a chronickou bolestí. V kontextu konvenční medicíny pracuje s jinými principy účinku, které předpokládají, že akupunkturní body odpovídají nervovým periferním spojením (Vickers et al., 2002).

Akupunktura bývá v léčbě onkologických onemocnění ve většině případů spojená se snižováním bolesti. Studie z roku 2022 navrhla doporučení pro využívání akupunkturní léčby u onkologických pacientů. Studie doporučovala její využití jako doplňkovou péči. Tato metoda léčby byla silně doporučena pacientům, kteří pociťují středně silnou až silnou bolest spojenou se svým onemocněním a u pacientek s rakovinou prsu, které mají problémy

s artralgií<sup>3</sup>. U pacientů, kteří již užívají analgetické léky byla doporučena pouze slabě (Ge et al., 2022).

Dle systematické přehledové studie z roku 2022 je vhodné využít akupunkturu u pacientů trpících únavou spojenou s nemocí, návalů horka a nevolností. Výzkumníci nepodporují využívání této metody u depresivních a úzkostných stavů souvisejících s nádorovým onemocněním, protože při hodnocení jednotlivých výzkumů byly výsledky nekonzistentní (Zhang et al., 2022).

### 1.1.2 Homeopatie

Homeopatická léčba je jedna z nejrozšířenějších nekonvenčních metody léčby. Řídí se základním principem „*podobné se léčí podobným*“, který říká, že „*látka schopná vyvolat ve vysoké dávce soubor poruch (příznaků) u zdravého jedince, je schopna léčit stejný soubor příznaků u nemocného jedince v jiné, menší dávce* (Formánková a kol., 2018, str. 15)“. Dále zahrnuje celostní přístup, který se nezaměřuje pouze na samotnou léčbu symptomů. Homeopatická léčiva jsou látky rostlinného, živočišného nebo minerálního původu. Princip tzv. dynamizace je druhým základním východiskem této metody. Souvisí s opakovaným ředěním preparátu s vodou nebo lihem, v poměru 1:100 nebo 1:10. Po dosažení požadované koncentrace roztoku, dochází k plnění lahviček tinkturou, výroby globulí či aktivních mastí (Formánková a kol., 2018).

Mechanismy účinku homeopatik jsou předmětem kontroverzí a vědeckých diskuzí. Homeopatici vykládají několik teorií, které vysvětlují, jak fungují. Avšak není vědecky prokázána žádná z těchto teorií, a tedy neexistuje univerzálně akceptované vysvětlení (Jonas et al., 2003). Janča (2004) vysvětluje jednu z teorií, která stojí na myšlence paměťových stop látek, které se řadí s přírodními preparáty. Tyto roztoky postupným ředěním informace o přírodním preparátu předávají dále.

Homeopatické postupy bývají často využívány onkologickými pacienty, z důvodů zvýšení fyzické a emocionální pohody a zmírnění doprovodné bolesti. Účinnost této léčby však není vědecky prokázána. Rossi a kol. (2017) provedla výzkum zaměřený na hodnocení účinnosti homeopatie jako komplementární terapii. Výsledky výzkumu podporují integraci homeopatie jako doplňkové léčby, kdy mohou zmírnit některé nežádoucí účinky a naplňovat potřebu kontroly pacienta nad svým vlastním zdravím. Rizika homeopatická léčba

---

<sup>3</sup> Bolest kloubů

představuje v úplném odklonu od klasické léčby. Jejich využívání se doporučuje konzultovat s ošetřujícím lékařem či onkologem.

### **1.1.3 Fytoterapie, bylinná léčba**

Fytoterapie, také jako bylinná léčba, patří mezi nejstarší metody léčby. K léčbě a prevenci nemocí využívá rostlinné látky a preparáty. Šaloun a Vranová (2021) uvádějí, že složení jednotlivých fytofarmak je závislé na mnoha faktorech, jako je druh a část rostliny, typ pěstování, období sklizně, způsob a doba extrakce. Na rozdíl od farmakoterapie využívá léčebné látky v různých a proměnlivých poměrech. Rostlinná léčiva se užívají v čerstvém i sušeném stavu v podobě tinktur, extraktů, tablet, mastí nebo čajů (Hemzal, 2015).

Fytoterapie je užívanou metodou i v konvenční medicíně. V kontextu onkologických onemocnění se nejčastěji využívá jako doplňková léčba při zmírňování symptomů spojených s onemocněním a léčbou. Užívání přírodních preparátů tedy nenahrazuje konvenční léčbu (Heřt, 2011). Dle studie Molassiotise a kol. (2005) se jedná o nejoblíbenější formu nekonvenční léčby právě u onkologických pacientů. Dle výsledků tohoto výzkumu je v České republice na prvním místě mezi jednotlivými metodami.

Účinnost, kvalitu a bezpečnost fytofarmak schvaluje Státní ústav pro kontrolu léčiv. Takto registrovaná fytofarmaka, jež jsou podložena klinickými studiemi, mohou být lékaři doporučena jako podpůrná léčba (Vranová & Šaloun, 2021). Česká lékařská komora (2012) upozorňuje na některé léčebné preparáty, které neprokázaly své protinádorové účinky, přestože bývají u nich deklarovány. Jedná se o extrakty ze jmelí, pšeničných klíčků či hořkých mandlí.

Mezi nejzávažnější rizika užívání fytofarmak patří interakce s jinými léky. Nevhodnou přírodní látkou u onkologických pacientů, kteří prochází chemoterapeutickou léčbou je například třezalka tečkovaná, která přichází do nepříznivé situace s cytostatiky (Juřica et al., 2020). Dalším rizikem může být kvalita léčiva a obsah toxických látek, jako jsou silice a alkaloidy. Rizikové je také nesprávné dávkování, které může zapříčinit jejich neúčinnosti nebo toxicitu. Přestože fytofarmaka mohou mít menší nežádoucí účinky, může jejich užíváním docházet k alergickým reakcím, trávicím potížím nebo závratím. Z těchto důvodů by uživatelé měli dbát na pokyny dávkování, užívání kvalitních produktů, a jejich zařazení do léčby probrat s ošetřujícím lékařem (Heřt, 2011).

### **1.1.4 Biotronická léčba**

Biotronická léčba je metoda duchovní léčby, která vychází z předpokladu existence mimosmyslových spojení mezi léčitelem a pacientem. Biotronika vznikla v 50. letech 20. století a jejím zakladatelem je Josef Zezulka. Biotroničtí léčitelé se nazývají sanátoři a v 90. letech byl hlavním sanátorem a pokračovatelem biotronického přesvědčení léčby ustanoven Tomáš Pfeiffer. Sanátorem se může stát jedinec, který má vrozené nadání a rozšiřuje své vzdělání pod vedením již zkušeného sanátora. Při léčitelském výkonu biotronik vysílá prostřednictvím rukou vitální energii, která je dána druhem onemocnění (Pfeiffer, n.d.)

Princip této metody pracuje s východiskem, že člověk je tvořen z hmotného těla, psyché a vitality. Pokud dojde k deficitům či poruchám, řeší je jiní specialisté. U nemocí těla je neefektivnější medicína, u duševních poruch psychoterapie a u poruch vitálních systémů je nejvhodnější právě biotronická léčba. Vitální síly dle biotroniků prostupují všemi živými organismy, jsou zodpovědné za buněčné, orgánové a tělesné procesy a v rámci léčby je snahou tyto síly harmonizovat. Nemoci dle biotroniků vznikají na základě porušení homeostázy přirozeného stavu organismu. Při léčbě onkologických onemocnění je pacientům k biotronickým sezením, předepsána dieta (Pfeiffer, 2018). Dle České lékařské komory (2012) pozitivní vliv této metody můžeme pozorovat na zlepšení duševního stavu nemocných, avšak tato metoda nemá za sebou relevantní klinický důkaz o své účinnosti.

## **1.2 Problematika nekonvenční léčby**

S rostoucím zájmem o nekonvenční způsoby léčby, se otevírají etické otázky, úskalí a rizika, která prostupují morálními, lékařskými či společenskými oblastmi. Některé nekonvenční metody, jako je akupunktura nebo některá bylinná léčiva, mají větší empirické důkazy o účinnosti. Zmíněné metody se stávají součástí integrativní medicíny, která kombinuje konvenční lékařství s vybranými nekonvenčními přístupy. Neměly by nahrazovat standartní léčbu, jejich role je především komplementární. Využívání těchto metod by mělo být konzultováno s vyšetřujícími lékaři (Halámková, 2012).

Absence relevantních vědeckých důkazů je zásadním argumentem pro nevyužívání nekonvenčních léčebných metod. Křížová (2016) uvádí, že překážkami v tomto procesu může být nižší populace uživatelů a nedostatečná standardizace výzkumů.

Avšak některé metody mohou být nebezpečnými. Většina nekonvenčních systémů nevyžaduje pro jejich provozovatele nutnou kvalifikaci či vzdělání. Jejich praktikem může

být tedy i lajk. Tato situace může zapříčinit nevhodné zacházení se zdravím nemocného, kterého může významně poškodit (Heřt, 2011).

Hlavní riziko nekonvenčních metod léčby u onkologických pacientů Česká lékařská komora (2012) vidí v situacích, kdy se pacient plně odkloní od konvenční léčby. V tomto případě může dojít k zanedbání včasného stanovení diagnózy a zaléčení pacienta. Pokud nedojde ke standartní protinádorové léčbě, může být výrazně ovlivněn zdravotní stav jedince po fyzické i duševní stránce (Opatrná, 2022).

Právní regulace těchto metod léčby se v různých zemích liší. Některé země mají vládou vydaná přímá nařízení, které regulují tyto léčebné přístupy, jiné regulují konkrétní typy nekonvenčních terapií a některé nemají regulaci (Pokladníková & Telec, 2020). V českém právním řádu neexistuje žádná obecná legislativa, která by upravovala metody komplementární a alternativní léčby. Avšak můžeme nalézt několik právních předpisů, které se dotýkají některých nekonvenčních léčebných metod. Jedná se o zákon č. 347/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, který zahrnuje akupunkturu do zdravotnických služeb. Dále na podmínky poskytování akupunktury navazuje vyhláška č. 49/2012 Sb. Některá rostlinná léčiva spadají do regulace dle vyhlášky č.55/2012 Sb., O seznamu léčivých přípravků (Telec, 2019). Tato skutečnost naznačuje, že zde chybí oficiální orgán, který by dohlížel na dané standardy péče, včetně vzdělání léčitelů a tímto současně chránil práva pacientů.

V přístupu k těmto metodám Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (n.d.) ve svém stanovisku zaujímá zdrženlivý postoj, který je odůvodněný racionálním vysvětlením pro jejich omezené využívání. Opatrná (2022) uvádí, že z hlediska lékařského kodexu České lékařské komory je povinností lékaře chránit pacientův život, pečovat o jeho zdraví a mírnit utrpení s ohledem na jeho důstojnost. V případech, kdy nemocný přemýšlí o alternativních způsobech léčby, je na straně lékaře provést informovaný rozhovor, zhodnotit rizika a úskalí, která mohou nastat.

## 2 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Onkologická onemocnění představují obvykle zhoubná nádorová onemocnění, která bývají v širším slova smyslu laickou veřejností označovány názvem rakovina. Tento termín však není zcela správný, neboť v užším slova smyslu představuje pouze epitelové zhoubné nádory, karcinomy. Prevencí, výzkumem, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění se zabývá lékařský obor onkologie (Petruželka a Konopásek, 2003). Léčba onkologických onemocnění je komplexní a do procesu léčby a rehabilitace přidává i další lékařské a nelékařské pracovníky.

V České republice představují onkologická onemocnění druhou nejčastější příčinu úmrtí hned po kardiovaskulárních nemocích. V rámci Evropské Unie je pak Česká republika v žebříčku zatíženosti tímto onemocněním v předních příčkách. I přes zvyšující se incidenci, klesá mortalita nádorových onemocnění. Díky zvyšující se kvalitě lékařské péče, která je spojena s dostupností diagnostických, vyšetřovacích a preventivních metod, je velká část případů zjištěna v stádiích onemocnění, která jsou pro léčbu prognosticky příznivější (Opatrná, 2022). Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2022) vydalo Národní onkologický plán, který představuje strategie pro rozvoj onkologie ve prospěch obyvatel České republiky. Mezi hlavní cíle tohoto plánu patří zkvalitnění všech úrovní prevence onkologických onemocnění a zvýšení úrovně kvality života pacienta prostřednictvím péče, která zahrnuje lepší dostupnost následné rehabilitační a paliativní péče. Dále se cíle zaměřují na zvyšování standardu onkologické péče, včetně zvyšování kvalifikovanosti pracovníků, dostupnosti léčby a podporu výzkumu.

### 2.1 Charakteristiky onkologického onemocnění

#### 2.1.1 Vznik nádorového onemocnění

Podstatou vzniku nádorových onemocnění je přeměna buněk normálních na buňky nádorové. Nádorové buňky se vymykají regulaci buněčného růstu a odolávají geneticky naprogramované buněčné smrti – apoptóze. Při množení takto geneticky změněných buněk bez vnitřních kontrolních mechanismů dochází k jejich seskupování, čímž

dochází k vytvoření pevné tkáňové hmoty, nádoru. Odlišnost mezi buňkami normálními a nádorovými plyne z genetických abnormalit, na které se podílí vnější i vnitřní faktory. Tento několikastupňový proces nazýváme kancerogeneze. Nádorová onemocnění mohou vznikat ve všech tkáních a našeho těla, a tak může být postihnut v podstatě jakýkoliv orgán (Klener, 2011).

Dle chování k hostitelskému organismu dělíme nádory na maligní a benigní. Zhoubné, maligní nádory mají obvykle rychlejší růst, jsou hůře ohraničené a prorůstají do okolních tkání, které mohou následně ničit. Vytváří druhotná ložiska, tzv. metastáze, které vznikají oddělením od původního nádoru a šíří se krevními nebo lymfatickými cestami dál do organismu. Nezhoubné, benigní nádory, rostou pomaleji a nevytvářejí metastáze. Dále neprorůstají do orgánů a nepostihují lymfatické cesty. Jsou ohraničené od okolí, což mnohdy usnadňuje chirurgickou léčbu onemocnění. Nebezpečí však představuje umístění tohoto nádoru, kde může mechanicky tláčit na daný orgán a tím ovlivňovat jeho funkce (Orel, 2019).

Dále se klasifikují nádorová onemocnění dle přiřazení nádorů k výchozí zdravé tkáni. Toto rozdělení označujeme jako histogenetickou klasifikaci, která rozlišuje nádory epitelové (karcinomy, adenokarcinomy), mezenchymové (sarkomy), hematopoetické (lymfomy, leukémie), neuroektodermální (melanomy), germinální (embryonální karcinomy) a smíšené nádory. Dále patologové popisují několik nádorů, které kvůli jejich nedostatečné diferenciaci nelze zařadit do jedné z předešlých kategorií (Fabian, 2015).

Kancerogeneze neboli proces vzniku nádoru, probíhá ve třech fázích. Během úvodní fáze iniciace dochází k prvním genetickým změnám kmenové buňky, jejímž dělením dochází ke vzniku buněčné populace, která je ve fázi promoce vystavena různým faktorům za kumulace dalších genetických změn za vzniku maligního klonu. V závěrečné fázi progresu se buňky již nekontrolovatelně množí a rozvíjí se tak maligní nádorové onemocnění (Petruželka & Konopásek., 2003).

Mapováním a analyzováním příčin kancerogeneze můžeme vzniku nádorů aktivně předcházet. Primární prevence zahrnuje soubor opatření zaměřených na podporu našeho zdraví, snaží se aktivně předcházet vzniku onemocnění či rizikovému stavu jedince. Faktory, které ovlivňují vznik nádorových chorob mohou být námi ovlivnitelné, ale také



zcela bez naší kontroly. Mezi ovlivnitelné faktory bychom mohli zařadit životní styl, strava, hmotnost, užívání tabáku a alkohol (Petruželka & Konopásek, 2003). U některých onkologických onemocnění je důležité podstupovat doporučené preventivní screeniny a kontroly u odborných nebo praktických lékařů. Do námi neovlivnitelných příčin patří zejména genetické predispozice, rodinná anamnéza a věk. Dle Vorlíčka a kol. (2012) lze tyto faktory rozdělovat na vnější a vnitřní. Vnější faktory jsou fyzikální (různé typy záření), výživové (nevhodná úprava jídel), chemické (azbest, anilinová barviva), biologické (DNA a RNA viry, plísně) a životní styl (kouření, konzumace alkoholu). Vnitřní faktory jsou geneticky podmíněná nádorová onemocnění, přičemž rodinná predispozice se vyskytuje pouze u přibližně 10 % malignit. Pacienta by měl lékař informovat o možném dědičném riziku po provedení rodinné anamnézy a genetického vyšetření (Petruželka & Konopásek, 2003). Velká řada rizikových faktorů je modifikovatelná. Stein & Colditz (2004) uvádí, že přes polovinu případů by bylo možné předejít opatřeními jako omezení kouření, zvýšení fyzické aktivity či kontrola hmotnosti. Úprava životního stylu má tedy obrovský potenciál nejen v prevenci rakoviny, ale i dalších chronických onemocnění.

## 2.2 Diagnostika a možnosti léčby

Základním klasifikačním systémem pro onkologii v České republice je tzv. TNM klasifikace zhoubných novotvarů. Tato klasifikace slouží k popsání rozsahu nádorového onemocnění a určení stádia nemoci. Určuje se zejména na základě zobrazovacích metod nebo chirurgických zákroků. Tento systém je složen ze tří složek, které napomáhají k předání si informací mezi lékaři, léčebnými centry a zdravotnickými pracovníky. Písmeno T reprezentuje rozsah nádorového onemocnění v místě primárního nádoru. Písmeno N poskytuje informaci o přítomnosti nádorových buněk v lymfatických uzlinách a písmeno M označuje přítomnost metastáz. Důležitou součástí diagnostického procesu je vyšetření nádorové tkáně patologem, který určí typ a hloubku invaze nádoru. O způsobu léčby se rozhoduje na základě TNM klasifikace, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a histopatologických výsledků (Klener, 2011).

Léčba nádorových onemocnění uplatňuje řadu odborných postupů a terapií, které se mohou kombinovat a jejich využití je závislé na diagnóze a stavu pacienta. Mezi lokální, cílenou léčbu řadíme chirurgické odstranění nádoru společně s okolní tkání, radioterapii,

kteřá pomocí ionizujícího záření omezuje a ničí růst nádoru a biologickou léčbu, která cílí pouze na nádorové buňky a k léčbě využívá látky živých organismů. Systémová terapie cílí na nádorové buňky po celém těle či v místě nádoru. Jedná se o chemoterapii (Petruželka a Konopásek, 2003). Léčba onkologických onemocnění představuje komplexní proces, na kterém se podílí řada odborníků, kteří společně sestavují individuální léčebný plán na základě diagnózy a prognózy pacienta. Důležitými pojmy v tomto kontextu je kurativní péče, která má za cíl vyléčení nemoci, a paliativní léčba, která se nezaměřuje na vyléčení nemoci, ale na zmírňování bolesti a obtíží. Součástí léčby je také následná péče a rehabilitace (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

### **2.2.1 Chirurgická terapie**

Chirurgická léčba je jedním ze základních lékařských postupů pro odstranění nádoru a poškozené lokální tkáně. Není však vhodná pro všechny typy onkologického onemocnění. Příkladem mohou být hematologická onemocnění jako je leukémie a lymfomy. Odstranění nádoru chirurgickou cestou má dva cíle. Prvním je odstranění nádoru včetně okolní zasažené tkáně ze zdravého místa. Druhým cílem je odebrání vzorku tkáně pro histologické vyšetření, díky němuž může lékař stanovit histologický typ nádoru a stupeň jeho diferenciacce neboli nakolik jsou dané nádorové buňky podobné výchozí, zdravé tkáni (Česká onkologická společnost, n.d.).

Samotný chirurgický zákrok s cílem odstranit nádorové bujení závisí na mnoha faktorech. Mimo typ a stádium nádoru je nutné zvážit další aspekty, jako je jeho lokalizace, celkový stav pacienta včetně jeho věku a schopnosti projít celkovou anestezií. Mezi operativní výkony řadíme i lokální excizi, během které je kromě nádoru odstraněna i část zdravé tkáně. Dále se provádí resekce, při níž je společně s nádorem odstraněna i část orgánu. Při odstranění periferní části těla či orgánu hovoříme o amputaci (Petruželka & Konopásek, 2003).

### **2.2.2 Radioterapie**

Radioterapie využívá vysokoenergetická fotonová záření, destrukci nádorových buněk. Společně s chirurgickou léčbu ji řadíme mezi cílenou léčbu. Vzhledem k tomu, že tato metoda nedokáže zasáhnout vzdálené nádorové buňky a jejich ložiska, využívá se u přesně lokalizovaných nádorů. Má své místo také v paliativní péči, protože může snižovat

nepříznivé symptomy onemocnění, jako je například pocíťovaná bolest při kostních nádorech nebo při obstrukcích lymfatických cest, a tím zlepšovat kvalitu života nemocného (Klener, 2002).

Ionizující záření svou energií při průchodu tkání způsobí ionizaci atomů, čímž dochází ke vzniku nestability nádorové DNA, což může vést ke zpomalení nádorového růstu či zničení maligní buňky (Adam a kol., 2003). Využití zářičů přímo v daném orgánu v těsné blízkosti nádoru označujeme za brachyterapii. Tímto způsobem záření míří přímo do oblasti nádoru. Teleradioterapií poté rozumíme použití zevních zdrojů záření (Šlampa et al., 2016)

Časné vedlejší účinky radioterapie se objevují již v průběhu ozáření či krátce po něm. Jedná se o příznaky zarudnutí, svědění či poškození částí kůže v ozařované oblasti. Místa mohou být oteklá a bolestivá. Osoby mohou být po ozáření unavené, docházet může také k pocitům nevolnosti, průjmu, křečím či zvracení (Barazzuol et al., 2020). Jako pozdní nežádoucí účinky označujeme ty, které se objeví několik měsíců po ozáření. Mohou být trvalého a chronického charakteru. Využití některých léčebných modalit může být spojeno s poškozením některých orgánů, např. ledvin, srdce nebo plic. Docházet může ke ztvrdnutí tkáně, tzv. fibróza. Poškozená mohou být také nervová zakončení, která se projevují mravenčením či brněním v ozařované oblasti, tzv. parestéziemi (Petera, 2014). Míra vedlejších účinků je však vysoce individuální a jejich závažnost závisí na řadě faktorů.

### **2.2.3 Biologická léčba**

Biologická léčba je moderní léčebná metoda, která působí specificky na nádorové buňky. Na rozdíl od chemoterapie, při ní nejsou zdravé buňky zasaženy. Z tohoto důvodu se biologická léčba označuje jako cílená léčba. Jejím působením dochází ke zpomalení či úplnému zabránění růstu nádoru a znemožnění jeho šíření (Cvek et al., 2023).

Léčiva biologické léčby se rozdělují na skupiny malé a velké molekuly. Velké molekuly jsou protilátky, které blokují růst a dělení nádorových buněk tím, že se navazují na jejich povrchové molekuly. Malé molekuly pronikají skrz buněčnou membránu a ovlivňují či blokují intracelulární procesy (Tesař, 2018).

Biologická léčba se využívá k léčbě řady onkologických onemocnění. Její účinnost je však individuální. Nežádoucí účinky se liší dle typu biologické léčby. U imunoterapie se jedná o otoky, zvýšenou teplotu, vznik modřin a hematomů, bolesti svalů a kloubů. Důležité je dodržovat doporučení k užívání léčiv, zejména jejich dané dávkování. U léčby pomocí

protilátek jsou nejčastějšími vedlejšími účinky alergické reakce, které mohou vyvolat svědění kůže či dušnost. V takových to případech jsou pacientovi podána antihistaminická léčiva (Nový, 2019).

## 2.2.4 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba, která je založená na cytostatických lécích, jejichž působením dochází k narušení růstu a dělení nádorových buněk. Tato léčba může nádor zcela zničit, zabránit jeho dalšímu rozšiřování nebo pouze zpomalit nádorový růst. Systémová terapie pomocí chemoterapie působí na většinu orgánů a tkání v těle, včetně zdravých buněk, protože je cytostatika nedokáže rozeznat od rychle rostoucích nádorových buněk. Z tohoto důvodu chemoterapie má řadu doprovodných a nežádoucích účinků (Vorlíček et al., 2013).

Mezi nejčastější vedlejší účinky cytostatik patří horečku, únavu, nevolnost a zvracení, zácpu či průjem, vypadávání vlasů, poškození nehtů a kůže. Dále dochází k poruchám krvetvorby, která zapříčiňuje anémii. Narušenou tvorbou krevních elementů může docházet k poklesu erytrocytů, lymfocytů a trombocytů. Tato léčba má také neurotoxické účinky, které postihují nervový systém. Nejčastějšími neurotoxickými účinky je poškození nervů v končetinách, které se projevuje brněním, necitlivostí či bolestí. Může také docházet ke kognitivním deficitům v rámci narušení mozkových funkcí. Tyto účinky jsou regulovány snižováním množství chemoterapie, kterou pacient přijímá. Většina vedlejších účinků se projeví u pacientů již do jednoho až několik dní po první chemoterapii (Novotná et al., 2020).

Cytostatika jsou do těla aplikována různými cestami, v závislosti na typu dané látky, stádiu nemoci pacienta, ale také v některých případech dle individuálních potřeb nemocného. Nejčasnější aplikací cytostatika představuje nitrožilní podání. Některá cytostatika mohou být dostupná v perorální formě. Ačkoli je tradičně chemoterapie systémovou léčbou, některá nádorová onemocnění lze léčit pouze lokální aplikací cytostatika (např. nádory močového měchýře), což významně redukuje výskyt nežádoucích účinků (Klener, 1996). Obvykle dochází ke 3-6 cyklům chemoterapie, ale jejich počet a délka léčby je individuální.

# 3 VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Skutečnost zjištění diagnózy onkologického onemocnění bývá pro jedince obvykle zásadním a náročným životním momentem, který je velice stresující. Důležitá je skutečnost, že onkologická onemocnění významnou měrou zasahují do všech rovin fungování jedince. Člověk se obvykle následně dostává do nových situací, kterým musí čelit. Psychologická dimenze této diagnózy je stěžejní pro celkové pochopení stavu pacienta. Při komplexním náhledu na stav a prožívání pacienta, můžeme příznivě podpořit pacientův přístup k léčbě a také mu pomoci lépe zvládat přítomnost vážné nemoci v jeho životě. Lze tímto dát pacientovi prostor pro vlastní zpracovávání problému, pomáhat mu uvědomit si a pojmenovat jeho potřeby, podporovat či vypomáhat při jejich naplňování. Dále je důležité být nápomocní při pacientově zvládnání těžkostí s nemocí spojených, stejně tak eliminovat nepříjemné přitěžující faktory. Tato kapitola, rozdělená do čtyř podkapitol, se věnuje vybraným psychologickým aspektům léčby, jež jsou s onkologickým onemocněním úzce spjaty.

## 3.1 Vyhledání nekonvenčních metod léčby u onkologických pacientů

Komplementární a alternativní léčba představuje širokou paletu různých metod, z nichž jsme některé charakterizovali v předchozích kapitolách. V samotném využívání převažuje dle Wilkinsona a Stevense (2014) komplementární přístup k této léčbě. Klasická medicína byla, v rámci jejich kvalitativní studie, vnímána především jako prostředek somatického řešení nemoci, respektive radikálního omezení nádorového bujení. Dle Jonese a kol. (2019) si je většina pacientů vědoma důležitosti konvenční léčby. Avšak nekonvenční metody představují komplexní proces léčení, který s sebou nese pro pacienta mnoho významů a ovlivňuje jej řada faktorů. V následující části se zaměříme na mapování klíčových faktorů, které ovlivňují toto rozhodnutí. Dále se budeme věnovat rozdílům mezi vnímanými přístupy v léčbě, porovnávající konvenční a nekonvenční metody.

### 3.1.1 Faktory ovlivňující volbu nekonvenční léčby

K dosažení optimálního zdraví mnoho jedinců vyhledává nové léčebné postupy, které mu klasická medicína nenabídne. Tímto zájem o nekonvenční způsoby léčby v posledních letech nabývá na síle (Fjær et al., 2020). Tento trend má řadu individuálních motivací, které vycházejí z vlastních potřeb jedinců a jsou závislé na kontextu jeho nemoci. Jones a kol. (2019) na základě narativní studie uvádí, že většina onkologických pacientů si je vědoma důležitosti dodržování standartní medicínské léčby. Využívání nekonvenčních metod je silně ovlivněno subjektivními potřebami pacientů. Působí na ně stav jejich fyzické kondice a emocionálního rozpoložení, které je propojeno se silným stresovým vypětím, jež obvykle nemoc doprovází. Jedná se o komplexní a individuální proces rozhodování, který je ovlivňován vnímáním vlastního zhoršeného zdravotního stavu a silnou touhou po dosažení jeho zlepšení.

Dle průřezové studie Kleine Wortmanna a kol. (2016) existuje vysoká souvislost mezi využíváním nekonvenčních metod a dostupnými informacemi o daném onemocnění. Studie se účastnilo 506 onkologických pacientů v různých fázích svého onemocnění. Čím více byli jedinci o svém stavu informováni, tím více byly tyto metody využívány. Dále bylo zjištěno, že toto využívání souvisí s aktivními fázemi onemocnění. Mezi hlavní důvody pro využívání těchto metod bylo zařazeno posílení imunitního systému, skrze suplementaci vybraných látek. Dalším důvodem byla snaha o snížení vedlejších účinků standartní léčby. Celkově vnímali respondenti tyto důvody jako cestu za zlepšením kvality života. Dále tento výzkum přinesl zjištění, že využívání těchto metod má vysokou souvislost také s navštěvováním psychologa nebo svépomocných skupin.

Dotazník, který mapuje zkušenosti pacientů s nekonvenčními metodami se nazývá I-CAM-Q. Jedná se o standardizovaný dotazník, jež v rámci čtyř částí mapuje zkušenosti pacientů se standartní léčbou, doplňkovou léčbou, s užíváním bylinných léčiv a svépomocných praktik. Jeho účelem je zmapovat frekvenci, účel a spokojenost s užíváním těchto metod (Quandt et al., 2009). Pomocí tohoto dotazníku studie Kristoffersena a kol. (2022) zjišťovala, jaké jsou důvody pro využití těchto forem léčby u onkologických pacientů. Studie se účastnilo 468 respondentů. Autoři výzkumu konstatují, že pacienti tyto metody využívají v rámci kombinace několika důvodů. Mezi hlavní zmapované faktory, které tuto volbu ovlivňují, patří zvýšení kvality života nemocného, zvládání problémů spojených s léčbou, ale i duševním prožíváním onemocnění. Dále některé z těchto metod

byly pacienti využívány pro zprostředkování pocitu pohody a relaxace. Obecně lze říci, že dle těchto výsledků mají nekonvenční metody vliv na zlepšování emocionálního prožívání nemoci. Klíčovým byla také potřeba zvyšování obranyschopnosti těla v boji s tímto onemocněním, které zapříčiňuje narušení imunitního systému a oslabeného organismu. Stejný cíl si kladl výzkum Molassiotise a kol. (2005). Výsledky studie přinesly obdobná zjištění jako předchozí zkoumání. Mezi nejčastější důvody pro využití nekonvenčních léčby patřilo zvýšení schopnosti organismu vypořádat se s onemocněním a zlepšení fyzické a emocionální pohody. Výzkumu se zúčastnilo 956 respondentů, z nichž pouhých 3,2 % hodnotili tyto metody jako zcela neúčinné. Studie se také zabývala zdroji informací, ze kterých pacienti čerpali při využívání jiných léčebných metod. Nejuváděnějšími byly zkušenosti ze stran nejbližšího okolí pacienta, tudíž rodiny a přátel.

Také nespokojenost pacienta může představovat jednu z nejčastějších pohnutek, proč se jedinci uchylují k nekonvenčním léčebným postupům. Tento fenomén má několik rovin. Jedním z aspektů může být zklamání z účinnosti klasické léčby, z jejich nežádoucích účinků či pocitování nedostatečné personalizace konvenčního přístupu. V těchto případech pacient hledá cestu, která by odpovídala jeho individuálním potřebám a preferencím. V roce 2023 byl proveden kvalitativní výzkum, jehož respondenti byli pacienti s onkologickým onemocněním a zkušeností s nekonvenčními způsoby léčby. Ve většině případech se k využití alternativních metod dostali právě skrze nespokojenost s konvenční léčbou a s přístupem lékařů. Často zde byl uváděn neempatický či paternalistický přístup doktorů. Lékaři jsou však většinou prvním zdrojem, který informuje pacienta o natolik závažné nemoci. Proto je na místě zvolit přístup empatický a chápavý (Matjuschenko a kol., 2023).

## **3.2 Duševní reakce a zpracování diagnózy**

Sdělení závažné diagnózy vyvolává v pacientovi řadu změn a emocí, kterým musí čelit. Dozvídá se nejen o skutečnosti onemocnění, ale také o možnostech léčby. Důležitým krokem je citlivě vedená komunikace lékaře s pacientem ohledně jeho zdravotního stavu. Lékař a zdravotnický personál by měl s klidem a citlivostí reagovat na veškeré reakce ze strany pacienta, ať už se jedná o stav rozrušení, bagatelizování diagnózy či nepřijetí informace. Jedná se o situace velkého šoku, čemuž odpovídají i náhlé emoční reakce jedince. Na reakci pacienta má vliv řada faktorů, mezi které patří regulační mechanismy osobnosti, vývojová zralost či osobnostní a temperamentové vlastnosti. Tyto aspekty souvisí

s procesem vyrovnávání se s diagnózou. Informace o přítomnosti nádorového onemocnění může být vnímána jako velice závažná či dokonce tragická (Zacharová, 2009).

### 3.2.1 Strategie sdělování diagnózy

Sdělovací proces v kontextu závažných onemocnění bývá obtížný. Lékaři čelí vlastní zranitelnosti a bezmocnosti vůči nevyléčitelnému onemocnění. Při předávání takovýchto informací patří mezi nejčastější obavy lékařů vyjadřování emocí, neznalost všech odpovědí či osobní strach z nemoci a smrti. To však může vést k emočnímu odstupu lékaře či jeho necitlivému a neadekvátnímu sdělování. Pacient si obvykle výrazně pamatuje samotný moment sdělení diagnózy lékařem. Právě přístup lékaře může ovlivnit řadu faktorů zvládnutí diagnózy pacienta. Pro šetrné sdělování tak zásadních informací bylo vytvořeno několik modelů, které obsahují strategie pro komunikaci lékařů (Monden et al., 2016).

Jedním z nich je ABCDE model. Rabow a McPhee (1999) takto poskytují obecná doporučení, která jsou však v závislosti na dané situaci individuální a nejsou zcela normativní. Model obsahuje následující části:

A (*Advance preparation*) - Zahrnuje lékařovu přípravu k rozhovoru a seznámení se s pacientovou klinickou dokumentací. Lékař by měl být otevřený odpovědět na případné dotazy nemocného, poskytnout informace o onemocnění a léčbě. Důležitá je příprava na rozhovor, jak z praktického hlediska, tak i po duševní stránce.

B (*Built a therapeutic environment or relationship*) – Pro vybudování důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem je nutné zajistit klidné a soukromé prostředí k rozhovoru. Lékař by měl zjistit, kolik informací o zdravotním stavu chce nemocný vědět. Pokud je pacientovým přáním, aby se rozhovoru účastnily i jiné osoby, měl by mu lékař vyhovět. Při sdělování nepříznivé zprávy je důležité předznamenání špatné zprávy (například „*je mi líto, mám špatnou zprávu.*“). Využití doteku by mělo být vhodně zváženo. Součástí této části je následné plánování schůzek a dalších vyšetření spojené s onemocněním.

C (*Communicate well*) – Při předávání informací je důležité zjistit, co pacient o svém stavu již ví a zda pokynům rozumí. Komunikace by měla být srozumitelná, upřímná a soucitná. Lékař by měl postupovat dle individuálního tempa pacienta, podporovat jeho dotazování a trpělivě opakovat klíčové informace.



D (*Deal with patient and family reactions*) – Lékař by měl být připravený na jakoukoliv emoční odezvu ze strany pacienta nebo jeho rodiny. Zásadní je aktivní naslouchání, vyjádření soucitu a otevřenost.

E (*Encourage and validate emotions*) – Podpora pacienta v léčbě je klíčová, včetně nabídnutí možností léčby nebo podání informací o různých podpůrných zařízeních. Informace, které lékař předává by měli být realistické a vhodně podané (Rabow & McPhee, 1999).

### **3.2.2 Zpracování onkologické diagnózy**

Po vyslechnutí onkologické diagnózy pacienti obvykle pociťují velmi silnou zátěž. Kromě fyzických změn a zátěží spojených s onemocněním, dochází k obratu v duševních, sociálních a ekonomických aspektech života. Tato situaci vyvolává v jedinci krizi, během které dochází k mísení se různých emocí, pocitů a reakcí (Jochmanová et al., 2021). V takovémto případě se jedinec střetává s myšlenkami spojenými s tématem smrti. Zásadními jsou pocity zranitelnosti vlastního těla, kdy si jedinec do té doby nepřipustí, že by jeho tělo nemuselo nemoc zvládnout. Pocity vlastní osamělosti mohou vést k izolaci od okolního prostředí, přátel či rodiny, protože člověk již nemůže vykonávat běžné aktivity (Tschuschke, 2004).

Elisabeth Kübler-Rossová (1996) popisuje pět fází, kterými lidé procházejí v situacích, kdy se vyrovnávají se smrtí nebo se dostanou do situace, kdy pociťují vlastní smrtelnost. První fází je popírání a izolace, během které dochází k odmítání diagnózy a nevíry v dané sdělení lékařem. Následuje fáze hněvu, která je spojená se zlostí jak vůči vlastní osobě, tak proti svému okolí včetně lékařů. Nemocný se může odvolávat na nespravedlnost osudu. Jedná se o fázi, ve které dochází ke hněvu a k frustraci nemocného. Další fází je smlouvání. Pacient se v této fázi snaží o vyjednávání s Bohem nebo osudem. Jeho přání směřují k prodloužení života, vyhnutí se ztrátě nebo k jiným ztrátám, které onemocnění přináší. Během následné fáze deprese jedinec pociťuje smutek a beznaděj. Může inklinovat do apatického prožívání, ztrácí zájem o okolí a může cítit nedostatek energie. Závěrečná fáze je fáze akceptace. Dochází ke smíření se se svou diagnózou. Jedinec svou energii přesměrovává na pozitivní okolnosti života a na to, co mu dělá radost. Adam a kol. (2019) uvádí, že tento model není normativní, tudíž ne každý jedinec si prochází všemi fázemi a je nutné jej chápat v širších souvislostech.

Fáze prožívání onkologického onemocnění, které popsal Fawzy (1999), zahrnují pět základních stádií, kterými pacient prochází při zjištění a zvládnutí diagnózy. První fáze se týká zjištění diagnózy. Pacienti se mohou potýkat s velmi intenzivními emocemi, které se obecně vyznačují šokem, strachem, akutním smutkem či vztekem. Za běžnou reakci považujeme také bagatelizaci či popření. Namísto je zde individuální psychická podpora, která pomáhá pacientům s přijetím skutečnosti a nastavením do další léčby (Raudenská & Javůrková, 2011). Během následné fáze léčby, se pacient soustředí na její zvládnutí. Pocity strachu, smutku či beznaděje jsou dále doplněny o vedlejší účinky léčby, které mají vliv jak na fyzické, tak duševní prožívání pacientů. Důležité je zde informování pacientů ohledně léčby ze stran zdravotních pracovníků a psychosociální podpora prostřednictvím rodiny, přátel, terapeutů či podpůrných skupin (Tschuschke, 2004). Po ukončení léčby dochází k fázi zotavování, během které se pacient navrácí do běžného života. Klíčovou obavou tohoto období je strach z recidivy, a to po uplynutí dlouhé doby po ukončení léčby. Návrat onemocnění vyvolává pocity ohrožení vlastního života a vlastní zranitelnosti. Pokud dojde k navrácení onemocnění, tedy k recidivě onemocnění, jsou pocity a reakce obdobné jako při první fázi, ale mnohem intenzivnější. Adaptace na tuto situaci může mnohem těžší (Park et al., 2013). Poslední stádium zahrnuje paliativní péči pro pacienty, kteří se nacházejí v terminálně paliativní fázi. Objevovat se mohou obavy, strach a úzkosti z neznámého procesu umírání a smrti. Pacienti se soustředí na zvládnutí symptomů nemoci a nepříznivých tělesných komplikací, jako je bolest či omezení tělesných funkcí. Zvládnutí emocí a pocitů s touto fází spojených napomáhá individuální terapie, podpora rodiny či paliativní péče (Tschuschke, 2004).

### **3.3 Psychické přizpůsobení**

Přizpůsobení se na onemocnění je komplexním, dlouhodobým procesem, na který má vliv řada vnitřních a vnějších faktorů. Teoretické koncepce, které se tímto zabývají, jsou vzhledem k vysoké individualitě jednotlivců a jejich onemocnění, velmi obecné a komplexní (Stewart et al., 2004).

#### **3.3.1 Adaptace**

Ve chvíli, kdy je pacient informován o přítomnosti onkologického onemocnění, začíná v něm probíhat proces adaptace na tuto zásadní událost. Jedná se o dynamický proces, který se v průběhu času proměňuje a je ovlivněn rozličnými životními okolnostmi a různými

situačními proměnnými. Zajisté je podstatné, jakým způsobem léčba pacienta probíhá, jaké má dopady na jeho každodenní fungování a jak je léčba u pacienta efektivní a účinná. Jochmanová a kol. (2021) uvádí, že se jedná o dlouhodobý proces, ve kterém se jedinec snaží o přizpůsobení k onemocnění, léčbě a změnám plynoucím z této situace. Jedná se o období, jež je náročné také pro rodinu, příbuzné a blízké osoby pacienta. V tomto okamžiku jedinec využívá své zvládací strategie. Současně je tento proces náročným právě proto, že zátěž, která je na člověka kladená, přesahuje běžný rámec zátěžových situací, na které se již člověk adaptoval či jim čelil. Mnohdy je nezbytné hledat nové způsoby, jak se s onemocněním a jeho dopady vyrovnat, jak neztrácet naději a udržovat si smysl svého života. Součástí procesu adaptace je subjektivní chápání onemocnění pacienta. Tento obraz nemoci nese kognitivní, afektivní a konativní dimenzi. Kognitivní oblast je spojena s interpretací, hodnocením vnímaných symptomů léčby či s různými představami a myšlenkami. Afektivní složka je spojena s emocionálním prožíváním onemocnění a léčby. Konativní část zahrnuje konkrétní chování jedince v rámci své diagnózy (Gurková, 2017).

Existuje několik modelů, které vysvětlují a predikují jednání jedinců vzhledem k jejich zdraví, potažmo onemocnění. V případě těch nejznámějších, jako je model přesvědčení o zdraví (*Health Belief Model*), dochází k zaměření se pouze na akutní stav pacienta a opomíjení jeho emocionální složky (Jochmanová et al., 2021). Model, který zohledňuje afektivní složky při reakcích na onemocnění, je Leventhalův seberegulační model. Hodnocení pacientova stavu a jeho chování směrem k léčbě určují reprezentace nemoci, které jsou složeny z kognitivních a emocionálních reprezentací. Je prezentováno 6 atributů, které reprezentují vlastní perspektivu pacienta nad nemocí.

1. Identita, název hrozby – Zahrnuje pojmenování onemocnění.
2. Časová osa – Uvádí, zda se jedná o onemocnění akutní, chronické, cyklické a podobně.
3. Následky, důsledky hrozby – Popisují dané následky a hodnotí v jaké jsou míře.
4. Příčina hrozby – dědičná, vnitřní, vnější.
5. Kontrola/léčba – Zkoumá možnosti, zda je možné něco udělat, aby byla nemoc zvládnuta.
6. Souvislost s nemocí – Reflektuje, zda pacient s přemýšlí o onemocnění v souvislostech (Diefenbach & Leventhal, 1996)

Pacientova přesvědčení se v čase mění, velký vliv má na ně interakce s ošetřujícím lékařem, což vede k lepší spolupráci, komplianci. Pokud dojde k rozporu mezi pacientem a lékařem, dochází ke stavu nespolupráce.

Pacientova přesvědčení se v čase mění. Veliký vliv na ně mívá interakce s ošetřujícím lékařem, což vede k lepší spolupráci, komplianci. Pokud dochází k rozporu mezi pacientem a lékařem, může tento průběh vyústit ve stav nespolupráce ze strany pacienta. Nekompliance souvisí také s mylnými představami pacienta o onemocnění či s nepatrnými neúspěchy léčby (Jániš, 2012). Dotazník IPQ-R z roku 1996 a revize z roku 2002 patří mezi nejpoužívanější dotazníky, které vychází ze Leventhalova seberegulačního modelu. Autoři revidované verze dotazníku Moss-Moriss a kol. (2002) se jeho prostřednictvím snaží poskytnout komplexnější hodnocení vnímání pacientova onemocnění, avšak poukazují na to, že se dílčí škály ve své přínosnosti liší v závislosti na typu onemocnění. Dotazník obsahuje 3 samostatné hodnotící části – škála identity, škála přisuzovaných příčin a škála pojetí nemoci. Škála identity (*The Identity scale*) obsahuje 14 položek, ve kterých mapuje pociťované příznaky onemocnění. Škála přisuzovaných příčin (*The Causal attribution scale*) má 18 položek a zabývá se příčinami, které souvisí s onemocněním. Škála pojetí nemoci (*The beliefs scale*) obsahuje 38 položek, které se zaměřují na osobní názory pacienta na onemocnění. Dohromady dotazník obsahuje 70 položek (Oudin Doglioni et al., 2022). Existuje i česká verze tohoto dotazníku s názvem Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci (IPQ-R-CZ), který má zpracovanou i zkrácenou verzi originálu o 20 položkách (Mareš & Ježek, 2012).

Přístup nemocného ke skutečnosti onemocnění se stává zásadním faktorem v procesu adaptace na onemocnění a léčbu. Aktivní přístup pacienta, díky kterému se zapojuje do léčby, má výrazný vliv na dobré přizpůsobení se situaci zejména v prvních dvou letech léčby. Pokud je však přístup odmítavý a pacient se vzdá naděje na vyléčení, je na místě také vhodná psychologická či psychiatrická podpora (Tschuschke, 2004). I přes přítomnost závažné nemoci a mnohdy život ohrožující situaci, která je provázena obrovskou mírou stresu a potíží, může onemocnění a jeho léčba přinést do života člověka i některé pozitivní změny. Seiler a Jenewein (2019) v kontextu procesu adaptace zmiňují lidskou odolnost, resilienci. Jedná se o schopnost jedince udržet relativně stabilní psychické a fyzické fungování v případech, kdy je konfrontován s nepřízní osudu. V rámci výzkumu zjišťovali, jaké faktory resilienci posilují a naopak oslabují. Cesty, které vedou k odolnosti a příznivým výsledkům léčby pacientů jsou individuální. Výzkumníci poukázali na výrazný vliv

osobnostních charakteristik jedinců, jejich zvládací mechanismy, přítomnost naděje a optimismu, vliv prostředí jedince, zejména přítomnost sociální podpory.

### 3.3.2 Copingové strategie

Proces adaptace na diagnózu onkologického onemocnění je velmi náročný. Vyžaduje zvládnutí změn v každodenním životě, včetně emocionálních výzev spojených s nejistotou a obavami o své zdraví a celkově o budoucnost. Tato zásadní situace představuje pro pacienty značnou zátěž a stres. Aby se jedinci s takovými to stresovými situacemi vypořádali, využívají copingové strategie. Jedná se o postupy, myšlenkové procesy nebo chování, které slouží ke zvládnutí vnitřních a vnějších stresových situací. Na rozdíl od obranných mechanismů se jedná o aktivní a uvědomovaný proces (Algorani & Gupta, 2024)

Tyto strategie mohou být adaptivní a maladaptivní. Adaptivními copingovými strategiemi jsou považovány takové, které se vztahují k efektivnímu a pozitivnímu vyrovnání se se situací. Mezi maladaptivní copingové strategie řadíme ty, které jsou hodnoceny spíše negativně, dysfunkčně nebo jsou neefektivní (Nipp et al., 2016). Na vznik a rozvoj adaptivních a maladaptivních strategií má vliv řada proměnných, včetně situačních faktorů, typu stresoru či osobnostních faktorů.

Mezi nejcitovanější autory zabývající se copingovými strategiemi patří Lazarus a Folkmanová (1984). Rozlišují copingové strategie zaměřené na problém (*problem-focused coping*) a na emoce (*emotion-focused coping*). Strategie zaměřené na problém se soustředí na řešení problémů souvisejících s vyvolaným stresem. Aktivně se snaží o konstruktivní řešení situace, při nichž jsou využívány metody jako je analýza problému, plánování či aktivní zvládnutí. Strategie zaměřené na emoce se orientují na zvládnutí a regulaci emocionálního stavu, snížení negativních emocí, jež s tímto stresem souvisí. Jedná se například o přijetí situace, humor nebo obrácení se k náboženství. To, jakou strategii jedinec v stresové situaci zvolí, záleží na způsobu hodnocení situace, jedná se o model dvojího zhodnocení. Primární hodnocení posuzuje, jaký význam má daný stresor, respektive zda se jedná o hrozbu, výzvu či ztrátu. Sekundární hodnocení souvisí s postupy zvládnutí a zdroji zvládnutí (Berjot & Gillet, 2011). Později se k těmto strategiím přidaly další kategorie související s hledáním opory. Při jejím využití dochází ke snižování stresu, pomocí vyhledání podpory v kontextu sociálních interakcí. Poslední kategorií je zaměření na únik, který zahrnuje denní snění, užívání návykových látek či spánek (Algorani & Gupta, 2023).

Rozdělení copingových strategií se však mezi autory liší. Nedostatkem shody mezi strukturou jednotlivých koncepcí copingu se zabývala Skinnerová a kol. (2003). Svým výzkumem chtěli výzkumníci upozornit na nutnost diskuse nad integrací jednotlivých koncepcí. Provedli metaanalýzu, která popsala přes 400 způsobů copingových strategií. Ty nejčastěji zmiňované na základě daných kritérií zhodnotili a v rámci výsledků výzkumu se jevíly jako nedostatečné. Skinnerová vytvořila nový systém kategorizace copingových strategií, který obsahuje sedm základních kritérií, jimž podléhají. Výsledek je hierarchické rozdělení těchto strategií od obecného konceptu ke konkrétním postupům. Jaké obecné jsou zde *Coping Families*, které představují homogenní soubor, který se dále rozšiřuje na *Ways of coping* neboli způsoby zvládání. *Coping Instances* jsou konkrétní činnosti, které jedinec dělá, aby se vyrovnal se stresem (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Výzkumníci Bradford a kol. (2022) prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zkoumali copingové strategie onkologických pacientů po celou dobu jejich léčby. Hlavními identifikovanými strategiemi bylo hledání podpory, vyhýbání se negativním jevům, udržení pozitivního přístupu a vytváření významů. Během léčby byly často využívány strategie, jako je vyhledávání podpory, soustředění se na přítomnost a vyhýbání se negativním jevům. Po léčbě se uplatňovalo plánování budoucnosti a vyhýbání se opětovným traumatizujícím situacím. Dle výsledků studie nejnáročnějším obdobím pro pacienty bylo stanovení diagnózy, kde využívali nejvíce copingových strategií, a druhým zátěžovým obdobím byla fáze po léčbě. Mladí lidé využívali různé aktivní mechanismy zvládání, které se adaptují na měnící se stresory a zdroje podpory. Během léčby bylo častým prvkem vyhledávání podpory od rodiny a zdravotníků, kognitivní restrukturalizace a vyhýbání se negativním jevům. Po léčbě bylo důležité plánování budoucnosti a udržení pozitivního naladění.

Studie Arthura a kol. (2012) vymezila tři klíčové metody, jak čelit onkologické diagnóze. Provedli 23 rozhovorů, které čítaly 14 uživatelů nekonvenčních metod. Ostatní účastníci výzkumu tyto metody nevyužívali. Cílem bylo porozumět využívání těchto metod mezi onkologickými pacienty. Mezi uživateli nekonvenčních metod byly jako nejčastěji užívané strategie zvládání popsány konfrontační, podpůrné a optimistické cesty k čelení jejich onemocnění. Konfrontační strategie zahrnovaly aktivní hledání možností léčby, včetně zkoušení dosud neznámých metod. Tímto docházelo k redukci negativního prožívání nemoci. Podpůrné strategie, tvořeny z mnoha zdrojů opory, čítaly důležitost podpory rodiny a blízkého okolí. Zmiňováno zde bylo také vyhledání podpory ze strany podpůrných skupin a třetích stran, kterými mohou být i léčitelé. Optimistické zvládání

představovalo nastavení pozitivního přístupu k situaci a snahu o nahlížení na onemocnění z lepšího úhlu pohledu. Na základě této studie autoři vnímají rozdíl u neuživatelů nekonvenčních metod, u nichž byly využívány spíše vyhýbavé metody zvládnání.

### 3.4 Některé intrapsychické proměnné

Přítomnost onkologického onemocnění člověka nezbytně konfrontuje s jeho limity, kdy se setkává se svou zranitelností a mnohdy se strachem z definitivního konce života a jeho dopadu na blízké okolí. Přijetí a zpracování nemoci je záležitostí ryze individuální a obvykle vyžaduje svůj čas. Nicméně společným rysem je, že nemoc mívá zásadní dopad na člověka a ovlivňuje v dané době způsob jeho života a fungování.

#### 3.4.1 Kvalita života pacientů

Definovat pojem kvalita života je dle mnoha autorů obtížným úkolem. Důvodem je její multidimenzionální zaměření, kdy prochází různými sférami, jako je ekonomická, sociální či psychologická. Tento problém bychom mohli popsat jako oborovou různost, protože neexistuje její univerzální vysvětlení (Mareš, 2006). Vondra a Malý (2003) vnímají životní spokojenost jako jedincovo hodnocení svého prožívání v životě, nakolik jsou jeho představy a přání v souladu s tím, co si může dovolit či smět a zda dokáže žít optimálně ve společnosti. Hodnocení ke zdraví, spojené s pojmem *Health – Related Quality of Life* (HQRL), posuzuje kvalitu života na základě zdravotního stavu jedince. Jedná se o koncept, který pomáhá lépe porozumět dopadu léčby a nemoci na život pacienta (Gurková, 2012). Při stanovení diagnózy onkologického onemocnění dochází k náhlé potřebě přizpůsobit se novým zdravotním omezením či doporučením lékařů, čímž dochází k zásahu běžného fungování jedince, což ovlivňuje jeho dosavadní kvalitu života.

Dle International Wellbeing Group (2013) rozlišujeme subjektivní a objektivní rozměr kvality života. Subjektivní hodnocení souvisí se třemi základními hodnoceními kvality života. Jimi jsou kognitivní reflexe, emocionální prožívání vlastního života a individuální hodnocení vlastního zdravotního stavu. Objektivní stránku hodnocení tvoří vnější vlivy a prostředí, ve kterém jedinec působí (Paulík, 2017). Na základě toho se v psychologii využívají pojmy subjektivní duševní pohoda (*subjective well-being*, SWB) a pohoda (*well-being*). Dochází k rozdílným interpretacím těchto pojmů. Pojem *well-being* může působit více komplexněji, načež přívlastek subjektivní může vymezovat pouze určitou

dimenzi konceptu. Avšak Gurková (2012) upozorňuje na to, že je mnozí autoři využívají ekvivalentně.

Nejvýraznější faktory, které ovlivňují kvalitu života onkologicky nemocných pacientů, jsou spojeny s jejich zdravotním stavem. Studie Sharma a kol. (2017) využila ke zjištění těchto faktorů dotazník EORTC, přesněji jeho modul pro karcinom prsu. Ten obsahuje 30 položek zaměřených na různé aspekty vlivů onkologického onemocnění na kvalitu života. Studie byla provedena u 60 pacientek, které prodělaly karcinom prsu a prošly si radioterapií. Výsledky studie poukázaly na to, že mezi nejvýraznější faktory, které kvalitu života ovlivňují, patří stádium onemocnění a věk. Pacientky v pokročilém stadiu onemocnění vykazovaly nejnižší testové skóre, tudíž výzkumníci konstatují, že pokročilá stádia onemocnění vedou k horším výsledkům testu kvality života. Ženy ve věku od 30 do 39 let vykazovaly ve srovnání se staršími věkovými skupinami výrazně horší výsledky testu. Mladší pacientky se také více obávaly své budoucnosti. Aspektem, který podporuje vyšší skóre kvality života, je psychologická a finanční podpora pacientů. Stejný dotazník využila studie Heydarnejada a kol. (2011), která u 200 pacientů, kteří procházeli chemoterapií, zjistila, že významný vliv na hodnocení kvality života má typ daného nádorového onemocnění.

### **3.4.2 Změny v životě onkologických pacientů**

Onkologické onemocnění přináší do života pacientů rozsáhlé změny. Zažívají určitou zdravotní nepohodu, jež se vždy týká celého člověka. Pro zdravotní nepohodu je charakteristické, že člověku ztěžuje dosahování cílů, které si před sebe vytyčil (Křivohlavý, 2002). Lze říci, že se téměř každý člověk v průběhu nemoci dostává do stavů nejistot, chaosu či krize, které jsou zcela pochopitelné. Typickými tělesnými reakcemi na krizi jsou pocity napětí, bolesti a změny ve schopnosti cítit v nejrůznějších částech těla. Může dojít k omezení fyziologických procesů, narušení dechu a pocitu tělesného schématu. Stejně tak se v průběhu léčby nemocný může setkat s různou intenzitou bolesti, kterou potřebuje zvládnout. Není neobvyklé, že v rovině kognitivní lidé bývají zaplaveni mnoha pesimistickými myšlenkami, od nichž se hůře odklánějí, mívají negativní představy o budoucnosti, často i katastrofického rázu. Jejich prožívání bývá rozkolísané, sycené spektrem negativně prožívaných emocí od úzkosti, strachu, děsu, nejistoty, v některých fázích mohou prožívat vztek, zlobu, smutek a zklamání (Vodáčková, 2020).



Bhattacharjee (2013) uvádí, že v pokročilých stádiích onemocnění se můžeme setkat s projevy úzkosti, izolace, hněvu, s depresí či negativním vnímáním vlastní osoby. Emoční rozrušení a stres se tak stávají běžnými zkušenostmi, které pacienti prožívají. Mezi klíčové výzvy v životě jednotlivce s onkologickým onemocněním patří strach z úmrtí, přerušení plánů do budoucna, změny v tělesném vnímání, proměny sebeúcty, změny v sociální roli a v životním stylu. Dle Vymětala (2003) dochází v některých případech k narušení sebepojetí. Sebepojetí je vytvářeno kognitivní a emoční stránkou. Tvoří jej vztah k sobě samému, přesvědčení o sobě samém a co si o sobě představují, jak se prožívají a hodnotí. Byl proveden výzkum výzkumným týmem Bhattacharjee (2013), který zjišťoval míru sebepojetí u onkologických pacientů. Výzkumná skupina čítala 200 respondentů tvořených z 100 onkologických pacientů a 100 zdravých jedinců s rovnoměrným zastoupením žen a mužů. Na základě škály sebepojetí (*Self Concept Scale*) o 51 položkách, bylo zjištěno, že onkologičtí pacienti vykazují výrazně nižší míru sebepojetí než zdraví jedinci, kteří se výzkumu účastnili. Dále se ukázalo, že nízké sebepojetí vykazovaly pacientky oproti jejich mužským protějškům.

Je pochopitelné, že v kontextu onemocnění jsou kladeny rovněž nároky na okolí nemocného a jeho mezilidské vztahy. Rodina, partneři a přátelé mohou být vystaveni novým rolím a očekáváním, což může vést k emocionálnímu napětí. Stejně tak může docházet k přehodnocování některých dosavadních vztahů nemocného, kdy na základě interakcí s druhými si člověk lépe uvědomí, s kým si je blízký i v náročné chvíli a kdo mu je skutečnou oporou. Právě sociální opora poskytuje emocionální a duševní podporu, zvyšuje resilienci a naději pacientů při takto nepříznivých situacích (Vartak, 2015).

Onkologické onemocnění často přispívá ke změnám v hodnotovém systému samotného pacienta, tak i jeho blízkých. Lidé si více začnou uvědomovat, co je pro ně v životě podstatné, na čem už nemusí tolik lpět, nezřídka u nich dochází ke změnám v jejich dosavadních plánech, přáních a začnou se zaměřovat na nové a jiné věci. Vedle toho mohou onkologická onemocnění způsobit drobné či zásadní změny v životním stylu jedince (Baštecká, 2003). Lidé si mnohdy začnou více uvědomovat, jak důležitou hodnotu zdraví představuje a jak si jej chtějí chránit a udržet.

Lidé s onkologickým onemocněním se v průběhu nemoci pochopitelně setkávají se svou obrovskou touhou po životě, se svou vnitřní odvahou a odhodláním s nemocí bojovat, což paralelně častokrát obnáší zvládání nepříjemných aspektů léčby. Stejně tak i přes

všechny těžkosti závažné nemoci se člověk může setkávat s pozitivními momenty a poznáními. To bývá ovlivněné také tím, jak člověk svou nemoc zpracovává, ve které fázi nemoci a léčby se nachází a zdali léčba přináší pozitivní výsledky.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V posledních letech stále více onkologických pacientů volí nekonvenční léčebné metody při léčbě onkologického onemocnění (Jones et al., 2019). Tyto postupy bývají užívány buďto komplementárně, jako doplněk standardní léčby, nebo alternativně, jako plná náhrada konvenční léčby nekonvenčními postupy, kdy se pacient zcela odkloní od doporučovaných postupů lékařů.

Užívání nekonvenčních léčebných metod otevírá řadu otázek ohledně faktorů, které se podílejí na rozhodování pacientů volit kromě medicínských postupů právě tyto způsoby léčby. Odpovědi na tyto otázky se jeví být zajímavými právě proto, že u medicínských postupů je uplatňována celá řada odborných a diagnostických metod na základě vědeckého poznání, respektující stav pacienta a v praxi se opírající o široké odborné znalosti lékařů. Přes tyto skutečnosti je léčebným trendem u onkologických pacientů využít i nekonvenční postupy, které však nemají silný či zcela žádný vědecký podklad. Odpovědi na tyto otázky mohou být prospěšnými z důvodu, že mohou lépe ilustrovat, co je pro pacienty důležité při jejich léčbě.

Přístup jedince k jeho onkologickému onemocnění a léčbě má podstatný dopad na jeho zdraví, progresi či naopak zastavení nemoci a celkovou kvalitu života v jeho různých dimenzích. Zjištění, že někteří pacienti vyhledávají nekonvenční léčebné metody, které nejsou součástí formálního zdravotnického systému, představuje jev, který si jistě zaslouží pozornost a prozkoumání. Je pravděpodobné, že tato skutečnost odráží u člověka potřebu individuálního přístupu k léčbě, současně také může naznačovat snahu pacientů o vyrovnání se se svou situací, během které hledají další možnosti, o nichž se domnívají, že by mohly komplementárně nebo substitučně posílit jejich léčebný plán.

### 4.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Prostřednictvím kvalitativního přístupu, který zohledňuje subjektivní zkušenosti onkologických pacientů s využitím rozdílných nekonvenčních metod, nelze dojít k obecné interpretaci celé populace. Cílem této práce je hlouběji proniknout do subjektivních zkušeností onkologických pacientů, kteří využili nekonvenční metody léčby. S výrazem hlubšího porozumění se zaměřujeme na prozkoumání a popsání jednotlivých příběhů

ovlivněných použitou metodologií. Dalším cílem je zmapovat faktory, které formují rozhodnutí pacientů volit nekonvenční léčbu. Prostřednictvím tohoto zkoumání bychom chtěli lépe porozumět rozdílům, které onkologičtí pacienti vnímají mezi konvenční a nekonvenční léčbou.

Na základě výzkumných cílů práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Tyto otázky byly následně zpracovány pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Pomocí těchto otázek lze detailněji prozkoumat zkušenosti onkologických pacientů s nekonvenční léčbou a popsat jejich vnímání léčby nádorových onemocnění.

Byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaké jsou zkušenosti onkologických pacientů, kteří se rozhodli pro využití nekonvenční léčby?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jak pacienti interpretují význam nekonvenční léčby v rámci celkové léčby svého onkologického onemocnění?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaké faktory pacienti považují za klíčové při rozhodování pro nekonvenční léčbu?

**Výzkumná otázka č. 4:** Jak pacienti vnímají rozdíly mezi konvenční a nekonvenční léčbou v souvislosti s onkologickým onemocněním?

## 5 APLIKOVANÁ METODIKA

V rámci této studie byl upřednostněn kvalitativní přístup v souladu se stanovenými cíli a výzkumnými otázkami. Tento design přináší hluboký vhled do aspektů zkoumané problematiky a umožňuje interpretaci takových dat, které nelze kvantifikovat. Síla tohoto designu spočívá ve schopnosti zachytit neopakovatelnost a jedinečnost zkušeností participantů, což usnadňuje zkoumání dynamických procesů v průběhu času. Práce s kvalitativními daty umožňuje hlubší reflexi zkoumaných aspektů z vnějšího i vnitřního pohledu účastníků výzkumu (Miovský, 2006). Tento přístup nabízí možnost zachytit nuance a kontext, které by mohly uniknout v rámci kvantitativního výzkumu, a tím přispívá k celkovému porozumění sledované problematiky.

Jako specifický typ kvalitativního výzkumu byla zvolena případová studie. Tato metodologie umožňuje detailně a komplexně zkoumat jednotlivé případy, což je v tomto kontextu klíčové pro porozumění zkušeností a vymezení faktorů, které měly vliv na rozhodnutí participantů. Dle Ferjenčíka (2010) takto můžeme zachytit potřebné detaily a objevit často přehlížené skutečnosti. Cílem práce je hloubkově porozumět autentické zkušenosti onkologických pacientů s nekonvenčními metodami léčby. Kostínková a Čermák (2013) uvádí, že se jedná o typ výzkumu, který přináší obraz jedince ve specifickém kontextu, který umožňuje zaměřit se také na dílčí aspekty dané zkušenosti. Na základě potřeby zachytit tento jev byla případová studie zvolena jako vhodná metoda.

### 5.1 Metody získávání dat

Hlavní metodou tvorby výzkumných dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006) uvádí, že jeho provedení předchází tvorba schématu, kterým se výzkumník musí řídit. Jedná se o okruhy otázek, jejichž pořadí lze během rozhovoru zaměňovat. Míra strukturace je závislá na typu otázek, u některých se setkáme s dbáním na nutnou plně strukturovanou formu a u jiných není nutné se držet striktního znění dané otázky. Snažíme se o zachycení plného významu odpovědi, tudíž je namístě dotazování na přiblížení odpovědi.

U schématu rozhovoru vycházíme ze struktury Ferjenčíka (2010). Úvodní fáze rozhovoru byla otevřena prostřednictvím poděkování o účasti a hovorem o obecných

informacích spojených se zkoumáním. Nutné bylo vysvětlit cíle, význam výzkumu a zodpovědět možné nejasnosti před samotným zahájením. V úvodní otázce rozhovoru měli účastníci reflektovat jejich zkušenost s onkologickým onemocněním, včetně využití nekonvenční léčby. Ve snaze pozvolně a plynule přejít do jádra rozhovoru, následovaly otázky, které odpovídaly předem danému schématu polostrukturovaného rozhovoru a teoretické části práce. Dohromady byl rozhovor tvořen 12 otázkami, které byly dále rozvinuty podotázkou. Snažili jsme se o zachycení zkušeností účastníků s nekonvenční léčbou pomocí reflektování prožitků, emocí a vzpomínek, které se k tématu pojí. Závěrem bylo interview proloženo sumarizací získaných informací tak, aby bylo dosaženo optimálního porozumění autentické zkušenosti účastníka. Prostor byl také dán pro závěrečný komentář odpovídajícího a možnosti pro sdělení zpětné vazby. Samozřejmě bylo také ocenění ochoty účastníka účastnit se výzkumu.

Účastníci výzkumu byli z různých koutů České republiky. Volba data a hodiny provedení rozhovoru byla ponechána na jejich časových možnostech. U 4 účastníků byl proveden rozhovor v on-line prostředí, z důvodu jednodušších logistických důvodů. U dvou účastníků jsme se setkali v prostředí jejich domova. U zbytku účastníků jsme se setkali v prostředí kavárny. Před započítáním rozhovoru byli účastníci seznámeni s účelem výzkumu. Dále jim byly předloženy informované souhlasy, které si účastníci v klidu pročetli a následně jej podepsali. U účastníků, se kterými byl rozhovor proveden v on-line prostředí, byl obsah informovaného souhlasu přečten před započítáním rozhovoru, následně byl udělen slovní souhlas. Dále byl souhlas odeslán na adresu účastníka s prosbou o jeho zpětně odeslání. Předznamenaná doba rozhovoru byla v rozmezí mezi 45–60 minutami. Výsledná průměrná doba trvání rozhovoru byla 43 minut. Nejdelší rozhovor měl délku 61 minut. Sběr dat probíhal od října roku 2023 do února 2024.

## **5.2 Metody zpracování dat a analýza dat**

Jako metoda analýzy dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Tato metoda se soustředí na popis a porozumění zkušenosti jedince. Vzhledem k našim výzkumným cílům se jedná o vhodnou metodu, která nám pomáhá pochopit, které faktory a příčiny ovlivňují jedincovu zkušenost a jeho vnímání dané události (Kostínková & Čermák, 2013). IPA umožňuje výzkumníkovi proniknout pod povrch prezentovaných informací a nalézt hlubší významy, které mohou být klíčové pro pochopení psychologických faktorů ovlivňujících volbu nekonvenční léčby u onkologických pacientů.

Rozhovory byly nahrávány se souhlasem participantů na diktafon mobilního telefonu, který byl vhodně umístěn tak, aby bylo zajištěno kvalitní sejmутí zvukové nahrávky. Pro zaznamenávání poznámek z pozorování byl k dispozici také papír a tužka. Následně byla nahrávka uložena na cloudovém úložišti, které představovalo zálohované místo v případě poškození původního nahrávacího zařízení. Rozhovory byli přepsány pomocí Sonix.ai. Po transkripci následovala úprava dat, které program zpracoval, a to včetně čištění od výplňových slov a informací, které s tématem nesouvisely. Důvodem této redukce bylo usnadnění následné práce s textem.

Kostínková a Čermák (2013) popisují proces samotné analýzy v několika krocích. Těmito body jsme se v průběhu analýzy drželi. Před započítím výzkumu je nutné reflektovat, jaký vztah k danému výzkumnému tématu máme. Tomuto bodu je věnována pozornost v následující kapitole. Dalším krokem je opakované čtení, které slouží k tomu, aby se respondentova výpověď stala primárním zaměřením výzkumníka. Dále nastává část kódování informací, které jsou v rozhovoru obsaženy. Výzkumník by se měl zaměřit na všechny detaily výpovědi. Díky tomu nalézáme to, co je v textu významné. Nasedá fáze redukce objemu kódovaných dat do podoby vznikajících témat. Zde přechází v pozornost interpretace výzkumníka, který data organizuje. Nepracuje se již s výpověďmi, ale se samotnými kódy. Pokud dojde k formulaci daných témat na základě předchozího kroku, můžeme hledat mezi nimi vzájemná propojení a vztahy. Poté můžeme dojít k analýze dalšího případu. Závěrečná fáze je spojena s nalézáním vzorců mezi jednotlivými příběhy. Tyto vzorce jsou charakteristické svou nadřazeností a větší zmiňovaností oproti jiným tématům.

Pro hledání vzorců jednotlivých výpovědí tzv. kódování byl využití program Atlas.ti. Do programu jsme vložili již přepsané nahrávky, se kterými jsme dále pracovali. K výpovědně hodnotným částem textu byly přiřazeny jednotlivé kódy, které svým názvem vystihovaly danou výpověď (viz. Obrázek č.1). Na základě podobnosti byly tyto kódy zařazeny do zašticujících témat. Díky tomu jsme mohli nalézt jednotlivé souvislosti se zkoumaným fenoménem.





Obrázek č. 1: Ukázka kódování rozhovorů v program Atlas.ti

## 5.3 Reflexe výzkumníka

Pro úspěšnou práci s IPA je vhodné, aby výzkumník zaujal fenomenologickou perspektivu. Klíčem je reflektování vztahu výzkumníka ke zkoumanému tématu, včetně uvedení důvodu pro zaměření na danou problematiku. Pro dosažení tohoto cíle je užitečné provést reflexi vlastních zkušeností, což slouží k uvědomění si vlastní role při interpretaci a analýze dat (Kostínková & Čermák, 2013).

Hlavní motivací pro výběr tohoto tématu, byl zvyšující se výskyt diagnózy onkologického onemocnění v mém úzkém okolí. Konfrontace s touto situací přináší vnímání mnoha změn u samotného nemocného jedince, ale také u jeho blízkých, jako je rodina a přátelé. Přestože jsem byla obeznámena s reakcemi svého okolí, které bych charakterizovala jako silně racionální, bylo pro mě zajímavým jevem sledovat, jak si lidé začínají vyhledávat informace o některých nekonvenčních přístupech léčby. Domnívám se, že je zcela přirozenou reakcí jedince v této situaci mobilizovat veškeré své síly a pro své vyléčení vyhledat a vyzkoušet všechny dostupné cesty. Toto rozhodnutí a snahu hledat další zdroje v tak nelehkém období, vnímám jako zrcadlo lidské touhy po životě a vnitřní síly vykonat maximum pro podporu svého zdraví. V současné době však žádná ze zmiňovaných osob neprožívá akutní stav svého onemocnění a nachází se v době stabilizace. Tudíž by se dalo konstatovat, že při rozhovorech dokážu zaujmout roli pozorovatele, vyhnout se protipřenosovým procesům a svou vlastní interpretaci neovlivňovat výsledky výzkumu. Celkově mě tato zkušenost přiměla k hlubšímu porozumění komplexnosti onkologického onemocnění a jeho dopadu na jednotlivce a jejich blízké.

## 6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Vzhledem k tomu zvolený přístup IPA využívá idiografické strategie, které se zaměřují na konkrétní, specifické, individuální aspekty zkoumaného. Tato skutečnost je úzce spojena s velikostí výzkumného souboru, který je pro danou analýzu vhodný. Eatough a Smith (2017) uvádí, že velikost vzorků je ovlivněna mnoha faktory jako je například bohatost jednotlivých příběhů, různá praktická omezení nebo síla odhodlání příběh sdílet. Autoři dále uvádí, že vhodnými pro tuto analýzu jsou spíše menší vzorky účastníků. Kostínková a Čermák (2013) považují za vhodný počet účastníků pro výzkumy diplomových prací 3-6 participantů.

Výzkumný soubor této práce se zaměřil na onkologické pacienty, u kterých jsme nedefinovali aktuální zdravotní stav, respektive, zdali se nachází ve stavu léčby, remise či vyléčení. Důvodem bylo zachycení, co nejširšího spektra zkušeností. Klíčovým kritériem bylo využívání nekonvenčních metod léčby, které dále nebyly specifikované, z důvodu snahy o zahrnutí co nejvíce účastníků. Kritéria pro zařazení do studie zahrnovala věk nad 18 let. Vzhledem k povaze zkoumaného problému byla pozornost soustředěná na naplnění charakteristik výzkumu, a nikoli na dosažení genderového vyvážení. Celkový věkový rozsah účastníků se pohyboval od 37 do 72 let, což přispělo k diverzitě a bohatství získaných perspektiv v rámci studie.

Vévodová a Ivanová (2015) uvádí, že metoda výběru výzkumného souboru, by měla být ve vztahu dosažení saturace s danými cíli výzkumu. Vzhledem k této skutečnosti byla zvolena jako vhodná strategie záměrný výběr, jež byl přizpůsoben potřebám a charakteristikám studie. Oslovení participantů bylo realizováno prostřednictvím několika cest. Jedním ze způsobů vyhledávání bylo oslovení skrze facebookové skupiny, jež se zajímaly o léčbu různých onemocnění alternativními metodami. Zde byl umístěn příspěvek, který inzeroval možnost o participaci na výzkumu. Touto cestu jsme získali dva participanty. Na základě umístění stejného příspěvku na osobní sociální síť, jsme navázali kontakt se čtyřmi dalšími respondenty. Jednalo se o blízké mých známých, kteří splňovali podmínky účasti a souhlasili s ní. Dále jsem oslovila skrze emailovou komunikaci lékaře, s prosbou o informování svých respondentů s možností účastnit se rozhovorů. Díky této strategii jsme získali dva participanty. Níže je uveden seznam participantů, včetně jejich pohlaví, věku,

typu onkologické diagnózy a metody nekonvenční léčby, kterou využili. Vzhledem k zachování anonymity participantů, byla všem přidělena smyšlená jména (Tabulka č.1).

<b>Jméno</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Nekonvenční léčba</b>
<b>Laura</b>	Žena	51	Karcinom prsu	Fytoterapie
<b>Lucie</b>	Žena	63	Kolorektální karcinom	Homeopatie, Fytoterapie
<b>Lukáš</b>	Muž	53	Karcinom močového měchýře	TCM
<b>Leontýna</b>	Žena	59	Karcinom tlustého střeva	TCM, Fytoterapie
<b>Leo</b>	Muž	72	Maligní melanom	Biotronická léčba
<b>Lenka</b>	Žena	37	Karcinom vaječníku	Energetická léčba
<b>Luděk</b>	Muž	64	Karcinom prostaty	Fytoterapie
<b>Lída</b>	Žena	42	Karcinom prsu	TCM, Fytoterapie

Tabulka č. 1: Charakteristiky participantů

## 7 ETICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU

Na počátku výzkumu byli participanti seznámeni s cíli výzkumu a jeho účelem. Vzhledem k náročnosti daného tématu měli participanti možnost výzkum kdykoliv přerušit či ukončit. Před začátkem rozhovoru byly poskytnuty podrobnosti ohledně informovaného souhlasu, anonymizace a zpracování dat. V případě udělení souhlasu byl s každým participantem podepsán informovaný souhlas. Jeho struktura je připojena v příloze č. 3. Svým podpisem participanti souhlasili se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon, včetně uchování nahrávky pro následný přepis rozhovoru. Záznamy z rozhovoru byly bezpečně uloženy a bylo pečlivě dbáno na minimalizaci rizika nepovoleného přístupu k citlivým údajům cizích osob. Posléze byly záznamy rozhovorů přepsány za účelem následné analýzy. Po přepsání rozhovorů byl soubor s nahrávkami smazán ze všech zařízení.

Kromě toho byl s každým participantem prodiskutován očekávaný průběh výzkumu a jeho průměrná časová délka. Při navazování kontaktu s participanty byly položeny obecné otázky pro navázání na náročnější témata rozhovoru. Vzhledem k citlivosti dané problematiky tématu rozhovoru byla s participanty prodiskutována jejich účast. Na závěr rozhovoru měli participanti možnost vyjádřit se k jakékoliv části rozhovoru, doplnit svou výpověď či podat zpětnou vazbu. Tím, že dané téma je velmi citlivé, byla sledována nálada a reakce jedince. V případě, že by byl rozhovor pro jedince náročný, byl by přerušen či odložen na jinou dobu.

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následujících kapitolách budou předloženy příběhy participantů výzkumu a následně vymezena klíčová témata, která vyvstala z rozhovorů. Závěr je věnován odpovědím na dané výzkumné otázky.

### 8.1 Příběhy participantů

#### Laura

Paní Laura má 51 let. V její rodinné anamnéze se vyskytoval karcinom prsu, proto preventivně navštěvovala lékaře a podstupovala preventivní mamografická vyšetření. I přesto, že její zdraví bylo průběžně monitorováno, nahmatala si v oblasti prsu bulku. Následovala série vyšetření, která zjišťovala závažnost daného nálezu. Avšak tato doba, která čítala mnoho návštěv odborníků trvala poměrně dlouhou dobu. Z tohoto důvodu hledala paní Laura na internetu různé informace, které se týkaly samotného onemocnění, různých možnostech léčby či léčebných center. Paní Lauru čekala chirurgická léčba a série chemoterapií. Protože však období, kdy čekala na započetí cyklu léčby cytostatiky, bylo poměrně dlouhé, chtěla sama učinit kroky, které by ji pomohly na cestě za uzdravením. Využila zkušenosti své kamarádky, která zkontaktovala léčitelku, jež ji provedla diagnostiku celého těla pomocí zapojených diod. Na základě tohoto procesu dostala bylinné roztoky Joalis, které měla pravidelně užívat. Paní Laura však byla k přístupu léčitelky skeptická, protože léčitelka oznámila, že onkologickým onemocněním netrpí. *„Žádná taková paní mi nebude tvrdit, že jsem si něco vsugerovala. Takže mně bylo jasné, že se nemůžu spolehnout na to, že by prostě mě zachránila ta její léčba, na druhou stranu jsem to brala tak, že jestliže mě ty její kapky pomůžou uklidnit, ať už to je placebo nebo není placebo, tak je brát budu.“* Kapky tedy brala do doby, než začala chemoterapie, která byl úspěšná. V té době kapky vysadila. Paní Laura popisuje svou zkušenost jako hledání všech možných cest, které ji pomohou se uzdravit. *„Beru si z toho, že dokážu zmobilizovat své síly a vyhledat všechny možné cestičky. Jako by se několik pramínek stýkalo do jedné řeky, abych doplula zdárně k cíli.“* Paní Laura považuje konvenční léčbu, jako základ svého léčení, nekonvenční léčba byla tedy na komplementární úrovni. Velkou váhu připisuje také pozitivnímu nastavení

myslí a podpoře ze strany rodiny a přátel. Ze své zkušenosti vnímala jako velice pozitivní, když jí lékař dokázal vyslechnout a pochválit za práci na svém uzdravení.

## **Lucie**

Lucie, 63letá žena, v roce 2016 zjistila v rámci kolonoskopického vyšetření, že má kolorektální karcinom. Proces vyšetření a stanovení postupu léčby byl velice dlouhý. Následovala radioterapie, během které Lucie začala využívat homeopatika. K této léčbě se dostala skrz svou sestru, která s užíváním homeopatik již měla zkušenost. Primárním cílem jejich užívání bylo zvládat následné dopady ozařování. *„Sestra mi vždycky říkala, že mám myslet na něco tak, aby se ten nádor zmenšoval. Tak jsem si vytvořila při těch ozařkách takovou formuli, právě kterou jsem si vždycky říkala.“* Po ukončení ozařování následovaly lékařské kontroly, které zjistily, že nádorová tkáň byla zcela zničena. Dále následovala chemoterapeutická perorální léčba. Luciin stav byl dále monitorován v rámci pravidelných návštěv lékařů a v roce 2020 byla provedena velká kontrola, která přinesla pozitivní výsledky. Od té doby Lucie již časté kontroly nemá. Lucie využívá také fototerapeutická léčiva. *„Já těm bylinkám celkem věřím, a i těm podpůrným léčbám. Já si myslím, že ty bylinky a všechno, že to má dost velký význam kromě psychiky. Takže kdybych věděla ještě o něčem, co je třeba dobré, tak to asi taky začnu brát.“* Od počátku onemocnění pravidelně užívá kapky a tablety kořene pampelišky, které dostala na doporučení svého syna. Hlavní důvodem, který Lucie vidí v užívání bylin a homeopatik, vnímá v pocitu, že dělá něco navíc pro své zdraví. *„Nemyslím si, že dělám pro sebe hodně. Co se týče těch střev tak bych měla držet zdravější stravu. Tak si říkám, že když začnu mít zase problémy, tak zintenzivním pití toho kořene pampelišky. Ale není to zase všelék. Je to spíše pro ten můj pocit, že aspoň něco málo pro sebe dělám ještě navíc.“* Využívání nekonvenční medicíny Lucie vnímá hlavně jako cestu pro podpoření svého zdraví. Primární léčba je pro ni klasická medicína. Avšak současně využívá různé zdroje informací, včetně knížek a zdrojů na internetu, jimiž zjišťuje, jak své zdraví posílit.

## **Lukáš**

Lukášovi je 53 let a v listopadu roku 2019 na základě preventivní prohlídky zjistil, že má nádorové onemocnění močového měchýře. Následovalo chirurgické odstranění nádorové tkáně a chemoterapeutická léčba. V období, kdy probíhala zmíněná operace, bylo české zdravotnictví zasaženo pandemií Covid-19. Z kapacitních důvodů musel Lukáš opustit nemocnici den po chirurgickém výkonu a zotavovat se v domácím prostředí. Při návratu

domů začal pociťovat obrovské bolesti, které nešly utlumit. „*Vzhledem k tomu, že ty bolesti byly tak velké, tak jsem uvítal jakoukoli alternativní pomoc.*“ Lukáš začal navštěvovat léčitelku TCM, která mu provedla diagnostiku celého těla. Hlavním důvodem její návštěvy bylo zmírnit bolest a doprovodné příznaky léčby. Pravidelně docházel na masáže, akupunkturu a akupresuru. Během sezení probírali také přístup Lukáše k léčbě, nastavení pozitivního myšlení a různé zvládací techniky. „*Myslím si, že i psychicky mě to malinko srovnalo, protože mě čekaly další operace, které jsem díky té zkušenosti absolvoval s větším klidem. Věděl jsem, že nějaké řešení prostě v případě nějakých bolestí mám v záloze a vím, jak to zvládnout.*“ Uvolnění od somatických bolestí a posílení zvládacích technik vnímá Lukáš jako hlavní přínos využívání technik TCM. Dále také zmiňuje, že našel někoho, kdo byl ochoten ho vyslechnout, podat pomocnou ruku. Vzhledem k tomu, že Lukáš prochází chemoterapeutickou léčbou, hodnotí návštěvy léčitelky jako doplněk standartní léčby.

### **Leontýna**

Paní Leontýna je 59letá žena, která si prochází rakovinou tlustého střeva. S nemocí se potýká od roku 2019. Momentálně dochází na chemoterapie, má za sebou cyklus ozařování a chirurgické odnětí části tumoru. Když byla seznámena se svou diagnózou byla velice rozrušená a bála se o své zdraví. „*Vůbec jsem s tím nepočítala. Byla jsem ze začátku hodně zaskočená a taková jako vystrašená, v chaosu. Vůbec jsem nevěděla, co mám teď s životem dělat.*“ Po ukončení cyklu chemoterapie, následovala rekonvalescence v domácím prostředí. V té době hledala Leontýna nějakou pomoc, která ji podpoří ve zvládnání onemocnění, jak z hlediska duševní, tak fyzické stránky. Našla si léčitelku TCM, ke které pravidelně docházela na akupunkturu a masáže chodidel. Ve stejné době byla ve spojení s fytoterapeutkou, která ji pomohla se suplementací bylinných látek pro zvládnání vedlejších účinků léčby. Paní Leontýna říká, že v sílu bylin a jejich extraktů věří. Sama uvádí, že k výběru bylin přistupovala racionálně a s odstupem, protože se bála možné interakce s léky. „*Když mi byla doporučena nějaká bylina, tak jsem si to potřebovala ještě sama nastudovat. Jako co to je za bylinu a tak, protože to nemusí dobře reagovat na léčbu v nemocnici.*“ Vnímá, že využití nekonvenční léčby jí bylo nápomocné v lepším zvládnání těžké životní situace, v uvolnění od bolestí spojené s léčbou a v nalezení pomoci. „*Jednoznačně bych řekla, že když si představím, že bych něco neudělala já sama za sebe, tak bych si připadala bezmocná, jako že nic nemůžu ovlivnit.*“ Paní Leontýna považuje jako tu nejcennější zkušenost, kterou v rámci nekonvenční léčby získala, možnost vzít věci do vlastních rukou a vyvinout vlastní iniciativu na cestě pomoci si sama sobě, respektive přispět sama ke

zvládnání nepříznivé situace. Konvenční medicína je však pro Leontýnu zásadní, práce lékařů si velmi cení. Avšak zdůrazňuje, aby lékaři neztracovali jiné cesty pomoci, které si pacienti v takových situacích hledají. *„Myslím, že by měli člověka aspoň vyslechnout, to přece nemůže uškodit, protože jinak se člověk cítí hůř. Pokud však mají podezření na nějaké podezřelé techniky, mají na to upozornit, ale stále by neměli tu iniciativu člověka ztracovat nebo shazovat.“*

## **Leo**

Pan Leo má 72 let. Před pár lety si všiml zvláštního znaménka na své noze a v rámci kožního vyšetření mu byl diagnostikován maligní melanom dolní končetiny. V nemocnici mu byla doporučena operativní a radioterapeutická léčba. Při první operaci nebyla odstraněna celá nádorová tkáň, tudíž v dalších měsících následovaly další operace. Po ukončení radioterapie se pan Leo rehabilitoval v domácím prostředí. Na následných kontrolách mu bylo sděleno, že jeho noha operována a ozařována nadále nebude. Dále mu lékaři sdělili, že jeho zdravotní stav se výrazně zlepšovat nebude. Společně s manželkou navštívili léčebné centrum biotronické léčby pod vedení pana Pfeiffera. Panu Leovi byla přidělena dieta (tzv. dieta Jozefa Zezulky), která vyřazovala z jídelníčku masové výrobky, smažená jídla a podobně. *„Pan Pfeiffer mi tím nastavil lepší životní styl, a to mě připravilo na další život.“* Pan Leo pravidelně jezdí na biotronické sezení, kde léčitel na něho pomocí biotronických technik působí. Hlavní přínos této léčby pan Leo vnímá v tom, že se dostal k osobě, která se mu věnovala a přinesla mu větší duševní uvolnění v rámci své léčby *„Byl jsem rád, že se mi někdo věnuje, vždycky na mě byli moc hodní, vyslechli mě, s čím se trápím a pomohli mi. Ta léčba přispívá hlavně psychice, cítím se líp a opečovaný.“* Výrazným aspektem pro hodnocení své zkušenosti je pro pana Lea přístup pana léčitele, který se mu věnoval s respektem a s ohledem na jeho potřeby *„Když se o mě staral pan Pfeiffer, tak jsem cítil, jak je to příjemný, když člověka léčí odborník. Víte on mi zachránil život.“* Výraznou pomocí pro pana Lea je také psychologická léčba, kterou podstoupil a pomohla mu lépe se přizpůsobit svému onemocnění.

## **Lenka**

Paní Lenka má 37 let. Na konci roku 2010 ji lékaři odhalili nález na vaječniku. Následovala chirurgická terapie, která se však nepodařila. Objevená cysta na vaječniku paní Lence praskla do dutiny břišní. Vzhledem k náročnosti daného stavu, následovalo odnětí části vnitřního pohlavního orgánu. Dále následovala chemoterapeutická léčba, kterou však



paní Lenka nedochodila. „*Bylo to proto, že ta chemoterapie byla hodně náročná a už jsem cítila, že mi to víc ubližuje, než pomáhá.*“ V té době začala hledat někoho, kdo by ji pomohl zvládnout tuto situaci. Dostala se k bioenergetickému léčiteli, se kterým probírala své zdravotnímu potíže a jak s nimi pracovat „*Vlastně mě naučil se zastavit, popřemýšlet, co se stalo a proč se to stalo.*“ Velká část její nekonvenční léčby stála na rozhovorech s léčitелеm. Pan léčitel ke své léčbě využívá tzv. bioaktivní vodu, která má v organismu aktivovat ozdravné procesy. Paní Lenka vidí výraznou pomoc alternativní léčby hlavně z pohledu nastavení mysli, které ji pomohlo odolávat nepříznivým tlakům okolí. „*Alternativní léčba člověka dostane z kolotoče negativních myšlenek. Ale pokud člověk upne na to, že ho uzdraví úplně, tak to taky není správně. Protože alternativní léčba Vám ukáže něco víc, ale člověk musí jít svojí cestou. Do úplného vyléčení musí na sobě pracovat dál sám.*“ Její rozhodnutí vydat se cestou nekonvenční medicíny ovlivnila také zkušenost, kterou měla s lékaři. Při sdělování diagnózy či samotných lékařských rozhovorech velmi často pociťovala absenci empatie.

## **Luděk**

Pan Luděk, 64letý muž, si před pěti lety vyslechl diagnózu karcinomu prostaty. Absolvoval radiologickou a chemoterapeutickou léčbu. Momentálně je ve fázi pozorování, během které dochází na pravidelné kontroly do Fakultní nemocnice. Celý proces určení diagnózy a následné léčby popisuje jako velmi zdlouhavý. Z tohoto důvodu začal zkoumat na internetu různé možnosti, jak svou vlastní cestou přispět k léčbě tohoto onemocnění. Na základě získaných informací a zkušeností ze strany kamarádů, kteří si prošli podobnou situací, začal navštěvovat léčitele, který se zabýval léčbou jmelím. Pravidelně užívá produkty ve formě tinktur. Pan Luděk hledal také osobu, se kterou může mluvit o svých problémech, pocitech a obavách. Osoba léčitele mu tímto nabídla více individuální přístup. „*Léčitel to bere jakoby z toho lidského hlediska a de facto mi vychází vstříc v tom, že si umíme popovídat, věnuje mi víc času a mě to jakoby uklidňuje, protože mám pocit, že někdo se mnou ten můj problém sdílí.*“ Nekonvenční léčbu hodnotí pan Luděk, že je vhodná pro posílení zvládnání dané situace, podporu duševního klidu a zmírňování stresu. Samotný účinek jmelí však nedokáže posoudit. Svou zkušenost sdílel také se svým konvenčním lékařem. Výrazně pozitivně hodnotil přístup lékaře, který s respektem ocenil jeho snahu o podpoření svého duševního zdraví, přestože měl spíše skeptičtější pohled na věc. „*Lékaři toho mají strašně moc. Mají na vás vyhrazený jen určitý čas, což je normální. Takže je*

*přirozené, že si chcete pomoci i jinak s pocitem že úplně ten systém jakoby nezatěžuju. Můžu tak sám něco pro sebe udělat a nebyť závislý vyloženě na lékaři. “*

## **Lída**

Paní Lída, 42letá žena, prošla diagnózou rakoviny prsu. V její rodinně se nejednalo o ojedinělou situaci, tudíž podstupovala pravidelné kontroly, avšak i přes to ji byl objeven nález na pravém prsu. Absolvovala chirurgickou léčbu a léčbu cytostatiky. *„Všechno trvalo dlouho, pořád jsem čekala a přišlo mi, že stojím na místě. Začala jsem hledat jiné cesty, at’ prostě jenom nečekám, kdy mi lékař řekne, co mám dělat.“* V tomto období začala mít paní Lída velké problémy se spánkem, pociťovala výraznou duševní tenzi a byla ve velkém stresu. Z těchto důvodů začala navštěvovat Centrum tradiční čínské medicíny. Hlavním cílem využití nekonvenční léčby bylo zmírnit toto duševní rozpoložení a uvolnit se. *„Nešla jsem tam s tím, aby mě vyléčili. To ne. Ale chtěla jsem mít prostě klid, nějak se uklidnit.“* Paní Lída pravidelně dochází na akupunkturní procedury a bylinná léčení. Sama podle svého uvážení a informací nalezených na internetu užívá bylinné produkty a směsi, pomocí kterých se snaží vypořádávat s různými dopady onemocnění. *„Myslím si, že ale důležité bylo pozastavit se nad tím, co jsem dělala v životě a udělat nějaké změny k lepšímu.“* Přeměnu životního stylu paní Lída považuje jako zásadní změnu, ke které ji dopomohly i nekonvenční léčebné metody. Momentálně dochází na pravidelné kontroly k lékařům a její zdraví je nadále hlídáno. Nekonvenční léčbu, vnímá jako vhodný doplněk k běžné léčbě, který pomáhá jedinci s vypořádáváním se s krizovou situací. Za základní a nutnou léčbu však považuje západní medicínu. Z jejích zkušeností je mnoho lékařů k těmto postupům v kontextu onkologických onemocnění skeptických, ale považuje to za nutné z důvodu závažnosti onemocnění. *„Nejedná se jen o rýmu, je to těžké. Chápu, že jsou doktoři odmítaví, ale myslím si, že jde tyto obavy o různých nefunkčních praktikách sdělovat pacientům empaticky a s respektem.“*

## **8.2 Významná témata**

Výsledkem rozhovorů s participanty jsou data bohatá na informace. Některá témata byla zmiňována výrazně častěji než jiná, okrajová témata. Postup IPA podle Kostínkové a Čermáka (2013) představuje popsání klíčových témat namísto konkrétních případů. Identifikovaná témata jsou představena v tabulce č. 2. Tímto vznikla 4 základní významná témata, která jsou dále rozšířena o podtémata, která se objevovala ve většině rozhovorů

s participanty. Dále jsou uvedeny autentické odpovědi participantů, které dokreslují autentičnost výpovědi.

Hlavní témata	Podtémata
Duševní pohoda	Zdroj uvolnění Zvládání stresu Optimismus, nastavení mysli Změna životního stylu
Sdílení	Pomocná ruka léčitele Zkušenosti ostatních
Pocit kontroly	Hledání informací Vyzkoušet všechny dostupné cesty Vzít věci do svých rukou
Zvládání nemoci	Zvládání vedlejších účinků Doplňek konvenční léčby

Tabulka č. 2: Významná témata

### 8.2.1 Duševní pohoda

Nejvýraznějším identifikovaným tématem, které stojí za využívání nekonvenční léčby u onkologických pacientů, je duševní prožívání a dosažení duševní pohody. Účastníci rozhovoru nejčastěji hovořili o duševní pohodě v kontextu jejího dosažení, vzhledem k tomu, že onkologické onemocnění přináší nepříznivé a stresující aspekty, ovlivňující jak samotného nemocného, tak také jeho okolí.

Nekonvenční léčba představovala pro většinu participantů zdroj určitého uvolnění, a to jak po somatické, tak duševní stránce. Tyto dimenze jsou pro respondenty vzájemně provázané a společně ovlivňují prožívání celého onemocnění. Z pohledu fyzického uvolnění bylo toto téma výrazně vnímáno panem Lukášem, který se potýkal s intenzivní bolestí po chirurgickém zákroku. Paní Leontýna také sdílela, že techniky TCM jí pomáhají zvládat somatické nepříznivé dopady konvenční léčby. Ze strany duševního uvolnění nekonvenční léčbu vnímal jako jeho zdroj pan Leo, který měl zkušenost s praktikem biotronické léčby.

Toto využívání mu přinášelo větší uklidnění, zvládání těžkých okolností onemocnění a pochopení ze strany léčitele. S přínosem klidu a zvládání závažné situace dále souhlasil také pan Luděk a paní Laura. Všichni participanti se vyrovnávali se stresem, který onkologická diagnóza přináší. Využití nekonvenční léčby je právě častým zdrojem zvládání této situace, a to jak z pohledu samotné praktiky, tak i vyslechnutí ze strany léčitele. Paní Laura a Leontýna popisovali jako velký stresor strach ze smrti, vůči kterému se prostřednictvím využití jiných metod postavily.

*„Tehdy jsem se cítil takový stažený, chodil jsem o hůlkách. Jeli jsme do Brna, do toho centra a tam na mě působil pan Pfeiffer. A můj stav se začal zlepšovat, cítil jsem, jak mám v sobě vnitřní uvolnění, že se o mě někdo stará a bylo to příjemné.“* (Leo)

*„Jeden těch důvodů byl prostě strach, abych neumřela. Tak prostě jsem chtěla najít všechny možné metody, a to byla jedna z nich.“* (Laura)

Změna vnímání onemocnění a optimistické nastavení mysli bylo klíčovým tématem u tří participantů. I přes závažnost onemocnění se snažili o vybudování si silného, optimistického postoje, se kterým čelili vnějším tlakům. Paní Lucie zmiňovala v rozhovoru afirmační techniky, které ji pomáhaly vyrovnávat s radiologickou léčbou. S nastavením přístupu ke svému zdraví, včetně jeho duševní stránky, souvisí také podtéma rozhovorů změny životního stylu. Pan Leo zmiňoval, že klíčovým tématem nekonvenční léčby, kterou využil, byla reorganizace životního stylu, včetně přeměny jídelníčku. Paní Lída vidí přispění nekonvenční léčby právě ve změně životního stylu, který po konvenčních metodách absolvovala.

*„Sestra mi vždycky říkala, že mám myslet na něco tak, aby se ten nádor zmenšoval. Tak jsem si vytvořila při těch ozařkách takovou formuli, právě kterou jsem si vždycky říkala.“* (Lucie)

## **8.2.2 Sdílení**

Druhým identifikovaným tématem, které prostupovalo všemi rozhovory, je téma sdílení. Jedná se o zastřešující téma, jež pokrývá dvě významné dimenze, které rozhovory zahrnovaly. Jedna z nich se týká sdílení v rámci zkušeností okolí pacienta, které vztahuje na informace a podporu poskytovanou ze strany blízkých osob pacienta. Tato forma sdílení může být zdrojem poskytnutí prostoru pro vzájemné sdílení pocitů, obav a strategií zvládání. Skrze společnou zkušenost je utvářen pocit sounáležitosti a solidarity mezi jednotlivými

pacienty a jejich blízkými. Druhá se týká sdílení s osobou léčitele, která má v mnoha případech poradenský efekt.

U některých pacientů bylo zmíněno jejich vnímání klasické medicíny jako předimenzované. Nejednalo se však o kritické nahlížení na danou skutečnost, ale spíše o pouhé konstatování. Na základě toho mnoho pacientů uvádí, že lékaři mnohdy nemohou věnovat takové množství času, které by odpovídalo jejich individuálním potřebám. Z tohoto důvodu participanti Laura, Leontýna a Lukáš vyhledali i jiná místa, kde by mohli svůj zdravotní stav podpořit. Pan Luděk tuto zkušenost interpretuje jako jeho snahu nezatěžovat systém. Z jeho slov se však jedná o normální stav, který je ve zdravotnictví přirozeným. Paní Lenka a pan Leo však popisují nepříjemné zkušenosti, které se pojí jak se samotnou konvenční léčbou, tak s přístupem lékařů. Na základě této zkušenosti pak vyhledali alternativní postupy. Paní Lenka dále popisuje, že jí návštěvy léčitele pomohly vyrovnat se s onemocněním, ale také s přehodnocením hodnot. Léčitelé v těchto situacích mohou poskytovat individuálnější přístup, během kterého se zaměřují na potřeby, obavy a pocity nemocných. Tímto se vytváří podpůrné místo, které je založené na důvěrném vztahu mezi nemocným a léčitelem.

*„Vzhledem k tomu, že lékaři ten čas nemůžou poskytovat v plné míře všem, tak bych ty jiné cesty nezatracoval, protože to lidi psychicky opravdu posílí. A pak, když člověk je zdravý na mysli, tak se umí poprat s ledasčím.“* (Luděk)

*„Já se rozhodla pro úplně jiný styl léčby. S doktorama to neprobírám, protože oni jsou zaměřeni spíše na to fyzické opravení. Ale pokud se v těle něco bije, tak nedokážou zjistit, co je ten důvod. Ten je totiž komplexní, který musí člověk hledat sám.“* (Lenka)

Významnou roli na volbu nekonvenční léčby má u participantů zkušenost jejich okolí. Na základě doporučení využili tyto rady okolí paní Laura, Lucie a pan Luděk. Tuto blízkou zkušenost participanti hodnotí jako velmi cenný zdroj informací ohledně různých možností léčby. Paní Lucie také zmiňovala, že její nejbližší okolí hledalo nejrozličnější informace o jejím onemocnění a na základě toho ji obstarávali různá bylinná léčiva.

*„Syn mi dal na Vánoce hned několik balíčků, protože si někde přečetl, že to teda ničí ty nádory. Takže od té doby to piju.“* (Lucie)

### 8.2.3 Pocit kontroly

Další téma je spojené s potřebou aktivního zásahu do vlastního léčebného procesu. Z rozhovorů s participanty vyplynula zajímavá dynamika spojená s pocitem kontroly, kterou si mnozí pacienti aktivně budují. Paní Lucie, Lída a Laura sdílely podobný zážitek spojený s dlouhým čekáním a rozstupem mezi jednotlivými kontrolami. Na základě toho nechtěly pasivně čekat na závěry lékařů a vzaly svou léčbu do vlastních rukou. Rovněž pan Luděk vnímal proces určení diagnózy a stanovení další léčby jako zdlouhavý, a proto vynaložil úsilí k hledání jiných způsobů léčení a zvolil léčbu jmelím. Proaktivní vyhledání léčby je zásadním tématem většiny rozhovorů. Paní Leontýna považuje toto rozhodnutí jako vzepření se bezmoci vůči svému onemocnění. Svou zkušenost vnímá jako mobilizaci všech vlastních sil na cestě za vlastním uzdravením. Toto zkoušení jiných cest reflektuje touhu participantů nalézt takovou léčbu, která povede ke kýženým výsledkům a zároveň naplní jejich potřeby.

*„Byla bych závislá jenom na tom doktorovi a čekala, co bude a jaká bude další kontrola a tak dále. Ale tak když něco dělám pro sebe, tak mám pocit, že můžu věci ovlivnit.“*  
(Leontýna)

*„Jako by se několik pramínek stýkalo do jedné řeky, abych doplula zdárně k cíli.“*  
(Laura)

Převzít věci do vlastních rukou souvisí také se silnou touhou participantů po bezpečí, zdraví a klidu prostřednictvím získání mnoha informací. V rozhovorech jsme se u participantů setkali s jejich aktivním vyhledáváním informací na internetu. Tento přístup vedl k poznání různých možností léčby, k získání informací o daném onemocnění a o různých nekonvenčních postupech. Tato snaha o vlastní porozumění ukazuje na odhodlání pochopit a příznivě ovlivnit vlastní léčbu. Paní Laura v rozhovoru zdůrazňovala nakolik kriticky se k těmto informacím stavěla, pomocí racionálního přístupu, pak hodnotí tyto metody jako příjemný doplněk konvenční léčby.

*„Díky tomu mám pocit, že jdu tomu uzdravení naproti.“* (Luděk)

Celkově lze usoudit, že participanti, kteří si prošli onkologickým onemocněním, nechtějí být pouhými pasivními příjemci péče. Do léčebného procesu vstupují aktivně a se zájmem o kontrolou nad svým zdravím a léčbou. Vlastní iniciativa a hledání nových cest může být motivačním faktorem pro jejich duševní prožívání a pocit pohody.

## 8.2.4 Zvládání nemoci

Posledním výrazným tématem, které rezonovalo napříč rozhovory, je celkové zvládání nemoci. Jedná se o proces, který zahrnuje, jak vyrovnávání se s nepříznivými vedlejšími účinky léčby, tak s duševním prožíváním a změnami v každodenním životě pacientů.

Přítomnost vedlejších účinků léčby vedly některé z participantů k vyhledání pomoci ze strany nekonvenční léčby. Důležité je však upozornit, že míra závažnosti těchto nepříznivých dopadů léčby je individuální a závislá mimo jiné na typu provedených terapií. Toto téma bylo výrazné u pana Lukáše. Ten se po svém propuštění z nemocnice setkal s obrovskou bolestí a zhodnotil, že mu pomohly právě praktiky TCM. Tato cesta nejenže zmírnila jeho bolest, ale také mu poskytla rozmanité strategie pro zvládání této výzvy. Paní Leontýna si od doby své diagnózy procházela stresovým obdobím, které vyvolávalo problémy se spánkem. Na základě konzultací, které s léčitелеm absolvovala, proměnila i své denní návyky, které hodnotí jako důležité pro zvládání tohoto těžkého období.

*„Ta bolest, kterou jsem zažil byla neskutečná a nepopsatelná. Úplně mě odstavila od normálního fungování. Takže to uvolnění od bolesti, kterou mi akupunktura přinesla, byl hlavní výsledek, co mi to přineslo.“ (Lukáš)*

*„Říkala jsem si, že přece nemůžu s lékařem řešit, že mě bolí záda. Myslím, že těch pacientů je tolik s takovýmto onemocněním. Takže mi přišlo lepší hledat tu pomoc jinde a vlastně to bylo na mě, že se musím nějak podpořit. A pomohlo mi to.“ (Leontýna)*

U šesti participantů bylo zmiňováno téma nekonvenční léčby ve smyslu komplementární pomoci. Toto propojení mezi standartní léčbou a nekonvenčními technikami a postupy přináší pacientům zdroj uvolnění, který může redukovat či zmírňovat vedlejší účinky konvenční terapie. Současně také poskytuje pocit celkové pohody a osobní kontroly nad vlastním uzdravením. Zvládání nemoci tak otevírá dveře k různorodým přístupům, kde pacienti nacházejí individuální strategie pro zvládání výzev spojených s léčbou. Zcela alternativní cestou se vydala paní Lenka, která na základě již zmíněné zkušenosti hledala od léčby tohoto onemocnění jinou pomoc, než kterou nabízela standartní léčba. Zajímavá situace nastala u pana Lea, kterému již byla ukončena konvenční léčba, tudíž stále navštěvuje biotronické léčení, avšak nedá se zde posoudit, zdali se jedná o alternativní přesměrování léčby.

*„Neudělala bych nic jinak. Prostě věci se dějí z nějakého důvodu a moje duše volala přes tělo o pomoc.“ (Lenka)*

*„V tom domácím prostředí se člověk musí dát trošku psychicky dohromady, protože tím, že odchází z nemocnice, tak to nekončí. Tím to v podstatě začíná a musí si hledat i jiné cesty, jak své zdraví podpořit.“ (Lukáš)*

### **8.3 Odpovědi na výzkumné otázky**

V této kapitola budou zodpovězeny výzkumné otázky, jež byly formulovány v přechodí části práce. Na základě analýzy jednotlivých rozhovorů s participanty byl získán bohatý datový materiál, který nám umožňuje poskytnout odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

**Výzkumná otázka č.1: Jaké jsou zkušenosti onkologických pacientů, kteří se rozhodli pro využití nekonvenční léčby?**

Zkušenosti participantů, kteří se rozhodli pro využití nekonvenční léčby, jsou různorodé a odráží individuální aspekty každého z nich. Jedním z výrazných prvků, který postupoval zkušenostmi všech participantů, je pozitivní vliv nekonvenčních metod na duševní prožívání. Všichni účastníci výzkumu shodně uváděli, že hlavní výsledek využívání nekonvenčních metod přisuzují posílení jejich duševního stavu, redukci stresu a nastavení pozitivního myšlení. Další výrazná a společná zkušenost, kterou participanti sdíleli, se týkala celostního pohledu léčitelů na jejich situaci. Celostní pohled léčitele zahrnuje náhled na pacientovu situaci skrze fyzické, duševní, sociální a duchovní aspekty nemoci a léčby. Již zmíněný individuální přístup, který může být pacientům nabídnut, představuje pro pacienty větší prostor pro vyjádření jejich obav a potřeb.

V průběhu rozhovorů vynikala i zkušenost participantů s převažujícím skeptickým pohledem na nekonvenční léčebné postupy ze strany zdravotníků. Tato skutečnost však byla posílena také několika výpověďmi o racionalitě náhledu na dané netradiční metody. Jedna z participantek se setkala s úplnou bagatelizací jejího onemocnění ze strany léčitelky. Tato zkušenost v ní vyvolala odstup od dané metody a větší příklon ke klasickým, medicínským metodám. Na základě toho bychom mohli konstatovat, že nekonvenční metody byly upřednostňovány spíše jako doplňková forma léčby a konvenční medicínská léčba byla participanty považována jako základní při léčbě jejich onemocnění.



## Výzkumná otázka č. 2: **Jak pacienti interpretují význam nekonvenční léčby v rámci celkové léčby svého onkologického onemocnění?**

Interpretace významu nekonvenčních metod v rámci celkového přístupu k léčbě je vnímána jako osobní rozhodnutí, které s sebou přináší hodnotné aspekty, jež jsou důležité pro prožívání a emoce pacienta. Samotná volba užití nekonvenčních metod představuje pro participanty možnost se aktivně zapojit do procesu léčby a uzdravení. Dále nese význam vlastní autonomie nad svým zdravím. Nekonvenční metody představují pro většinu participantů také prostor podpory a pochopení, ve kterém mohou sdílet své pocity a obavy v rámci své náročné situace.

V rozhovorech se odráželo vnímání nekonvenční léčby jako příležitosti vstoupit do procesu změny nastavení mysli či reorganizace životního stylu. V kontextu myšlenkového nastavení může nekonvenční léčba nasměřovat jedince k celostnímu vnímání svého zdravotního problému. Změny životního stylu přinášejí nejen praktické poznatky do každodenní rutiny, ale mají význam i pro podporu zdravějšího fungování organismu. Celkově lze konstatovat, že participanti nevnímají nekonvenční metody jako alternativu klasické léčby, ale spíše jako integrovanou součást svého osobního přístupu k uzdravení.

## Výzkumná otázka č. 3: **Jaké faktory pacienti považují za klíčové při rozhodování pro nekonvenční léčbu?**

Významné faktory, které jsou klíčové pro samotnou volbu nekonvenční léčby vyplývají z identifikovaných významných témat rozhovorů (Tabulka č. 2). Hlavním faktorem, který je klíčový pro samotnou volbu těchto metod, je hledání zdroje uvolnění a zvládnutí stresu spojeného s onemocněním. Další faktor je provázaný se zkušeností s klasickou konvenční léčbou, která nemusí dostatečně pokrýt prostor pro pacientovy individuální potřeby. Sdílení svého prožívání s léčitелеm může být zásadním faktorem pro využívání těchto metod. Vliv na pacientovo rozhodnutí má také zkušenost blízkého člověka v jeho okolí. Dalším výrazným faktorem je potřeba pacientů se aktivně podílet na své léčbě. Zkoušení různých nekonvenčních metod je některými participanty vnímáno jako vyzkoušení různých cest, které vedou k jejich uzdravení, ale také k pocitu, že pro své zdraví něco dělají a tím přispívají ke zlepšení zdravotního stavu.

Na závěr je nutné zmínit, že léčba onkologických onemocnění s sebou nese řadu vedlejších účinků. Ty mohou být natolik omezující a nepříjemné, že jedinec vyhledává i jiné zdroje úlevy.

#### Výzkumná otázka č. 4: **Jak pacienti vnímají rozdíly mezi konvenční a nekonvenční léčbou v souvislosti s onkologickým onemocněním?**

Výzkumná část naznačuje, že nekonvenční léčba pro některé z onkologických pacientů představuje místo, kde mohou nalézt individuální péči a podporu. Klasická medicína z pohledu zkušeností participantů této práce byla vnímána jako méně zaměřená na individuální potřeby jedinců. Avšak i přesto většina participantů považuje klasický medicínský přístup za základ, který v je v onkologické péči zásadní a nezastupitelný.

U nekonvenčních metod osoba léčitele bývá vnímána jako moudrý rádce, kterého pacienti vyhledávají s důvěrou. I když si většina participantů byla vědoma nedostatečné průkaznosti nekonvenčních metod, skrz racionální a skeptický pohled tyto metody využívají v komplementární formě.

Výrazný rozdíl je patrný ve vlivu na psychické prožívání léčby. Pacienti s touto zkušeností si sami vybírají netradiční metody a mohou ovlivnit nakolik úroveň důvěry a oddanosti k danému přístupu. Kombinací těchto faktorů dochází k hodnocení nekonvenčních metod jakožto zdroje vlastní iniciativy a vnitřní síly, která posiluje naději a větší duševní klid jedince v průběhu onemocnění.

## 9 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo hlouběji porozumět, prozkoumat a popsat subjektivní zkušenosti onkologických pacientů, kteří si zvolili při své léčbě nekonvenční léčebné metody. Dále jsme si kladli za cíl zmapovat klíčové faktory, které tuto volbu ovlivňují a porozumět rozdílům, které onkologičtí pacienti vnímají mezi konvenční a nekonvenční léčbou v kontextu jejich onemocnění. Domnívám se, že cíle této práce byly naplněny. V návaznosti na jejich naplnění navazuje podkapitola, která se zabývala zodpovězením výzkumných otázek. Níže budou srovnány výsledky této práce s předchozím zkoumáním, vytýčeny limity této práce a zhodnoceny možné přínosy práce.

V českém prostředí neexistuje žádný výzkum, který by mapoval využívání nekonvenčních metod léčby u onkologických pacientů, včetně faktorů ovlivňujících jejich volbu a dopadů využití těchto metod na prožívání onkologického onemocnění. Z tohoto pohledu je tato práce v současné době ojedinělá. Sice můžeme narazit na výzkumy, jež se zabývají konkrétními nekonvenčními technikami, ale jejich primární cíl nemapuje duševní aspekty jejich využívání. Příkladem je výzkum Halámkové a kol. (2022), který se soustředí na využití akupunktury v onkologické léčbě, včetně jejího využití na zmírnění vedlejších účinků standartní léčby. Avšak chybí zde psychologický rozměr využití dané metody.

Na poli zahraničního výzkumu se setkáváme s více podobnými studiemi, které do výzkumu komplementárních a alternativních metod přinášejí i psychologickou dimenzi, kterou se primárně zabývají. Jedním z cílů této práce bylo zmapovat klíčové faktory, které ovlivňují volbu pacientů přistoupit k užívání nekonvenčních metod při léčbě onkologických onemocnění. Studie Kristoffersena a kol. (2022) vymezila jako hlavní důvody pro tuto volbu zvýšení kvality života nemocných, zvládnání problémů spojených s léčbou a zlepšení duševní pohody jedinců. Stejně důvody doplněné o faktor využít všechny dostupné možnosti přinesla průřezová studie Kleine Wortmanna a kol. (2016). Mezi nejvýraznější důvody participantů této práce patřilo duševní uvolnění od stresu a zátěže, kterou onemocnění přináší. Dále jsme identifikovali jako další faktor vliv vedlejších účinků léčby. Tato práce také poukázala na důležitost potřeby osobní iniciativy pacientů, kteří se chtěli aktivně podílet na vlastní léčbě. Dle zkušenosti některých participantů tato zkušenost zahrnovala i zkoušení různých léčebných cest. Tyto faktory pak měly dopad na kvalitu života jedinců. Proto lze konstatovat,

že zjištění této práce jsou obdobná jako výsledky zmíněných zahraničních výzkumů. Kvalitativní studie, která se zabývala obdobným tématem, vytýčila jako hlavní důvod nespokojenost s konvenční léčbou a přístupem lékařů. Jednalo se o paternalistický přístup, který byl striktně odmítavý vůči jiným, netradičním metodám (Matjuschenko et. al., 2023). Přestože zkušenosti s konvenční medicínou byly významné pro rozhodování o nekonvenčních metodách, nebyla tato zkušenost hodnocena participanty výzkumu natolik negativně. Během rozhovorů se opakovaně ukázal většinový názor, že u lékařů sice převládal skeptický pohled na tyto metody, přesto však nedošlo ke striktnímu odmítnutí z jejich strany v žádném z případů. Někteří participanti se naopak setkali s pozitivní zkušeností a podporou ze strany lékařů, kteří ocenili zájem participantů o vyléčení a posílení jejich duševního stavu.

Zkušenosti s využíváním nekonvenčních metod, můžeme srovnat s kvalitativní studií Arthura a kol. (2012). Popsali tři klíčové metody zvládnání této náročné životní situace u onkologických pacientů. U uživatelů nekonvenčních metod se v rámci jejich zkoumání objevily konfrontační, podpůrné a optimistické cesty ke zvládnání jejich situace. Tyto tři strategie byly výrazné také u výzkumného souboru této práce. Konfrontační strategie můžeme vnímat u skutečnosti, že tyto metody představovaly příležitost, jak se aktivně zapojit do procesu vlastní léčby. Podpůrné cesty spatřujeme ve výpovědích, které interpretovaly využití metod léčitelů jako prostor pro individuální naplnění vlastních potřeb, sdílení obav a přání pacienta. Optimistické zvládnání nemoci bylo vnímáno skrze nastavení pozitivního myšlenkového přístupu. Bradford a kol. (2022) na základě zjištění jejich studie uváděli, že v průběhu klasické léčby byly nekonvenční metody léčby vyhledávány nejobvykleji za účelem vyhledání podpory. S tímto závěrem souhlasí také naše výsledky, které naznačují, že pacienti vyhledávali tyto metody se záměrem sdílet své problémy a následně s nimi pracovat, také u jiných zdrojů.

Vnímané rozdíly, které pacienti rozlišují mezi těmito dvěma přístupy v léčbě souvisí s jejich formou využívání. Dle zkušeností našeho výzkumného souboru bychom mohli konstatovat, že převažuje komplementární, doplňková forma využívání těchto metod. Wilkinson a Stevens (2014) ve svém zkoumání došli k závěrům, že konvenční medicína bývá využívána zejména kvůli radikálnosti výkonů, které jsou nutné pro omezení nádorového bujení. Přesto komplementarita nekonvenčního způsobu léčby převažuje nad její úplnou substitucí jinou léčebnou metodou. Ke sdílení vlastních zkušeností s nekonvenčními metodami s ošetřujícími lékaři, v rámci našeho zkoumání, spíše

nedocházelo. Stejná zjištění uvádí studie Hierla a kol. (2017), která uvádí, že většina uživatelů v dotazníkovém šetření uvedla, že by danou zkušenost s lékaři sdílela, avšak pouze u 41 % z nich byl v lékařské dokumentaci veden záznam o využívání jiných metod léčby. V již zmíněné studii Kleine Wortmanna a kol. (2016) sdílelo tuto zkušenost s lékaři 51 % respondentů. Z rozhovorů však vyplynulo, že pokud byla tato zkušenost sdílena s ošetřujícími lékaři, došlo vesměs k pozitivním ohlasům i přes skeptický náhled lékařských odborníků na povahu těchto metod. Tato reakce však pramenila ze záměru lékaře podpořit pacientovu snahu o dosažení zlepšení kvality svého života v rámci daného onemocnění.

### **Limity výzkumu**

Určení kvalitativního designu práce bylo vhodným krokem pro naplnění cílů práce. Avšak prostřednictvím získaných dat nemůžeme dojít k zobecnění v rámci širší populace. Pouze u jednoho z osmi participantů jsme se setkali se substitucí konvenční medicíny za alternativní léčbu. Na základě této skutečnosti nelze dostatečně prezentovat, jaké jsou aspekty plné náhrady nekonvenčního léčení za standartní medicínské postupy. Limitaci také můžeme vnímat při zkreslení či idealizovaní odpovědí, zejména v případech, kdy léčba pomocí nekonvenčních metod byla participanty preferována. Ferjenčík (2010) zmiňuje také limitaci, kterou představuje výběr případových studií jako specifický typ kvalitativního výzkumu. Jedná se o omezení, kterou představuje absence pevné kontroly všech příčin, které mohou výrazně ovlivnit výsledky. Tudíž v rámci práce s omezeným vzorkem nelze utvářet obecně platné závěry.

Některé body rozhovoru byly založeny na vzpomínkách participantů, tudíž mohlo dojít ke zkreslení, vynechání důležitých detailů nebo subjektivní interpretaci stěžejních událostí, které nebylo možné v rámci takto pojatého výzkumu verifikovat.

Různorodost nekonvenčních metod může představovat limit při srovnávání výsledků, protože každá metoda může mít unikátní vliv na psychologické aspekty pacientů. Také je rozdíl mezi oblastí působení těchto metod. Příkladem může být pouze somatická komplementární pomoc na rozdíl od bioenergetických celostních terapií, které zahrnují i hlubší rozhovory mezi léčitelem a jeho klientem.

Limitujícím aspektem pro tuto práci by se mohl stát zaujatý postoj výzkumníka sympatizující s jedním z přístupů v léčbě, tudíž buďto s nekonvenčními nebo konvenčními metodami léčby. V práci však bylo dbáno na udržení si nezaujatého přístupu, který se snažil o objektivitu a vyhnul se subjektivním soudům. Tím, že se práce primárně zaměřila na

zachycení zkušeností s nekonvenční léčbou, nebyly zde hlouběji prozkoumány zkušenosti s konvenční léčbou. Tímto může dojít k mylné interpretaci konvenční léčby, která by byla hodnocená jako negativní.

Limitující může být příliš hodnotící úsudek výzkumníka. Nejsilněji toto omezení můžeme vnímat v rozhovorech s participanty, kteří si zvolili alternativní léčebné postupy namísto klasické medicíny. Nutné je tedy odložit hodnotící soudy výzkumníka, aby nedocházelo k projekci jeho vlastních úsudků do rozhovorů s participanty a jeho následného zpracování. Bez této reflexe by mohlo dojít k ovlivnění výpovědi tázaného či k projevu konformních tendencí namísto autenticity odpovědí.

### **Přínosy výzkumu**

Přínos výzkumu lze spatřovat v otevření tématu duševních aspektů volby jiných než standartních metod u onkologických pacientů. Díky tomu můžeme podat komplexnější pohled na prožívání takto náročného období. Téma se stává stále relevantnějším, protože pacienti vyhledávají alternativní cesty k doplnění konvenční medicíny. Jedním z hlavních přínosů tohoto výzkumu je porozumění motivacím a psychosociálním faktorům, které stojí za rozhodnutím pacientů využívat nekonvenční metody léčby. Získání hlubšího vhledu do jejich duševního prožívání, přináší možnost silnější podpory od lékařských a nelékařských pracovníků. Z rozhovorů vyplynulo, že nekonvenční léčba je vnímána pacienty jako způsob dosažení duševní pohody, včetně tělesného uvolnění a podpory. Tato poznání mohou otevřít dveře pro integraci psychologických aspektů do komplexní péče o pacienta.

Celkově lze konstatovat, že studium psychologických aspektů volby nekonvenční léčby přináší důležité informace pro celý léčebný tým a tím pomáhá vytvářet více personalizovaný přístup k onkologickým pacientům, který bere v úvahu jejich individuální potřeby a preference.

## 10 ZÁVĚR

Na základě výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že tato bakalářská diplomová práce úspěšně naplnila předem stanovené výzkumné cíle. Hlavním cílem práce bylo popsat a hlouběji porozumět zkušenostem onkologických pacientů s nekonvenční léčbou. Hlavní výsledky výzkumu naznačují, že nejvýrazněji sdílená zkušenost participantů výzkumu je vnímání pozitivního vlivu nekonvenčních metod na jejich duševní stav, včetně redukce stresu a nastavení pozitivního myšlenkového přístupu k jejich situaci. Nekonvenční léčba byla vnímána jako více zaměřená na individuální potřeby pacienty, který má zde prostor pro sdílení svých obav či pocitů ohledně svého stavu. Tato skutečnost byla hodnocena participanty na základě vnímání lékařského přístupu jako předimenzovaného, tudíž není v silách lékařů poskytnout natolik individuální přístup, který by pacient potřeboval. Zároveň z rozhovorů vyplynulo, že většina participantů našeho výzkumu sdílí racionální a skeptický pohled na problematiku nekonvenční léčby.

Klíčové faktory ovlivňující rozhodnutí pro nekonvenční léčbu byly identifikovány jako hledání zdroje uvolnění a zvládnání stresu spojeného s onemocněním. Dále se ukázala jako významná zkušenost pacientova okolí s nekonvenčními metodami. Důležitým aspektem pro tuto volbu je také potřeba aktivního zapojení do vlastní léčby, jež uplatňuje pacientovu kontrolu nad vlastním. Dále je nutné zmínit, že tato pacientova iniciativa pokrývá také vyzkoušení všech dostupných cest, které mohou zlepšit kvalitu života jedince a přinést pocit zadostiučinění.

Interpretace významu nekonvenčních metod ukazuje, že pacienti je vnímají jako možnost aktivního zapojení do procesu léčby, posílení vlastní autonomie a podporu v rámci náročné situace. Vnímání rozdílů mezi konvenční a nekonvenční léčbou ukazuje, že nekonvenční léčba může být vnímána pacienty jako místo poskytující individuální péči a podporu, zatímco klasická medicína, i přes její vysokou odbornou erudovanost, byla chápána jako méně zaměřená na individuální potřeby. I přes racionální pohled na nedostatečnou průkaznost nekonvenčních metod, mnozí pacienti je vnímají jako doplněk klasické léčby, který posiluje jejich naději a duševní klid.

Celkově lze tedy konstatovat, že práce úspěšně přinesla hlubší porozumění zkušenostem pacientů s nekonvenční léčbou při onkologické léčbě a splnila stanovené cíle výzkumu.



# 11 SOUHRN

Téma této práce se zabývá psychologickými aspekty nekonvenční léčby u onkologických pacientů. Výzkumný problém se zaměřuje na zachycení zkušeností pacientů s tímto typem onemocnění a jejich využívání nekonvenčních metod léčby. Onkologická onemocnění představují druhou nejčastější příčinu úmrtí hned po kardiovaskulárních onemocnění. Léčba nádorových onemocnění představuje komplexní proces, do kterého přispívají i další nelékařské obory.

Tato bakalářská diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol – nekonvenční způsoby léčby, onkologická onemocnění a vybrané psychologické aspekty onkologického onemocnění. Výzkumná část je tvořena osmi kapitolami – výzkumný problém, aplikovaná metodika, výzkumný soubor, etická stránka výzkumu, výsledky výzkumu, diskuze, závěr a souhrn.

První kapitola se zabývá vymezením nekonvenčních způsobů léčby. Navzdory zvyšující se kvalitě současné lékařské péče je o tyto metody projevován stále větší zájem. Na základě poznatků, které vplynuly z odborné literatury, vymezují rozdíl mezi komplementárním a alternativním užitím těchto způsobů léčby. I přesto, že není možné jednotně definovat nekonvenční způsoby léčby, protože se jedná o soubor mnoha dalších systémů a metod, snažila jsem se o charakteristiku těch nejčastěji využívaných. Tyto metody byly následně doplněny o subjektivní zkušenosti participantů ve výzkumné části práce. Závěrem této kapitoly se soustředím na etická dilemata, která v souvislosti s využíváním či samotným praktikováním nekonvenčních metod souvisí.

Druhá kapitola se zabývá charakteristikou onkologických onemocnění. Zaměřuji se zde na obecnou charakteristiku onemocnění, včetně jeho vzniku, forem a vymezení možných faktorů, které mají na vznik maligního onemocnění vliv. Dále je zde vymezen přístup k diagnostice typu onkologického onemocnění a základní konvenční léčebné přístupy, které se v onkologii využívají. Domnívám se, že teoretické ukotvení konvenčních metod dokáže zprostředkovat lepší pochopení zkušeností pacientů a jejich rozhodování v rámci své léčby, které vyvstanou z výzkumné části.

Třetí kapitola se zaměřuje na vybrané psychologické aspekty, které souvisí s onkologickou diagnózou. Úvodní část je zaměřena na výzkumný popis faktorů, které

danou volbu ovlivňují, včetně rozdílů, které oba léčebné proudy nesou. Dále jsou zde popsány duševní reakce a zpracování onkologické diagnózy jedinců. Součástí této podkapitoly jsou také sdělovací strategie, které výrazně ovlivňují skutečnost přijetí této zprávy jedincem. Dále se věnuji duševním procesům při zpracovávání této události. Vzhledem k náročnosti daného onemocnění na jeho přizpůsobení a zvládání se zaměřuji na proces adaptace včetně copingových strategií pacientů. Jelikož toto onemocnění vstupuje do interakcí se všemi rovinami jedince, je výrazně ovlivněna také kvalita jeho života. Kvalitě života je prostor věnován v následující podkapitole. Na závěr se snažím zmapovat změny v životě pacienta, které nádorová onemocnění přináší.

Úvod výzkumné části je věnován objasnění výzkumného problému, který odráží témata teoretické části. Jsou zde vymezeny cíle práce, které se zaměřují na hlubší porozumění a popis zažité zkušenosti onkologických pacientů, kteří při své léčbě využili nekonvenční léčebné metody. Další cíl se zaměřuje na důležité faktory, které formují volbu pacientů při využívání těchto nestandardních metod a porozumění rozdílům, které pacienti vnímají mezi konvenční a nekonvenční léčbou. Na základě těchto cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

V následujících kapitolách jsou uvedeny metodologické náležitosti práce. Pro práci s výzkumným problémem byl zvolen kvalitativní design, který pomocí polostrukturovaných rozhovorů pracoval s výzkumným souborem 8 participantů. Výzkumná skupina kladla důraz na 3 charakteristiky. První z nich byl věk starší 18 let. Dále se práce zaměřila na onkologické pacienty, jejichž fáze nemoci nebyla dále specifikována (akutní stav, remise či vyléčení). Nutné bylo, aby podstoupili jakoukoliv nekonvenční léčbu. Genderová a detailnější věková specifika nebyla dána. Metodou záměrného výběru se výzkumu účastnili 3 muži a 5 žen. Věkové rozmezí bylo od 37 do 72 let. Participantů byli seznámeni s účelem výzkumu a souhlasili se svou účastí prostřednictvím informovaného souhlasu. Data byla následně analyzována pomocí metody IPA.

Byla identifikována čtyři významná témata, která byla dále rozšířena o specifické oblasti, které se objevovaly ve většině rozhovorů. Mezi hlavní témata patřila duševní pohoda pacientů, sdílení, pocit kontroly a zvládání nemoci. Nejvýraznějším bylo téma duševní pohody pacienta. Zmiňováno bylo v kontextu jejího dosažení jako zdroj redukce stresu či uvolnění tenze, kterou nemoc a její léčba nese. Dále bylo důležité nastavení pozitivního myšlenkového přístupu a aspekty, které jsou spojené se změnou životního stylu. Dalším identifikovaným tématem byla potřeba sdílení. Tato potřeba byla rozvinuta ve dvou

rovinách. Jednou z nich je sdílení s blízkým okolím nemocného, které má s onkologickým onemocněním či nekonvenční léčbou zkušenosti. Druhá rovina je osoba léčitele, která nabízí nemocnému prostor, ve kterém mohou být naplněny jeho individuální vnitřní potřeby více než v běžném konvenčním zdravotnickém systému. Třetím významným tématem rozhovorů je pocit kontroly. Jedná se o spojení s vlastním aktivním zapojením se do procesu léčby. Rozvíjí se zde potřeba mobilizovat síly jedince a vyzkoušet všechny dostupné cesty, které mohou vést ke zlepšení jeho kvality života. Součástí tohoto tématu je hledání dostupných informací o dané nemoci a léčbě po pacientově vlastní ose. Poslední identifikované téma je zvládání nemoci. Tato část souvisí se zvládáním vedlejších účinků léčby a zařazení nekonvenčních metod jako doplněk standardní léčby. V další podkapitole jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky.

V diskuzi jsou srovnány výsledky této práce s jinými výzkumnými pracemi. Dále hovoříme o limitech a přínosech tohoto výzkumu.

# LITERATURA

Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A., Vorlíček, J. (2019). *Malígní onemocnění, psychika a stres*. Praha: Grada.

Adam, Z., Vorlíček, J., Koptíková (2003). *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada

Algorani, E. B., & Gupta, V. (2024). Coping Mechanisms. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>

Arthur, K., Belliard, J. C., Hardin, S. B., Knecht, K., Chen, C.-S., & Montgomery, S. (2012). Practices, attitudes, and beliefs associated with complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer patients. *Integrative Cancer Therapies, 11* (3), 232-242. <https://doi.org/10.1177/1534735411433832>

Barazzuol, L., Coppes, R. P., & Van Luijk, P. (2020). Prevention and treatment of radiotherapy-induced side effects. *Molecular Oncology, 14*(7), 1538–1554. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12750>

Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Běhounek, P., Hora, M., & Klecka, J. (2011). Medicina zalozena na dukazech. *Czech urology, 15*(1), 10–14.

Bendová, L. (2017). Herbal drugs of Chinese Medicine and their use. *Praktické lékařství, 13*(1), 36–39. <https://doi.org/10.36290/lek.2017.057>

Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. *Frontiers in Psychology, 2*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00033>

Bhattacharjee, A. (2013). Self-concept of cancer patients: A comparative study. *Voice of Research, 1* (4), ISSN 2277-7733.

Bradford, N., Cashion, C., Holland, L., Henney, R., & Walker, R. (2022). Coping with cancer: A qualitative study of adolescent and young adult perspectives. *Patient Education and Counseling, 105*(4), 974–981. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.034>

Cvek, J., Halámka, M. (2023). *Onkologie pro neonkology*. Praha: Grada.

Česká lékařská komora. (2012). *Rizika alternativní léčby*.  
[https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/klener-rizika-alternativni-lecby-novy-nadpis-2-100383.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/klener-rizika-alternativni-lecby-novy-nadpis-2-100383.pdf)

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. (n.d.). *Stanovisko k alternativní medicíně*. Získáno 19. únor 2024, z <https://www.cls.cz/stanovisko-k-alternativni-medicine>

Česká onkologická společnost. (n.d.). *Chirurgická léčba*. Získáno 19. únor 2024, z <https://www.linkos.cz/slovnicek/chirurgicka-lecba/>

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11–38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>

Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *Handbook of Qualitative Psychology* (2nd ed., pp. 193–211). Sage. <https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/138>

Fabian, P. (2015). Morfologická klasifikace nádorů. In Tomášek, J. a kol., *Onkologie: minimum pro praxi*. (22–25). Praha: Axonite.

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

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. přeprac. vydání. Praha: Portál.

Fjær, E. L., Landet, E. R., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w>

Formánková, K., Kabelková, M., Ludvíková, I. (2018). *Poznáváme homeopatii: jak se léčit šetrně*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada

Ge, L., Wang, Q., He, Y., Wu, D., Zhou, Q., Xu, N., Yang, K., Chen, Y., Zhang, A. L., Hua, H., Huang, J., Hui, K.-K., Liang, F., Wang, L., Xu, B., Yang, Y., Zhang, W., Zhao, B., Zhu, B., ... Kang, F. (2022). Acupuncture for cancer pain: An evidence-based clinical practice guideline. *Chinese Medicine*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13020-021-00558-4>

Gurková, E. (2012). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.

Gurková, E. (2017). *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada.

Halámková, J. (2012, listopad 14). *Integrativní medicína v onkologii* » *Linkos.cz*. Linkos. <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-nelecit/integrativni-medicina-v-onkologii-uvod/>

Hemzal, B. (2015). *Rostlinné léky*. Brno: Neptun.

Heřt, J. (1995). *Alternativní medicína: možnosti a rizika*. Praha: Grada.

Heydarnejad, M. S., Hassanpour Dehkordi, A., & Solati Dehkordi, K. (2011, June). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences, 11* (2), 266-270. PMID: 21857860, PMCID: PMC3158510.

Hierl, M., Pfirstinger, J., Andreesen, R., Holler, E., Mayer, S., Wolff, D., & Vogelhuber, M. (2017). Complementary and alternative medicine: A clinical study in 1,016 hematology/oncology patients. *Oncology, 93* (3), 157–163. <https://doi.org/10.1159/000464248>

Hu, J., & Liu, B. (2012). The basic theory, diagnostic, and therapeutic system of traditional Chinese medicine and the challenges they bring to statistics. *Statistics in Medicine, 31*(7), 602–605. <https://doi.org/10.1002/sim.4409>

International Wellbeing Group. (2013). *Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. <http://www.acqol.com.au/instruments#measures>

Janča., J. (2004). *Praktická homeopatie: Cesta ke zdraví, rádce pro celou rodinu*. Praha: Eminent.

Jániš, M. (2012). Kompliance (část III.) – Teoretické modely. *Psychosom, 10* (3), 166-175.

Jochmanová, L., Kimplová, T. (2021). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada.

Jonas, W. B., Kaptchuk, T. J., & Linde, K. (2003). A critical overview of homeopathy. *Annals of Internal Medicine*, 138(5), 393-9. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/critical-overview-homeopathy/docview/222241776/se-2>

Jones, E., Nissen, L., McCarthy, A., Steadman, K., & Windsor, C. (2019). Exploring the use of complementary and alternative medicine in cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1177/1534735419846986>

Juřica, J., Ondra, V., Goněc, R., & Kozáková, Š. (2020). Risks of anti tumour therapy in daily practice. *Medicína pro praxi*, 17(2), 125–128. <https://doi.org/10.36290/med.2020.025>

Kleine Wortmann, J., Bremer, A., Eich, H. T., Kleine Wortmann, H. P., Schuster, A., Fühner, J., Büntzel, J., Muecke, R., Prott, F. J., & Huebner, J. (2016). Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care. *Medical Oncology*, 33, Article 78. <https://doi.org/10.1007/s12032-016-0784-1>

Klener, P. (1996). *Protinádorová chemoterapie*. Praha: Galén.

Klener, P. (2011). *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén.

Klener., P. (2002). *Klinická onkologie*. Praha: Galén.

Kostínková, J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (str. 9-43). MUNI Press.

Kristoffersen, A. E., Nilsen, J. V., Stub, T., Høk Nordberg, J., Wider, B., Mora, D., Nakandi, K., & Bjelland, M. (2022). Use of complementary and alternative medicine in the context of cancer: prevalence, reasons for use, disclosure, information received, risks and benefits reported by people with cancer in Norway. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 22 (1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03606-0>

Křivohlavý (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Křížová, E. (2016). *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum.

Kübler-Ross, E. (1996). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: portál, 2015. isbn 978-80-262-0911-9.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lu, C.-L., Li, X., Zhou, H.-M., Zhang, C., Yang, Y.-Y., Feng, R.-L., Long, C.-J., Deng, F.-Y., Li, J.-C., Cao, Z.-M., Mao, Q.-Y., Zhu, J.-P., Hong, Y.-F., Huang, S.-Y., Qiu, J.-Y., Liu, Y.-X., Wang, Y., Yan, Y.-Q., Dong, J.-M., ... Liu, J.-P. (2021). Traditional Chinese Medicine in Cancer Care: An Overview of 5834 Randomized Controlled Trials Published in Chinese. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 153473542110316. <https://doi.org/10.1177/15347354211031650>

Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.

Mareš, J., & Ježek, S. (2012). Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. *Československá Psychologie/Czechoslovak Psychology*, 56(6), 558-573.

Masarykův onkologický ústav (n.d). *Chemoterapie*. <https://www.mou.cz/chemoterapie/t1543>

Matjuschenko, K., Keinki, C., & Huebner, J. (2023). Patients' reasons to consider and their attitudes toward complementary and alternative medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2023, 8808797. <https://doi.org/10.1155/2023/8808797>

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, L., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad, A. M.-A., Platin, N., Kearney, N., & Patiraki, E. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: A European survey. *Oncology Practice*, 16(4), 655-663. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi110>

Monden, K. R., Gentry, L., & Cox, T. R. (2016). Delivering Bad News to Patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 29(1), 101–102. <https://doi.org/10.1080/08998280.2016.11929380>



Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Ministerstvo zdravotnictví. (2022, červen 22). *Národní onkologický plán České republiky 2030*. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Narodni-onkologicky-plan-Ceske-republiky-2030.pdf>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Národní zdravotnický informační portál. (b.r). *Zhoubné nádory: léčba*. <https://www.nzip.cz/clanek/1166-zhoubne-nadory-lecba>

Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer, 122*(13), 2110–2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>

Novotná, V., Pohanková, D., Sirák, I., & Petera, J. (2020). Adrese efect of chemotherapy. *Onkologie, 14*(Suppl.C), 13–17. <https://doi.org/10.36290/xon.2020.050>

Nový, F. (2019, March 13). *Nežádoucí účinky biologické léčby*. Česká onkologická společnost. <https://www.linkos.cz/patient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-biologicke-lecby/#monoklo>

Opatrná, M. (2022). *Etické problémy v onkologii* (3. přepracované a doplněné vydání). Praha: Maxdorf.

Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla*. Praha: Grada Publishing.

Oudin Doglioni, D., Pham-Hung D'Alexandry D'Orengiani, A.-L., Galactéros, F., & Gay, M.-C. (2022). Psychometric characteristics of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in adults with sickle cell disease. *Health Psychology and Behavioral Medicine, 10*(1), 60–80. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2016411>

Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O., & Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: Predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology, 22*(7), 1630–1638. <https://doi.org/10.1002/pon.3195>

Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. přepracované a doplněné vydání). Psyché (Grada). Praha: Grada.

Petera, J. (2014, červenec 8.). *Zdroje a biologické účinky záření*. Česká onkologická společnost. <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/radioterapie-ozarovani/zdroje-a-biologicke-ucinky-zareni/>

Petruželka, L., Konopásek, B. (2003). *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum.

Pfeiffer, T. (2018). *Alternativní medicína (CAM) ve světě: O čem se mlčí*. Praha: Dimenze 2+2.

Pfeiffer, T. (n.d.). *Biotronika Josefa Zezulky*. Sanátor - svaz biotroniků Josefa Zezulky. Získáno 5. únor 2024, z <https://www.sanator.cz/cs/biotronika-josefa-zezulky>

Pokladníková, J., & Telec, I. (2020). Provision of complementary and alternative medicine: Compliance with the health professional requirements. *Health Policy*, 124(3), 311–316. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.009>

Quandt, S. A., Verhoef, M. J., Arcury, T. A., Lewith, G. T., Steinsbeek, A., Kristoffersen, A. E., Wahner-Roedler, D. L., & Fønnebo, V. (2009). Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (4), 331-339. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0521>

Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine J Med*, 171(4), 260–263.

Raudenská, R., Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

Rossi, E., Di Stefano, M., Firenzuoli, F., Monechi, M., & Baccetti, S. (2017). Add-On Complementary Medicine in Cancer Care: Evidence in Literature and Experiences of Integration. *Medicines*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.3390/medicines4010005>

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>

Sharma, N., & Purkayastha, A. (2017). Factors Affecting Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Descriptive and Cross-sectional Study with Review of Literature. *Journal of Midlife Health*, 8 (2), 75–83. doi:10.4103/jmh.JMH\_15\_17.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>

Souček, I., Hofreiter, R. (2022). *Understanding unconventional medicine*. Brno: Masaryk University Press.

Stein, C. J., & Colditz, G. A. (2004). Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*, 90 (2), 299–303. doi:10.1038/sj.bjc.6601509

Stewart, K. E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In J. M. Raczynski & L. C. Leviton (Ed.), *Handbook of clinical health psychology: Volume 2. Disorders of behavior and health*. (s. 405–421). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11589-013>

Šlampa, P., Hynková, L., Princ, D., Burkoň, P., & Doleželová, H. (2016). Radioterapie. In R. Vyzula & O. Sláma (Eds.), *Klinická onkologie pro mediky: solidní nádory a nádory dětského věku (55-72)*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.

Telec, J. (2019). *Prvky komplementární a alternativní medicíny v českém právu*. Praha: Wolters Kluwer.

Tribune. (2019). *Přínos studie kombinující postupy RCT a RWE v léčbě astmatu*. <https://www.tribune.cz/archiv/prinos-studie-kombinujici-postupy-rct-a-rwe-v-lecbe-astmatu/>

Tesař, V. (2018). *Biologická a cílená léčba*. Mladá Fronta.

Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.

Vartak, J. (2015). The role of hope and social support on resilience in cancer patients. *Indian Journal of Mental Health*, 2 (1), 35-42. <https://doi.org/10.30877/IJMH.2.1.2015.35-42>

Vévodová, Š., Ivanová, K. (2015). *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Vickers, A., Wilson, P., & Kleijnen, J. (2002). Acupuncture. *BMJ Quality & Safety*, *11*(1), 92–97. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.92>

Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4. aktualizované vydání). Praha: Portál.

Vondra, V., & Malý, M. (2003). Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Interní Med.*, *5* (10), 496-500.

Vorlíček, J., Abrahamová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry* (2. přepracované a doplněné vydání). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vorlíček, J., Adam, Z., Šmardová, L., Vorlíčková, H. (2013). *Chemoterapie a Vy: Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. Brno: Masarykův onkologický ústav.

Vranová, V., & Šaloun, J. (2021). Phytopharmaceuticals in cancer treatment: Part 1. *Onkologie*, *15*(5), 247–251. <https://doi.org/10.36290/xon.2021.047>

Vymětal (2003). *Lékařská Psychologie*. Praha Portál.

Wilkinson, J. M., & Stevens, M. J. (2014). Use of complementary and alternative medical therapies (CAM) by patients attending a regional comprehensive cancer care centre. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1515/jcim-2013-0048>

World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>

Xiang, Y., Guo, Z., Zhu, P., Chen, J., & Huang, Y. (2019). Traditional Chinese medicine as a cancer treatment: Modern perspectives of ancient but advanced science. *Cancer Medicine*, *8*(5), 1958–1975. <https://doi.org/10.1002/cam4.2108>

Zhang, X., Hou, W., Pu, F., Wang, X., Wang, Y., Yang, M., Cheng, K., Wang, Y., Robinson, N., & Liu, J. (2022). Acupuncture for cancer-related conditions: An overview of systematic reviews. *Phytomedicine*, *106*, 154430. <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2022.154430>

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1–17. <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha 3: Informovaný souhlas

Příloha 4: Seznam tabulek a obrázků

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Psychologické aspekty volby nekonvenční léčby u onkologických pacientů

**Autor práce:** Ivana Varyšová

**Vedoucí práce:** Mgr. Kryštof Petr

**Počet stran a znaků:** 63 stran, 133 063 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 101

### **Abstrakt:**

Výzkumným problémem této práce je volba nekonvenční léčby u onkologických pacientů. Cílem práce bylo hlouběji porozumět a popsat zkušenosti onkologických pacientů, kteří při své léčbě využili nekonvenční léčebné metody. Dalším cílem bylo zmapovat klíčové faktory, které formují rozhodnutí pacientů pro tuto léčbu a porozumět rozdílům, které pacienti vnímají mezi konvenční a nekonvenční léčbou. Téma je teoreticky zakotveno v poznatcích nekonvenčních metodách léčby, onkologických onemocnění a psychologických aspektech onkologického onemocnění. Design výzkumu je kvalitativní. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a následně analyzována dle IPA. Výzkumný soubor tvořilo 8 participantů. Mezi nejčastější zkušenosti s těmito metodami léčby patří jejich pozitivní vliv na duševní prožívání, včetně redukce stresu a nastavení pozitivního myšlení. Výraznou zkušeností byl individuální přístup léčitelů, kteří tímto poskytli pacientovi prostor pro vyjádření svých obav a potřeb. Převažovala preference využívání nekonvenční léčby v doplňkové formě. Mezi hlavní faktory, které mají vliv na volbu těchto metod, patří hledání zdroje uvolnění, individuální přístup léčitele, aktivní podíl pacienta na svém vlastním uzdravení a zmírňování vedlejších účinků klasické léčby.

**Klíčová slova:** nekonvenční léčba, onkologická onemocnění, psychologické aspekty rakoviny, subjektivní prožívání

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Psychological Aspects of Choosing Unconventional Treatment in Cancer Patients

**Author:** Ivana Varyšová

**Supervisor:** Mgr. Kryštof Petr

**Number of pages and characters:** 63 pages, 133 063 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 101

**Abstract:**

The research problem of this bachelor thesis is the choice of cancer patients using unconventional treatment. The aim of this thesis was to further understand and describe the experiences of cancer patients who have used unconventional treatment methods in their therapy. A further aim was to map the key factors that shape patient's decisions for these treatments. The subsequent aim was to understand the differences perceived by cancer patients between conventional and unconventional treatments. The topic is theoretically grounded in the knowledge of unconventional treatments, cancer and psychological aspects of cancer. The research design is qualitative. The data were collected through semi-structured interviews and then analyzed according to IPA. The research population comprised of 8 participants. The most common observations with these treatments include their positive impact on mental experiences, including stress reduction and positive mindset. A significant experience was the individual approach of the therapists, who thereby provided the patient with a space to express their concerns and needs. There was a preference for the use of unconventional treatment in a complementary form. The main factors influencing the choice of these methods include the search for source of release, the individual approach of the practitioner, the active participation of the patient in their recovery, and the mitigation of the side effects of conventional treatment.

**Key words:** unconventional treatment, cancer, psychological aspects of cancer, subjective experience



## **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce**

Já, ....., narozena .....,

souhlasím s účastí na výzkumném šetření v rámci bakalářské práce na téma „*Psychologické aspekty volby nekonvenční léčby u onkologických pacientů*“, vedené na katedře Psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Autorkou práce je Ivana Varyšová a vedoucí práce je Mgr. Kryštof Petr.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „*Psychologické aspekty volby nekonvenční léčby u onkologických pacientů*“

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci bakalářské práce. Rozhovory budou nahrávány a nahrávka bude po odprezentování bakalářské práce smazána. Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami.

Prohlašuji, že všechny dotazy byly zodpovězeny. Svým podpisem vyjadřuji souhlas se svou účastí na tomto výzkumu.

V ..... Dne .....

Podpis .....

#### Příloha 4: Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č.1: Charakteristiky participantů .....	43
Tabulka č. 2: Významná témata .....	51
Obrázek č. 1: Ukázka kódování rozhovorů v programu Atlas.ti .....	41