

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**PROŽÍVÁNÍ ZTRÁTY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ
V KONTEXTU UPLATŇOVANÝCH STRATEGIÍ
ZVLÁDÁNÍ NEMOCI**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Olga Klepáčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Olga Klepáčková
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Obor:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	Prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných strategií zvládání nemoci
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je identifikovat prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných individuálních strategií zvládání nemoci v období léčby a rekonvalescence.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá prožíváním ztráty zdraví u onkologických pacientů a způsoby, kterými tuto zkušenost zvládají během léčby i po jejím ukončení. Teoretická část vymezuje psychosociální aspekty onkologického onemocnění, typy ztrát a význam individuálních strategií zvládání. Výzkum byl realizován pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Analýza odhalila tři klíčové oblasti: konfrontaci se ztrátou, uplatňované strategie zvládání a proces integrace spojený s redefinicí hodnot a přijetím limitů. Zjištění ukazují, že prožívání ztráty a zvládání nemoci tvoří dynamicky propojený proces ovlivňující psychosociální adaptaci. Práce přináší konkrétní doporučení, která mohou podpořit individualizovanou psychosociální péči a zlepšit dostupnost podpory během klíčových fází onkologické trajektorie.

Klíčová slova

onkologičtí pacienti; prožívání ztráty; strategie zvládání; interpretativní fenomenologická analýza; adaptace na nemoc; psychosociální podpora

Abstract

This thesis examines the experience of health loss in oncology patients and the strategies they use to cope with this challenge during treatment and after its completion. The theoretical section defines the psychosocial aspects of cancer, the types of losses patients encounter, and the significance of individual coping strategies. The research was conducted using interpretative phenomenological analysis of interviews with female patients. The analysis revealed three key areas: the confrontation with loss, the coping strategies employed, and the process of integration associated with redefining values and accepting limitations. The findings show that the experience of loss and the strategies used to manage illness form a dynamically interconnected process that influences psychosocial adaptation. The thesis offers practical recommendations that may support individualized psychosocial care and improve the availability of support during key phases of the cancer trajectory.

Keywords

oncology patients; experience of loss; coping strategies; interpretative phenomenological analysis; illness adaptation; psychosocial support

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně.
Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. prosince 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu, doc. PhDr. Milanu Tomkovi, Ph.D., za cenné rady a čas, který mi věnoval při zpracování diplomové práce. Jeho odborné vedení, inspirativní přístup a podpora mi umožnily rozvíjet znalosti v oboru a odborné i osobnostní dovednosti. Zároveň ve mně posílily nadšení pro výzkum, odhodlání dále se této problematice věnovat a odvahu vnímat svět z originálních perspektiv i přijímat nové výzvy.

Věnováno pacientům, jejich blízkým a odborníkům, kteří v konfrontaci s onkologickým onemocněním hledají a nalézají sílu, smysl a lidskost — v sobě i v druhých.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek a grafů.....	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Teoretická část	12
1.1 Problematika duševního zdraví u onkologických pacientů	12
1.2 Specifická zátěž onkologických pacientů v kontextu trajektorie onemocnění.....	19
1.3 Ztráty prožívané onkologickými pacienty	27
1.4 Individuální strategie zvládání nemoci u onkologických pacientů	33
1.5 Vybrané současné modely a trendy ve výzkumu a praxi.....	37
2 Výzkumná část	41
2.1 Cíl výzkumu	41
2.2 Metodika výzkumu	42
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	48
I. Konfrontace se ztrátou zdraví.....	49
II. Strategie zvládání ztráty zdraví	60
III. Integrace a proměna.....	72
2.4 Interpretace výsledků	85
2.5 Diskuse.....	91
2.6 Návrhy a doporučení pro praxi	99
3 Závěr.....	102
Přílohy.....	104
Příloha 1: Otázky do rozhovoru.....	104
Příloha 2: Vzor informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru.....	105
Seznam použitých zdrojů.....	106

Seznam obrázků

Obr. 1: Dynamika procesu Konfrontace → Strategie → Integrace.....	48
--	-----------

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru.....	47
Tab. 2: Vzorový postup kódování výroku participantky.....	48
Tab. 3: Rozdíly v prožívání a přijetí ztrát mezi pacientkami v remisi a pacientkami s metastatickým nebo progredujícím onkologickým onemocněním.....	89
Graf 1: Ztráta důstojnosti u onkologických pacientů.....	90

Seznam zkratek

AI – *Artificial Intelligence* (umělá inteligence)

Ca – karcinom

CR-PTS – *Cancer-Related Post-Traumatic Stress* (posttraumatický stres související s rakovinou)

CR-PTSD – *Cancer-Related Post-Traumatic Stress Disorder* (posttraumatická stresová porucha související s rakovinou)

eHealth – elektronické zdravotnictví / digitální přístup k poskytování péče

Teorie ERG – *Teorie „Existence, Relatedness, Growth“* (Teorie existence, vztahovosti a růstu)

FCR – *Fear of Cancer Recurrence* (strach z recidivy rakoviny)

FOP – *Fear of Progression* (strach z progrese onemocnění)

IPA – *Interpretative Phenomenological Analysis* (interpretativní fenomenologická analýza)

PTSD – *Post-Traumatic Stress Disorder* (posttraumatická stresová porucha)

WHO – *World Health Organization* (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

„Vzhledem k tomu, že rakovina není jediným stresorem, ale souborem různých stresových situací a problémů, které se objevují od okamžiku diagnózy po zbytek života, má smysl identifikovat problémy, které pravděpodobně zkomplikují životy pacientů a mohou mít celoživotní důsledky“ (Christ et al., 2015:36)

Onkologické onemocnění mnohdy představuje jedno z nejnáročnějších životních období. Potvrzení diagnózy převrátí dosavadní jistoty, naruší způsob fungování a hluboce zasáhne vnímání sebe sama, životní role, vztahy i osobní cíle a sny. Ztráta zdraví neznamena pouze fyzickou bolest a omezení. Dotýká se všech oblastí lidského života – tělesného i duševního zdraví, míry nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí i spirituality, jak je definuje Světová zdravotnická organizace (Power et al., 1999). Prožívání ztrát spojených s nemocí bývá dlouhým a složitým procesem, během něhož se člověk učí znovu chápat, kým je, co dává jeho životu smysl a o co se může opřít. Někteří v nemoci nacházejí nové zdroje síly, rozvíjejí schopnost přizpůsobit se a objevují v sobě dosud netušenou odolnost. Jiní naopak zápasí s bezmocí, strachem a úzkostí, které proměňují jejich vnímání sebe sama i světa kolem nich. Nejčastěji však pacienti procházejí oběma póly těchto zkušeností. Odborník, který vstupuje do života člověka zasaženého onkologickým onemocněním, se nesetkává pouze s jeho tělesnými obtížemi, ale také s životním příběhem – s bolestí, nadějí, strachem i úsilím znovu nalézt rovnováhu. Aby mohl být skutečnou oporou, potřebuje porozumět tomu, jak nemoc a s ní spojené ztráty lidé prožívají a jaké strategie volí k jejich zvládnutí. Takové porozumění umožňuje předcházet utrpení a negativním důsledkům onemocnění a poskytovat podporu citlivým, respektujícím a individualizovaným způsobem.

K volbě tématu této práce mě přivedl osobní i odborný zájem o problematiku psychosociální péče v onkologii a také vlastní zkušenosti z pozice pacienta. Dlouhodobě mě zajímá zejména téma psychosociální podpory zranitelných osob v oblasti zdravotně sociální péče se zaměřením na onkologii a trauma – informovaný přístup. Problematicke jsem se během studia dlouhodobě věnovala v rámci projektu podpořeného ve Studentské grantové soutěži. Jeho průběh i zpětná vazba od odborníků a pacientů pro mě byly významnou motivací pokračovat. S ohledem na rostoucí potřebu začleňovat psychosociální přístupy do péče o duševní zdraví onkologických pacientů i jejich blízkých považuji za důležité věnovat tomuto tématu hlubší pozornost. Mojí motivací je lépe porozumět, jak pacienti prožívají ztrátu zdraví, jaké strategie využívají k jejímu zvládnutí a s jakým výsledkem. V budoucnu bych se ráda dále věnovala rozvoji forem psychosociální podpory, které mohou pomoci zmírnit negativní dopady onkologického onemocnění se zaměřením na zvláště zranitelné skupiny onkologických pacientů. Tato osobní i odborná motivace se promítla do snahy zpracovat diplomovou práci na zvolené téma.

„Je důležité si uvědomit jeden ze základních principů života s rakovinou, a to, že všichni pacienti mají potřebu žít i s rakovinou dobře, ať už jsou v jakémkoli stadiu“ (Greally et al., 2020:23)

Výzkum psychosociálních aspektů onkologického onemocnění v posledním desetiletí výrazně pokročil, především s rozvojem psychoonkologie a psychosociální péče v onkologii. Pozornost odborníků se stále více soustředí na dopad onemocnění na jednotlivé životní domény a strategie zvládnutí pacientů. Předmětem zkoumání je rovněž prožívání ve vztahu ke změnám a ztrátám v důsledku onemocnění či téma existenciálního distresu a krize. Příkladem mohou být studie, ve kterých autoři zkoumali u onkologických pacientů prožívání konkrétního typu ztráty: důstojnosti

(Obispo et al., 2022), kontroly (Rodríguez-Prat et al., 2022) či psychosociální zátěž a fungování u pacientů s konkrétním typem onemocnění (například Bencová et al., 2011; Werner-Lin et al., 2020; Lond et al., 2024), v určité fázi trajektorie onemocnění nebo po ukončení kurativní péče (např. Kupka, 2014; Kolsteren et al., 2022; Svoboda et al., 2023) nebo sociální a psychické vlivy v průběhu nemoci (Adam et al., 2022). Současné metaanalýzy a systematické přehledy ukazují, že prožívání ztráty zdraví u onkologických pacientů je úzce spjato se zvolenými strategiemi zvládání a psychosociální adaptací. Systematické přehledy a metaanalýzy za posledních pět let poukazují na význam strategií zvládání, psychické odolnosti a sociální opory pro kvalitu života a míru distresu (např. Zhu et al., 2024; Zerbinati et al., 2024; Marzorati et al., 2025). Potvrzují také, že způsob, jakým pacienti interpretují nemoc a pracují se ztrátou, může výrazně ovlivňovat jejich psychickou adaptaci (Almeida et al., 2022; Sun et al., 2024; Paslaru et al., 2025). Základní teoretická východiska přitom nejčastěji vycházejí z transakčního pojetí stresu a strategií zvládání (Lazarus, Folkman, 1984) a z konceptu psychosociálních aspektů onkologického onemocnění rozpracovaného v rámci psychoonkologie (Holland, Breitbart, 2010; Pospíchal, 2024). Nicméně oblast prožívání ztráty zdraví v kombinaci s individuálními strategiemi zvládání nemoci u onkologických pacientů je stále relativně málo systematicky zmapovaná.

Téma práce vychází z potřeby hlubšího porozumění subjektivnímu prožívání ztráty onkologických pacientů a snahy zachytit osobní významy, které své zkušenosti s nemocí v tomto kontextu přisuzují. Prožívání ztráty je konkretizováno jako prožívání ztráty zdraví s rozpracováním dalších – sekundárních, resp. kumulativních – ztrát, které onemocnění přináší.

Cílem práce je porozumět, jak pacienti prožívají ztrátu zdraví a jaké strategie volí při jejím zvládání během léčby i rekonvalescence. Výzkum vychází z předpokladu, že se jedná o vzájemně propojené procesy, jež ovlivňují adaptaci pacienta na nemoc i její následky. Na tomto základě byl formulován cíl práce a výzkumná otázka, která spojuje dvě klíčové roviny – prožívání ztráty zdraví a individuální strategie jejího zvládání. Dílčí otázky se dále zaměřují na subjektivní zkušenost pacientů a na konkrétní způsoby, jimiž se s touto zkušeností vyrovnávají. Jejich propojení umožňuje komplexní pohled na danou problematiku a naplnění cíle práce – identifikovat prožívání ztráty zdraví v kontextu individuálních strategií zvládání nemoci během léčby a rekonvalescence. K naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, konkrétně metoda interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která umožňuje detailní porozumění individuálním zkušenostem a významům, jež lidé svému prožívání připisují. Tento přístup poskytuje rámec pro zachycení subjektivního světa pacientů a umožňuje vnímat jejich zkušenost nejen v rovině utrpení, ale i v dimenzi hledání nového smyslu, přijetí a osobního růstu.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a výzkumné. Teoretická část je zaměřena na vymezení klíčových pojmů a kontextu zkoumané problematiky. Výzkumná část navazuje metodologickým ukotvením práce, popisem výzkumného postupu a analýzou získaných dat. Na základě interpretativní fenomenologické analýzy jsou zde prezentovány hlavní tematické oblasti a významy spojené s prožíváním ztráty zdraví a se způsoby, jimiž se onkologičtí pacienti s touto zkušeností vyrovnávají. Závěrečná kapitola shrnuje klíčová zjištění, diskutuje jejich přínos pro oblast sociální práce v péči o duševní zdraví. Naznačuje také možnosti dalšího výzkumu a využití poznatků v praxi.

„Nelze dopustit, aby pacient zemřel psychicky či sociálně dříve než fyzicky“ (Kupka, 2014:104)

1 Teoretická část

Teoretická část této diplomové práce se zaměřuje na komplexní uchopení prožívání ztráty u onkologických pacientů. Důraz je kladen na význam holistického přístupu v kontextu problematiky duševního zdraví a psychosociální péče. Pozornost je dále věnována specifické zátěži spojené s jednotlivými fázemi trajektorie onkologického onemocnění a typům ztrát, kterým onkologičtí pacienti čelí – od ztrát tělesných funkcí po změny v sociálních rolích a existenciálních hodnotách. Následuje kapitola zaměřená na individuální strategie zvládnání nemoci, které mohou významně ovlivňovat proces adaptace, psychosociální pohodu pacientů a celkovou kvalitu jejich života. Teoretický rámec je doplněn přehledem vybraných současných modelů a trendů ve výzkumu a praxi, jež poskytují hlubší porozumění dané problematice.

1.1 Problematika duševního zdraví u onkologických pacientů

„Onkologické onemocnění přináší do života krizi. Záleží na osobnostních, sociálních, biologických a spirituálních faktorech, jak bude tato krize vypadat“ (Svoboda et al., 2023:304).

Duševní zdraví je v onkologii stále více chápáno jako nezbytná součást komplexní péče. Prokazuje se úzká provázanost somatického a psychického stavu i významné dlouhodobé dopady onemocnění. Samotná diagnóza i léčba představují mimořádnou psychickou zátěž, která může zásadně narušit kvalitu života a být spouštěčem duševních obtíží či poruch (Svoboda et al., 2023). Onkologické onemocnění často destabilizuje dosavadní způsob života a narušuje rovnováhu v osobním, rodinném i pracovním fungování. U mnoha pacientů vyvolává konfrontaci s existenciálními otázkami a může vést k hlubokému existenciálnímu utrpení v jakékoli fázi trajektorie onemocnění, nikoli pouze na jejím konci (Rosa et al., 2022). V posledním desetiletí také přibývá důkazů o tom, že duševní poruchy ovlivňují průběh onemocnění, zhoršují kvalitu života, adherence k léčbě i celkovou prognózu a souvisejí s delší hospitalizací a vyššími náklady na péči (Shalata et al., 2024).

U 30–35 % pacientů se v různých fázích léčby objevují duševní potíže, které vyžadují psychologickou či psychiatrickou péči a cílené terapeutické intervence. Dalších 15–20 % prožívá psychosociálně závažné stavy, které sice nenaplnují kritéria duševní poruchy, avšak mají výrazný dopad na kvalitu života pacienta i jeho blízkých a významně ovlivňují každodenní fungování. Tyto obtíže mohou být dlouhodobé a až u třetiny pacientů přetrvávají i po ukončení léčby. Přítomnost komorbidní duševní poruchy může snižovat ochotu a motivaci pacienta podstoupit doporučenou léčbu, ovlivnit její průběh i celkový výsledek a některé studie naznačují také kratší dobu dožití. U pacientů v terminálním stadiu je nezbytné pečlivě rozlišovat mezi klinickou depresí a přirozeným existenciálním distresem (Raudenská, 2011; Svoboda et al., 2023).

„Zátěž v podobě extrémního distresu, kterou onkologičtí pacienti během léčby a po léčbě zažívají, vede ke zvýšené prevalenci některých duševních poruch a stavů v onkologické populaci. Z psychických poruch jde hlavně o úzkostné poruchy, depresivní stavy a symptomy navazující na traumatizující situace, poruchy spánku, somatizace a sexuální poruchy; z těch dalších je to hlavně strach z recidivy, ztráta smyslu a obavy o zdraví. Ukazuje se, že tyto stavy se neobjevují jen na začátku léčby nebo během ní, ale často i po jejím ukončení. Přetrvávání těchto stavů i léta po vyléčení vede k celkovému snížení kvality života přeživších a zvýšeným výdajům na zdravotní péči.“

Pacienti by mohli čerpat ze specifických intervencí zaměřených na jednotlivé symptomy a intervence by měly zohledňovat konkrétní potřeby pacientů v dané fázi nemoci, během léčby nebo po ní“ (Svoboda et al., 2023:303)

Jak uvádějí Svoboda et al. (2023), u onkologických pacientů lze identifikovat několik skupin faktorů, které přispívají k rozvoji a přetrvávání duševních potíží. Predisponující faktory zahrnují zejména věk, pohlaví, osobnostní rysy, osobní a rodinnou anamnézu či premorbidní poruchu osobnosti. Precipitující faktory, tedy ty vyvolané aktuální situací, souvisejí s mírou akutního distresu spojeného s diagnostikou a plánem léčby, se samotným onkologickým onemocněním i s jeho léčbou, včetně nežádoucích účinků a medikace používané k jejich zvládnutí. Tyto faktory navazují na predispozice pacienta a vytvářejí situaci, v níž se zvyšuje pravděpodobnost vzniku psychické poruchy. Perpetující faktory následně udržují potíže v čase a brání jejich zmírnění; mezi ně patří například zvýšená senzitivita pacienta, reakce okolí posilující maladaptivní chování, negativní sebeobraz, nízká míra sociálních a komunikačních dovedností, vyhýbavé chování či sekundární zisky z nemoci.

Významným determinantem duševního zdraví je rovněž kvalita komunikace s lékaři a dalšími odborníky, která může ovlivňovat sebevědomí, vnímání sebe sama i celkovou míru psychického distresu (Choudhury, 2023).

Podobné rizikové faktory popisuje také biopsychosociální model onkologického onemocnění. Patří k nim vyšší věk, premorbidní psychiatrické onemocnění, maladaptivní reakce na změny spojené s nemocí (např. omezení fungování, tělesné změny), maladaptivní strategie zvládnutí zátěže, pesimismus, kumulovaný stres, narušené mezilidské vztahy, nedostatek sociální opory či smysluplných volnočasových aktivit. Svou roli hrají i některé aspekty léčby, například neléčená bolest, cytotoxická terapie, trvalé následky ovlivňující vzhled, užívání steroidů či hormonů nebo přítomnost metastáz v centrálním nervovém systému (Raudenská, 2011). Tento model zároveň zdůrazňuje, že psychologické faktory nejsou primární příčinou vzniku nádorového onemocnění, avšak mohou významně ovlivňovat jeho průběh, adaptaci pacienta i celkovou prognózu.

Nejčastější potíže v oblasti duševního zdraví u onkologických pacientů

Deprese a úzkostné poruchy

Deprese a úzkostné poruchy patří u onkologických pacientů k nejčastějším potížím v oblasti duševního zdraví. Mohou být důsledkem psychického šoku po sdělení diagnózy, dlouhodobého stresu, existenciální zátěže i vedlejších účinků léčby. Nejvyšší riziko jejich rozvoje se objevuje v období diagnózy, během intenzivní léčby a při relapsu. Tyto potíže negativně ovlivňují adherenci k léčbě, mortalitu i celkovou kvalitu života. Výzkumy ukazují, že přibližně 25–40 % onkologických pacientů prožívá úzkostné či depresivní symptomy v průběhu léčby (Tang et al., 2024; Fereidouni et al., 2024). Úzkost je často spojena s obavami z progresu či recidivy, nejistotou ohledně výsledků léčby nebo tělesnými změnami, zatímco depresivní projevy souvisejí zejména se ztrátou zdraví, energie, sociálních rolí či pocitu kontroly nad vlastním životem (Niedzwiedz et al., 2019; Phoosuan, Lundberg, 2022).

Psychický distres – komplexní reakce zahrnující emoční, kognitivní i behaviorální složky – představuje významný faktor ovlivňující kvalitu života i průběh terapie. Carlson et al. (2023) upozorňují, že neléčený distres může vést ke zhoršené spolupráci s lékaři, ztrátě motivace k léčbě

i k somatickým komplikacím. Mezi rizikové faktory patří pokročilé stadium onemocnění, bolest, únava, komorbidita, dřívější psychiatrická zátěž a sociální izolace. Současné přehledové studie potvrzují, že úzkostně-depresivní symptomatika přetrvává u mnoha pacientů i v období přežití, což podtrhuje nutnost kontinuálního screeningu během i po skončení léčby (Grassi et al., 2023).

Deprese u onkologických pacientů vzniká obvykle v důsledku složité interakce individuálních, sociálních a nemocí či léčbou podmíněných faktorů. Mezi nejčastější individuální rizikové faktory patří mladší věk, ženské pohlaví, předchozí onemocnění z okruhu poruch nálady, užívání návykových látek, omezená sociální opora, nižší socioekonomické postavení, nízké sebevědomí a ztráta pocitu smyslu nebo životního cíle. Shalata et al. (2024) řadí mezi rizikové faktory také rodinný stav (svobodní), delší nebo metastatické onemocnění, historii užívání antidepresiv a některé diagnózy typické pro ženy (zejména karcinom prsu). Rizikem je rovněž dlouhodobé emoční vyčerpání a přetížení kapacity zátěží zvládat pomocí svých zdrojů.

Úzkost se objevuje jako reakce na ohrožení či strach z nemoci, léčby, utrpení nebo nejistoty ohledně prognózy či smrti. Může se projevat panickými záchvaty, nespavostí či somatickými symptomy. Mírná úzkost je běžná téměř u všech pacientů, přičemž nejvyšší intenzita bývá zaznamenána v období vyšetření, operačních zákroků či změn léčby. Úzkost na úrovni poruchy se však vyskytuje u přibližně 35 % pacientů, tedy ve výrazně vyšší míře než v běžné populaci. Má dopad na schopnost efektivního rozhodování, může zhoršovat fyzické symptomy i kontinuitu péče. U mnoha pacientů se úzkost a deprese vyskytují současně, přičemž úzkost bývá silně spojena s horší kvalitou života (Venkataramu et al., 2022). Na základě těchto poznatků byla v řadě onkologických zařízení zavedena doporučení pro rutinní screening úzkosti jako tzv. „šestého vitálního znaku“, což zdůrazňuje její klinickou významnost (Bultz, Carlson, 2005).

Poruchy spánku

Poruchy spánku patří u onkologických pacientů k velmi častým potížím a významně ovlivňují jejich fyzické i duševní zdraví. Vyskytují se častěji než v běžné populaci a zahrnují sníženou kvalitu spánku, nespavost, potíže s usínáním, časté noční buzení, nadměrnou denní ospalost, narušení spánkového cyklu či noční můry (Büttner-Teleagă et al., 2021; Liu et al., 2025). Tyto problémy negativně ovlivňují náladu (podrážděnost, úzkost, depresivita), subjektivní pohodu, kvalitu života i schopnost zvládat nároky každodenního fungování. Často dochází také ke zhoršení kognitivních funkcí, zejména koncentrace a paměti, a ke snížené toleranci léčby. Úzkost, deprese či posttraumatická stresová reakce, které se u onkologických pacientů objevují rovněž často, jsou se spánkovými poruchami úzce provázány a mohou vytvářet začarovaný kruh potíží. Liu et al. (2025) upozorňují, že na rozvoji spánkových poruch se kromě psychické zátěže a fyzických symptomů podílí také nedostatečná sociální opora, sociální izolace a používané strategie zvládání zátěže.

Posttraumatický stres a posttraumatická stresová porucha související s rakovinou (Cancer-Related Post-Traumatic Stress a Cancer-Related Post-Traumatic Stress Disorder)

Na onkologické onemocnění může být nahlíženo jako na trauma, které může přispět k rozvoji psychických potíží a onemocnění (Rose et al., 2013). Onkologičtí pacienti mohou v různých fázích trajektorie onemocnění prožívat symptomy posttraumatického stresu (CR-PTS), které však ne vždy vedou k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (CR-PTSD). Příčina těchto psychických stavů nebývá vždy jednoznačná. Vzhledem k množství stresujících situací, které zkušenost

s onkologickým onemocněním provázejí, může být často obtížné identifikovat konkrétní traumatizující faktor a hlavní zdroj stresu, což je také charakteristika specifická pro CR-PTS a CR-PTSD liší. CR-PTSD může negativně ovlivnit psychosociální a fyzické zdraví pacienta během léčby i po jejím ukončení. Bohužel, CR-PTSD často zůstává nedignostikováno a v důsledku toho neléčeno (Leano et al., 2019). Mnohé aspekty diagnostiky a léčby rakoviny mohou působit jako traumatické události, které vedou k PTSD souvisejícímu s rakovinou, včetně diagnostických testů, stresujících čekacích dob, okamžiku špatných zpráv a zatěžujících léčebných postupů (Cordova et al., 2017). I pacienti v remisi mohou mít zvýšenou úzkost kvůli strachu z recidivy (Ghazali, Cadwallader, Lowe, Humphris, Ozakinci, & Rogers, 2013). Ghazali et al. (2013) zjistili, že strach u přeživších rakovinu může být vyvolán následnými vyšetřeními a návštěvami onkologa, fyzickými příznaky (tj. bolestí) nebo smrtí veřejné osobnosti v důsledku rakoviny (Ghazali et al., 2013). Rizikové faktory zahrnují recidivu nemoci, pokročilý stav, traumatickou minulost, vysoký stres, nedostatek podpory nebo vyhublé zvládací strategie. Mezi ochranné faktory patří dostatečná sociální opora a otevřená komunikace s lékaři. Specifickou zranitelnou skupinou jsou pacienti s komplexním vývojovým traumatem nebo závažnou traumatizací v dětství zhoršení úzkosti (Leano et al., 2019). PTSD ovlivňuje všechny aspekty života pacienta, včetně sebehodnocení, vztahů s rodinou a přáteli, spirituality, schopnosti pracovat atd. Emocionální nestabilita může způsobit, že pacienti zpochybňují svou spiritualitu, osobní hodnoty a smysl své existence, což může narušit vztahy pacientů s jejich blízkými. Pacienti mohou pociťovat snížený pocit sounáležitosti a společných zájmů s blízkými osobami a vrstevníky (Grassi et al., 2017).

Strach z recidivy nebo progrese (Fear of Recurrence / Progression)

Strach z recidivy či progrese představuje u onkologických pacientů jednu z nejčastějších a zároveň nejvíce zatěžujících psychologických reakcí. Jedná se o přirozenou odpověď na zkušenost s život ohrožující nemocí, která je však v mnoha případech spojena se zhoršenou kvalitou života, vyšším emočním stresem, obtížnější psychosociální adaptací, fyzickými i emočními symptomy a někdy i dysfunkčními formami chování (Simard & Savard, 2009; Lebel et al., 2016; Fardell et al., 2020). Výzkumy také potvrzují souvislost mezi vysokou mírou tohoto strachu a častějším využíváním zdravotních služeb, například vyžadováním opakovaných vyšetření, konzultací druhého názoru, neplánovaných návštěv lékaře či hospitalizací, které nemusí být medicínsky nezbytné. Vysoká míra strachu může ovlivňovat i rozhodování o léčbě a podporovat vyhledávání alternativních postupů (Bergerot et al., 2024).

Prevalence FCR/FOP se v literatuře liší v závislosti na typu nádoru a metodologii, obecně se však střední až vysoká míra objevuje u 40–70 % pacientů; u osob s pokročilým onemocněním uváděla vysokou míru strachu přibližně jedna třetina respondentů (Calderon et al., 2024; Lebel et al., 2016). Přesto bývá strach z recidivy nebo progrese jednou z nejčastěji popisovaných neuspokojených potřeb, a to i u pacientů v remisi. K rizikovým skupinám patří ženy, mladší lidé, pacienti s nepříznivou prognózou, zvýšenou depresivitou či úzkostností, a také ti, kdo prožívají nízký pocit kontroly a zvýšenou nejistotu ohledně budoucnosti (Fardell et al., 2016; Ng et al., 2019). Zajímavým zjištěním je, že silná sociální opora nemusí být vždy jednoznačně protektivním faktorem — v některých případech může míru obav naopak zvyšovat. Calderon et al. (2024) tento jev vysvětlují pociťovanou odpovědností vůči závislým členům rodiny a obavami z toho, jak nemoc ovlivní jejich budoucnost. V kontextu péče je zásadní normalizace tohoto typu strachu

jako očekávané reakce, psychoedukace a preventivní intervence u pacientů i jejich blízkých. Vhodný je pravidelný screening a identifikace osob se středně závažnou či závažnou mírou strachu se zajištěním cílené podpory (Calderon et al., 2024; Butow et al., 2017).

Kognitivní poruchy související s onkologickým onemocněním a jeho léčbou

Kognitivní poruchy související s onkologickým onemocněním představují zpravidla subakutní, chronické či progresivní zhoršení kognitivních funkcí, ke kterému dochází v důsledku samotného onemocnění nebo jeho léčby (chemoterapie, radioterapie, chirurgický zákrok, hormonální terapie, imunoterapie aj.). Postihují až 60–75 % pacientů a mají významný dopad na jejich každodenní fungování, přesto často unikají pozornosti odborníků a nejsou součástí rutinního screeningu (Zhang et al., 2025). Jako vedlejší účinek chemoterapie se běžně označují jako „chemo brain“ či „chemo fog“ („mozková mlha“). Příznaky bývají většinou mírné a spíše obtěžující, avšak mohou být i závažné a trvalé. Zahrnují poruchy paměti, potíže s učením, sníženou koncentraci, problémy s pozorností, rozhodováním, pomalejší zpracování informací či potíže s vybavováním slov. Pacienti obvykle popisují pocit mentální „mlhy“, zhoršenou schopnost multitaskingu a problémy s každodenními činnostmi. I mírné formy mohou zvyšovat úzkost, stres či depresivní symptomatiku. Důležitý je podpůrný přístup, včasná edukace a cílená psychologická podpora zaměřená na minimalizaci dopadu těchto obtíží, včetně posilování strategií zvládání (Miyashita, 2023). Mezi účinné intervence patří také vhodná fyzická aktivita (např. jóga, aerobní cvičení), meditace a techniky mindfulness (Zhang et al., 2025).

Somatizace a psychosomatické potíže

Somatizace a psychosomatické potíže (fyzické symptomy bez jasného organického podkladu, které souvisejí s psychickým stresem) představují významnou oblast duševního zdraví u onkologických pacientů. Tyto obtíže se projevují fyzickými symptomy, které však nemají jasné organické vysvětlení a jsou úzce propojeny s psychickým stresem, úzkostí nebo depresí. Typicky se může jednat o fyzické bolesti (např. hlavy, svalů, žaludku, zažívací potíže) či nevysvětlitelnou únavu. Narušení tělesné pohody může vést k dalšímu prohlubování úzkosti a pocitu bezmoci, což vytváří bludný kruh mezi psychickým a fyzickým stavem. U některých pacientů mohou tyto symptomy přetrvávat i po skončení léčby a významně zasahovat do jejich každodenního života a jeho kvality. Ze strany odborníků je klíčová včasná identifikace psychosomatických potíží, otevřená komunikace s pacientem a mezioborová spolupráce, což umožní cílenou podporu a současně prevenci zbytečných vyšetření nebo nadměrné medikalizace. Účinné intervence zahrnují psychoedukaci, podpůrnou psychoterapii a rozvoj adaptivních strategií zvládání zátěže.

Sebevražedné chování

Z hlediska zvýšeného rizika sebevražedného chování je rizikové zejména období prvních týdnů po stanovení diagnózy a terminální stádium. Riziko se zvyšuje také s letalitou onemocnění, negativními vedlejšími účinky a je nepřímo úměrné síle podpůrného systému pacienta. U pacientů se sebevražedným chováním bývá společnou emocí, jak vnímají, že jsou pro své blízké zátěží a pocit zmařené sounáležitosti (pocit izolace, oslabení nebo ztráta smysluplných vztahů; mnozí pacienti mají pocit, že jejich blízké vztahy postupně slábnou, protože zatímco je zastavila nemoc a stala se ústředním bodem, ostatní dál žijí své dosavadní životy). Kromě faktorů přímo souvisejících s nemocí je nutné brát v úvahu i jejich historii potíží v oblasti duševního zdraví a sebevražedného chování (Raudenská, 2011; Anderson et al., in Christ et al., 2015).

Onkologičtí pacienti se závažným duševním onemocněním

Diagnostika a léčba onkologických onemocnění u pacientů se závažným duševním onemocněním (např. psychotickým) jsou spojeny s řadou specifických komplikací. Patří mezi ně omezená účast na preventivních programech a screeningu, opožděná diagnóza, zaměnění příznaků malignity za projevy duševního onemocnění, dále limitovaná schopnost rozhodování ohledně léčby, dodržování léčebného plánu a zvýšená mortalita. Úmrtnost na nádorová onemocnění je například u osob se schizofrenií 1,5 až 4násobně vyšší než u jedinců bez psychiatrického onemocnění (Fond et al., 2019). Diagnóza je často stanovena až v pozdních stádiích choroby, mnohdy při návštěvě pohotovosti. Včasné zhodnocení zdravotního stavu komplikuje neschopnost pacientů jasně popsat klinické obtíže nebo jejich bizarní interpretace, které mohou být chybně vyhodnoceny jako psychotická symptomatika. Určité symptomy závažného duševního onemocnění se mohou sekundárně objevit vlivem mozkových nádorů nebo chemoterapie, což může vést k záměně s příznaky deliria. Významná část pacientů ukončuje následnou péči během jednoho roku od zahájení sledování. K obzvláště rizikovým skupinám patří osoby bez domova nebo umístěné v ústavní péči (Venkataramu et al., 2022). Tito pacienti mají častěji rozsáhlé komorbidity (obezita, diabetes a kardiovaskulární onemocnění), problematické rovněž bývají také interakce mezi užívanými léky (Seeman, 2020).

Psychosociální péče v onkologii

Psychosociální péče v onkologii představuje klíčový pilíř komplexní péče, který doplňuje somatickou léčbu a je nedílnou součástí holistického přístupu. Tato multidisciplinární subdisciplína onkologické péče, která se zabývá emocionálními, sociálními, duchovními a funkčními aspekty onemocnění, se zaměřuje na podporu duševního a sociálního zdraví pacientů i jejich blízkých. Cílem je nejen zmírnit utrpení, ale umožnit pacientovi žít s pocitem **smyslu, důstojnosti a naděje**, bez ohledu na prognózu (Tack et al., 2022). Celosvětově se psychosociální péče rozvíjí zvláště v poslední dekádě, resp. dvou dekádách. Odborníci zdůrazňují nutnost její integrace do všech fází trajektorie onemocnění, od diagnózy přes aktivní léčbu až po přežití nebo paliativní fázi, a shodují se na jejím zásadním významu pro zlepšení výsledků léčby a pohody pacientů (Bergerot et al., 2024). Psychosociální péče je dnes považována za **nezbytnou součást onkologické léčby** a její rozvoj je klíčový pro zlepšení výsledků i kvality života pacientů a jejich blízkých. Jejím cílem je umožnit nemocným zachovat důstojnost, autonomii a smysl života i v mezních situacích. Měla by být **dostupná, individualizovaná, kontinuální a založená na důkazech** — a v ideálním případě uznána jako **univerzální lidské právo**.

Psychosociální péče zahrnuje široké spektrum intervencí — od poskytování informací, edukace, krizové intervence a psychoterapie po sociální poradenství a podporu rodiny. Stále větší roli hrají **digitální a online nástroje**, které zvyšují dostupnost služeb i v situacích, kdy osobní kontakt není možný (Bergerot et al., 2024). Výzkumy potvrzují, že psychosociální intervence mají **měřitelný pozitivní dopad** na kvalitu života, adherenci k léčbě i zvládání vedlejších účinků. Metaanalýzy (např. Faller et al., 2013) dokládají snížení symptomů deprese a úzkosti a zlepšení celkového well-beingu. Zlepšují také vztahy mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým týmem. Systematický screening psychické zátěže je považován za základ pro indikaci vhodných intervencí a individualizaci podpory.

Cílem psychosociální péče je zapojení rodiny, a to nejen v roli pečujících osob, ale s ohledem na jejich vlastní potřeby, strategie zvládání (copingové strategie¹) a prevenci vyhoření (Nic Giolla Easpaig et al., 2025). Péče má být **cíleně dostupná** v přechodných fázích onemocnění (po diagnóze, při ukončení léčby, při recidivě nebo na konci života), kdy je pacient nejvíce zranitelný (Hyman et al., 2018). Přesto zůstává problémem **nedostatečná dostupnost a pokrytí nízkoprahovými službami**, zejména pro specifické skupiny pacientů (Faller et al., 2016; Weis et al., 2018). Rostoucí počet přeživších onkologických onemocnění vyvolává potřebu sledovat jejich **dlouhodobé psychosociální potřeby**. I když většina z nich nevyžaduje intenzivní péči, část pacientů je vysoce ohrožena dlouhodobým psychosociálním poškozením a vyžaduje **včasnou identifikaci a intervenci** (Svoboda et al., 2023).

Výzkum by se měl zaměřit na **dlouhodobý vývoj psychického stavu** po pěti a více letech přežití a na faktory, které ovlivňují jeho pozitivní či negativní vývoj (Mehnert-Theuerkauf et al., 2023; Svoboda et al., 2023). Tyto poznatky jsou zásadní pro tvorbu personalizovaných plánů péče pro přeživší, především pro zranitelné skupiny pacientů. Mezi hlavní směry vývoje v posledních letech patří integrace psychosociální péče do rutinní onkologické péče s úsilím, aby screening psychické zátěže, intervence a podpora rodin byly nedílnou součástí onkologických center (Bergerot et al., 2025), dále digitalizace intervencí (telehealth), kdy dochází k rozmachu aplikací a programů zaměřených na rozvoj a podporu duševního zdraví a životní spokojenosti (včetně snížení distresu a zlepšení zvládacích strategií (Zhong et al., 2025), rostoucí počet studií také zdůrazňuje význam podpory pečujících osob a rodiny jako součást komplexní péče včetně zaměření na problematiku vyhoření pečujících (Nic Giolla Easpaig et al., 2025). Pozornost se soustředí i na nové psychosociální potřeby skupiny přeživších a dlouhodobě přežívajících i s pokročilým (metastatickým) onemocněním (Vanlaer et al., 2024).

Klíčovým problémem rozvoje psychosociální péče v onkologii zůstává nedostatek personálních i finančních zdrojů, nerovnoměrná dostupnost služeb a potřeba kvalitního vzdělávání zdravotnických i sociálních profesionálů v této oblasti. Významnou roli hraje také nerovný přístup k péči – socioekonomické rozdíly, geografická dostupnost i tzv. digitální propast, která omezuje využití telepsychoonkologických služeb (Butow et al., 2023; Caruso et al., 2024). S rozvojem digitálních nástrojů a umělé inteligence se zároveň otevírají otázky etiky a ochrany osobních údajů (Cabrera et al., 2023; Riemer et al., 2024). Problémem je také nedostatek dlouhodobých dat o tom, jak psychosociální intervence ovlivňují kvalitu života pacientů, adherenci k léčbě či zátěž pečujících. Trvale vysoká míra neuspokojených psychosociálních potřeb potvrzuje nutnost vytvářet dostupné a komplexní programy podpory pro všechny pacienty – od diagnózy až po přežití či paliativní péči. Důležitým nástrojem je systematický screening distresu (např. Distress Thermometer) a důsledná implementace doporučení odborných společností, které zdůrazňují psychosociální péči jako nedílnou součást moderní onkologické léčby (ESMO, 2022; NCCN, 2023).

„Ať už je vaše situace jakákoli, přála bych si sednout si s vámi, vyslechnout, co prožíváte a jak to zvládáte, a pomoci vám najít takovou podporu, která bude pro vás ta pravá.“
— Jimmie C. Holland, zakladatelka moderní psychoonkologie (Holland, cit. dle Friedman, 2024).

¹ V této práci je dále jednotně používán termín „strategie zvládání“, primárně ve vztahu ke strategiím zvládání nemoci.

1.2 Specifická zátěž onkologických pacientů v kontextu trajektorie onemocnění

„Rakovina není jednorázová událost s určitým koncem. Je to trvalý stav, který se vyznačuje pokračující nejistotou, potenciálně opožděnými nebo pozdními účinky nemoci nebo léčby a souběžnými psychosociálními a kontextovými problémy“ (Zebrack et al., in Christ et al., 2015:35)

Onkologické onemocnění představuje dlouhodobý, mnohdy nejistý proces, který lze charakterizovat proměnlivostí symptomů, léčebných postupů i psychických reakcí pacienta. Tento proces – označovaný jako trajektorie onemocnění – zahrnuje období od stanovení diagnózy přes léčbu, rekonvalescenci až po případné relapsy nebo fázi terminální. Každá z těchto etap přináší specifickou formu fyzické, psychické i sociální zátěže, kterou pacient musí zvládnout, aby mohl udržet alespoň částečný pocit stability a smysluplnosti života (Corbin, Strauss, 1991). Trajektorie onkologického onemocnění není jen medicínským procesem léčby, ale také cestou osobního vývoje a proměny, během níž pacient hledá smysl své zkušenosti a usiluje o zachování kontinuity vlastního života. Reakce na diagnózu a průběh onkologické léčby bývá individuální a závisí na osobnostních charakteristikách, životní historii, podpoře okolí a aktuálním psychickém stavu pacienta.

Každá fáze s sebou nese nejen specifickou zátěž, ale i možnost růstu a přizpůsobení. V tomto smyslu má zásadní význam role sociální práce, která může pacientovi pomoci porozumět proměnám, které nemoc přináší, a poskytnout podporu při hledání nových zdrojů zvládnání a smyslu života. Porozumění trajektorii onkologického onemocnění umožňuje nahlížet zkušenost pacienta v jejím vývoji a dynamice. Tím vytváří základ pro pochopení, jak pacienti prožívají ztrátu zdraví v různých fázích nemoci a jaké strategie využívají k jejímu zvládnání.

Zátěž onkologických pacientů má v kontextu trajektorie onemocnění své typické charakteristiky. Jsou popsány jednotlivé fáze, kterými pacient v průběhu diagnózy a léčby prochází a během nichž lze vysledovat z pohledu biopsychosociálního přístupu příznačné projevy v oblasti potřeb, prožívání, chování, životních rolí a vztahů i strategií zvládnání, resp. adaptivních a maladaptivních psychických reakcí (Raudenská, 2011; Pospíchal, 2024). Důležitou roli ve vztahu k prožívání různých fází nemoci a rekonvalescence mají faktory související s onemocněním a léčbou u konkrétního pacienta – přesná diagnóza a typ léčby, postižený orgán nebo orgánová soustava, rozsah onemocnění, radikalita léčby nebo její vedlejší účinky (Pospíchal, 2024). K těmto fázím se vážou nejen charakteristické otázky a potíže v oblasti somatického zdraví a zdravotní péče, ale také charakteristické psychosociální problémy a potřeby v oblasti psychosociální péče a péče o duševní zdraví.

Existuje několik klasifikací fází nemoci a rekonvalescence u onkologických pacientů, které se jen drobně liší a obecně jsou klasifikace používané v České republice a zahraničí shodné. Trajektorii onkologického onemocnění v kontextu charakteristik jednotlivých fází podrobně zpracovaly Raudenská a Javůrková (2011), které popisují tyto fáze:

- prediagnostická, diagnostická, pozdní diagnóza, léčebná, období po léčbě, období případné recidivy (rekurence, progresu), terminální (paliativní)

Klasifikace podle Knight, 2004, in Raudenská, Javůrková (2011, upraveno) popisuje trajektorii onkologického onemocnění v následujících fázích:

- objevení symptomů, diagnóza a předběžná opatření, léčebná, období po léčbě, recidiva a progresse, paliativní a konec života

Autoři Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke (2010) věnující se oblasti psychoonkologie vytvořili tento koncept fází nádorového onemocnění:

Fáze 1: Podezření; Fáze 2: Diagnóza, Nález; Fáze 3 Léčba (operace, chemoterapie, ozařování); Fáze 4: Remise; Fáze 5: Případná recidiva; Fáze 6: Případná progresse onemocnění; Fáze 7: Konečné stadium, ve kterém se uplatňují zejména paliativní opatření

Model fází v trajektorii rakoviny na rozdíl od předchozích modelů rozlišujících kurativní a paliativní fázi pracuje s modelem onkologického onemocnění jako cesty s několika klíčovými body zranitelnosti a pozvolným přechodem mezi fázemi, nikoli ostrou hranicí. Je navržen jako vizuální mapa nebo navigační průvodce především pro klinické a výzkumné účely v onkologii, ale může být adaptován i na využití ve vztahu k jiným závažným dlouhodobým onemocněním, jejichž předpokládaným důsledkem je smrt. Podstatou je individuální prožívání situace v její komplexnosti včetně zátěže související se symptomy onemocnění, úrovně fungování a výkonnosti, psychologického zvládání a sociálních, environmentálních a kontextuálních vlivů, které dohromady tvoří pacientovu zkušenost (Grov, 2014).

Trajektorie onemocnění u onkologických pacientů byla popsána také s využitím Corbinova a Straussova modelu trajektorie chronického onemocnění (např. Reed, Corner, 2015 v rámci studie žen s metastatickým onemocněním prsu). V 70. letech 20. stol., v době popsání modelu Kübler-Ross, se u onkologických pacientů spíše zřídka podařilo dosáhnout remise, zatímco v současné době se naopak často střídají fáze relapsů a remisí a obecně lze říct, že trajektorie onemocnění neprobíhá lineárně (Opatrná, 2017). *„Skutečná povaha rakoviny často zahrnuje pohyb tam a zpět, dovnitř a ven, přes fáze diagnózy, léčby, remise, recidivy, další léčby, „vyléčení“ a, v některých případech, i konec života“* (Zebrack et al., in Christ et al., 2015:36)

I. Prediagnostické období (podezření, objevení symptomů)

„Období pro pacienta plné nejistoty, úzkosti, zoufání, doufání, bagatelizace i popírání“
(Raudenská, Javůrková, 2011:192)

Prediagnostická fáze může být i relativně dlouhým, plíživým obdobím, kdy tělo začíná signalizovat, že něco není v pořádku a objevují se mnohdy neurčité symptomy různé závažnosti a intenzity. Daný jedinec často cítí vnitřní úzkost, nejistotu a obavy, co tyto symptomy znamenají a může tušit, že mají závažnou příčinu. Někteří rychle vyhledají lékařskou pomoc, jiní naopak návštěvu lékaře odkládají. Důvodem může být předtucha zjištění vážného onemocnění a snaha tuto zprávu – a zásadní životní změnu – ještě o něco oddálit. Jiní mají tendenci symptomy bagatelizovat či svádět na nějakou pravděpodobnou, nezávažnou příčinu (např. stres z práce, nedostatek spánku, dietní chyba, nadměrná zátěž při sportu, přirozený proces stárnutí – „už nejsem nejmladší“ aj.), neboť se ještě necítí vyloženě nemocný. Jindy se symptomy manifestují brzy a prudce a podezření na závažné onemocnění může být vysloveno krátce poté, co začal mít člověk potíže. V této fázi zatím ani lékař nemá přesné informace o zdravotním stavu jedince a příčině jeho obtíží (Knight, 2004, in Raudenská, Javůrková, 2011; Pospíchal, 2024).

II. Diagnóza

Období sdělení diagnózy, kdy se „*pocit nejistoty předchozího období mění na nechtěnou jistotu, že jsme nemocní*“ (Pospíchal, 2024:28–29), bývá provázeno širokou škálou individuálních reakcí, které však vykazují určité společné rysy. Typické jsou pocity bezmoci, zděšení a výrazná úzkost, a již od tohoto okamžiku lze pozorovat pokles kvality života pacientů (Religioni et al., 2020). Jak uvádí Pospíchal (2024), v tak náročné situaci je „*každá psychická reakce normální*“. Běžně se objevuje reakce popsaná v modelu E. Kübler-Ross, přičemž šok z diagnózy často vede k popření a akutnímu zmatku provázenému strachem, smutkem, hněvem či anticipačním žalem. Pacienti oscilují mezi strachem a nadějí a nezávisle na závažnosti diagnózy mohou procházet existenciální krizí, která bývá nejintenzivnější v rané fázi, ale v určité míře přetrvává napříč celou trajektorií nemoci (Opatrná, 2017).

Po objasnění příčin symptomů může část pacientů zažívat i úlevu z ukončení období nejistoty. Jiné naopak přemáhají pocity viny či snaha hledat viníka. Někteří pacienti od počátku aktivně vyhledávají informace, žádají názor dalšího odborníka a chtějí mít kontrolu nad rozhodováním o léčbě, zatímco jiní diagnózu popírají, odmítají konvenční terapii nebo se upínají k alternativním postupům. Tyto projevy – stejně jako symptomy těžké deprese – je nutné odlišit od běžné reakce na zátěž.

Potvrzení diagnózy zároveň znamená konfrontaci s eventualitou smrti a s vlastní zranitelností. V akutní fázi mohou intenzivní úzkost a šok zhoršovat schopnost přijímat a zpracovávat informace, což je zásadní s ohledem na edukaci o léčbě a dalším postupu. Jak zdůrazňuje Angenendt (2010:116), pro mnohé pacienty je sdělení diagnózy traumatickou událostí, která dělí jejich život na dobu „před“ a „po“ – úkolem odborníků je proto napomoci postupné integraci této zkušenosti do běžného života. Forma sdělení diagnózy přitom významně ovlivňuje její psychický dopad, míru přijetí i další adaptaci pacienta.

Pacienti se specifickými potřebami

Zvláštní skupinu tvoří **pacienti s hereditárními onkologickými syndromy a se vzácnými typy nádorů**. U osob s genetickou zátěží se popisuje dlouhodobý stres spojený s rizikem opakovaného onemocnění, rozhodováním o genetickém testování či preventivních zákrocích, což často zasahuje celou rodinu (Imyanitov et al., 2023; Hachmeriyan et al., 2025; Sztankay et al., 2025). Pacienti se vzácnými nádory vykazují oproti pacientům s běžnějšími diagnózami vyšší míru deprese, úzkosti, posttraumatických symptomů i suicidalitu, ale také silnější pocit izolace a nenaplněných potřeb podpůrné péče (Heus et al., 2021; Heus et al., 2023; Low et al., 2024). De Heus et al. (2023:1667) upozorňují, že u této skupiny je nezbytná centralizovaná a individualizovaná psychosociální péče, která může zmírnit výrazné nerovnosti ve zkušenosti s onemocněním.

Další významnou skupinou jsou pacienti s komorbiditami. U starších osob je běžný souběh více chronických onemocnění, která ovlivňují možnosti léčby, průběh rekonvalescence i celkovou kvalitu života napříč trajektorií onkologického onemocnění. Ačkoli mohou mít tyto pacienti díky své zkušenosti lepší orientaci v systému péče, další závažná diagnóza často prohlubuje obavy, pocity přetížení či nespravedlnosti. Tyto aspekty je nutné zohlednit při plánování léčebného i psychosociálního postupu, stejně jako potřebu podpory pečujících osob. Specifickou podskupinu tvoří pacienti s psychiatrickými komorbiditami, kteří vykazují zvýšenou vulnerabilitu a vyžadují mezioborovou koordinaci péče (Head, in Christ et al., 2015).

III. Období aktivní léčby

Období aktivní léčby představuje pro většinu onkologických pacientů jednu z nejnáročnějších etap celé trajektorie onemocnění. Pacienti se často ocitají v dosud největší životní krizi: jsou fyzicky i psychicky vyčerpaní a zároveň musí činit zásadní rozhodnutí o typu a načasování léčby, často bez dostatečného prostoru pro zpracování šoku z diagnózy a pochopení jejích důsledků. Nedostatek času, informací a pocit ztráty kontroly nad vlastním tělem i životem umocňují bezmoc a zranitelnost. Jak uvádí Angenendt (2010:106), *„čím více se pacient může podílet na rozhodování o průběhu léčby, tím menší bude jeho pocit bezmocnosti a ztráty kontroly a tím větší bude šance, že onemocnění dobře psychicky zvládne“*.

Aktivní léčba s sebou přináší nutnost vyrovnat se s vedlejšími účinky terapie, tělesnými změnami i dopady na intimní, profesní a sociální život. Pro mnoho pacientů se nemoc a léčba stávají „prací na plný úvazek“, zatímco se současně snaží udržet chod domácnosti a plnit své sociální role. Tato fáze je také obdobím aktivace nebo vytváření nových strategií zvládání, které jsou klíčové pro udržení psychické stability a funkční adaptace.

Dlouhodobá pracovní neschopnost může zároveň otevírat prostor pro znovuoobjevování či eskalaci dříve potlačených osobních nebo rodinných problémů. Významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života i prognózu, je sociální opora: narušené vztahy, nedorozumění v rodině či osamělost zvyšují psychickou zátěž, zatímco podpora blízkých a stabilní pečující prostředí zlepšují psychickou odolnost, kvalitu života i šance na přežití (Adam et al., 2022).

IV. Období po léčbě (remise)

Období remise bývá pro mnoho onkologických pacientů paradoxně stejně náročné jako samotná léčba. Teprve po jejím ukončení vzniká prostor k hlubšímu zpracování celé zkušenosti, kterou během terapie často překrývala potřeba zvládat akutní krizovou situaci. Pacienti hovoří o návratu do „zdánlivé normality“ – okolí očekává, že se život vrátí do původních kolejí, avšak pro samotné nemocné je dřívější normalita nenávratně proměněná.

V této fázi se často objevují pocity nejistoty, zvýšená ostražitost a strach z recidivy, které mohou dlouhodobě ovlivňovat každodenní fungování i psychickou pohodu. Remise je vnímána jako „druhá šance“, provázená vděčností, ale zároveň tlakem neustále sledovat signály tělesných změn a připraveností na možné komplikace. Dochází k předdefinování životních rolí v rodině, práci i širším sociálním prostředí a ke snaze znovu nalézt stabilitu, smysl a nové životní cíle. Důležitou součástí této etapy je také obnova důvěry – jak ve vlastní tělo, tak v mezilidské vztahy – a postupné navazování partnerské intimity a běžných aktivit každodenního života.

Období remise lze proto chápat jako proces psychické rekonvalescence, v němž se pacient učí žít s prožitou nemocí i s nejistotou, kterou s sebou nadále nese (Centrum Amelie, 2018; Adam et al., 2022; Bergerot et al., 2024; Saidin et al., 2024; Marzorati et al., 2025).

V. Období recidivy (rekurence, onkologický relaps)

Zjištění, že u pacienta došlo k recidivě onemocnění, může představovat větší krizi než první potvrzení onkologického onemocnění (Schnipper, Varner, in Christ et al., 2015), jak uvádějí také Raudenská, Javůrková (2011:93): *„Všichni pacienti prožívají recidivu podobně jako v době zjištění diagnózy, ale většinou mnohem hlouběji a intenzivněji.“* Prožívání pacienta a míru jeho distresu

a zátěže ovlivňuje nejen pohlaví, ale také to, zda se jedná o první nebo opakovanou recidivu (Hjörleifsdóttir, Óskarsson, 2010). Recidiva je zpravidla spojena s horší prognózou a u některých typů nádorů také horší odpovědí na léčbu. Většina pacientů trpí strachem z recidivy a v situaci, kdy k ní opravdu dojde, u pacienta se tento strach zhmotní. U pacienta se zpravidla v jeho prožívání objevuje počáteční šok nebo popření, zvýšený stres, zklamání, úzkost a žal. Časté jsou také pocity hněvu, viny a výčitek, paniky a naprosté bezmocnosti v důsledku ztráty víry ve svoji schopnost ovlivnit svůj život a jeho okolnosti i ztráty znovunabyté důvěry ve vlastní tělo (Angenenedt, 2010).

Pacient může prožívat intenzivní smutek nad ztrátami, ke kterým přibyla i ztráta naděje na uzdravení (Raudenská, Javůrková, 2011; Mehra, Berkowitz, Sanft, 2018), což může vést až k rozvoji beznaděje a sebevražedných myšlenek. Pacienti se mohou rozhodovat jak, kde a zda vůbec podstoupit navrhovanou léčbu, usilují o hledání dalšího lékařského názoru nebo se uchylují k výzkumným a alternativním přístupům léčby. Adaptují se na pokračující léčbu, která musí být někdy agresivnější či invazivnější než po prvním zjištění onemocnění. Pacienti mohou také intenzivněji prožívat pocit, že jsou pro druhé přítěží nebo vystavují své blízké přílišné zátěži, zvláště pokud jsou – nebo je prognóza, že budou – závislí na péči druhé osoby. Zpravidla se znovu zásadně mění struktura jejich každodenního života, přičemž musí do své životní reality začlenit myšlenku progredující nemoci, která může vést k předčasné smrti. Pro pacienty je proto důležité dokázat pro sebe najít nový zachytný bod, který by odpovídal změně životní situaci i časové perspektivě možné délky života (Angenenedt, 2010).

VI. Období pokročilého (progredujícího) onemocnění

Období pokročilého (progredujícího) onemocnění je charakteristické kumulací somatických symptomů, zejména bolesti, únavy a dušnosti, a postupnou ztrátou soběstačnosti. Tyto faktory výrazně zvyšují psychickou zátěž pacienta i jeho blízkých. V této fázi se často prohlubují úzkostné a depresivní symptomy, objevuje se strach z bolesti, tělesných změn či ztráty důstojnosti, a také intenzivní úzkost ze smrti. Výzkumy u pacientů s pokročilým nádorem potvrzují vysokou míru tzv. *death anxiety* a existenciálního distresu, který úzce souvisí s pocity bezmoci a narůstající závislosti na druhých.

Reakce pacientů mohou být výrazně ambivalentní: na jedné straně se objevuje popírání diagnózy, vztek či rezignace, na straně druhé snaha udržet si alespoň částečnou kontrolu a zachovat prvky „normálnosti“ v každodenním životě. Současná psychoonkologická literatura popisuje v této etapě také výrazný fenomén existenciální osamělosti — mnozí pacienti se více než samotné smrti obávají opuštěnosti a sociální izolace, což potvrzují klinické zkušenosti i výzkumy zaměřené na psychosociální aspekty paliativní péče. Klíčovou roli v této fázi má včasná, kvalitní a dobře koordinovaná paliativní péče. Ta spojuje účinnou kontrolu symptomů s cílenou psychologickou, existenciální a spirituální podporou, která pomáhá zmírnit utrpení a posílit pocit důstojnosti a bezpečí pacienta i jeho blízkých (Kupka, 2014; Philipp et al., 2021; Hong et al., 2022; Pospíchal, 2024; Xu et al., 2024).

VII. Období dlouhodobého přežívání s pokročilým (metastatickým) onemocněním na systémové léčbě

„Nacházejí se na temném a neprobádaném území: nejsou zdraví, nejsou v pořádku, ale také v nejbližší budoucnosti neumírají“ (Schnipper, in Christ et al., 2015:321). Dlouhodobé přežívání

s pokročilým (metastatickým) onkologickým onemocněním představuje relativně nový fenomén, který se týká stále početnější, velmi heterogenní skupiny pacientů, pro kterou jsou charakteristické specifické problémy nejen ve zdravotní, ale také psychosociální oblasti (Schnipper, in Christ et al., 2015; Winstead, 2021). Pokroky v léčbě (imunoterapie, cílená léčba, personalizovaná medicína aj.) vedly zvláště u některých typů nádorů k významnému zlepšení délky přežití a tito pacienti (někdy označováni termínem "metavivor" – odvozeno od „(cancer) survivor“) dlouhodobě žijí na systémové léčbě s lokálně pokročilým nebo metastatickým onemocněním jako s chronickým nevyléčitelným onemocněním (Tometich, 2020; Kolsteren et al., 2022). Důležité je správně tuto skupinu pacientů odlišit od pacientů v terminální fázi onemocnění (Schnipper, in Christ et al., 2015). „*Lidé mohou zůstat na této léčbě mnoho let, což znamená, že mohou přežívat mnoho let*“ (Temel, in Winstead, 2021).

Donedávna se tento fenomén týkal zejména žen s metastazujícím karcinomem prsu, v současné době se jedná i o pacienty s jinými typy onkologického onemocnění. Mezi odborníky tak zároveň vzrůstá zájem o jedinečné potřeby této skupiny pacientů včetně oblasti psychosociální péče, podpory pečujících osob, zdrojů zátěže a strategií zvládání, spirituálních potřeb nebo komunikace o přáních a prioritách. „*Naším cílem je nastartovat novou oblast výzkumu, která by lépe podporovala a řešila potřeby péče o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním*“ (Temel, in Winstead, 2021).

Tito pacienti žijí mnohdy roky v neustálé nejistotě, úzkosti a strachu z progresu onemocnění a/nebo přechodu do terminální fáze s vidinou blízké smrti, současně žijí doufáním a udržováním naděje na pokrok medicíny a nové možnosti léčby, které by nepříznivou prognózu ještě dokázaly zvrátit. V důsledku onemocnění a akutních i chronických vedlejších účinků léčby jsou často výrazně omezeny nejen jejich běžné denní aktivity, ale také celková soběstačnosti a schopnost sebepečce. Obávají se, že se nakonec stanou úplně závislými na péči druhých, což vede kromě obav i k pocitům viny a studu. Obtížné je pro tyto pacienty také vyrovnat se s emocemi svých blízkých a toho, jaký dopad na ně bude mít, až zemřou, což může být zdrojem velmi intenzivního strachu a obav. Trápí se, že nemohou pokračovat dále v obvyklé pracovní činnosti, a tak svoji rodinu dostatečně finančně zajistit, přitom se současně potýkají se zvýšenými finančními výdaji souvisejícími s onemocněním. Někteří pacienti mají pocit, že už nemají co ztratit, což ovlivňuje jejich prožívání i rozhodování (Schnipper, in Christ et al., 2015). „*Pokud žijete s metastatickou rakovinou, žijete od léčby k léčbě, od vyšetření ke vyšetření*“ (Rivers, in Winstead, 2021).

Situaci této skupiny pacientů někdy ztěžuje i mylná společenská představa a mýtus, že rakovina je buď léčitelná nebo smrtelná a jedná se zpravidla o akutní, nikoli chronické a dlouhodobé onemocnění (Schnipper, in Christ et al., 2015; Tometich et al., 2020). Pro okolí pacienta může být obtížné jejich situaci, potřebám a povaze zdravotního stavu správně rozumět a tím i nabídnout nebo poskytnout potřebnou podporu. Někteří pacienti se setkali s reakcí, kdy na ně okolí dokonce přestalo v průběhu dlouhodobé léčby nahlížet jako na nemocné. O to významnějším zdrojem podpory jsou pro ně patientské skupiny, zároveň jsou však častěji v kontaktu s utrpením, progresí onemocnění i úmrtími spolupacientů, což vede k intenzivnějšímu prožívání smutku a konfrontaci s vlastní situací.

V průběhu takto dlouhodobého onemocnění někteří pacienti ztrácejí dosavadní vztahy a kontakt se sociálním prostředím, jehož byli dosud součástí. Zdrojem obav je i nejistota, že se nedočkají vysněných životních milníků, často v kontextu vztahů s blízkými, zároveň se snaží si uchovat

naději. Důležitým tématem je komunikace s blízkými o nemoci, léčbě a její prognóze či plánech pro fázi umírání. Mnozí pacienti se snaží své blízké před touto emocionální zátěží chránit a rozhovorům na toto téma se vyhýbat či o nich komunikovat jen minimálně, jiní o nich naopak komunikují velmi aktivně a otevřeně. Zvláště náročné je toto pro pacienty, kteří jsou rodiči malých dětí. Není výjimečné, že hlavní motivací pro pokračování v léčbě je pro pacienty snaha zůstat naživu pro své blízké (Kolsteren et al., 2022).

Ač je jejich stav nevyléčitelný a progresivní, bývá k těmto pacientům někdy přistupováno jako k přeživším, resp. chronicky nemocným. V důsledku bývá přehlížena skutečná závažnost jejich stavu včetně souvisejících psychosociálních témat a nejsou adekvátně adresovány všechny jejich potřeby, např. skutečnost, že žijí v chronické krizi, kterou jsou nejednou nuceni zvládat z větší části sami. Přehlédnut může být i přechod do terminální fáze s prodlevou v zajištění potřebné podpory a paliativní péče (Reed, Corner, 2015; Tometich, 2020). Ve vztahu k této cílové skupině pacientů dosud existují limitované poznatky o psychosociálním dopadu dlouhodobé onkologické léčby, nejsou také identifikována, terminologicky sjednocena a jednotně vymezena klíčová témata, což je důležité pro další výzkum a klinickou praxi (Tometich et al., 2020; Kolsteren et al., 2022).

Skupinu pacientů, kteří dlouhodobě přežívají s pokročilým onemocněním, tvoří ti, kteří byli diagnostikováni rovnou ve 4. stádiu onemocnění, a pacienti, u kterých došlo k relapsu nebo progresi z původně nižšího stádia. Ti jsou zpravidla při zjištění pokročilosti onemocnění méně šokováni, mají realističtější perspektivu, co je čeká, neboť pro ně už prostředí onkologie, lékaři, další personál a spolupacienti nebo procesy spojené s léčbou nejsou neznámé, mají také zkušenost s vlastními strategiemi zvládání, které jim pomohly zvládnout předchozí období onemocnění a léčby. Na druhou stranu mohou být skeptičtější k účinnosti a úspěšnosti onkologické léčby. Ke zvýšené zátěži nebo prožívané krizi zpravidla u těchto pacientů dochází při prvotním zjištění závažnosti stavu a dále při každé nutnosti léčebný plán změnit nebo upravit. Pacienti si musí zvykat na nový režim, nové vedlejší účinky, nové nároky a zátěž, narušený nebo přerušovaný proces adaptace s nutností změnit nebo upravit i své strategie zvládání, na které spoléhaly a které se jim do té doby osvědčily (Schnipper, in Christ et al., 2015).

Zvládání nároků spojených s onemocněním může být pro pacienty, kteří žijí s pokročilým onemocněním, významnou zátěží. Koordinace všech aspektů léčby a péče spolu s osobním životem, péčí o děti, rodinu nebo domácnost, zaměstnáním (mnozí pacienti se stále snaží pracovat, byť na zkrácený úvazek), udržováním sociálních kontaktů a volnočasovými aktivitami může být výrazně ovlivněna faktory jako je únava, bolesti, snížená imunita, nutnost dodržovat dietu, dojíždět k lékařům a dostupností zdrojů zdravotní péče. Specifickým zdrojem zátěže je časová náročnost, kterou vyžaduje například čas strávený u lékařů včetně dojíždění. Léčba onemocnění se pro některé pacienty stává "prací", která představuje zátěž, kterou musí pacienti zvládat spolu se všemi ostatními nároky, které jsou na ně kladeny (Adam et al., 2023).

VIII. terminální (paliativní)

Terminální (paliativní) fáze je zpravidla obdobím, kdy se pacient psychicky vyrovnává s terminálním onemocněním a intenzivně prožívá strach, bolest, úzkost, smutek či anticipující žal. Bilancuje svůj život se všemi jeho aspekty a hodnotí význam svého života i bytí jako takového. Může prožívat pocity viny, které bývají úzce spjaté s pocity odpovědnosti zejména vůči svým

blízkým. Častá je existenciální úzkost až existenciální krize. Někteří pacienti se snaží vyřešit potíže nebo dávné křivdy a konflikty v blízkých vztazích (Kupka, 2014). Psychické vyrovnávání se s terminálním onemocněním, kdy: „Člověk začíná chápat, co všechno ztrácí. Přichází velmi silná psychická bolest, ztráta zájmu o vnější svět, o kontakt s ostatními“ (Kupka, 2014:95), může gradovat až k tzv. psychické smrti, která je „naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, usnadňuje smrt fyzickou“ (s. 194).

V terminální fázi života pacienti často reflektují otázky smyslu, spirituality a možnosti života po smrti, loučí se se svými sny a snaží se urovnat vztahy s nejbližšími, zatímco jiní touží pouze po klidu. Významnou roli hraje **prožívání viny**, zejména existenciální viny – vědomí nenaplněných životních možností, které může mít i konstruktivní charakter. Silně se projevují také **obavy a strachy** – z bolesti, opuštěnosti, ztráty soběstačnosti či neuzavřených životních úkolů – jejichž intenzita často zvyšuje i míru fyzického utrpení. Následně se objevují **pocity zlosti a frustrace**, spojené s bezmocí a strachem z nebytí. Postupné uvědomění si nevyhnutelnosti smrti pak může vést k hlubokému **smutku až depresi**, kdy pacient potřebuje především bezpečný prostor, lidskou blízkost a v případě potřeby i odbornou pomoc (Yalom, 2006; Kupka, 2014).

Výzkumy ukazují, že intenzita fyzického utrpení bývá často úzce propojena s mírou strachu a nevyřešené emoční bolesti, kterou pacient prožívá. Nezpracované emoce, zejména úzkost a vnitřní napětí, mohou zvyšovat vnímání bolesti a v některých případech i snižovat účinnost farmakologické léčby (Sláma et al., 2011, in Kupka, 2014). V závěru života se proto jako zásadní ukazuje podpora v procesu smíření – schopnost nahlédnout na vlastní život jako na celek, který má smysl a hodnotu. Kromě zvládnutí fyzické bolesti je důležité nabídnout pacientovi prostor k přijetí sebe sama, odpuštění vlastních selhání a urovnání vztahů s druhými. Tento proces vnitřního smíření a sebezpřijetí může zásadně proměnit pacientův postoj ke smrti, zmírnit úzkost a umožnit prožít závěr života s větším klidem a důstojností.

Při konfrontaci s terminální diagnózou člověk často reaguje popřením či ignorováním reality, někdy pokračuje v běžném životě, jako by byl zdravý, nebo vyhledává další lékařská či alternativní řešení. Může mít tendenci chránit své blízké před pravdou a prožívá dilema, komu se svěřit. Postupně přichází fáze zlosti, smlouvání a snahy získat čas, až po postupné uvědomění si nevyhnutelnosti situace. Tento proces bývá provázen hlubokou psychickou bolestí, ústupem zájmu o okolí a přizpůsobováním se faktu nevléčitelného onemocnění (Vymětal, 2003). Slovy Kupky (2014:95) „Člověk začíná chápat, co všechno ztrácí.“

1.3 Ztráty prožívané onkologickými pacienty

Onkologické onemocnění představuje pro pacienta zásadní životní zlom, který je spojen s celou škálou ztrát zasahujících fyzickou, psychickou, sociální i existenciální rovinu života. Tyto ztráty nevznikají jednorázově, ale rozvíjejí se napříč celou trajektorií nemoci, často se vzájemně prolínají a kumulují. Pro porozumění zkušenosti onkologických pacientů je proto nezbytné vnímat ztrátu zdraví jako komplexní proces, který mění každodenní fungování, narušuje dosavadní jistoty a vyžaduje adaptaci na novou životní realitu. Následující kapitola přibližuje hlavní typy ztrát, s nimiž se pacienti potýkají, a přibližuje, jakým způsobem formují jejich psychické prožívání i potřeby v oblasti psychosociální péče.

V této kapitole (a práci jako celku) jsou ztráty uchopeny z perspektivy dvou kategorií, aby bylo zřejmé, jaké dopady vycházejí přímo z onkologického onemocnění a jaké vznikají až následně v důsledku širších změn.

Primární ztráty = přímý důsledek onemocnění / léčby (objektivní změny): bezprostředně vyplývají z průběhu onemocnění a léčby. Obvykle se týkají tělesných funkcí, zdraví, symptomů nebo přímého zásahu do integrity těla. *Příklady:* omezená fyzická kondice, bolest, únava, ztráta vlasů, chirurgická ztráta části těla, pokles imunity.

Sekundární ztráty = změny, které z primárních ztrát vyplývají: následné dopady primárních změn na každodenní život, role, vztahy či identitu. Nevznikají samy o sobě, ale jako důsledek primárních ztrát a jejich dlouhodobých efektů. *Příklady:* ztráta pracovního postavení, oslabení partnerských či sociálních rolí, omezení volnočasových aktivit, ztráta finanční stability, narušení životních plánů, proměna sebepojetí.

Ztráta jako objektivní fakt vs. ztráta jako subjektivně prožívaná významová změna.

Toto rozlišení umožňuje jasněji interpretovat výpovědi participantek a ukazuje, že onkologická diagnóza přináší nejen přímé dopady na tělo a zdraví, ale také širokou škálu navazujících, kumulativních ztrát dotýkajících se životní kontinuity, identity a sociálního fungování.

Ztráta zdraví

Ztráta zdraví představuje komplexní životní událost, která zasahuje do všech oblastí existence člověka a často mění jeho vnímání sebe sama, vztahy s okolím i celkové životní směřování. Nejde pouze o biologický nebo medicínský fakt, ale o **hluboce osobní a významově zatíženou zkušenost**, která má výrazné psychické, sociální a existenciální dimenze. Z pohledu sociální práce zdraví lze ztrátu zdraví chápat jako proces, v němž člověk konfrontuje vlastní zranitelnost, omezenost a nejistotu, a je nucen přehodnotit dosavadní životní jistoty, hodnoty a role. Ztráta zdraví bývá často spojována se ztrátou kontroly nad vlastním tělem, se ztrátou autonomie, výkonnosti či společenského uplatnění. Jak uvádí Frankl (1995), nemoc člověka vystavuje existenciální výzvě – nutnosti najít nový význam života i v utrpení. V kontextu onkologického onemocnění je tato výzva obzvláště výrazná, neboť nemoc bývá spojována s nejistým prognostickým výhledem, intenzivní léčbou a obavami o přežití. Pacient tak často prochází obdobím dezorientace, úzkosti a smutku, které mohou být vnímány jako **proces truchlení po ztrátě zdraví** (Kübler-Ross, 1992).

Ztráta zdraví v tomto kontextu neznamena pouze pociťování fyzických obtíží, ale především **rozpad dosavadního pocitu jistoty a kontinuity života**. Pacient je konfrontován s náhlou ztrátou kontroly nad vlastním tělem, které se stává zdrojem bolesti, nejistoty a objektem často velmi invazivních lékařských zásahů. Změny tělesného vzhledu v důsledku léčby, omezení fyzické výkonnosti či závislost na zdravotnickém systému mohou výrazně zasáhnout do sebepojetí a sebeúcty. Jak upozorňuje Charmaz (1991), chronická nebo závažná nemoc často vede ke **ztrátě „předchozí identity“**, kterou je třeba nově utvářet v podmínkách onemocnění. Ztráta zdraví se u onkologických pacientů projevuje také **na psychické a sociální rovině**. Obavy o život, nejistota ohledně prognózy a průběhu léčby, změny v rodinném a pracovním fungování i sociální izolace mohou vést ke zvýšené míře stresu, úzkosti a depresivních projevů.

Ztráta zdraví nepředstavuje statický stav, ale **dynamický proces proměny**, v němž **se prolíná ztráta s možností nového utváření životní rovnováhy**. Porozumění tomuto procesu je zásadní pro psychosociální podporu onkologických pacientů, protože umožňuje chápat nemoc nejen jako zdroj utrpení, ale i jako prostor pro změnu, sebepoznání a rozvoj schopnosti zvládat nejistotu (Livneh, Antonak, 2005).

Adaptace na ztrátu zdraví je dlouhodobý proces obnovování psychické rovnováhy a hledání smyslu v podmínkách této zásadní životní změny. Ovlivňují ji osobnostní rysy, úroveň sociální podpory, duchovní orientace, předchozí zkušenosti, dosavadní stav duševního zdraví, průběh onemocnění, kvalita zdravotní péče a komunikace s lékaři, dostupnost informací, edukace i další faktory (Taylor, 1983). Neprobíhá lineárně, ale vyznačuje se oscilací mezi přijetím, odporem, nadějí a rezignací.

Z psychologického hlediska lze adaptaci chápat jako **proces zvládání ztráty**. Podobně jako v případě jiných forem ztráty (např. úmrtí blízkého) se i zde objevují fáze šoku, popření, smutku a postupného smíření (Kübler-Ross, 1992). U onkologických pacientů se však tyto fáze často střídají a opakují podle vývoje nemoci, výsledků léčby či osobních okolností. Adaptace tedy není výsledkem jednorázového rozhodnutí, ale **neustálým vyrovnáváním se s nejistotou a změnou**, resp. proměnlivou individuální situací.

Z pohledu sociální (zdravotně-sociální) praxe je důležité povědomí, že ztráta zdraví nepostihuje pouze tělesnou rovinu, ale dotýká se **sociálních vztahů, identity a životních rolí**. Nemoc může vést k omezení pracovní schopnosti, závislosti na pomoci druhých či k narušení rodinné dynamiky. Současně však může otevřít prostor pro **nové formy adaptace, resilience a osobního růstu**. Mnozí pacienti v průběhu nemoci rozvíjejí hlubší vnímání životních priorit, posilují vztahy s blízkými či nacházejí nový smysl v každodenních zkušenostech. Ztráty, kterým onkologičtí pacienti čelí, mají zpravidla individuální **kumulativní charakter** – jednotlivé podoby ztrát se překrývají, vzájemně posilují a výrazně ovlivňují kvalitu života pacienta. Psychosociální pohled proto zdůrazňuje potřebu **porozumět vnitřnímu prožívání těchto změn**, jež mohou zahrnovat ztrátu fyzické zdatnosti, jistoty, pracovních rolí či životního plánování, a které je nutné psychicky i sociálně zpracovat (Bury, 1982; McCaughan & Parahoo, 2000).

Právě **kumulovaná fyzická a psychická zátěž**, která na pacienty v důsledku ztrát doléhá a musí jí čelit, představuje klíčový rizikový faktor v průběhu celé trajektorie onemocnění (Anderson et al., in Christ et al., 2015). „*Nevyléčitelné onemocnění má závažné důsledky pro pacientovy sociální role (konec výdělečné činnosti, omezená pohyblivost, sociální izolace, klesající schopnost zvládat*

běžné aktivity denního života, potřeba pomoci druhé osoby) a pro pacientovy blízké (nižší příjmy, vyšší přímé i nepřímé výdaje na péči, obava ze ztráty blízkého člověka, nutnost zajišťovat péči atd.)“ (Tomášek et al., 2015).

Ztráty spojené s onkologickým onemocněním bývají **náhlé, nepředvídatelné a vzájemně provázané**, což vede k jejich kumulaci a dopadu na více životních domén současně. Jejich manifestace odpovídá šesti oblastem kvality života WHO i třinácti doménám diagnostického systému NANDA, které poskytují ucelený rámec pro posouzení dopadu nemoci na fyzické, psychické, sociální, environmentální i spirituální fungování pacienta (Power et al., 1999; Nanda, 2020). Včasná identifikace těchto ztrát a jejich cílené adresování v rámci holistické péče přispívá k lepší adaptaci, prevenci psychosociálních komplikací, posílení strategií zvládání i resilience. Může také pozitivně ovlivnit průběh léčby, rekonvalescence i návrat do běžného života; u terminálně nemocných pak podporuje důstojný závěr života.

Systematické mapování prožívaných ztrát je klíčové jak pro posouzení psychosociální zátěže a volbu individualizovaných intervencí, tak pro včasné rozpoznání pacientů ohrožených závažným distresem. Tento přístup je rovněž součástí doporučení pro individualizované plány péče po ukončení kurativní léčby. Zohledňují fyzické, psychické i socioekonomické obtíže jako běžné následky léčby a zaměřují se na oblasti, kde pacient potřebuje podporu (např. úzkost, smutek, potíže s návratem do práce či zajištěním péče) (Svoboda, Halámková et al., 2023). Pozitivně může být ovlivněn také proces truchlení, výskyt existenciální úzkosti či rozvoj psychosociální krize, přičemž sekundární ztráty jsou v onkologii chápány jako významná součást konceptu ztrát nesouvisějících přímo se smrtí (Harris, 2019). Důležité je při mapování zachytit možnou stigmatizaci, které pacient čelí v důsledku stereotypních představ o rakovině, nemocných i jejich rolích. Tato hrozba může negativně ovlivňovat psychické fungování, sebevnímání i schopnost vyrovnávat se s nemocí (Marziliano, Moyer, 2014)

Typy ztrát spojených s onkologickým onemocněním

Onkologické onemocnění je provázeno širokým spektrem ztrát zasahujících fyzickou, psychickou, sociální i existenciální rovinu. Patří sem emocionální a psychické ztráty, změny tělesných funkcí a vzhledu (včetně sexuality), narušení životních plánů a perspektiv, oslabení sociálních vztahů a rolí, ztráta pracovního uplatnění, finanční stability i duchovní opory. Tyto ztráty se často vzájemně podmiňují a společně vytvářejí komplexní zátěž, která významně ovlivňuje kvalitu života a proces adaptace na nemoc.

Fyzické ztráty (ztráty ve vztahu k tělu a tělesným funkcím)

Jednou z nejzřetelnějších forem ztráty je ztráta fyzického zdraví a tělesné integrity. Onkologická léčba (chirurgie, chemoterapie, radioterapie aj.) vede často k výrazným změnám vzhledu, fyzických funkcí a výkonnosti, což narušuje obraz těla a může být zdrojem studu, nejistoty, úzkosti a sníženého sebevědomí (Helgeson, 2011). Ztráta tělesné kontroly a autonomie je spojena s pocitem závislosti na druhých a poklesem vnímané kompetence. Narušený obraz vlastního těla výrazně zasahuje i intimitu a sexuální fungování; pacienti mohou vnímat své tělo jako neatraktivní či znetvořené, vyhýbat se pohledu do zrcadla, intimnímu kontaktu nebo odhalování (Maguire, Parkes, 1998; Fingeret et al., 2014). Ztráty spojené s tělesnými změnami tak neznamenají jen omezení soběstačnosti či aktivity, ale dotýkají se přímo identity, sebeúcty a pocitu důstojnosti. Výzkumy ukazují výrazný dopad tělesných změn na psychický stav, míru

smutku, úzkosti a deprese i na sociální fungování (Messner et al., in Christ et al., 2015; Covrig et al., 2021; Brederecke et al., 2021; Kolsteren et al., 2022; Dunne et al., 2022).

Rhoten (2016) popisuje tři základní atributy narušení tělesného obrazu u dospělých onkologických pacientů: nespokojenost se změnou vzhledu v důsledku léčby, zhoršení tělesných funkcí a psychický stres spojený s těmito změnami. Z hlediska jejich klasifikace mohou být tělesné změny stálé / dočasné; viditelné / neviditelné; v průběhu trajektorie onemocnění se tyto charakteristiky často kombinují (Pospíchal, 2024). V případě trvalého znetvoření může být dopad na vnímání identity, sociální vztahy, sexualitu i úroveň úzkosti a deprese až devastující. Zmapováno je to například u nádorů hlavy a krku, kde bývá významně narušena i schopnost komunikace a výrazně roste riziko sebevražedného chování (Covrig et al., 2021). Potíže s tělesným obrazem se častěji vyskytují u některých diagnóz (např. nádory prsu, hlavy a krku, kolorektální karcinom, karcinom prostaty), ale v různé míře se týkají širokého spektra onkologických pacientů. Obavy ze změn vzhledu se často objevují již před zahájením léčby a problémy s tělesným obrazem mohou přetrvávat mnoho let po jejím ukončení (Fingeret et al., 2014; Martins Faria et al., 2021). Důležitý je i kontext každodenního života – možnost tělesné změny skrývat či naopak nutnost ji více odhalovat (např. v teplých měsících) může ovlivňovat sebevědomí, úzkost i sociální fungování (Medina-Martinez, 2019).

Zvlášť citlivou oblastí jsou ztráty v oblasti sexuality a intimity, které bývají v péči o onkologické pacienty často opomíjeny. Pacienti nebývají dostatečně připraveni na možné změny, trpí studem o nich hovořit, a proto nedostávají potřebnou podporu, přestože pro mnohé představují jedny z nejobtížnější zvladatelných ztrát (Bolte, Anring, in Christ et al., 2015). Změny v sexuálním fungování a vnímání atraktivity se netýkají jen pacientů s nádory pohlavních orgánů, ale širokého spektra diagnóz; je nutné zohlednit i kulturní, náboženský a sociální kontext (Wang, Feng, 2022).

Psychické (emoční) a existenciální ztráty

Psychické ztráty u onkologických pacientů představují narušení vnitřní stability, emocí, sebehodnocení a identity v důsledku zásadní životní změny související s onemocněním. Mezi psychické ztráty se řadí ztráta důstojnosti, naděje, životního optimismu, oslabení identity, sebeúcty, sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, ztráta kontroly nad životem, autonomie, soběstačnosti a nezávislosti. Tyto ztráty zasahují emoční i kognitivní rovinu fungování a mohou vést k pocitům bezmoci, úzkosti, smutku či depresi. Současně zahrnují existenciální dimenzi – narušení životního smyslu, hodnotových jistot, představy o budoucnosti a někdy i samotné vůle žít (Yalom, 1980). Ztráta zdraví tak znamená i ztrátu psychické jistoty, pocitu bezpečí a důvěry v budoucnost; člověk přestává sám sebe vnímat jako „zdravého“ a musí znovu definovat, kým je v nových životních podmínkách.

Psychickou ztrátou s výrazným existenciálním přesahem je ztráta naděje. Zvláště u pacientů s pokročilým onemocněním se naděje neváže pouze k možnosti vyléčení, ale často směřuje ke kvalitě života – k zachování blízkých vztahů, možnosti dosahovat dílčích smysluplných cílů, k pozitivnímu hodnocení dosavadního života, pocitu vlastní hodnoty a spirituální opory. Naopak ji oslabují osamělost, přetrvávající bolest a nízké sebehodnocení (Vehling, Kissane, 2018; Slezáčková, 2020).

U pacientů po ukončení kurativní léčby nebo v remisi představuje dominantní emoční zátěž strach z opětovné ztráty zdraví v důsledku recidivy. Tento strach mnohdy neodráží objektivní

riziko, ale subjektivní vnímání a je úzce spojen s mírou stresu. Bývá častější u mladších, vzdělanějších pacientů a žen (Mehra et al., 2018). Vyšší úroveň strachu z recidivy či progresu rakoviny (fear of progression, FOP) souvisí s horší kvalitou života a představuje jednu z nejčastějších neuspokojených potřeb onkologických pacientů, včetně těch s pokročilým onemocněním (Ozga et al., 2015; Sharpe, 2018).

Ztráta důstojnosti

Onkologické onemocnění může v průběhu celé své trajektorie výrazně narušit pocit osobní důstojnosti – od mírného oslabení až po subjektivně zásadní ztrátu (Xiao et al., 2021; Wang et al., 2022). Pacienti ji spojují s autonomií, kontrolou nad vlastním životem, respektem, sebeúctou, rodinnými vztahy, nadějí, možností očekávat budoucnost a spiritualitou (Xiao et al., 2021). Ztráta soběstačnosti a kontroly, zvláště v terminálním stadiu, významně ovlivňuje prožívání závěru života a úzce souvisí s jeho kvalitou i existenciální tísni (Bovero et al., 2018; Staats et al., 2020).

U pacientů s pokročilým onemocněním bývá nízká míra důstojnosti provázána s psychickým i duchovním utrpením a poklesem vůle k životu. Přispívají k ní nejen fyzické symptomy, ale i necitlivá komunikace, nerespektující chování, stigmatizace či pocit, že je člověk pro okolí přítěží (Philipp et al., 2016). Empirické práce dále ukazují souvislost mezi narušenou důstojností, demoralizací a existenciální tísni; včasná detekce existenčních problémů a intervence zaměřené na podporu důstojnosti mohou demoralizaci zmírnit (Vehling, Mehnert, 2013).

Výzkumy u osob s pokročilým či nevyléčitelným onkologickým onemocněním (např. rakovinou jícnu či u pacientek v paliativní péči) potvrzují zásadní vliv tělesných změn, hospitalizace, závislosti na druhých a narušení běžného života (Staats et al., 2020; Missel, Bergenholtz, 2021). K zachování nebo obnově důstojnosti přispívá respektující a individualizovaná péče, citlivý dialog a uznání oblastí života, které zůstávají mimo vliv nemoci. Nízká míra vnímané důstojnosti se častěji objevuje u starších pacientů, osob se zhoršeným celkovým stavem, kratší prognózou, nižší sociální oporou, vyšší úzkostí či depresí a u těch, kteří využívají maladaptivní strategie zvládání (Obispo et al., 2022; Martín-Abreu et al., 2022; Kolsteren et al., 2022). Patří také k častým důvodům žádostí o asistovanou smrt či přání zemřít (Kennedy, 2016).

Úmrtí spolupacientů jako specifický typ ztráty

Smrt spolupacienta představuje specifickou, primárně psychickou ztrátu s výrazným emočním, sociálním i existenciálním dopadem. Během léčby a rekonvalescence vznikají mezi pacienty často hluboké vztahy a být svědkem utrpení či úmrtí blízkého spolupacienta může znamenat enormní zátěž. Ztrátu provází pocity bezmoci, nespravedlnosti, smutku a někdy i intenzivní pocit viny, že „já jsem přežil, zatímco on ne“ (Pethania et al., 2018; Glaser et al., 2019; Shenová, in Byrne, 2021). Tento fenomén bývá označován jako vina přeživšího a může dlouhodobě ztěžovat adaptaci po ukončení léčby. Fenomén viny přeživších byl původně popsán u přeživších Holocaustu (Niederland, 1961) a později také u osob, které přežily hromadná neštěstí, jako jsou letecké a přírodní katastrofy (Lifton, 1967; Raphael, 1986). V onkologii jde dosud o relativně málo reflektovanou oblast, přesto dostupné studie (např. u pacientů s rakovinou plic) ukazují její vysokou prevalenci a významný negativní dopad na kvalitu života (Perloff et al., 2016; van Thomme, 2024). Schopnost včas rozpoznat projevy viny přeživších a nabídnout cílenou psychosociální podporu je proto důležitou součástí komplexní péče (Grisham, 2016; Fimiani et al., 2022).

Sociální a vztahové ztráty

Onkologické onemocnění často vede k narušení sociálních vazeb a rolí. Dlouhodobá léčba, hospitalizace a omezená fyzická výkonnost mohou způsobit oslabení kontaktů s přáteli, změny v rodinné dynamice i pocit vyčlenění z běžného života. Nemoc může některé vztahy posílit, jindy však vede k napětí, nepochopení či izolaci. Sociální ztráty se tak kombinují s psychickou zátěží a negativně ovlivňují sebedůvěru, prožitek vlastní užitečnosti i životní perspektivu.

Ztráty v oblasti pracovního (profesního) uplatnění

Ztráty v oblasti pracovního (profesního) uplatnění lze chápat jako podkategorii sociálních ztrát, současně mají značný psychologický přesah. Mnozí onkologičtí pacienti jsou v době diagnózy v aktivním věku, na začátku či vrcholu kariéry. Onemocnění a léčba často vedou k dočasnému nebo trvalému vyřazení z pracovního procesu; jen část pacientů může pracovat s úpravou podmínek (zkrácený úvazek, flexibilní režim, práce z domova). Ztráta zaměstnání či nutnost vzdát se povolání neznamena pouze finanční zátěž, ale i ztrátu sociálních kontaktů, pocitu smyslu, užitečnosti a sebeúcty a může vést k existenciální nejistotě (Blinder, Gany, 2020; Kolsteren et al., 2022). Zvláště ohroženi jsou pacienti v mladším věku, osoby pečující o děti či další rodinné příslušníky a ti, kteří trpí více (chronickými) onemocněními (Taskila, Lindbohm, 2007; Wang, Feng, 2022).

Významnou roli hrají dlouhodobé následky onkologické léčby, zejména funkční postižení, bolest, změny vzhledu, kognitivní potíže a chronická únava, která bývá nepředvídatelná a okolím často nepochopená (Boelhouwer et al., 2021). Tyto faktory mohou limitovat návrat do zaměstnání či jeho udržení a zároveň zvyšovat frustraci a stres. Do procesu se promítají také psychosociální faktory – způsob, jakým pacient vnímá svou nemoc, míra strachu z recidivy, obavy z reakce kolegů, stigma spojené s diagnózou či přijetí identity „nemocného“, která může působit jako ochranný štít, ale zároveň bránit návratu do běžného života (Šutorová, Romaňáková, 2016). Včasná identifikace psychosociálních rizik a individuálně zaměřená multidisciplinární podpora (zahrnující např. sociální práci a psychologickou péči) je proto klíčová pro prevenci dlouhodobých negativních dopadů těchto ztrát.

1.4 Individuální strategie zvládání nemoci u onkologických pacientů

Zvládání (coping) v onkologii označuje kognitivní a behaviorální snahy jedince vyrovnat se s nároky onemocnění a léčby, které jsou vnímány jako přesahující jeho zdroje. Jedná se o klíčový proces, jímž se člověk snaží vyrovnat s psychickou a sociální zátěží vyvolanou nemocí. U onkologických pacientů má zvládání mimořádný význam, protože rakovina zasahuje do všech oblastí života a přináší dlouhodobou nejistotu, fyzické utrpení i hrozbu ztráty života. Strategie zvládání tak ovlivňují nejen psychickou pohodu pacienta, ale také jeho motivaci k léčbě, kvalitu života a míru psychosociální adaptace (Lazarus & Folkman, 1984).

Uplatňování strategií zvládání (coping) = reakční proces, který následuje po ztrátě / hrozbě ztráty.

Významnou roli v procesu adaptace na život s onemocněním hrají **strategie zvládání**, které umožňují pacientům reagovat na stres spojený s nemocí a udržet psychickou stabilitu. Tyto strategie mohou mít podobu **kognitivních, emočních i behaviorálních přístupů** – od aktivního hledání informací a sociální podpory po duchovní reflexi či symbolické přijetí ztráty. Flexibilní využívání různých strategií souvisí s vyšší mírou resilience a lepší kvalitou života (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Greer, 2000). Porozumění průběhu a faktorům adaptace je zásadní pro psychosociální podporu onkologických pacientů, neboť umožňuje cíleně rozvíjet jejich schopnost zvládat nemoc a posilovat jejich duševní odolnost.

Individuální strategie zvládání nemoci (coping) u onkologických pacientů tvoří **komplexní, dynamický systém**, v němž hrají roli osobnostní faktory jedince (temperament a osobnostní rysy), demografické (pohlaví, věk, vzdělání, socioekonomický status, rodinný stav), sociální, kulturní faktory a klinické faktory. Interakce těchto faktorů představuje proces, který se mění v čase v závislosti na fázi nemoci, podpoře okolí i adaptaci, motivaci či resilienci, přičemž pacienti zpravidla volí a využívají kombinaci strategií zvládání nemoci, adaptivních i maladaptivních. Integrace teoretických modelů (Lazarus & Folkman), spolehlivých hodnotících nástrojů (Brief COPE) a cílených intervencí umožňuje lépe podporovat adaptaci, kvalitu života a potenciální posttraumatický růst pacientů.

Porozumění tomu, jaké strategie pacienti volí, proč a kdy je používají, co jejich zvládání ovlivňuje a jak se v čase proměňuje, je zásadní pro pochopení rozdílů v adaptaci i pro správné cílení podpůrné péče. Pilotní studie zaměřená na strategie zvládání v období léčby a rekonvalescence (Klepáčková, Tomka, 2024) potvrdila, že jde o multifaktoriální proces s výrazně individuální dynamikou. Klíčovou úlohu mají osobní odolnost, sebehodnocení, vnitřní i vnější motivace a pocit závazku vůči druhým. Významně působí také charakteristiky onemocnění, jeho prognóza a průběh léčby, stejně jako dřívější zkušenosti s vážnou nemocí. Kombinace strategií se přirozeně mění podle vývoje nemoci, fyzické kondice, životní situace, kvality sociální opory a proměny osobních hodnot či priorit.

Teoretická východiska

Základní rámec pro porozumění tomu, jak jedinec vnímá a zvládá hrozby (nebo příležitosti) spojené s nemocí představuje **Teorie stresu, kognitivního hodnocení a strategií zvládání** (Lazarus & Folkman, 1984). Podle tohoto modelu je adaptace výsledkem interakce mezi primárním hodnocením (je situace ohrožující?) a sekundárním hodnocením (jaké mám zdroje

k dispozici?) a následné volby strategií zvládání. Transakční model zdůrazňuje, že stejná událost může vést k volbě a uplatnění odlišných strategií zvládání v závislosti na vnímání a dostupných zdrojích jedince. **Ve vztahu k nemoci** záleží na tom, zda ji pacient hodnotí jako **výzvu** (vede častěji k aktivnímu řešení problému a hledání smyslu), **ohrožení** (vyvolává obranné a emoční strategie) nebo **ztrátu** (častěji vede k rezignaci, smutku a snížené aktivitě).

Obecně je dle tohoto modelu přijímáno rozlišení strategií zvládání podle zaměření:

1. **na problém** – snaha ovlivnit problematickou transakci mezi jedincem a prostředím)
2. **na emoce** – snaha regulovat samotnou emoční odpověď, zvládat distresové emoce

Někteří autoři upozorňují, že toto rozlišení může být do jisté míry umělé, neboť mnoho strategií v praxi plní obě funkce současně. Veškeré aktivity a snahy, které jedinci v zátěžové situaci vyvíjejí, jako celek plní obě funkce. Podle Ruttera (in Ficková, 1993) zvládání spočívá ve snaze přímo změnit ohrožující podmínky nebo ve snaze změnit hodnocení těchto podmínek.

Další teoretické přístupy přinášejí specifické typologie vzorců strategií zvládání

Dunkel-Schetter et al. (1992) identifikovali **pět hlavních vzorců zvládání u onkologických pacientů: využívání sociální podpory, zaměření na pozitivní aspekty, distancování, kognitivní únik a behaviorální únik**. Nástroj **Mini-MAC** (Watson et al., 1994) rozlišuje bojovný duch, pozitivní reinterpretaci, fatalismus, úzkostné zaujetí a beznaděj. **Leventhalův model seberegulace nemoci** (Leventhal et al., 1980) zdůrazňuje význam pacientovy představy o identitě nemoci, její příčinnosti, důsledcích, časovém průběhu a míře kontroly či zvládnutelnosti. **Mishelova teorie nejistoty v nemoci** (Zhang, 2017) představuje teoretický rámec, který objasňuje, jak nejistota vzniká a jak ovlivňuje psychické přizpůsobení člověka při prožívání onkologického onemocnění. Od jejího vzniku v roce 1981 ji výzkumníci využívají k tvorbě a ověřování intervencí zaměřených na zvládání nejistoty u různých skupin pacientů s rakovinou. Nejistota (prognóza, účinnost léčby, riziko recidivy nebo dlouhodobých následků) má u onkologických onemocnění zásadní roli a tato teorie se věnuje pozornost i tomu, zda je hodnocena jako nebezpečí nebo příležitost.

Typy strategií zvládání u onkologických pacientů

Výzkumy ukazují, že onkologičtí pacienti využívají širokou škálu strategií, jež lze rozdělit do několika oblastí. **Kognitivní strategie** zahrnují reinterpretaci situace, hledání smyslu, přehodnocování priorit či mentální přípravu na další kroky; pomáhají nahlížet nemoc jako zvládnutelnou výzvu (Carver, Scheier a Weintraub, 1989; Folkman a Greer, 2000). **Emoční strategie**, jako je ventilace emocí, sdílení obav, humor, meditace nebo spiritualita, podporují regulaci distresu a stabilizaci vnitřního prožívání (Folkman a Greer, 2000). **Behaviorální strategie** zahrnují aktivní zapojení do léčby, úpravu denních návyků, práci s informacemi či vhodnou fyzickou aktivitu, čímž posilují pocit účinnosti a kontroly. **Sociální strategie** jsou založeny na vyhledávání podpory rodiny, přátel, podpůrných skupin nebo odborníků a představují významný protektivní faktor vůči depresivnímu prožívání. **Duchovní a existenciální strategie**, například modlitba nebo snaha hledat smysl v utrpení, přispívají k posilování odolnosti a naděje.

Empirické studie zároveň potvrzují, že vhodná kombinace těchto přístupů souvisí s lepší kvalitou života a nižší mírou psychické zátěže, zejména u pacientů s pokročilým onemocněním (Mystakidou et al., 2005).

Dělení na adaptivní a maladaptivní strategie umožňuje přehledně popsat, jakým způsobem pacienti reagují na zátěž spojenou s onemocněním. **Adaptivní strategie** zahrnují především kognitivní přístupy, jako je změna myšlenkových vzorců, přehodnocení situace, hledání pozitivních aspektů či stanovování realistických cílů. Patří sem také behaviorální strategie zaměřené na úpravu chování – dodržování léčebného režimu, aktivní vyhledávání pomoci, relaxační techniky (např. meditace nebo dechová cvičení) a zdravý životní styl. Významnou roli hrají i sociální strategie, tedy využívání podpory blízkých, sdílení emocí a zapojení do podpůrných skupin. **Maladaptivní strategie** zahrnují vyhýbavé chování, jako je ignorování nemoci či popírání problému, omezení kontaktu s lékařem nebo sociální izolace. Patří sem také ruminace – nadměrné, opakované zabývání se negativními myšlenkami – dále zvýšené užívání návykových látek, sebededikace, agresivní chování či stažení se do samoty.

Výzkumy ukazují, že strategie zaměřené na problém a adaptivní emocionální strategie, například pozitivní reinterpretace nebo vyhledávání sociální opory, souvisejí s lepší psychickou adaptací a vyšší kvalitou života. Naproti tomu maladaptivní přístupy, jako popření, užívání návykových látek či pasivní rezignace, korelují s vyšší mírou deprese, distresu i horším fungováním (Roesch et al., 2005). Dev et al. (2024) uvádějí, že maladaptivní strategie zvládání, zejména popření, je u onkologických pacientů spojen s intenzivnější bolestí a závažnějšími depresivními symptomy.

Faktory ovlivňující volbu strategií zvládání

Volba strategií je podmíněna řadou individuálních, sociálních a klinických faktorů. Mezi nejvýznamnější patří:

- **osobnostní charakteristiky**
- **demografické faktory**
- **sociální opora**
- **fáze onemocnění a léčby**
- **kulturní a duchovní kontext**
- **klinické faktory**

Významnou roli hraje také **autoplastický obraz nemoci** – subjektivní představa pacienta o příčinách, projevech, důsledcích a zvládnutelnosti onemocnění, která významně formuje jeho emoční i behaviorální reakce. Tento vnitřní model ovlivňuje, jak pacient interpretuje vlastní stav, jaké strategie zvládání volí i jak aktivně přistupuje k léčbě (Tomášek et al., 2015).

Dynamika procesu zvládání

Volba a uplatňování strategií zvládání není jednorázová reakce, ale dlouhodobý proces, který se vyvíjí v závislosti na průběhu onemocnění, dostupných zdrojích a změnách pacientova života. V raných fázích často převažují strategie vyhýbání a emoční regulace, zatímco později se více prosazují aktivní, hodnotově orientované a smysluplné přístupy. Výzkumy potvrzují, že kombinace strategií je obvyklá, přičemž klíčová je jejich flexibilita, nikoli rigidní udržování jediného způsobu zvládání.

Řada pacientů nachází způsoby, které jim pomáhají situaci přijmout a postupně obnovovat životní rovnováhu. Adaptace na život s onemocněním zahrnuje **rekonstrukci identity a životního smyslu**. Mnozí pacienti uvádějí, že nemoc podnítila přehodnocení priorit či posílení vztahů. Tento proces lze chápat nejen jako návrat k rovnováze, ale i jako **osobní růst spojený se zvládáním náročných životních událostí** (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Strategie zvládání a adherence k léčbě

Se strategiemi zvládání nemoci u onkologických pacientů úzce souvisí také jejich míra adherence, která může zásadně ovlivňovat průběh i výsledky léčby. Pacienti, kteří volí aktivní, pozitivní a problémově orientované strategie, mívají zpravidla vyšší adherenci k léčebnému režimu, zatímco pocity beznaděje, úzkosti či rezignace mohou vést k nižší spolupráci, vynechávání léčby nebo její nedostatečné realizaci. Tento vztah potvrzují práce, které ukazují, že psychický distres, deprese nebo maladaptivní strategie zvládání významně předpovídají non-adherenci u onkologicky nemocných (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Greer, 2008; Gomaa et al., 2023; Masiero et al., 2024).

Genderové rozdíly a protektivní a rizikové faktory

Výzkumy naznačují určité rozdíly mezi pohlavími v preferovaných strategiích zvládání. Ženy podle Shalata et al. (2024) častěji využívají emocionálně zaměřené strategie, které jim umožňují lépe zpracovávat vlastní prožívání, zatímco muži volí spíše zdrženlivější a méně expresivní postupy. Studie Oppegaard et al. (2020) navíc ukázala, že ženy vykazují vyšší míru pozitivního přeformulování, religiozity, instrumentální podpory, popírání, ventilace emocí a odvádění pozornosti, zatímco muži častěji používají humor a ve větší míře užívají návykové látky. V aktivním zvládání, plánování, přijetí či sebekritice nebyly zaznamenány významné rozdíly.

Odborná literatura zároveň dlouhodobě poukazuje na význam protektivních faktorů, mezi něž patří zejména sociální podpora, resilience a víra ve vlastní kompetence. Dostatečná podpora rodiny a blízkých představuje jeden z nejvýznamnějších ochranných prvků, který usnadňuje aktivní přístup k onemocnění a podporuje psychickou adaptaci, zatímco její nedostatek bývá spojen se zvýšeným rizikem izolace a častějším využíváním maladaptivních postupů (Yin et al., 2022; Seiler et al., 2019). Psychická odolnost se rovněž ukazuje jako významný moderátor dopadů nemoci a léčby, přičemž souvisí s lepší kvalitou života i efektivnějším zvládáním zátěže (Marzorati et al., 2025). K rizikovým faktorům patří naopak nízká míra sociální podpory, výrazný počáteční distres, pokročilé stadium či nepříznivá prognóza onemocnění, závažné fyzické symptomy a socioekonomické znevýhodnění. Tyto faktory bývají spojovány s vyšším rizikem maladaptivních strategií, zvýšenou mírou úzkosti a deprese a celkově horší psychosociální adaptací (Seiler et al., 2019; Marzorati et al., 2025).

1.5 Vybrané současné modely a trendy ve výzkumu a praxi

Moderní onkologická péče se stále více zaměřuje na komplexní porozumění psychickým procesům, které provázejí pacienta během nemoci, léčby i po jejím ukončení. Tato kapitola představuje vybrané teoretické rámce a trendy, jež umožňují hlubší pochopení prožívání ztráty v kontextu onkologického onemocnění – zejména biopsychosociální a existenciální pojetí zdraví, koncept kvality života, rehabilitaci, psychosociální onkologii a novější terapeutické směry včetně digitálních a přírodně orientovaných intervencí. Tyto přístupy tvoří důležitý základ pro pochopení strategií zvládání nemoci a procesů adaptace, které jsou klíčové pro udržení duševní rovnováhy a kvality života onkologických pacientů.

Biopsychosociální model onkologického onemocnění

Biopsychosociální model chápe zdraví a nemoc jako výsledek vzájemného působení biologických, psychologických, sociálních a často i spirituálních faktorů. V biologické rovině se zaměřuje na nádorovou patologii, genetické predispozice, funkci imunitního systému a účinky léčby na organismus. Psychologická dimenze zahrnuje emocionální reakce (strach, úzkost, depresi), psychickou odolnost, motivaci k léčbě i způsob, jak se pacient vyrovnává s diagnózou a průběhem onemocnění. Sociální rovina reflektuje rodinné zázemí, podporu blízkých, socioekonomický status a dostupnost zdravotní péče, které významně ovlivňují kvalitu života a sociální začlenění. Model zdůrazňuje nutnost multidisciplinární spolupráce lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších odborníků a umožňuje lépe porozumět souvislostem mezi somatickými a duševními procesy. Jak uvádí Raudenská (2011), na vznik, průběh i výsledek nádorového onemocnění působí jedinečná kombinace faktorů, které společně utvářejí individuální trajektorii nemoci každého pacienta.

Model kvality života spojené se zdravím

Model kvality života spojené se zdravím (Health-Related Quality of Life, HRQoL) se zaměřuje na subjektivní hodnocení schopnosti fungovat v každodenním životě s ohledem na fyzické, psychické a sociální dopady onemocnění. Vznikl jako reakce na potřebu překročit čistě medicínské ukazatele a zohlednit širší psychosociální aspekty života pacienta. V onkologii se ukázalo, že příliš obecné pojetí je málo citlivé, proto byly vytvořeny nádorově specifické dotazníky a škály pro různé typy nádorů a fáze onemocnění. Trojrozměrný model zdraví (Svoboda et al., 2023, upraveno podle van Leeuwen et al., 2018) propojuje biologické, psychologické a sociální determinanty a nabízí ucelený rámec pro hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví.

Multidimenzionální koncept bolesti (prožitek bolesti ve vztahu k psychosociálním proměnným – holistický koncept „celkové bolesti“)

Multidimenzionální koncept bolesti nahlíží bolest jako komplexní prožitek, který není jen výsledkem fyzických symptomů, ale zahrnuje také psychické, sociální a duchovní složky. Cicely Saunders, zakladatelka moderní paliativní péče, zavedla pojem „total pain“ – celková bolest – pro označení utrpení, v němž se prolínají fyzické obtíže, emoční strach a úzkost, sociální izolace i existenciální obavy. Tento holistický koncept se stal východiskem pro vznik moderních hospiců a paliativních týmů od 60. let 20. století a je dodnes základním principem paliativní a podpůrné

péče. Cílem není pouze úleva od fyzické bolesti, ale zlepšení celkového prožívání a kvality života pacienta i jeho blízkých (Jakel, 2022; Corman et al., 2025).

Personalizovaná psychoonkologie

Personalizovaná psychoonkologie vychází z konceptu personalizované medicíny, která přizpůsobuje léčbu individuálním charakteristikám pacienta. V psychické oblasti se tento přístup zaměřuje na cílené diagnostické a terapeutické intervence, jež zohledňují konkrétní psychologické potřeby, typ onkologického onemocnění, komorbiditu i hodnoty a preference pacienta. Cílem je poskytovat „intervenci na míru“ – ve správný čas a v odpovídající intenzitě – tak, aby se maximalizovala účinnost léčby a současně chránila kvalita života (Perna, 2024). Personalizovaná psychoonkologie podporuje holistický pohled na pacienta jako biopsychosociální bytost a posiluje terapeutické spojení mezi pacientem a lékařem, včetně aktivní účasti pacienta na rozhodování. Implementace tohoto přístupu může vést nejen k lepším výsledkům v oblasti duševního zdraví, ale také k efektivnějšímu využívání zdrojů zdravotního systému. Implementace modelu personalizované psychoonkologie do komplexní péče o onkologické pacienty přispívá nejen k dosažení lepších výsledků v péči o duševní zdraví, ale také optimalizaci využívání zdrojů v systému zdravotnictví, neboť se snaží zajistit, „aby se pacientům dostalo správné úrovně intervence ve správný čas“ (Perna, 2024:1).

Péče o onkologické přeživší a modely organizace péče

U onkologických přeživších se stále více akcentuje potřeba koordinované, dlouhodobé a individualizované péče. Po ukončení akutní léčby je doporučeno vypracovat individuální plán následné péče, který zahrnuje sledování pozdních a chronických nežádoucích účinků, péči o fyzické i duševní zdraví, psychosociální a socioekonomické aspekty (zaměstnání, bydlení, péče o děti či závislé osoby). U pacienta je věnována pozornost všem oblastem, ve kterých má potřebu zajištění pomoci. Kromě fyzického a psychického zdraví se nejčastěji jedná o problémy s návratem do zaměstnání a obecně pracovním uplatněním, bydlením či zajištěním péče o sebe, dítě nebo jinou blízkou osobu. Předpokladem správně indikované podpůrné péče a vhodně zvolených intervencí je dostatečná edukace všech zainteresovaných odborníků (Svoboda et al., 2023). *„Nežádoucí účinky léčby se obvykle neprojevují izolovaně, ale jako součást komplexního negativního vlivu prodělané onkologické léčby na celkové zdraví člověka, tj. větším či menším dopadem na všechny jeho dimenze (fyzickou, psychickou, sociální a duchovní)“* (Svoboda et al., 2023:30)

Organizace péče o přeživší se obvykle realizuje ve třech základních modelech:

- *Centralizovaná (specializovaná) péče* – poskytovaná zpravidla onkologickými ambulancemi, které zajišťují diagnostiku, sledování pozdních následků, rehabilitaci a sociální poradenství.
- *Decentralizovaná (všeobecná) péče* – primárně zajišťovaná praktickými lékaři dle plánu následné péče vytvořeného onkologem; výhodou je dostupnost, nevýhodou může být nedostatečná zkušenost se specifiky onkologických přeživších.
- *Sdílená péče* – kombinace péče v onkologickém centru a v primární péči, která klade vysoké nároky na komunikaci a koordinaci, ale umožňuje flexibilnější a dostupnější péči.

Optimální délka a intenzita dispenzarizace by měla vycházet z individuálních rizik a potřeb daného pacienta. Na systémové úrovni je nutným předpokladem vytvoření podmínek pro takovou péči tak, *aby „každá strana mohla poskytovat tu část péče, pro kterou byla zřízena a které je schopna“* (Svoboda et al., 2023:21-22).

Psychosociální onkologie

Psychosociální onkologie je interdisciplinární oblast, která se zaměřuje na psychologické, sociální, behaviorální a duchovní aspekty života onkologických pacientů. Vychází z přesvědčení, že psychická pohoda a sociální fungování jsou nedílnou součástí komplexní onkologické léčby. Systematická psychosociální péče je dnes považována za standard, který přispívá k lepší adherenci k léčbě, snížení psychické zátěže a zlepšení kvality života pacientů i jejich blízkých (Jacobsen et al., 2022; Mehnert et al., 2023; Bultz, Holland, 2024). Intervence zahrnují individuální a skupinové poradenství, podpůrné terapie, programy zvládání stresu, psychoedukaci i pomoc v oblasti mezilidských vztahů, návratu do práce a řešení praktických problémů. Zohledňují také spirituální potřeby, které se týkají hledání smyslu, akceptace nemoci a smíření se se ztrátami (Raudenská, Javůrková, 2022). Rostoucím trendem je integrace digitálních technologií a telepsychologie, jež zvyšují dostupnost odborné podpory (Holland, Weiss, 2021; Česká onkologická společnost, 2023).

Využití moderních technologií (eHealth) v péči o duševní zdraví onkologických pacientů

Digitální technologie (eHealth) přinášejí nové možnosti v oblasti psychosociální péče – umožňují vzdálené monitorování symptomů, online psychologickou podporu, psychoedukaci či strukturované programy na zvládání úzkosti a deprese. Výhodou je zlepšení dostupnosti péče, zejména pro pacienty s omezenou mobilitou nebo z regionů s nedostatkem specializovaných služeb (Zhang et al., 2024; Lekárová et al., 2021). Limitem může být úroveň digitální gramotnosti a nedůvěra vůči on-line formám podpory. Příkladem z české praxe je telemedicínská aplikace MOÚ MindCare, určená pacientům Masarykova onkologického ústavu. Nabízí programy zaměřené na zvládání stresu a úzkosti, cvičení založená na mindfulness, pozitivní psychologii a autogenním tréninku a podporuje kontinuální péči o duševní zdraví během léčby i po jejím skončení.

Screening a včasné intervence v péči o duševního zdraví

Rutinní screening psychických potíží (např. pomocí nástrojů typu PHQ-9, GAD-7, Distress Thermometer či HADS) umožňuje včasné zachycení úzkosti, deprese a dalších forem distresu a zacílení intervence na ohrožené pacienty. Klíčová je edukace zdravotnického personálu a začlenění psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů. Příkladem systémového pojetí je irský „Model péče v psychoonkologii“ (National Cancer Control Programme, 2020), který klade důraz na jasnou trajektorii psychosociální podpory od diagnózy, kontinuální screening během celé léčby, integraci nemocniční a komunitní péče a dostupnost intervencí pro pacienty i jejich rodiny.

Peer podpora v onkologii

Peer podpora se v onkologii stává stabilní součástí komplexní péče. Přináší pocit sounáležitosti, snižuje izolaci, nabízí praktické rady a posiluje naději, motivaci i pocit kontroly nad situací. Peer podpora může mít podobu individuálních kontaktů, podpůrných skupin, on-line komunit či

zapojení do aktivit patientských organizací. Výzkum ukazuje její přínos pro míru úzkosti, deprese, osamělosti, kvalitu života i zplnomocnění pacientů (Tan et al., 2022; Ziegler et al., 2022; Kiemen et al., 2023; Ruiz-Romeo et al., 2024). Do budoucna lze očekávat rozvoj personalizovaných programů peer podpory zaměřených na specifické diagnózy, fáze onemocnění a potřeby pacientů (např. programy typu Woman to Woman pro ženy s onkogynekologickým onemocněním, Ovarian Cancer Research Alliance, 2025).

Využití umělé inteligence v oblasti péče o duševní zdraví onkologických pacientů

Umělá inteligence (AI) začíná hrát roli také v oblasti duševního zdraví onkologických pacientů. Uplatňuje se při monitorování psychického stavu (např. analýza textů, hlasu, biometrických dat), v prediktivních modelech rizika rozvoje depresí či úzkostných poruch, v podobě podpůrných chatbotů i jako nástroj pro klinické rozhodování. Nunez et al. (2024) představili model využívající zpracování přirozeného jazyka k analýze záznamů z onkologické konzultace, který dokáže s více než 70 % přesností předpovědět, zda pacient v následujícím roce využije služby v oblasti duševního zdraví. Tyto přístupy mohou fungovat jako „asistent“ onkologů, pomáhat včas identifikovat ohrožené pacienty a efektivněji cílit psychosociální podporu. *„Tyto výsledky demonstrují obrovský potenciál AI, která může v podstatě fungovat jako osobní asistent onkologů, zlepšovat péči o pacienty tím, že pomáhá dříve identifikovat potřeby v oblasti duševního zdraví, a zajišťovat, aby více pacientů dostalo potřebnou podporu“* (Nunez, in Nunez et al., 2024).

Intervence zaměřené na přírodu jako nástroj podpory duševního zdraví

Intervence využívající kontakt s přírodou (lesní terapie, zahradní terapie, mindfulness v přírodě, terapeutické zahrady, biophilic design) představují rozvíjející se oblast podpory duševního zdraví. Výzkumy ukazují, že pobyt v přírodě či krátkodobý kontakt s přírodními prvky snižuje úzkost, depresi a stres, podporuje relaxaci, zlepšuje spánek a posiluje copingové schopnosti (Corazon et al., 2023; Stigsdotter et al., 2024; Poulsen et al., 2025). U onkologických pacientů se tyto intervence ukazují jako účinný doplněk standardní psychosociální péče, který usnadňuje adaptaci na nemoc a léčbu. Vedle reálných přírodních prostředí jsou rozvíjeny i formy „digitální přírody“ (např. virtuální realita), jež rozšiřují dostupnost těchto intervencí mimo klinická zařízení.

Prehabilitace v oblasti péče o duševní zdraví u onkologických pacientů

Prehabilitace v oblasti duševního zdraví představuje proaktivní přístup zaměřený na období mezi diagnózou a zahájením léčby. Cílem je posílit psychickou odolnost, stabilizovat emoční stav a připravit pacienta na zátěž spojenou s terapií. Programy obvykle zahrnují psychologické poradenství, trénink zvládání stresu, relaxační a meditační techniky, screening duševního zdraví a včasné zajištění psychosociální podpory. Prehabilitace podporuje aktivní zapojení pacienta do léčby, zlepšuje zvládání zátěže, může přispět k lepší adherenci i kvalitě života a podle některých studií souvisí i s lepším zotavením a dlouhodobým přežitím (Chmelo et al., 2021; Pietrakiewicz et al., 2025).

2 Výzkumná část

Výzkumnou část této diplomové práce tvoří prezentace vlastního výzkumu zaměřeného na identifikaci prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných individuálních strategií zvládání nemoci v období léčby a rekonvalescence. Fenomén prožívání ztráty u onkologicky nemocných představuje závažné a zároveň stále nedostatečně prozkoumané téma, které má zásadní význam pro porozumění psychické, sociální i existenciální zátěži spojené s onemocněním. Přestože je ztráta zdraví jedním z nejzásadnějších dopadů zhoubného onemocnění, její subjektivní podoba se napříč pacienty výrazně liší. Porozumění tomu, jak pacienti ztrátu zdraví prožívají a jak ji zvládají, je klíčové pro rozvoj citlivé a efektivní psychosociální péče, která dokáže reagovat na jejich skutečné potřeby.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem této diplomové práce je identifikovat, jak onkologičtí pacienti prožívají ztrátu zdraví v kontextu individuálních strategií zvládání nemoci během léčby a rekonvalescence. Formulace hlavního poznávacího cíle (tj. základní výzkumné otázky) vychází z rešerše odborné literatury a současných poznatků o povaze zkoumaného fenoménu.

Hlavním výzkumným záměrem je lépe porozumět, jak pacienti subjektivně interpretují ztrátu zdraví a jakými způsoby na ni reagují prostřednictvím svých strategií zvládání nemoci. Symbolickým cílem práce je přispět k hlubšímu uchopení dynamiky prožívání ztráty v kontextu onkologického onemocnění a popsat souvislosti mezi prožitkem ztráty a volbou strategií zvládání.

Aplikační cíl práce směřuje k tomu, aby získané poznatky podpořily rozvoj psychosociální péče o onkologické pacienty. Výsledky mohou být využity k tvorbě doporučení pro praxi – například k citlivějšímu vedení komunikace o diagnóze, k podpoře adaptivních strategií zvládání, k posílení práce se sociální oporou nebo k navržení intervencí zaměřených na zvládání existenciální zátěže. Poznatky by měly být přínosné zejména pro profesionály v oblasti sociální práce a zdravotně-sociální péče.

Na základě formulace těchto cílů byla stanovena výzkumná otázka:

VO: Jak onkologičtí pacienti prožívají a zvládají ztrátu zdraví během léčby a rekonvalescence?

Tato výzkumná otázka byla formulována v souladu s metodologickým rámcem interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Zaměřuje se na subjektivní zkušenost pacientů („jak prožívají“) a zároveň na jejich individuální strategie zvládání („jak tuto ztrátu zvládají“). Otázka je dostatečně otevřená, aby umožnila hluboké rozhovory, přirozené vynořování osobních významů a jejich následnou hermeneutickou interpretaci. Jasně vymezuje kontext – období léčby a rekonvalescence – a integruje obě sledované oblasti: prožívání ztráty zdraví a individuální strategie zvládání nemoci. Jejich propojení umožňuje naplnění hlavního cíle práce.

2.2 Metodika výzkumu

Design výzkumu a výzkumná metoda

Zvolená výzkumná témata – prožívání ztráty zdraví a individuální strategie zvládání nemoci – mají subjektivní a dynamický charakter. Jejich povaha vyžaduje kvalitativní přístup, který umožňuje porozumět osobní zkušenosti z perspektivy samotných pacientů a zachytit významy, jež svému prožívání přikládají. Tento přístup poskytuje prostor pro detailní porozumění tomu, jak onkologičtí pacienti reflektují změny spojené s léčbou a rekonvalescencí a jakým způsobem své zkušenosti interpretují.

S ohledem na cíl práce byla zvolena metoda interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA), jejímž prostřednictvím lze zkoumat, jak jedinci vytvářejí významy svých prožitků a jak těmto prožitkům sami rozumějí. IPA vychází z fenomenologické a hermeneutické tradice a umožňuje detailní zkoumání subjektivního světa účastníků, přičemž akcentuje dvojí interpretaci – interpretaci samotného účastníka a následnou interpretaci výzkumníka (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Metoda je obzvláště vhodná pro zkoumání situací spojených s významnou životní změnou nebo ztrátou, což koresponduje se zaměřením této práce.

Volba IPA úzce souvisí se stanovenou výzkumnou otázkou, jejímž cílem je porozumět tomu, jak onkologičtí pacienti prožívají ztrátu zdraví a jakými způsoby ji zvládají v období léčby a rekonvalescence. Metoda umožňuje zachytit nuance individuálních zkušeností, identifikovat klíčové aspekty prožívání a pochopit jejich významy v širším kontextu života nemocného člověka. Výzkumný design tak odpovídá potřebě hlubokého vhlédového porozumění, nikoli deskriptivního popisu či měření jednotlivých fenoménů.

Výsledná témata reflektují nejen obsah sdílených zkušeností, ale i jejich subjektivní významové vrstvy. Analýza tak umožňuje porozumět tomu, „co“ účastnice prožívají, ale také „jak“ o tom přemýšlejí, jak své prožitky interpretují a jak se tyto interpretace promítají do jejich způsobů zvládání nemoci.

IPA je výzkumnou metodou využívanou ke „zkoumání a interpretaci subjektivních zkušeností jednotlivců“ s cílem hlubokého porozumění, jak oni sami danou zkušenost interpretují, jak ji reflektují a jaký smysl svému prožitku přiřazují (Smith et al., 2022). IPA vychází ze tří perspektiv: A) Fenomenologie zachycující osobitou individuální žitou zkušenost jedince. Je přitom důležitá vědomá práce s aspektem předporozumění problematice, která je předmětem výzkumu, a reflexe vlivu interpretace výzkumníka i participanta. B) Součástí výzkumného procesu je hermeneutický kruh (část celku je interpretována ve vztahu k celku, celek je interpretován ve vztahu k části) a tzv. dvojí hermeneutika.

Participant se při realizaci výzkumného rozhovoru snaží porozumět své žité zkušenosti se zkoumaným fenoménem, současně výzkumník usiluje o porozumění, jak participant ke svému porozumění vlastní zkušenosti přichází. Následně výzkumník „poskytuje kritické a konceptuální komentáře k tomu, jak respondent přisuzuje své zkušenosti smysl“ (Larkin et al., 2006). Porozumění výzkumníka zkušenosti participanta je tak ze své podstaty založeno na interpretaci (Willig, 2001), která je zakotvena v úryvcích z rozhovoru. „Hermeneutický kruh lze stručně

charakterizovat jako takový druh interpretace, kde každé jednotlivé části lze porozumět jen z celkové souvislosti a celkové souvislosti lze porozumět jen pochopením jednotlivých částí celku“ (Nørreklit, 2006) či jinými slovy „zkušenost je v rámci IPA, konstruována jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta“ (Koutná Kostínková, Čermák, 2013, s. 11). 3) Idiografický přístup, kdy je základní charakteristikou výzkumu zkoumání osobitě zkušenosti a její porozumění konkrétním participantem se zaměřením na to, jak on sám vlastní zkušenosti rozumí, jak ji reflektuje a jaký jí přičítá smysl.

IPA jako metoda zabývající se výlučně zkušeností a/nebo porozuměním určitému fenoménu svojí podstatou nabízí v porovnání s jinými kvalitativními přístupy širší prostor pro uplatnění kreativity, svobody a prostoru pro diskuzi se „spoluvytvářením podrobné zkušenostní výpovědi na dané téma“ (Willig, 2001; King et al., 2019), což podporuje výzkumný proces zaměřený na zkoumání „jak respondenti vnímají či prožívají situaci, v níž se ocitli, jak jí rozumí a jaký této zkušenosti přisuzují smysl“ (Smith, Osborn, 2003, in Koutná Kostínková, Čermák, 2013). Tyto charakteristiky přispívají k tomu, proč je IPA považována za osvědčený výzkumný přístup, pokud je předmětem výzkumu specifická skupina jedinců, resp. nositelů specifické zkušenosti, neobvyklá situace nebo zdroj sběru dat. Využívá se tak, mimo jiné, ve výzkumech zaměřených na porozumění zkušenosti lidí s určitým typem onemocnění nebo specifické prožívání určité skupiny pacientů (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

Výzkumná otázka je v IPA primárně zaměřena fenomenologicky – na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu („jak jedinec nebo skupina vnímají či prožívají určitou situaci, s níž jsou konfrontováni, a jakým způsobem této zkušenosti přisuzují smysl“ (Smith, Osborn, 2003). Teoretická východiska jsou primárně zdrojem informací o stavu současného poznání tématu a potenciálu originality zamýšleného zaměření výzkumu či charakteristikách budoucích participantů, primární výzkumná otázka však zpravidla z teorie přímo nevychází.

V kontextu IPA by měla být výzkumná otázka formulována otevřeně a explorativně, ne však příliš široce, směřovat k procesu více než výsledku, orientovat se více na význam než na příčiny a důsledky událostí. Formulace zpravidla obsahuje výrazy „zkušenost“ nebo „prožitek“ (Smith, Osborn, 2003; Smith et al., 2009; Kostínková, Čermák, 2013). Výzkum je směřován spíše k tzv. teoretické transferabilitě (snažit se nalézt propojení výsledků výzkumu s dostupnými teoretickými zdroji) než k empirické zobecnitelnosti (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Vlastní zkušenost, vnímání světa i vztah s participantem jsou v kontextu IPA dominantní charakteristiky ve vztahu k osobě výzkumníka. Fenomenologické zkoumání individuální zkušenosti daného participanta a její interpretace jsou nejen do značné míry ovlivněné osobními názory nebo postoji výzkumníka, ale ve své podstatě dává do analýzy mnoho sám ze sebe (Willig, 2001; Smith, 2004; Fade, 2004; Koutná Kostínková, Čermák, 2013, in Řiháček et al., 2013).

Při zvažování nejvhodnější volby výzkumné metody pro zpracování tématu byly zvažovány rozdíly mezi přístupem IPA a tematickou analýzou (se sběrem dat polostrukturovanými rozhovory). Tematická analýza se primárně odlišuje svým zaměřením na identifikaci vzorců a témat v datech (identifikaci a kategorizaci témat), je méně interpretativní, bez nutnosti porozumění osobním (subjektivním) významům. Vzhledem k charakteru tématu a cíle této práce byla zvolena metoda IPA jako nejvhodnější.

Operacionalizace pojmů „prožívání“ a „ztráta“

V této práci je pojem „prožívání“ chápán jako vnitřní, subjektivní svět jedince zahrnující jeho emoční, kognitivní a motivační procesy související s onkologickým onemocněním. Prožívání zahrnuje to, co člověk cítí, jak o nemoci přemýšlí a jak jí rozumí, a současně také to, jak tyto vnitřní procesy ovlivňují jeho chování.

Ve výzkumném kontextu se prožívání stává uchopitelným prostřednictvím indikátorů, které lze identifikovat v rozhovorech – tj. verbálních výpovědích, významů přisuzovaných zkušenosti, popisovaných emocí, myšlenek či hodnotových interpretací. Doplnkově mohou mít informativní hodnotu i pozorovatelné behaviorální projevy (např. pláč, změny hlasu, výrazné emoce).

Operacionální definice v této práci: Prožívání označuje soubor subjektivních pocitů, myšlenek, emocí a interpretací spojených se zkušeností ztráty zdraví, které se stávají dostupnými prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Zahrnuje zejména emocionální reakce (např. strach, smutek, úzkost, naděje), kognitivní porozumění vlastní situaci (např. vnímání kontroly, nejistoty, ohrožení) a významové uchopení této zkušenosti v kontextu strategií zvládání nemoci.

V kontextu práce a interpretace výpovědí participantek je ztráta rozuměna jako objektivní změna (faktická událost či omezení) a její subjektivně prožívaný význam (emocionální a hodnotové uchopení této změny). Toto pojetí umožňuje oddělit průběh onkologického onemocnění od jeho osobního významu pro jednotlivé participantky. Při interpretaci byla věnována pozornost tomu, zda identifikují a interpretují objektivní změnu (rovina událost či stavu), nebo její subjektivní význam (rovina prožívání).

Výzkumný soubor a jeho charakteristika, kritéria výběru

Výzkumný soubor je při zpracování metodou IPA zpravidla v porovnání s jinými kvalitativními metodami méně početný (obvykle ne více než 10 participantů, pro výzkumy v rámci diplomových prací se doporučuje 3-6 participantů), o to důležitější jsou však pro kvalitní analýzu kritéria výběru participantů a charakteristiky výzkumného souboru. Soubor by měl být co nejhomogennější, s podobností participantů v hlavních kritériích. Z důvodu zachování etických principů, prevence sekundární traumatizace a výpovědní hodnoty získaných dat by se neměli výzkumu účastnit jedinci, pro které je daná situace (žitá zkušenost) nová, teprve se na ni adaptují a nemají dosud dostatečný nadhled a odstup (Koutná Kostínková, Čermák, 2013). Prioritní je bohatost dat a možnost detailní analýzy ideálně tak, aby bylo možné provést i mikroanalýzu podobností a rozdílů jednotlivých případů. Větší výzkumný soubor není v IPA nutně přínosem, ale naopak může učinit zpracování tématu problematičtější a roztříštěné (Smith, Osborn, 2003; Smith et al., 2009).

Participantky pro tento výzkum byly osloveny záměrným výběrem podle předem jasně definovaných kritérií s cílem vybrat menší, soustředěný soubor, v souladu s principy IPA (Smith, Osborn, 2003). Zaměření výzkumu již samo úzce vymezilo potenciální participanty (onkologičtí pacienti v období léčby a rekonvalescence), přičemž byla důležitá jejich ochota sdílet svoji autentickou zkušenost s prožíváním ztráty. S ohledem na co nejhomogennější složení výzkumného souboru byly osloveny pouze ženy. Potenciální participantky byly osloveny přes zástupce patientských organizací, některé přímo na základě předchozího navázání bližšího

vztahu v prostředí onkologie. Významně se uplatnila metoda sněhové koule. Kritéria inkluze: věk nad 18 let, diagnostikované onkologické onemocnění, schopnost domluvit se česky, poskytnutí informovaného souhlasu. S ohledem na zaměření výzkumu, etickou stránku a výpovědní hodnotu nebyla žádná z participantek nově diagnostikovaná nebo na začátku léčby, aktuálně hospitalizovaná či v akutní psychické krizi.

Výzkumný soubor tvořilo deset onkologických patientek ve věku 35–69 let. Jeho velikost mírně přesahuje běžný rozsah studentských kvalifikačních prací, což souvisí s dlouhodobým zájmem o problematiku a jejím širším uchopením. Cílem nebylo vytvořit reprezentativní vzorek, ale získat skupinu žen sdílejících klíčovou zkušenost – ztrátu zdraví v důsledku onkologického onemocnění a proces jejího zvládání.

Organizace výzkumu – tvorba a sběr dat

V souladu s principy IPA byla pro sběr dat zvolena metoda **polostrukturevaného rozhovoru**. Tento způsob získávání informací umožňuje účastníkům volně a podrobně popsat své osobní zkušenosti, zároveň však poskytuje výzkumníkovi rámec, který zajišťuje tematickou souvislost s výzkumnými otázkami. Polostrukturevaný rozhovor podporuje otevřenou komunikaci a umožňuje reagovat na individuální výpovědi účastníků v průběhu rozhovoru, čímž napomáhá zachytit hloubku i nuance jejich prožívání. Tato metoda je pro IPA vhodná zejména proto, že vytváří prostor pro vznik bohatých, subjektivně zabarvených dat, která odrážejí osobní významy, postoje a způsoby, jimiž účastníci reflektují ztrátu zdraví a zvládání nemoci.

a) Formulace otázek do rozhovoru

Při výzkumu metodou IPA se nejčastěji pro získání dat využívá polostrukturevaný rozhovor, který byl zvolen i při zpracování této práce. Výzkumníkovi dovoluje vstoupit do světa participanta, jemu autenticky reflektovat dané téma a oběma pružně reagovat na i původně neplánované momenty a volně spoluvytvářet výpověď o zkoumané zkušenosti. Vlastní výzkumná otázka zpravidla nezazní přímo, ale odpověď na ni tvoří odpovědi na dílčí, konkrétněji zaměřené otázky. Vyprávění participanta o své zkušenosti je podpořeno otázkami, jaký pro něho měla význam, jak jí rozuměl, co si o ni myslel, jak se při jejím prožívání cítil apod. s nápomocí si lépe uvědomit další významy, souvislosti nebo myšlenky. Kromě dat získaných rozhovory je možné využít i další zdroje, například osobní deníky, blogy, mailové diskuse apod. Participant je vždy respektován jako expert na svoji zkušenost a svůj vztah k ní (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

b) Realizace pilotáže

Pilotáž byla zpracována při realizaci výzkumu provedeného v rámci projektu Studentské grantové soutěže (Studentská grantová soutěž 2024 s reg. č. INT/2024/0002). Z tohoto pilotního výzkumu byl zpracován publikační výstup „Strategie zvládání zátěže v období léčby a rekonvalescence u onkologických pacientů zapojených do patientských skupin“ v recenzovaném časopise Onkologie (Klepáčková, Tomka, 2025). Vzhledem k tématu diplomové práce byla provedena ještě dodatečná pilotáž formou dvou rozhovorů. Na základě jejich vyhodnocení a ověření volby otázek do rozhovoru byla následně upravená některá kritéria pro zařazení do výzkumného souboru a upravena formulace některých otázek. Nejzásadnější změnou, ke které pilotáž vedla, bylo sestavení homogennějšího výzkumného souboru, v souladu s principy zvolené výzkumné metody (např. volba participantů stejného pohlaví).

c) Sběr dat

Polostrukturované rozhovory s participantkami probíhaly v období červenec 2024 až září 2025, převážně formou osobního setkání na neutrálním místě, menší část online. Rozhovorů se v žádném případě neúčastnila další osoba.

Během rozhovorů byl ponechán dostatečný prostor pro spontánní a neplánované momenty, které často přinášely nové pohledy nebo odkrývaly dosud nepojmenované aspekty zkoumaného fenoménu. Tyto pasáže byly obzvlášť cenné, protože zachycovaly témata, která participantky označily za významná, a která si mnohdy uvědomily až v průběhu rozhovoru – tedy přímo v kontextu své vlastní zkušenosti.

Participantky měly možnost se předem seznámit se zaměřením rozhovoru i s okruhy otázek, což všechny uvítaly. Tento postup je v rámci IPA doporučován, neboť podporuje hlubší reflexi a bohatší výpovědi. Každý rozhovor byl bezprostředně po konání doslovně přepsán včetně doplňujících poznámek (např. neverbální projevy) a následně analyzován; další rozhovor byl realizován až po dokončení analýzy předcházejícího.

d) Popis analytických kroků IPA

Analýza rozhovorů probíhala v souladu s doporučeným postupem pro tento typ výzkumu: „*Cílem analýzy v IPA je formulování témat, která zachycují esenci fenoménu, jenž je předmětem výzkumu*“ (Willig, 2001, in Řiháček et al., 2013:16) a dle definovaných fází IPA výzkumů (Smith et al., 2009).

Reflexe vlastní zkušenosti: Reflexe probíhala formou opakovaného vnitřního dialogu a písemného zaznamenávání myšlenek, motivů a předporozumění vztahujících se k tématu. Součástí byly také konzultace s odborníky z praxe, onkologickými pacienty a zástupci patientských organizací, které pomohly zpřesnit výzkumný záměr a způsob uchopení tématu.

Čtení a opakované čtení: Opakované pročitání přepisů rozhovorů (a poslech nahrávek) umožnilo postupné ponoření do žité zkušenosti participantů a vytvořilo základ pro následné analytické kroky.

Počáteční poznámky a komentáře: V této detailní fázi analýzy byly zaznamenávány deskriptivní, jazykové i konceptuální poznámky. Ve vytištěných prepisech jsem barevně označovala významné pasáže a ke každé formulovala krátký popis či analytickou poznámku. Důraz byl kladen na opakované čtení textu a otevřenost i vůči zdánlivě drobným detailům (Smith et al., 2009).

Rozvíjení vznikajících témat: Z původních poznámek postupně vznikala tzv. rodící se témata, která zachycovala podstatu relevantních částí rozhovoru. Analytická práce se již více opírala o poznámky než o samotný text přepisu.

Hledání souvislostí napříč tématy: Následovalo mapování vztahů mezi tématy a jejich seskupování do širších celků. Témata byla porovnávána, chronologicky řazena a sdružována do tematických trsů podle společných znaků či významových souvislostí.

Analýza dalších rozhovorů: Každý rozhovor byl analyzován samostatně, aby byla respektována jeho jedinečnost a nebyl předčasně ovlivněn výsledky předchozích analýz.

Hledání vzorců napříč rozhovory: V této fázi byly jednotlivé analýzy propojeny a hledány společné i rozdílné prvky napříč případy. Některá témata byla revidována, jiná spojena či upřesněna. Výsledkem byly tematické mapy zachycující vztahy mezi hlavními tématy a jejich propojení s teoretickými východisky.

Psaní výsledků analýzy: Závěrečná fáze zahrnovala (1) strukturované převyprávění jednotlivých případů v rámci dílčích témat a (2) syntézu hlavních témat napříč případy včetně jejich interpretace.

Ověření přesnosti analýzy: U několika participantek, se kterými jsem byla dále v kontaktu, bylo možné získat jejich zpětnou vazbu k ověření interpretace (tzv. testimonial validity).

e) Etika výzkumu

Při zpracování práce bylo důsledně dbáno na etické zásady při provádění výzkumu, zejména na ochranu soukromí participantů, získání informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a prevenci jejich traumatizace. K žádné participantce jsem neměla příbuzenské vazby nebo jiné vazby, ve kterých by docházelo ke konfliktu rolí nebo zájmů či eticky sporným situacím.

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru

Označení	Věk	Pohlaví	Charakteristika onemocnění	Období léčby
P1	35	žena	Ca prsu, dg. ve 4. stádiu, nyní zobrazovací remise, stále v aktivní léčbě	Od 2020
P2	37	žena	Ca prsu, remise	Dg. 3/2019
P3	36	žena	Ca prsu, metastatické onemocnění, zjištěno, když byl dceři 1 rok	4 roky v léčbě
P4	58	žena	Mnohočetný myelom; na hranici paliativní péče (terminálního stavu); před transplantací kostní dřeně	7 let v léčbě
P5	59	žena	Ca prsu, chemoterapie, operace, ozařování, 10 let zajišťovací léčba	3 roky v léčbě, od 2022/23
P6	45	žena	Ca prsu, remise a hormonální léčba	Dg 4/2021 (ve 41 letech)
P7	55	žena	Ca prsu s četnými metastazemi v plicích, v paliativní péči	Od 2/2021
P8	60	žena	Ca prsu, dg. ve 3. stádiu, operace, hormonální léčba	5 let v léčbě
P9	35	žena	Ca prsu, remise	rekonstrukční operace 5/25
P10	69	žena	Ca prsu, remise	Operace 2008 v 52 letech

2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato kapitola představuje výsledky výzkumu zaměřeného na subjektivní zkušenosti pacientek s prožíváním ztráty zdraví v souvislosti s onkologickým onemocněním. Pozornost je věnována tomu, jak tuto životní událost chápaly, jaké emoce, myšlenky a významy s ní spojují a jaké strategie využívaly k jejímu zvládnutí. Data byla zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy, tedy se snahou porozumět individuální zkušenosti a současně identifikovat sdílené vzorce napříč celým souborem.

Výsledky jsou strukturovány podle **dynamiky procesu (Konfrontace se ztrátou zdraví → Strategie zvládnutí ztráty zdraví → Integrace a proměna)**, jak jej popisují samotné participantky – **od prvotní konfrontace se ztrátou zdraví, přes aktivní hledání způsobů, jak tuto skutečnost zvládnout, až po proměnu vnímání sebe a svého života**. Takto pojaté členění umožňuje zachytit vývoj zkušenosti v čase, vystihuje psychologickou i existenciální povahu adaptace a zároveň poskytuje prostor pro rozlišení individuálních specifik. Uvedené autentické ukázky z rozhovorů byly vybrány jako reprezentativní pro jednotlivá témata.

Obr. 1: Dynamika procesu Konfrontace → Strategie → Integrace



Tab. 2: Vzorový postup kódování výroku participantky

Výrok	Počáteční poznámky	Fáze trajektorie	Hlavní téma	Prožívání ztráty	Strategie zvládnutí	Přesahové téma
<i>„Zhroutil se mi svět, z hodiny na hodinu, prvně jsem pořád brečela“</i>	Deskriptivní: šok, ztráta stability, strach Jazykové: kolaps jistot („Zhroutil“)	Diagnóza	Ztráta zdraví	Šok nad náhlým životním zlomem, ohrožením dosud známého světa, jistoty	Ventilace emocí (pláč)	Bod zvýšené zranitelnosti

I. Konfrontace se ztrátou zdraví

Tato kapitola se zaměřuje na období diagnostické fáze, především moment potvrzení onkologického onemocnění a následující období, v němž se nemoc začíná výrazně dotýkat identity, každodenního fungování a dosavadních jistot člověka. Prožívání ztráty se v této fázi nejvíce jeví jako jednorázová událost, ale jako počáteční etapa adaptačního procesu, v níž se ztráta poprvé zviditelňuje a stává se vědomě prožívanou zkušeností. V interpretaci vystupuje nemoc jako situace spojená s omezením sociální autonomie a nutností redefinovat vztahy k sobě i druhým. Současně se prožitek ztráty ukazuje jako narušení identity, kontroly a pocitu životní kontinuity. Identifikovány byly i momenty „zlomu“ či dezorientace. Nastíněny jsou i některé dlouhodobé problémy, které ženy prožívaly v souvislosti s onemocněním.

Raný prožitek diagnózy a prvotní reakce

Potvrzení onkologické diagnózy představovalo pro všechny participantky **silný emoční otřes**, který si i po letech uchovaly v paměti s mimořádnou živostí. Intenzita emocí – nejčastěji šoku a strachu – byla důvodem, proč si ženy tento okamžik vybavovaly jako mimořádně silný a jasně ohraničený. Jejich pozornost se soustředila **primárně na vnitřní prožívání, nikoli vnější okolnosti** sdělení diagnózy. Emoční odezva bezprostředně po sdělení diagnózy dominovala jejich vzpomínkám a současně vytvářela symbolickou **hranici mezi obdobími „před“ a „po“ onemocnění**.

Prožívání momentu ztráty zdraví se vztahovalo především k ohrožení dosavadního pocitu bezpečí, jistoty a kontroly. Participantky shodně uváděly, že zjištění zhoubného nádoru pro ně znamenalo **náhlý zvrat v jejich životě a dosavadním fungování**, který je zastihl nepřipravené. U mladších žen a matek se prožitky vázily zvláště na obavy spojené se zajištěním péče o děti a na praktické dopady, kterých si okolí často nevšimlo. Starší ženy častěji popisovaly obavy, jak bude probíhat vlastní léčba.

„Bylo mi tehdy 31 let. Myslela jsem si, že ve 31 letech budu spíš než na sono nádoru koukat na sono miminka. Já totiž děti nemám“ (P2)

Okamžik, kdy jim lékař sdělil potvrzení zhoubného nádoru (v jednom případě telefonicky zavoláním do práce!) u většiny provázely bouřlivé emoce, nejčastěji popisovaly šok, ochromení, beznaděj a bezmoc. Několik žen mluvilo o zhroucení či stavu podobném akutnímu traumatu.

„Měla jsem roční dítě, kojila jsem, šok, musela jsem z hodiny na hodinu přestat kojit“ (P3)

„Zhroutil se mi svět, z hodiny na hodinu, prvně jsem pořád brečela. Doktorka mi tehdy volala do práce. Zhroutila jsem se a měla 70 km cestu domů. Hned jsem volala manželovi“ (P5)

„Obrat v životě o 180 stupňů“ (P7)

„Bylo to jako rozsudek smrti. Přišla jsem domů, vylezla schody, syn byl v pokojíčku, a ještě jsem ani nic neřekla, on se na mě podíval a říkal: Mamí, proboha, ty ne. Ty ne“ (P8)

„Prvotní oznámení o tom, že mám rakovinu, mě na prvních 14 dnů vyřadilo z provozu“ (P9)

Z výpovědí vyplývá, že intenzitu prožívání pravděpodobně posílila skutečnost, že ženy při sdělení diagnózy a bezprostředně poté byly samy, žádnou nedoprovázel nikdo z blízkých. V některých případech jim byla sdělena závažná diagnóza stroze, bez podrobnějšího vysvětlení, dostatečného prostoru pro dotazy nebo projevu empatie a účasti. Na **okamžik sdělení diagnózy**,

resp. způsob sdělení nepříznivé zprávy, vzpomínaly dvě ženy jako na **nejhorší moment v celé trajektorii onemocnění**. Způsob sdělení diagnózy se tak ukazoval jako zásadní faktor ovlivňující intenzitu raných prožitků.

„Ze začátku to bylo hodně těžký, protože sama jsem o tom neměla moc informací a moje okolí se mě ptalo, kolik mi dali času“ (P1)

„Nejhorší bod, který jsem zažila, byla na začátku ta bezmocnost slovenského zdravotnictví...na neurologii vám dají papír do ruky, že máte rakovinu, ale nedají vám nic, za kým máte jít dál. Stála jsem na ulici s papírem v ruce, že mám rakovinu, ale nevěděla jsem, za kým s tím papírem jít. Nikdo mi neřekl, že ten život bude kratší“ (P4)

„Když mi řekli poprvé diagnózu, měla jsem po všech různých vyšetřeních si jít vyslechnout výsledek, paní doktorka seděla u stolu, byl tam nějaký mužský, ten mi jednou větou sdělil zhoubný, neoperovatelný...nebyla jsem na tuhle informaci připravená, všichni říkali, rakovina nebolí. Šla jsem tam naprosto nepřípravená“ (P10)

Zajímavým zjištěním je, že ani jedna z žen nepopisovala při prožívání okamžiku, kdy se dozvěděly o svém onkologickém onemocnění, strach z bolesti (v důsledku plánované operace, další léčby aj.), dominoval spíše **strach z neznáma**.

„Prožívala jsem strach z neznáma, obavy, co mně čeká, jak bude léčba probíhat, jestli bude zabírat...“ (P7)

Velmi intenzivní emoce participantky popisovaly také ve vztahu k **zahájení aktivní léčby**.

„Šla jsem jak na popravu, bylo to psycho“ (P5)

Zjištění naznačují, že významnou roli mají při prožívání okamžiku ztráty zdraví **předchozí zkušenosti s onkologickým onemocněním**, a to ve více rovinách (ve vztahu k roli pacienta, blízkého pacienta nebo okolí ve vztahu k nemocnému). Zpravidla se jedná o osobní zkušenost s onemocněním u někoho z blízkých, což ilustruje zkušenost několika participantek.

„Asi nejhorší pro mě bylo, když jsem se dozvěděla svoji diagnózu – rakovina prsu s četnými metastázami v plicích. A hned po tom, jak to řeknu svému manželovi, který o svoji první manželku skrze tuto nemoc přišel“ (P7)

„Když jsem se dozvěděla diagnózu, tak jsem se opravdu loučila se životem, neznala jsem nikoho, kdo by se z onko diagnózy vyléčil, moje švagrová se úplně ztrácela před očima, moje babička zemřela na rakovinu, automaticky jsem myslela, že mě to čeká taky“ (P10)

Tělesné změny a dopad na sebepojetí

Vliv onemocnění na fyzický vzhled a výkonnost, proměny ve vnímání vlastního těla, narušení fyzické integrity a dopad fyzických ztrát na **prožívání identity a sebehodnoty** patřily u všech participantek k hlavním tématům. Participantky obecně nejhůře prožívaly ztráty, které se vztahovaly k jejich intimě (sexualitě) a body image, ztrátě energie, funkční kapacitě a výkonnosti (nejčastěji v důsledku chronické únavy nebo pokles kognitivních funkcí – „chemo brain“), potížím vyvolaným hormonální léčbou (např. předčasná menopauza), udržení hmotnosti a trvalým fyzickým změnám, které jsou viditelné pro okolí (není možné je skrýt pod oblečením).

Ve výpovědích se objevovala **tendence dvou extrémů**: fyzické ztráty byly ve vztahu k onemocnění tím nejhorším, co participantky prožívaly (či např. konkrétní situace nebo zkušenost související s prožíváním fyzické ztráty), nebo naopak dominovaly psychické ztráty a jejich prožívání. Prožívání fyzických ztrát (v důsledku onemocnění, léčby nebo vedlejších účinků), které určitým způsobem ovlivnilo **intimitu (sexualitu)** nebo byly **spojené s ženskostí**, dominovalo zejména u participantek, které aktuálně žily v partnerském vztahu. Shodně přitom popisovaly, jak je trápí, že těmito jejich ztrátami ztrácí i jejich partner a co mu nemohou splnit, ač by rády. Velmi podobné prožívání se projevovalo i ve vztahu k budoucímu (potenciálnímu) partnerovi u dosud svobodné ženy, která by velmi ráda měla partnera a založila rodinu.

„Já jsem vlastně čekala na základě výsledků genetických testů, jak velký bude ten můj zásah. Dostala jsem dva informované souhlasy, jestli chci úplnou mastektomii anebo parciální. Samozřejmě jsem nechtěla přijít o prsa, protože jsem říkala, nemám ještě ani chlapa, natož dítě, tak prostě chci prsa“ (P2)

„Vlasy byly to poslední...Při hormonální léčbě se pořád přidávají potíže, mám pocit, že už to ani manželovi nemůžu říct, ale nakonec mu to vždycky řeknu. Jsou to ztráty v oblasti intimního života, které mají dopad na náš partnerský život“ (P5)

Jedna participantka popisovala i **smyslovou ztrátu**, kterou prožívala velmi bolestně a která dobře ilustrovala, že nevolnost nebo ztráta vlasů nebývá navzdory zažité představě tím, co pacienti prožívají nejhůře.

„Ztratila jsem chuť na věci, které jsem milovala. Musela jsem vyhodit krémy, které jsem měla ráda. Nemám chuť na obyčejnou vodu, jen na sladké vody, které jsem v životě nepila...toho jediného jsem se bála, zda se mi vrátí chuť na obyčejnou vodu“ (P4)

V některých případech byly pro participantky fyzické ztráty těmi nejhoršími, případně moment týkající se fyzické ztráty tím nejbolestnějším z celé trajektorie onemocnění. Zvláště **intenzivní prožívání se pojilo s fyzickými ztrátami, které narušily pocit důstojnosti** (participantky je popisovaly nejčastěji ve spojitosti se závislostí na péči druhého) a **kontroly nad svým životem**.

„Bylo to něco hrozného, plakala jsem – na jedné straně jsem se bála jít domů, jak tam budu fungovat, ale na druhé straně už jsem chtěla domů, protože v té nemocnici to bylo něco strašného. Sama jsem se musela přebalovat, protože sestra nebo sanitář nemá čas, ve 40stupňových vedrech a s hroznými bolestmi na opiátech. Nemohla jsem se ani doplazít na lehátko se záchranáři, to byla taková strašná bolest. A tehdy jsem držela syna poprvé v životě za ruku a říkala, že se mi zdá eutanazie jako řešení, protože už to nezvládám, nezvládám takový život. Syn si to potom nastudoval na internetu a našel odborníka v Brně, který se zaměřuje na tuto diagnózu, i výzkum. A potom jsme začali všechno zařizovat. V nemocnici na Slovensku už mě ani nemohli víc držet a vyhodili mě. A to nastal první velký zlom“ (P4)

Některé participantky popisovaly, že **psychické dopady** ztráty zdraví pro ně představovaly ještě tíživější ztrátu než samotné fyzické změny. Intenzivní úzkost, propady nálady či rozvoj depresivních symptomů zásadně narušily jejich vnímání sebe sama i každodenní fungování a často se staly dominantním zdrojem utrpení. Jak vyjádřila jedna z nich: *„Nejtěžší bylo zhoršení duševního zdraví – deprese“ (P9).*

Všechny participantky popisovaly, jak velmi jejich prožívání ztráty zdraví ovlivnily **vedlejší účinky** léčby, mezi nimiž u mnohých dominovaly účinky hormonální léčby. Některé ženy popisovaly vedlejší účinky jako horší než samotnou léčbu a větší zátěž než operace nebo radioterapie a zejména při dlouhodobém užívání měly výrazný dopad na psychický stav dané ženy.

„Vedlejší účinky byly horší než samotná léčba, hlavně zácpa a rozbouřené astma“ (P5)

„Se ztrátou zdraví se potýkám denně s různými překážkami. Mnohé potíže souvisí s probíhající hormonální léčbou. Omezuje mě to nejen v nynějším zaměstnání, ale také v osobním životě (kdy uměle vyvolaný přechod souvisí se ztrátou chuti na intimnost, což partner příliš nechápe) ... Někdy je to stresující, že už v hodně věcech jsem omezena...“ (P6)

„Určitě je to hodně omezující. Ze začátku to ještě pořád nějak šlo, ale čím déle to užíváš, tím víc vedlejších účinků té hormonální léčby se projevuje. Už jsem nebyla zdravý člověk“ (P8)

„Při podávání imunoterapie se mi spustil zánět štítné žlázy, zánět střev, 2 roky od ukončení chemoterapie trpím závratěmi, mám problémy s dýcháním, gynekologické potíže“ (P9)

Pokles energie, funkční kapacity a výkonnosti participantky zmiňovaly v souvislosti s fyzickými ztrátami velmi často a také prožívaly nejintenzivněji, neboť zásadně ovlivňovaly jejich každodenní fungování a v důsledku i psychický stav. Náročné přijetí fyzických ztrát a omezení se manifestovalo zejména v souvislosti s plněním svých dosavadních rolí (matky, partnerky, zaměstnankyně aj.) a také možností dále se věnovat svým oblíbeným aktivitám. Z výpovědí bylo jasně patrné, že čím aktivnější způsob života participantky vedly před onemocněním, tím hůře tyto fyzické ztráty prožívaly, naopak se zpravidla velmi dobře a rychle adaptovaly na fyzické ztráty typu ztráty vlasů, které jejich funkční kapacitu a výkonnost neohrožovaly.

„Já jsem přišla do práce, zahodila jsem všechny bolesti, všechny starosti, ale po druhé hodině už jsem byla strašně unavená, takže jsem věděla, že nemám tu pozornost, jakou bych potřebovala. Přišla jsem domů a celý zbytek dne jsem spala, takže jsem s malým nešla na procházku. Nevládla jsem zajít nakoupit, nevládla jsem udělat mu svačiny“ (P1)

„Postupně fyzické síly, které z důvodu léčby začaly rychle ubývat. Byla jsem zvyklá pracovat, zvládat velké výzvy a nyní toto kleslo o 80 %“ (P7)

Ztráta zdraví často znamenala **nutnost vzdát se dosavadních oblíbených činností a koníčků**. Nejcitelněji tuto ztrátu prožívaly participantky, pro něž se stala dlouhodobou či trvalou skutečností. Ve výzkumném souboru šlo ve všech případech o ženy, které před onemocněním vedly velmi aktivní život, věnovaly se sportu, aktivnímu pobytu v přírodě atd.

„Ztráta zdraví pro mě znamenala rozloučení se s některými činnostmi či koníčky, které již nevládnou“ (P7)

„Vždycky jsem moc chtěla tančit. A tenkrát první, co mě napadlo, bylo, zrovna teď, když jsem konečně začala tančit, takže už nikdy nebudu“ (P8)

Z výpovědí bylo patrné, že čím aktivnější způsob života participantky vedly před onemocněním, tím hůře tyto fyzické ztráty prožívaly, naopak se zpravidla velmi dobře a rychle adaptovaly na fyzické ztráty typu ztráty vlasů, které jejich funkční kapacitu a výkonnost neohrožovaly.

„Postupně fyzické síly, které z důvodu léčby začaly rychle ubývat. Byla jsem zvyklá pracovat, zvládat velké výzvy a nyní toto kleslo o 80 %. I psychicky jsem se musela vyrovnat s tím, že už nejsem tak „dobrá“ a produktivní“ (P7)

„Řekli mi, že si musím na tu pravou ruku dávat pozor, nesmím zvedat nic těžkého. No a člověk prostě má zautomatizovaný některý věci a trvá, než mi dojde, že si to musím dát do levé“ (P8)

Proměny rolí a vztahových pozic: partnerství, rodičovství, práce a sociální prostředí

Změny způsobené onemocněním se významně promítaly do rodinných, partnerských, rodičovských a dalších sociálních rolí, které participantky zastávaly. Všechny popisovaly dopad onemocnění na vztahové fungování, komunikaci a dynamiku blízkosti a podpory (zvláště prožívanou ambivalenci mezi potřebou opory a ochranou druhých). **Přechod z role aktivně fungující osoby do role pacienta** byl mnohdy zatížen obavami z nedostatečnosti, ztráty užitečnosti nebo zátěže pro ostatní.

Vyjádření silné **potřeby cítit se potřebná a užitečná** představovalo jedno z ústředních témat, o kterém hovořily všechny participantky a v jejich výpovědích zaujímal dominantní postavení. **Ztráta pocitu užitečnosti** patřila mezi ztráty, které některé participantky vnímaly v souvislosti onemocněním jako nejvýraznější nebo nejbolestnější. Ztráta zdraví přinesla v tomto ohledu do jejich životů zpravidla nečekaný zlom a zásadní proměnu, s níž se vyrovnávaly velmi obtížně. Často se ocitly náhle v situaci, kdy již **nebyly schopny plnit své dosavadní role – v rodině, zaměstnání ani ve společnosti** – a potýkaly se s pocitem, že **pro své blízké, kolegy i širší okolí ztratily dřívější význam a hodnotu**. Omezení či úplná ztráta možnosti aktivně se zapojovat a být užitečné v nich vyvolávala nejčastěji **pocity bezmoci, méněcennosti a zbytečnosti**. V důsledku nemoci byla rovněž výrazně omezena, případně zcela znemožněna, jejich schopnost seberealizace, což mělo negativní dopad na jejich **vnímání vlastní identity, sebevědomí a sebehodnocení**. Toto prožívání ztráty možnosti dosavadní seberealizace bylo obzvláště patrné u participantek, pro něž péče o druhé (naplnění potřeby být pro druhé užitečná skrze péči o rodinu, děti, vnoučata) či pracovní uplatnění – zejména v pomáhajících profesích – představovaly hlavní zdroj smyslu života.

„Být potřebná, užitečná, ale nejenom pro toho malýho, ale i pro okolí, co mě potřebuje“ (P1)

„Nejhorší byla ztráta pocitu, že jsem užitečná, že někam patřím a že jsem v tom dobrá. Pocit neschopnosti pracovat, pocit neužitečnosti“ (P7)

Ztráta kontroly nad životní situací v důsledku onemocnění byla u participantek úzce spjata s intenzivními **pocity selhání**, jež se objevovaly zejména ve vztahu k dosavadním sociálním rolím, včetně rodičovské, a k nemožnosti pracovat či finančně zabezpečit rodinu jako dříve. Výčitky často mířily i na okolnosti mimo jejich kontrolu, případně na rozhodnutí druhých osob (např. rozpad rodiny po odchodu partnera). Zvláště u mladších žen byly pocity selhání výrazně svázány se změnami v oblasti rodičovství či plánovaného rodičovství, přičemž v případě rozpadu partnerského vztahu mohly eskalovat až k pochybnostem o vlastní hodnotě a smyslu života, někdy i k suicidálním myšlenkám.

„Brala jsem to jako svoje velké selhání, že jsem si nedokázala udržet ani manžela, ani zdraví a že vlastně toho kluka ještě připravím o mámu tím, že jsem nemocná...to jsem si dlouho vyčítala, že kvůli tomu nebude mít syn hezké dětství“ (P1)

„Ted' moji přátelé nebo vrstevníci se starají o rodiny a já tady mám jediné, co dělám, že mám problémy přežít. To jsem si říkala, to snad není možné...proč, proč jsem to zrovna já“ (P2)

Ve výpovědích všech participantek se objevila vícenásobná zkušenost, kdy nedostatečná možnost autonomie nebo kontroly nad svým životem i v základních činnostech a rozhodnutích přímo ovlivnila jejich **prožívání vlastní důstojnosti**, s podstatným až kritickým dopadem na celkovou kvalitu života. Toto prožívání mělo dopad nejen na psychický, ale také fyzický stav, kdy se nejčastěji objevovaly poruchy spánku, nechutenství a intenzivnější vnímání bolesti. Běžná zkušenost participantek, že **„nemají život ve svých rukou“**, jsou závislé na druhých nebo systému, kdy je jejich vlastní svoboda rozhodování a dosavadní nezávislost výrazně omezena, poměrně často vedla k **rozvoji existenciální tísně až krize**. Participantky popisovaly období, kdy intenzivně s úzkostí, smutkem, beznadějí prožívaly obavy ze ztráty identity. Polovina všech žen v souboru alespoň jednou zažila období, které samy popisovaly jako psychické zhroucení, kdy ztráta autonomie, kontroly a důstojnosti vyústila v intenzivní prožívání otázek spojených se smyslem života, s pochybnostmi, zda má takový život dále cenu.

Ztráta zdraví měla u všech participantek zásadní vliv na jejich vztahy, kontakt s druhými, prožívání blízkosti a sounáležitosti, vnímání podpory a nepochopení okolí. Výpovědi participantek vyjádřily, že **prožívání ztráty kontaktu s druhými, osamělost a sociální izolace** je u onkologických pacientů velmi intenzivní a složitý problém, se kterým měly v určité míře a intenzitě všechny zkušenost, naneštěstí se však mnohdy jednalo o neodhalený nebo podceňovaný aspekt ztráty zdraví. Důvody osamělosti a sociální izolace, dobrovolné nebo nedobrovolné, byly v rámci výzkumného souboru různé – od ztráty sociálních kontaktů kvůli dlouhodobé hospitalizaci, přes omezenou schopnost účastnit se společenských aktivit, až po stigmatizaci spojenou s onkologickým onemocněním. Zpravidla se jednalo o kratší období vázané na určitou událost (např. sebestigmatizace po operaci, která vedla k fyzickým ztrátám a změnám; adaptace na nové léky a jejich vedlejší účinky; vyhýbání se kontaktu při depresivních epizodách nebo při sníženém sebevědomí v důsledku změn souvisejících s nemocí a léčbou aj.).

Dominovala **nepřenositelnost prožívání** vedoucí k pocitům odcizení a nepochopení. Nebylo výjimkou, že participantka neměla nikoho, kdo by věděl o všem, co v souvislosti s onemocněním prožívá, co vše pro ni ztráta zdraví znamená, jakým dalším ztrátám a potížím v souvislosti se ztrátou zdraví čelila nebo jakou formu podpory a pomoci by potřebovala. Intenzita pocitu osamělosti v důsledku ztráty zdraví přitom nebyla vázána na kvalitu sociální opory. I participantky, které disponovaly výraznou podporou ze strany rodiny a přátel, uváděly zkušenost s osamělostí, jež pramenila z omezené schopnosti jejich blízkých plně porozumět jejich situaci.

K osamělosti a sociální izolaci často přispívaly **reakce a přístup okolí** – nepřiměřená, neupřímná lítost, nevyžádané rady, necitlivé, hodnotící, obtěžující nebo odsuzující poznámky, nerespektování rozhodnutí nebo přání participantky, srovnávání s jinými nemocnými. Vyhýbání se kontaktu s druhými nebo jejich společností bylo u některých participantek vedeno snahou vyhnout se nedůstojným situacím nebo stigmatizaci spojenou se statusem vážně nemocného/onkologického pacienta (a jednáním druhých na základě stereotypů spojených s onkologickým onemocněním) a chránit se před jejich negativním dopadem (zpravidla na základě předchozí zkušenosti). Část participantek neměla blízkou rodinu jako hlavní nebo

dostatečný zdroj podpory, což umocňovalo pocity osamělosti a izolace, resp. pro část participantek byly vztahy s nejbližšími naopak zdrojem další zátěže, někdy enormní.

„Můj manžel mě tehdy manžel odepsal, ten mi řekl, že 7 let maximálně... My jsme byli s malým půl roku prakticky sami“ (P1)

„Já jsem s tím zůstala doopravdy úplně sama“ (P8)

„Přímo osobu, která ví všechno, co prožívám nemám. Občas se někomu svěřím, poradím, povykládám. Jsem vděčná za vše, co mám a co zvládnou. Ale je pravda, že taková blízká, důvěrná osoba mi někdy chybí“ (P7)

Participantky popisovaly **zármutek nejen nad vlastními ztrátami, ale také nad ztrátami a utrpením svých blízkých**, které často vnímaly jako stejně nebo ještě bolestnější. Tento zármutek byl umocněn skutečností, že mnohé z těchto situací nebylo možné ovlivnit ani při maximálním využití dostupných strategií zvládání či podpůrných zdrojů, což posilovalo pocit bezmoci. Emoční prožívání mělo dynamický charakter a zahrnovalo široké spektrum emocí – od smutku, hněvu a frustrace až po pocity viny či krátkodobou úlevu. Tyto opakované nebo kumulované ztráty představovaly významnou psychickou zátěž, která zasahovala do celkového procesu adaptace.

Ztráta možnosti účasti na důležitých událostech blízkých představovala jeden z významných aspektů spojených se ztrátou zdraví a procesem léčby, nejčastěji v souvislosti s hospitalizací, nutností izolace či omezením možnosti cestovat na větší vzdálenosti v důsledku zdravotního stavu, byla podle výpovědí participantek výrazná **lítost nad nemožností účastnit se důležitých životních událostí svých blízkých, kdy je nemoc odděluje od společných zážitků, vzpomínek, a především blízkosti při náročných nebo krizových situacích**. Tyto události zahrnovaly radostné i smutné momenty. Obzvláště intenzivně ženy pociťovaly odloučení v případech, kdy vážně onemocněl někdo z jejich nejbližší rodiny (ve výzkumném souboru šlo nejčastěji o své stárnoucí rodiče) a prognóza byla nejistá nebo nepříznivá. Matky malých dětí či dětí školního věku navíc velmi těžce nesly nemožnost být se svými dětmi v situacích, kdy jejich přítomnost, blízkost a podpora pro ně byly obzvláště důležité. Z výpovědí bylo zřejmé, jak výrazně prožívání takové situace ovlivnilo psychický stav i celkový stav včetně zvládání léčby. Nejčastěji se projevovala zvýšená úzkostnost, plačtivost, pocity bezmoci, stažení do sebe, nezájem o jindy oblíbené aktivity, horší zvládání bolesti, ztráta chuti k jídlu a poruchy spánku. Z hlediska intenzity dopadu na psychiku se jednalo o jednu z nejsilněji působících zkušeností v souvislosti se ztrátou zdraví. Tento negativní dopad mnohdy posilovala skutečnost, že o této momentální situaci participantky nikdo nevěděl nebo nevěděl, jak těžce ji prožívá.

„Těžce jsem nesla, že v době nemoci a rekonvalescence jsem se díky oslabené imunitě a oslabení těla nemohla účastnit oslav narozenin a jiných společenských akcí“ (P6)

Odcizení a izolace byly někdy výsledkem nikoli fyzické překážky (např. vzdálenost nemocnice od domova při hospitalizaci, zákaz návštěv apod.), ale náročnosti léčby, kdy jedinci již **nezbývá energie na kontakt s druhými, byť blízkými**. V těchto situacích byla lítost prožívána spíše zpětně.

„Neměla jsem zájem ani při narození vnuka“ (P5)

Profesní a ekonomické dopady ztráty zdraví

V oblasti pracovního (profesního) uplatnění všechny participantky čelily zásadním změnám, které některé prožívaly jako vůbec nejvýraznější nebo nejbolestnější ztráty související se ztrátou zdraví. Všechny byly v období onemocnění aktivně zapojeny do pracovního procesu, některé na vrcholu profesního života nebo před kariérním postupem. Potvrzení diagnózy onkologického onemocnění pro ně znamenalo otřes, který zasáhl nejen jejich pracovní život a roli v systému, ale především potřebu užitečnosti a seberealizace. Snížené vědomí vlastní užitečnosti provázely pocity selhání, výčitky, obavy, že je někdo nahradí a již pro ně nebude místo nebo že si již nebudou mít možnost plnit si profesní cíle. Zvláště těžce prožívaly participantky situaci, kdy se velmi snažily pokračovat ve své práci, alespoň v malé míře, ale jejich zdravotní stav a celkové okolnosti jim to znemožnily.

„Finančně to je náročný čím dál tím víc, protože jsem bohužel musela přestat chodit do práce, protože už vůbec nezvládám pracovat. To je to pocit selhání“ (P1)

„Naráz jsem ztratila práci. Do nemocnice za mnou chodili notáři a právníci, protože jsem musela ve firmě někoho zplnomocnit. Když člověk udělá tu chybu, že myslí: „já to zvládnou lépe“, to je to nejhorší. Neměla jsem nástupce, jen ekonoma, na kterého jsem se mohla spolehnout, ale i tak to nešlo. Právník dal firmu do konkurzu“ (P4)

„Nejtěžší bylo přestat chodit do práce. Nikdy jsem nemarodila, nedokázala jsem si představit nechodit do práce“ (P5)

„Jako nejvýraznější nebo nejbolestnější ztrátu v souvislosti s onemocněním jsem vnímala ztrátu zaměstnání (pečovatelka), ztrátu dobrého kolektivu a vzájemné spolupráce v něm. Ztrátu pocitu, že jsem užitečná, že někam patřím a že jsem v tom dobrá. Prožívala jsem pocit neschopnosti pracovat, pocit neužitečnosti. Obavy, že nezvládnou platit půjčku, a že nebudu mít dostatek peněz“ (P7)

Často se ve výpovědích objevoval také **aspekt ztráty pracovního kolektivu a vyčlenění z dosavadních každodenních vazeb**, který pocity osamělosti a izolace značně posiloval (patrnější toto bylo u žen v pomáhajících profesích a těch, u kterých okruh přátel tvořili převážně kolegové z práce). Nejzranitelnější byly v tomto ohledu a z hlediska míry negativního dopadu na prožívání participantky, které se již do kolektivu vrátit nemohly nebo nemají takovou naději.

Prožívání nejistoty a obav v oblasti finančního a sociálního zabezpečení v důsledku ztráty zdraví bylo jedním z dominantních témat společných až na výjimky všem participantkám ve výzkumném souboru. Pro některé byly ztráty v této oblasti prožívané jako nejvýraznější nebo nejbolestnější v souvislosti se ztrátou zdraví, protože zásadně ovlivnily jejich autonomii a možnost kontroly nad svým životem. Popisovaly **zhoršení finanční situace, dopad ztráty nebo nucené změny zaměstnání i ohrožení běžného každodenního fungování** v důsledku finančních ztrát (riziko zadlužení). V této oblasti popisovaly v důsledku ztráty zdraví nejčastěji prožívání dlouhodobé nejistoty, obav a pocitu ohrožení základních potřeb a jistot, které by již nedokázaly v přiměřené míře zajistit. Pro všechny ženy se toto bezprostředně či velmi krátce po zjištění onemocnění a zahájení léčby stalo významným zdrojem zátěže, pro některé zcela dominujícím se značným dopadem na psychický stav a prožívání. Častou zkušeností bylo prožívání strachu, v některých případech (či obdobích) až ochromujícího. Nejintenzivněji prožívaly strach matky

nezaopatřených dětí s rodinným zázemím, které by jim v případě nouze nemohlo či nebylo schopno zajistit potřebnou podporu a náhradní zdroje.

Problémy umocňoval nedostatek volných pracovních míst na částečný úvazek (vhodných pro osoby se změněnou pracovní schopností) a **problémy v oblasti přiznání invalidních důchodů** a dalších dávek pro onkologické pacienty. V této kategorii byly zřetelně patrné rozdíly mezi věkovými kategoriemi, resp. mezi staršími ženami (v důchodu) a těmi v produktivním věku s nezaopatřenými dětmi – ztráta zaměstnání v důsledku onemocnění pro ně často znamená **existenční ohrožení** a může mít podstatný vliv i na průběh léčby a rekonvalescence, zvláště v případech nedostatečného rodinného zázemí a zdrojů podpory (některé ženy jsou nuceny i v průběhu aktivní léčby nadále plně pečovat o děti, domácnost, někdy i další rodinné příslušníky, např. stárnoucí rodiče, na úkor odpočinku, sebezpečí a soustředění se na svoje potřeby; v případě finanční nejistoty a potíží toto ještě graduje).

„S vyčtením diagnózy se na to nabalují obtíže, které by člověk za normálních okolností vůbec neřešil, kdyby byl zdravý. Je to komplexní a není to jenom ta samotná diagnóza: vztahy nejen rodina, ale partnerské, potom nějaká intimita, sexualita, i finanční stránka, protože člověk si uvědomí a teď budu na nemocenské a jak to budu zvládat finančně, nebo kolik vlastně dostanu, protože nikdo z nás úplně předtím nevím, jestli nebo jaký bude mít třeba invalidní důchod. Já jsem neměla vůbec ponětí, nejen s invalidním důchodem, ale vůbec nemocenskou, kolik mi přistane peněz... A když vám řeknou, jděte na nemocenskou...někdo si může dovolit pracovat u toho, nebo má tu možnost nějak pracovat a někdo je odkázaný na nemocenskou. Někdo naopak nemá nemocenskou, protože podniká. Tak to jsou takové konsekvence, co si lidi vůbec neuvědomí, dokud tady ta situace nenastane“ (P2)

„Bojím se, abychom nepřišli o barák“ (P3)

„Mám obavy, že nezvládnu platit půjčku, a že nebudu mít dostatek peněz“ (P7)

„Finančně to bylo horší – za doplňky celá moje nemocenská“ (P10)

Prožívání v souvislosti s otázkou přiznání, resp. přezkumu invalidního důchodu popisovala většina žen. Pro všechny se jednalo o zásadní téma spojené s obavami, nejistotou, úzkostí, opatrným doufáním i pocity nespravedlnosti, křivdy a beznaděje v případech zamítavého nebo nepříznivého stanoviska (nepřiznání ID ani na odvolání, snížení stupně). Naopak přiznání invalidního důchodu prožívaly se značnou úlevou. Toto téma představovalo často i časově náročnou záležitost, o kterou se participantky musely postarat, zpravidla však na úkor jiné, pro ně v tu dobu potřebnější náplně času (např. odpočinek) nebo zatěžující jejich psychické prožívání (stres, emoční zátěž).

„Tíha ze mě spadla přiznáním důchodu (ID 3. stupeň)“ (P5)

Více participantek popisovalo zkušenost, kdy je onkologickým pacientům přiznán invalidní důchod na určitou dobu (zpravidla po dobu akutní léčby), po které následuje přezkum. Nárok na důchod poté již nevznikne bez ohledu na skutečný zdravotní stav a dlouhodobé nebo trvalé následky omezující či znemožňující výkon práce. Prožívání přezkumu nároku na invalidní důchod se u participantek pojilo zejména se stupňující se úzkostí a obavami, jak by se jejich celková situace změnila v případě nepřiznání dalšího nároku.

„Ztráta dosavadního zdraví pro mě znamená hlavně omezené pracovní možnosti. O práci, kde jsem byla před nemocí, jsem přišla. Respektive odešla jsem ze zdravotních důvodů, protože bych už nezvládala 12hodinové směny...Po výpovědi v minulém zaměstnání jsem si našla práci na zkrácený úvazek v chráněné dílně jako prodavačka /sekáč/. Ale i zde jsou dny, které jsou psychicky a fyzicky náročné, ale jsem za ni vděčná. Ale obávám se, že po blížícím se přezkumu invalidního důchodu, kdy nemám jistotu, že mi zůstane, tak i o toto zaměstnání přijdu...“ (P6)

„Šla jsem na šest hodin [pozn. brigáda] a to mě zachránilo, že když jsem pak byla rok na té neschopence, tak jsem měla docela pěkně peníze. Ten invalidní důchod, myslím, že není na uživení“ (P8)

Specifickým tématem bylo **přiznání (resp. zamítnutí) nároku na invalidní důchod u dlouhodobě léčených patientek s metastatickým onemocněním** (nebo v zobrazovací remisi). Participantky, které žijí v této fázi onemocnění, měly z praxe zkušenost, že jsou již posuzovány jako vyléčené (zdravé) a u přezkumu jim nárok na invalidní důchod nevzniká. Participantky spontánně ve vztahu k tomuto tématu popisovaly nejen svoji vlastní zkušenost, ale také obdobné zkušenosti jiných patientek, které osobně poznaly a které čelí stejným obavám, nejistotě a potížím. Tato specifická skupina patientek má mnohdy velmi vážné, dlouhodobé nebo trvalé zdravotní potíže, každodenně se také potýkají s vedlejšími účinky proběhlé i aktuální léčby, což zcela zásadně ovlivňuje jejich schopnosti každodenního fungování i v nenáročných činnostech nebo zvládání např. sebeobsluhy, péče o děti a domácnost apod. Často dochází k situaci, kdy pro ně není návrat do zaměstnání možný, byť by například změnily obor nebo typ úvazku.

Nepřiznání invalidního důchodu znamenalo pro participantky významný zdroj zátěže a stresu, nejen ve vztahu k finanční situaci, ale také zařazení v systému sociálního zabezpečení a podpory nebo nároku na různé typy pomoci určené osobám se zdravotním postižením nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Participantky popisovaly pocity frustrace, zklamání, křivdy a nespravedlnosti, hněvu, zoufalství a bezmoci. Některé prožívaly i pocity ponížení nebo přístupu, který bagatelizoval jejich skutečné potíže a zdravotní stav. Obvyklá byla i **zkušenost, že nechtějí se systémem bojovat, bránit se nebo podávat odvolání**, neboť na tyto kroky jim nezbývá při svém stavu síla, energie a pochybují i o naději na úspěch nebo se chtějí vyvarovat další nedůstojné situaci.

„Teď jsem skončila v práci, dělali mi přezkum invalidního důchodu a řekli mi, že mi ho možná vezmou, protože jsem v zobrazovací remisi, vypadám prý fakt dobře a že bych vlastně mohla do práce...přitom mám problémy, abych vůbec třeba ráno vstala k malému, došla k němu do pokoje a vykopala ho z postele. Takže ale nakonec paní profesorka to napsala a vysvětlila v té zprávě, že jsem v zobrazovací remisi a sice nemám nic zlomený, ale že tohle mám celý spálený od ozařování a mám neuropatii, že v rukách pomalu nic neudržím. Ten přístup, no tak máte jenom rakovinu, to toho moc nepotřebujete, a když vypadáte dobře, už jste zdravá. No ale já mám takovou rakovinu, kdy zdravá nikdy nebudu“ (P1)

Existenciální otázky

První konfrontace s existenciálními otázkami se objevovala bezprostředně po sdělení diagnózy. Nejistota ohledně dalšího vývoje onemocnění vyvolávala intenzivní úvahy o vlastní konečnosti a **ztrátu dosavadního pocitu samozřejmé budoucnosti** nebo smysluplnosti dalšího života. Tyto

obavy se soustředily zejména na otázky přežití a na představy o možném zkrácení času pro naplňování životních rolí, zejména role rodiče. Myšlenky na smrt, dříve vzdálené či abstraktní, se staly konkrétní součástí jejich každodenního prožívání. Existenciální úzkost byla často doprovázena tělesnými projevy, jako poruchy spánku a nechutenství, což dále prohlubovalo pocit ohrožení. U některých žen se tyto myšlenky staly prvním momentem hlubší reflexe vlastní zranitelnosti a změny životní perspektivy.

„Já jsem z toho úplně zhroutila. Syn byl v první třídě, takže jsem přemýšlela, jestli ho uvidím jít na druhý stupeň, uvidím ho končit základku, budu s ním vybírat střední školu, bylo to strašný, takže jsem několik dní nejedla nespala. A on se mě ptal, jestli můžu umřít. Říkala jsem mu, že můžu, ale že vlastně každý může umřít, nejenom na tu nemoc, ale i na to, že se špatně rozhlédnou na přechodu“ (P1)

„A začaly otázky: Jak co bude, co se mnou bude, teď milion vyšetření... představovala jsem si, že vlastně můžu zemřít a nevěděla jsem, jak dlouho tady ještě můžu být a jestli to je i někde jinde v těle. A jestli se mi ještě dá pomoci“ (P2)

„Uvědomění smrtelnosti, to jsem předtím nikdy neměla“ (P3)

„Ze začátku beznaděj, proč zrovna já, člověk už se pomalu loučí se životem“ (P10)

Existenciální úzkost dále zesilovalo setkávání s úmrtím spolupacientů. Tento **specifický druh ztráty – úmrtí spolupacientů** participantky označovaly za jednu z nejtěžších zkušeností spojených s nemocí. Úmrtí lidí, se kterými sdílely léčbu, strachy i naděje, přinášel nejen hluboký zármutek, ale také intenzivní uvědomění vlastní zranitelnosti a nové obavy o vlastní budoucnost. Tyto situace popisovaly jako mimořádně bolestné, často dlouhodobě doznívající a nejtěžší byly zejména tehdy, když šlo o blízké kamarádky nebo ženy v podobné životní situaci, například matky malých dětí. Jejich odchod v nich nevyvolával jen smutek, ale také silné existenciální otřesy spojené s uvědoměním vlastní zranitelnosti, křehkosti života a rizika podobného osudu — obzvlášť u žen se stejným typem diagnózy. Participantky mluvily i o žalu nad nenaplněnými sny nebo posledními přáními zemřelých, ale současně popisovaly i úlevu, pokud odchod jejich spolupacientky byl rychlý a klidný, nebo pokud smrt ukončila dlouhotrvající utrpení. Tyto emoce se tak přirozeně prolínaly s jejich vlastním prožíváním nemoci, představami o budoucnosti a obavami, co může přijít.

„Některé ztráty jsem nesla opravdu těžce a uvědomila jsem si, jak je život křehký a úmrtí překvapivě rychlé“ (P7)

„Každou ztrátu spolupacientů jsem nesla a nesu dodnes velmi těžce. Vždy si uvědomím, jak tenký je led, na kterém bruslím. Ale řeknu si, že se strachem nesmím nechat zlomit. Strach z další ztráty spolubojovnic (kamarádek) je velký“ (P9)

II. Strategie zvládání ztráty zdraví

Strategie zvládání ztráty zdraví představovaly v životě participantek komplexní, dynamický proces, v němž se prolínaly snahy o udržení autonomie a kontroly nad vlastním životem, nastavování hranic a ochrana vlastních potřeb, využívání sociální opory a odborné pomoci v oblasti duševního zdraví i rozvoj emočních, behaviorálních a praktických adaptačních mechanismů. Výpovědi žen ukazují, že zvládání nemoci neprobíhalo lineárně, ale v podobě střídání období naděje a bezmoci, aktivního boje a únavy, hledání zdrojů opory i prohlubování pocitů osamělosti. Díky postupnému rozvíjení různých strategií však participantky nacházely způsoby, jak si uchovat pocit důstojnosti, smysluplnosti a vlivu na vlastní život, jak chránit své psychické zdroje a jak integrovat opakované ztráty do širšího rámce svého životního příběhu a nových forem seberealizace.

Udržování autonomie a kontroly

Prožívání ztráty zdraví bylo u všech participantek úzce propojeno s otázkami autonomie a pocitu kontroly nad vlastním životem, které shodně vnímaly jako zásadní aspekty své psychické pohody a celkové kvality života. Ve vztahu k onemocnění pro ně bylo velmi důležité být ze strany odborníků, blízkých i širšího okolí **přijímán a informován s respektem k právu na důstojnost, soukromí a sebeurčení a mít možnost samostatně, aktivně rozhodovat o svém zdravotním stavu, léčbě a péči s respektem ke své volbě, bez odsuzování či stigmatizace**. Tato potřeba aktivního rozhodování o léčbě a péči, možnost přístupu k informacím a jejich aktivní vyhledávání, prostor se ptát, partnerský přístup ze strany odborníků patřily ve výzkumném souboru k nejvíce uplatňovaným strategiím zvládání nemoci.

„Já jsem se ze začátku všechno psala. Chodila jsem s A4 papírem a ptala se. Naučila jsem se ty věci hledat, ale ne na Googlu. Hledám si studie, hledám si, jak jsou účinné léky, jaké jsou nové léky“ (P1)

Součástí udržování kontroly byla i **snaha ovlivnit léčbu podpůrnými prostředky** nebo doplňkovými formami péče (např. přírodní podpůrná léčba), pokud je participantky vnímaly jako přínosné a bezpečné.

„Měla jsem úžasnou podpůrnou léčbu, čistě přírodní, ty mě strašně pomohly, když jsem to porovnávala s jinýma, vyšla jsem z toho vždycky líp – to byla akce mého manžela, on mi to tenkrát přinesl rozepsaný, co bych měla využívat...nechtěla jsem být troska dřív, než to bude nezbytně nutný“ (P10)

Sebepéče zahrnovala také **„bojovnost“ a aktivní přijetí všech doporučených léčebných postupů jako vlastní strategie, jak „pro sebe udělat maximum“**.

„Tím, že jsem měla typ nádoru, jaký jsem měla, tak jsem měla všechno, co se dalo. Já jsem říkala, že jsem použila všechny zbraně ničení, které se daly. Měla jsem operaci, tou to začalo, pak chemoterapie, biologickou léčbu, hormonální léčbu, další biologickou léčbu, ozařování. Takže všechno, co se dalo, tak mi dali, což já jsem to tak jako brala, že to je supr, sice tělo dostalo fakt záhul a samozřejmě všechno nebylo v jeden okamžik, protože to bych nezvládla, ale táhlo se to několik let“ (P2)

Neméně důležitá byla pro participantky **možnost rozhodovat o sobě v každodenních aktivitách a mít kontrolu** nad procesy nebo situacemi, které se jich týkaly, aniž by se stávaly v roli nemocných nebo pacientů v tomto ohledu „neviditelnými“. Udržení autonomie a pocitu kontroly nad svým životem se přímo vztahovalo k tomu, jakým způsobem vnímaly a prožívaly svoji sebehodnotu a důstojnost.

Extrémní případ ilustruje prožívání participantky, která měla zkušenost s pro ni velmi **traumatickými situacemi během** hospitalizací, převozů sanitkou nebo ze zdravotnického personálu. Prožívání ztráty zdraví, kdy během krátké doby ztratila mnoho z toho, co v životě milovala a naplňovalo ji, a naopak čelila v každodenním životě situacím, které ji zcela připravovaly o pocit důstojnosti (např. raději se naučila sama přebalovat, aby úplně neztratila pocit autonomie a kontroly), vedlo až k **přání zemřít**.

„Ta bezmocnost v tom byla strašná. To bylo to jediné, co mě zabíjelo – bezmocnost. Držela jsem kamarádku za ruku a prosila ji „běž, kup mi nějaké léky“ a zjistíme, které zaberou, abych se dlouho netrápila. Dva lidi jsem prosila, abych ten život ukončila. Pak ale přišel syn se zprávami, že mi to v Brně zařídí, že je tam výzkum, a dal mi tak naději. Ale trvalo to dva měsíce“ (P4)

Praktickou dimenzi udržování kontroly představovalo i **zajištění finanční stability** (často nutnost zabezpečení náhradních zdrojů finančních, zajištění péče o děti aj.) a **orientace v systému sociálního zabezpečení**. Specifickým subtématem této oblasti byla pozice, kterou mají v systému ženy dlouhodobě přežívající s metastatickým onemocněním či s dosaženou zobrazovací remisí (zvláště ve vztahu k invalidnímu důchodu) a systémovým mezerám či nedostatkům, které prožívají v každodenním fungování. Mezi participantkami byly i takové, které se pro případ vážného onemocnění s předstihem zajistily a **proaktivně myslely na možné problémy**, kterou by jim tato životní situace přinesla. Toto zajištění vnímaly jako významný ochranný faktor snižující úzkost a existenční nejistotu. V jejich prožívání byly zřejmé rozdíly v porovnání s těmi, pro které například nemožnost dále pracovat znamenala možné ohrožení i základních životních potřeb, především v míře úzkosti, nejistoty a strachu.

„S financemi jsem byla připravená, protože můj názor je, že každý člověk by měl mít zajištěné finance na rok života, protože celá byrokracie třeba při vyřizování invalidního důchodu je všude složitá a zdoluhavá“ (P4)

„Pracovala jsem jako asistentka na základní škole, u třetí třídy. Když jsem onemocněla, půlrok jsem dochodila bez jediného dne nemocenské, přestože to bylo náročné. Ty děti jsou taková čistá radost a láska, oni jsou upřímný a víte, že když vás mají rádi, tak vás mají rádi. To mi hodně pomáhalo a psychika byla skvělá. Přišla jsem do práce a zahodila všechny bolesti, všechny starosti“ (P1)

Nastavování hranic a ochrana vlastních potřeb

Jedním z hlavních témat, které v různé podobě popisovaly všechny participantky bylo **nastavení hranic ve vztazích s druhými** a potřeba si svoje hranice dokázat vymezit a chránit. Participantky zdůrazňovaly důležitost těchto hranic – které si před onemocněním velmi často vůbec neuvědomovaly – a popisovaly konkrétní způsoby, jak se zvládaly v tomto kontextu chránit. V některých případech toto vedlo k **ukončení vazeb nebo přerušení kontaktů, které byly**

škodlivé, zraňující, vysilující nebo zvyšovaly míru stresu. Participantky popisovaly praktické, vědomé kroky – asertivní vymezování hranic, jak chránit sebe, energii a psychické zdroje během léčby a po ní. Tento proces definování hranic pro ně znamenal nejen regulaci zátěže, ale také aktivní podporu sebeúcty a autonomie.

„Ti lidé do toho moc neviděli a strašně často mi říkali, co mám dělat, takže jsem se od nich odpoutala a přišli mi do života noví lidé“ (P1)

„Vyhýbám se lidem stále si stěžujícím, nevděčným, lenošným a sobeckým. Oprostit se od negativismu a negativních lidí“ (P7)

„Hodně sil mi brala tchýně, která měla tendence moji nemoc zlehčovat a někdy měla zlé až jízlivé poznámky“ (P9)

U některých participantek vedlo nastavování hranic také k **vědomému omezení sdílení obtížných informací s blízkými. Mlčení vnímaly jako strategii, která je chrání před další emoční zátěží** — zejména před obavami z toho, jak by jejich blízcí trpěli nebo jak by nevládali přijmout závažné informace. Obávaly se i **sekundárního stresu**, pokud by se musely vyrovnávat s reakcemi druhých, což by jejich situaci dále komplikovalo. Tento přístup jim umožnil uchovat si určitou míru stability, zároveň však přispěl k pocitům osamělosti a k omezení otevřenosti, důvěry a sdílení, které by jinak mohly být zdrojem psychické podpory. Nebylo výjimkou, že participantky **nesly ztráty, náročné a bolestné emoce nebo obtížná rozhodování samy, aby druhé chránily nebo je nezatěžovaly, avšak za cenu jejich osamělosti.**

„Měla jsem přes ulici kamaráda s kamarádkou, ke kterým jsem chodila plakat, protože samozřejmě mámě to nechcete říkat. Chcete ji nějakým způsobem uchránit a zároveň víte, že ona to psychicky nevládne a bude to pro vás další zátěž, kterou si chcete ušetřit. Jsou věci, který neřeknete ani nejlepšímu příteli, protože víte, že z toho bude za vás zraněný. Strašně moc bolavý a že ho to bude trápit minimálně tak jako to trápí vás, možná ještě víc, protože to za vás nemůže vybojovat. Byly a jsou stále věci, který neříkám ani nejlepší kamarádkám, který si nechávám pro paní doktorky“ (P1)

„Mamince jsem to nechtěla říct, bylo mi jasné, že o tom bude chtít mluvit a já jsem na to v tu chvíli nechtěla mluvit“ (P10)

Nastavování hranic se týkalo také konkrétních situací, jako jsou návštěvy při hospitalizaci, které některé ženy omezovaly nebo nahrazovaly online kontaktem, aby si udržely více klidu a pocit bezpečného prostoru.

„Při hospitalizaci mám raději videohovory s blízkými než osobní návštěvy. Cítím se u toho, jak bych byla doma v obývacím pokoji. Všem jsem zakázala sem chodit...já tam mám svůj čas na svůj boj“ (P4).

Sociální opora a vztahové strategie zvládání

Sociální opora představovala pro participantky zásadní součást zvládání onkologického onemocnění. Ve výpovědích se ukazovala jako mnohvrstevnatá – zahrnovala emoční, praktickou i instrumentální pomoc ze strany rodiny, partnerů, přátel, kolegů či vrstevnických

komunit. Zároveň se však napříč celým souborem objevovaly výrazné rozdíly mezi podporující a zatěžující blízkostí, které významně ovlivňovaly psychickou adaptaci.

Rodina a blízcí jako primární zdroj opory – a riziko její absence

Téměř všechny participantky popisovaly **členy rodiny a své blízké jako svůj primární, nejdůležitější zdroj podpory** (emoční, praktické i symbolické jistoty, že na to nejsou samy).

„Manžel mi říkal, „zvládneme to, ale odžít si to musíš ty“. To mě posilovalo mít člověka vedle mě, který v tom byl se mnou“ (P5)

„Největším zdrojem podpory byla moje teta, která si stejným onemocněním prošla téměř ve stejném věku. Pomáhaly mi její zkušenosti, rady, a hlavně povzbudivá slova. Samozřejmě i moje rodina a přátelé mi pomáhali, ale vždy je lepší některé věci probírat s osobou, která má vlastní zkušenost. Kamarádky mě hlavně navštěvovaly a vytáhly mě na procházku. Rodina se starala o zajištění základních potřeb/úklid, nákup, vaření.../, když jsem ze začátku nevládala... Mamka mě doprovázela a stále doprovází na všechna vyšetření, kontroly“ (P6)

„Velkou oporou je mi manžel a moje děti“ (P7)

„Moje dcera 11 a můj syn 4 roky. To je celý můj vesmír. Celou dobu mě drželi nad vodou moje děti. I když jsem v době nemoci byla na mateřské, bylo to náročné, ale vlastně mě to drželo nad vodou. Neměla jsem vůbec čas myslet na špatné věci a katastrofické scénáře“ (P9)

Pro některé ženy však byla realita opačná. **Konfliktní nebo nefunkční rodinné vztahy** znamenaly absenci opory, zvýšené riziko izolace a větší zátěž ve zvládnání nemoci. V těchto případech se daleko častěji objevovaly depresi blízké prožitky, pocity vyčerpání a maladaptivní strategie zvládání.

„Můj manžel mě tehdy odepsal, ten mi řekl, že 7 let maximálně... My jsme byli s malým půl roku prakticky sami“ (P1)

Významná byla také **pomoc širší rodiny a přátel**, kteří přebírali část péče o děti či domácnost:

„Mám kolem sebe skvělé lidi, kteří přišli a řekli: Ty odpočívej a my si ho (syna) na čtyři dny bereme tam nebo ty teď máš týden volno, dělej si, co chceš, každý večer do baru nebo celý dny spi, udělej, co potřebuješ, aby ses cítila dobře a my ho k tomu moři bereme. V tomto mám kolem sebe skvělé lidi, kteří mu dali zážitky, které nemá se mnou“ (P1)

Ochrana druhých a selektivní sdílení diagnózy

Častým vzorcem zvládání byla **snaha chránit své blízké** před emoční zátěží. Tento mechanismus měl podobu selektivního sdílení, postupného dávkování informací nebo úplného zatajování diagnózy. První myšlenky a emoce poté, co se participantky samy dozvěděly o své závažné diagnóze, směřovaly k **rozhodování komu, kdy, co a jak říct svým blízkým**. Některé se rozhodly po určitou dobu svoji diagnózu tajit. Nejčastěji k tomu došlo v případě, že jejich vlastní rodič byl sám nemocný nebo celkově velmi zranitelný (typicky křehký, chronicky nemocný senior, kterému nechtěly svojí diagnózou přitížit a způsobit další stres a bolest).

„Mám jen maminku a tátu, těm jsem to říkat nechtěla, musela jsem být já ta silná. Maminka je taky nemocná“ (P3)

Pro některé participantky bylo **tajení diagnózy** psychicky velmi náročné, protože v sobě neslo **vnitřní konflikt: chránit druhé znamenalo zároveň se izolovat a přijít o potenciální podporu**.

„Měla jsem přes ulici kamaráda s kamarádkou, ke kterým jsem chodila plakat, protože samozřejmě mámě to nechcete říkat. Chcete ji nějakým způsobem uchránit a zároveň víte, že ona to psychicky nezvládne a bude to pro vás další zátěž, které se chcete ušetřit“ (P1)

„Bylo to těžké to vůbec rodičům říct, už jen to, že jdu jenom na biopsii. Měla jsem babičku, měla 84 roků, už taky zemřela. S mamkou i s tetou jsme se rozhodly, že jí to prostě neřekneme. Chodila jsem za babičkou do domova důchodců a celou dobu jsem jí to prostě zatajovala. Bylo by mi to blbé, že jsem jí nic neřekla a teď to vnímám jako misky vah ji ochránit před tím, co by vnímala, že mě poslala pod drn, nebo jí to naopak říct a svěřit se. To rozhodování pro mě bylo strašné“ (P2)

Snaha chránit druhé byla u některých žen vedena **současně snahou chránit sebe samu**. Sdělení diagnózy blízkým, kteří by se touto situací trápili, nemocnou přehnaně litovaly nebo hrozilo v důsledku stresu zhoršení jejich stavu, by představovalo pro nemocnou další zátěž, které se chtěla vyvarovat. Tato snaha druhé chránit nebo je nezatěžovat vedla často k osamělosti. Ženy **nesly ztráty, náročné a bolestné emoce, těžká rozhodování aj. samy, aby chránily druhé i sebe, avšak za cenu osamělosti a izolace**.

Pracovní prostředí jako zdroj podpory

Prožívání nemoci významně ovlivňovalo také to, jakou zkušenost participantky měly se svým zaměstnavatelem a kolegy. V případech, kdy se setkaly s pochopením a flexibilitou (např. možnost návratu na zkrácený úvazek, finanční pomoc), popisovaly výraznou úlevu a snížení existenčního stresu. Objevilo se i **pozitivní zkušenost s podporou ze strany zaměstnavatele**, která participantce výrazně ulevila v prožívání nejistoty a obav i prakticky velmi usnadnila složitou situaci.

„Měla jsem skvělého šéfa, který mi řekl: neboj, to zvládneš, tady máš dveře otevřené, kdykoliv přijď. Finančně mi pomohli jak zaměstnavatel, který má nějaké možnosti, že mi může dávat peníze, a to, že mi přispíval ještě šéf, tak to mě taky uklidnilo. Říkala jsem si, že asi vážně teď můžu být v klidu doma a nežiju z posledních zásob peněz nebo úspor. Bylo to celé snesitelnější díky mému zaměstnavateli“ (P2)

Možnost alespoň v minimální míře nadále vykonávat svoji práci, být součástí pracovního kolektivu měla prokazatelně významný vliv na psychický stav i celkové prožívání a fungování.

Peer podpora a patientské skupiny

Po určité době si participantky uvědomovaly, že ani nejbližší okolí nemůže plně porozumět jejich zkušenosti. Proto aktivně vyhledávaly nové vztahy, zejména v patientských komunitách. Kontakt s lidmi se stejnou diagnózou vnímaly jako **nejvýznamnější ochranu před osamělostí**.

Po přijetí skutečnosti, že nemoc opravdu do značné míry narušila možnost kontaktu – v rovině fyzické blízkosti nebo pochopení, přijetí a souznění – se participantky snažily najít a budovat nové vztahy, ve kterých by tyto překážky nefigurovaly. Nejčastěji se s pocity osamělosti a sociální izolací vyrovnávaly **hledáním podpory v patientské skupině nebo v kontaktu s dalšími pacienty**, kde se jim od ostatních s žitou zkušeností dostávalo plného pochopení a přijetí. Tato

strategie byla jednoznačně s nejpozitivnějším dopadem na psychický stav a minimalizaci pocitů osamělosti a izolace. Motivaci pro vyhledání patientské skupiny a zapojení do jejich aktivit popisovaly participantky velmi podobně, dominovalo přání být v kontaktu s lidmi se stejnou zkušeností, mít možnost sdílení v rámci komunity pacientů a vzájemné podpory. Participantky shodně popisovaly, že vztahy a aktivity v rámci patientské skupiny (několika různých) jim velmi pomáhaly při zmírnění obav, nejistoty a úzkosti spojené s léčbou, rekonvalescencí, relapsem i návratem do běžného života a života „po rakovině“.

„Je to prostředí, kde se cítím výborně a prostředí, které se snažím co nejvíc vyhledávat. Asi nikdy jsem neměla tolik opravdových a dobrých přátel jako potom, co jsem onemocněla. Ony jsou holky bezvadné, tam ať řeknete cokoli, tak vždycky pochopí. Nikdy vás nesoudí, ať uděláte cokoli. Jakkoli se rozhodnete pro jakoukoliv léčbu, nebo pro jakýkoliv podstoupení operace“ (P1)

„Hodně mi pomáhalo chodit na onko srazy, vše probrat s lidmi, kteří mě chápou“ (P9)

Pacientská skupina byla pro participantky také důležitým zdrojem informací a místem, kde bylo možné navázat nové vztahy, často velmi blízké a dlouhodobé, což se jeví významné v kontextu prevence sociální izolace. Několik participantek vnímalo patientskou skupinu jako svoji „druhou rodinu“. Jedna z participantek v této souvislosti například popisovala, jak ji komunita v rámci patientské skupiny dokáže nahradit to, co by svému dítěti chtěla dopřát, ale jako nemocná nemůže.

„Určitě nesmím zapomenout, že velkou pomocí a podporou od začátku byly a stále jsou knihy od Bellisek Nejsi na to sama... Využila jsem i sociální poradnu Amélie... A jsem součástí fb skupinky Malá nebo velká hlavně ať jsou zdravá, kde jsou holky se stejnou diagnózou a je zde neskutečná podpora“ (P6)

Některé využívaly podobné **nástroje v online prostředí**, například se zapojovaly do skupin matek s rakovinou na sociálních sítích nebo naplňovaly svoji potřebu kontaktu prostřednictvím **péče o domácího mazlíčka**.

Dynamika osamělosti a klesající pozornost okolí

Společnou zkušeností participantek byla **snaha postupně aktivně vyhledávat způsoby, jak se s pocity osamělosti a izolace vypořádat** a hledání těchto strategií se stalo důležitou součástí jejich procesu adaptace na život s onemocněním. Důležitým momentem bylo přijetí skutečnosti, že navzdory přítomnosti blízkých osob se mohou cítit osaměle, neboť jejich zkušenosti a emoce byly těžko sdělitelné nebo pochopené ostatními. Adaptovaly se také na objektivní překážky v důsledku onemocnění a léčby, které k sociální izolaci – často nedobrovolné – vedly a prožívaly **hlubší uvědomění, koho přítomnost a blízkost potřebují nebo postrádají**. Pro mnoho z nich to byla první taková zkušenost, kdy náhlou změnou dosavadního fungování s druhými poznávaly více samy sebe v kontextu vazeb s druhými a své potřebě a formě kontaktu.

„Neumím si představit, že bych úplně vypadla z nějakého kontaktu s lidmi nebo že bych opravdu zůstala jenom doma“ (P1)

Opakovanou zkušeností mezi participantkami bylo, že **zájem a podpora ze strany druhých postupně klesala**, zvláště při déletrvajícím onemocnění (i v případě pokročilého, progredujícího)

nebo opakovaných intervencích (např. cykly chemoterapie, stejný typ zákroku nebo vyšetření apod.), ač na tom daná žena nebyla lépe a podporu mnohdy potřebovala více než na začátku.

„Nevypadáš nemocně“ vs. „Pořád jsi pacient“

Velmi silným tématem byla **ambivalence v tom, jak participantky vnímalo a hodnotilo (resp. nálepkovalo) okolí**. Toto bylo zvláště patrné u participantek v remisi (zpravidla s dlouhodobou adjuvantní hormonální léčbou). Velmi často se setkávaly s tím, že je okolí považuje za vyléčené, kapitolu onemocnění za uzavřenou nebo pozitivně komentuje jejich vzhled (typicky „vypadáš dobře“). Poznámky okolí, že už jim vlastně nic není, často prožívaly participantky jako zraňující a posilující pocity odcizení. Na komentáře tohoto typu (např. o vyhrané bitvě) bylo mnoho z nich citlivých, protože je vnímaly jako neodpovídající realitě, někdy až zlehčující jejich stav, zatímco denně trpěly nejen bolestmi, fyzickými změnami, které jim onemocnění neustále připomínaly, nepříjemnými vedlejšími účinky léků, ale také permanentním strachem z recidivy. Výpovědi participantek potvrdily, že zvláště **opakovaná zkušenost** tohoto typu u nich posiluje **tendence se společností stranit a pečlivě si vybírat s kým být dále v kontaktu**.

Participantky v remisi nebo s dlouhodobou (hormonální, zajišťovací) léčbou, kdy nevypadají na první pohled nemocně, nebývají hospitalizované, netráví tolik času u lékařů a na vyšetřeních apod., se často setkávaly se zkušeností, kdy na ně **okolí pohlíží jako na zdravé a se stejnými nároky** (v oblasti práce, péče o děti a domácnost, účasti na společných aktivitách aj.), přestože se potýkají někdy s ještě většími problémy než během aktivní léčby. Toto nepochopení, nutnost vysvětlovat svůj stav, bránit se a obhajovat, bylo zvýšeno nejen s tendencí k sociální izolaci, ale také překračováním svých limitů a doporučení ohledně rekonvalescence (např. odpočinek). Některé participantky naopak popisovaly zkušenost, kdy na ně **okolí stále pohlíží jako na nemocné a vnímá je v roli pacienta i dlouho po ukončení léčby**, kdy se samy již tak necítí

„To se těžko někomu vysvětluje. Protože na mě, když se podíváš, tak si každý řekne, že vypadám dobře. Každý má pocit, že ti už nic není, vždyť chodíš tancovat. Je spousta věcí, co člověk nemůže dělat, ale okolí to bere, jako bych už byla zdravá“ (P8)

Odborná podpora v oblasti duševního zdraví

Odborná podpora v oblasti duševního zdraví – zejména pomoc psychologa, psychoonkologa či psychiatra – měla pro většinu participantek zásadní význam. Terapie pro ně představovala nejen prostor pro zvládání akutní emoční zátěže, ale také místo hlubší reflexe, kde mohly proměňovat prožitky ztráty zdraví v proces hledání nového smyslu, identity a životní perspektivy. Prožívání ztráty autonomie a kontroly nad svým životem bylo u většiny participantek hlavním či převažujícím impulsem k **vyhledání a přijetí odborné podpory v péči o duševní zdraví**. Tento krok pro ně zároveň představoval objevení nové účinné strategie zvládání nemoci. Zpětně hodnotily tuto formu pomoci ve vztahu ke svému prožívání autonomie a kontroly velmi pozitivně, neboť získaly větší životní jistotu a klid i novou perspektivu, jak svoji autonomii a pocit kontroly naplňovat navzdory limitům vyplývajícím z nemoci.

Terapeutický prostor jako místo bezpečí, autenticity a integrace nemoci

Ženy opakovaně popisovaly, že odborník byl často jedinou osobou, před níž mohly zcela otevřeně ventilovat své emoce, obavy a vnitřní konflikty. Terapie pro ně znamenala bezpečný

prostor, kde mohly sdílet i to, co před rodinou či přáteli skrývaly, aby je nezatěžovaly. Jak to vystihla jedna z participantek: „*Jsou věci, který neřeknete ani nejlepšímu příteli, protože víte, že z toho bude za vás zraněný. Strašně moc bolavý a že ho to bude trápit minimálně tak, jako to trápí vás, možná ještě víc, protože to za vás nemůže vybojovat. Byly a jsou stále věci, který neříkám ani nejlepší kamarádkám*“ (P1). Odborná podpora se pro ně stala bezpečným prostorem, kde mohly nést tíhu nemoci, aniž by zatěžovaly ty, které chtěly ochránit.

„Se ztrátou zdraví a co v souvislosti s ní prožívám jsem se svěřila vlastně jen psychologce, kterou jsem vyhledala“ (P6)

Pro některé participantky bylo klíčové, že terapie jim pomohla **integrovat nemoc do vlastního životního příběhu**, tedy přestat sebe sama vnímat pouze skrze diagnózu a znovu získat pocit osobní identity a vlastní hodnoty. Terapeutický proces často zahrnoval také práci s tématy smyslu, utrpení, naděje, smrti nebo viny – tématy, která byla obtížně sdílitelná v běžných vztazích, ale v odborném prostoru mohla být otevřena a zpracována.

Ztráta autonomie jako impuls k vyhledání odborné pomoci

Jedním z nejčastějších momentů, které ženy přivedly k vyhledání odborné pomoci, bylo prožívání **ztráty autonomie a kontroly**. Odborná podpora jim pomáhala nejen zvládat emoční zátěž, ale také hledat nové způsoby, jak si uchovat pocit vlivu na vlastní život, navzdory limitům vyplývajícím z léčby a onemocnění.

„Pořád jsem brečela, jestli bych někam neměla jít. V nemocnici poradili, ať to zkusím, ať se toho nebojím. Myslela jsem si, ne, já nepotřebuju psychologa, antidepressiva...pak jsem zjistila, že všechno potřebuju“ (P5)

Ženy popisovaly, že díky pravidelným sezením získaly větší klid, stabilitu a novou perspektivu – schopnost hledat sílu v přijetí vlastních limitů i možností.

„Ze začátku mi dělalo obrovský problém o tom mluvit. Pak jsem toho využila, zašla jsem tam. Stačila jedna drobnost a strašně mi to pomohlo. Ten hovor můžete řídit vy“ (P10)

Odborník jako vztahová kotva

Participantky popisovaly i význam samotného vztahu s odborníkem – jeho přijetí, porozumění a kompetentní vedení byly zdrojem podpory, který doplňoval, a někdy dokonce nahrazoval, oporu v běžném sociálním prostředí.

„Dále mi byla oporou moje psychologka, která mně postupně naučila se s tíživými situacemi a emocemi vypořádat“ (P7)

Pro některé ženy byly **odborné kontakty klíčové v akutních krizích** a pomohly jim předejít rozvoji závažnějších psychických potíží.

„Ta podpora a cokoliv vás bolí, trápí, když vidí, že už jsem na dně a nemůžu, tak vždycky něco vymyslí. Byla jsem u psychologky, a nakonec se dopracovala až na psychiatrii, protože to bylo těžké a některá období se těžko zvládala. Využívám jak psychiatrii, tak onkopsychologii, protože tam vypustím zbytek toho děsu, co mě děsí, a čím tady nechci nikoho trápit“ (P1)

Odborná podpora představovala pro většinu participantek zásadní opěrný bod při zvládání emoční i existenciální zátěže spojené s onkologickým onemocněním. Psychologové, psychoonkologové, psychiatři i další odborníci jim poskytovali **bezpečný prostor pro autentické sdílení obav, ventilaci náročných emocí i hledání nových rámců porozumění vlastní situaci**. Terapie jim pomohla posilovat pocit autonomie, integrovat nemoc do životního příběhu a postupně obnovovat vnitřní stabilitu navzdory nejistotě a limitům léčby. Pro mnohé ženy se tak odborná péče stala nejen krizovou intervencí, ale dlouhodobou součástí jejich cesty k vyrovnání – **místem, kde nemusely chránit druhé, kde byly slyšeny a kde mohly znovu nalézat pocit kontroly i smyslu**.

Emoční, behaviorální a praktické adaptační strategie

Prožívání onkologického onemocnění představovalo pro participantky dlouhodobou zátěž, která vyžadovala rozvoj široké škály emočních, behaviorálních i praktických strategií zvládání. Jejich výpovědi ukazují, že cesta k adaptaci nebyla lineární – zahrnovala období naděje i propadů, aktivního boje i únavy. Navzdory těmto výkyvům však postupně vytvářely způsoby, jak stabilizovat svůj každodenní život, regulovat zátěž a nalézat nové zdroje síly.

Obvyklou zkušeností bylo prvotní vnímání onemocnění jako časově ohraničené události, po které se zase vše vrátí do předchozího stavu. Po prvotním šoku, kdy jim byla sdělena onkologická diagnóza, se často ve vyprávění objevovalo upnutí k perspektivě návratu k normalitě, kdy po omezeném období nemoci a léčby bude vše jako dřív. V některých případech docházelo i k určité bagatelizaci, resp. vnitřnímu odmítání připuštění si závažnosti svého stavu a utěšování sebe sama. Nemoc byla někdy v prožívání ve vztahu k sobě samé vnímána a očekávána jako vymezený úkol, po jehož dokončení se život vrátí do starých kolejí.

„Byli přesvědčeni o tom, že to je rakovina. Ale pořád jsem si ještě ten den říkala. No tak je to rakovina. Dneska ji má každá druhá žena. To se zvládne, přijdu o vlasy, přijdu o prsa a do roka budu zdravá“ (P1)

„V dálce vidina, že se to spraví...musím to zvládnout, bude to jako dřív, představila jsem si, co mě čeká“ (P5)

Sebepečer a regulace zdrojů

Jedním z klíčových témat byla schopnost uvědomovat si své limity a zacházet s vlastní energií jako s omezeným zdrojem. Participantky popisovaly řadu konkrétních aktivních strategií, které jim pomáhaly zvládat fyzickou i psychickou zátěž a pomáhaly jim ke zmírňování zátěže a stabilizaci kontroly ve svém životě. Patřilo sem **uvědomování a respektování vlastních potřeb, důraz na pravidelný odpočinek, učení naslouchat svému tělu a vnímání jeho limitů**, přijetí, že péče o sebe musí mít v období nemoci prioritu (nevyčítat si odpočinek nebo zaměření na sebe). Významnou roli hrály **aktivity podporující regeneraci** – pobyt v přírodě, lázeňská rehabilitace, kreativní činnosti a další formy relaxační nebo tvůrčí činnosti. Součástí této oblasti byla i **bojovnost spojená s léčbou**, kdy ženy vnímaly aktivního využívání všech dostupných „zbraní“ léčby jako mocný nástroj ve svém aktivním úsilí o zlepšení zdravotního stavu. Důležité bylo také opuštění dřívějších nároků na výkon a „neustálou aktivitu“ bez pocitu viny, což byla zkušenost naprosté většiny participantek. Všechny se ve svých výpovědích opakovaně vracely k tématu sebepečer a schopnosti říct si o pomoc nebo nabízenou podporu přijmout.

„Časem jsem se naučila, že první musím být opravdu já, že musím být odpočatá, být najedená, musím být bez bolestí a musím se cítit fit i psychicky, abych mohla bojovat a mohla jsem tu pro toho kluka být. Docela brzo jsem začala ty hranice nastavovat a myslet na sebe a své potřeby“ (P1)

Projevovala se i postupná **adaptace na život podřízený harmonogramu léčby s nutnou úpravou denního režimu a aktivit podle aktuálního zdravotního stavu**. Z hlediska každodenního fungování participantky **rozvíjely schopnost předvídat, plánovat (zejména zvýšenou zátěž) a přizpůsobovat** své aktivity a povinnosti dle momentálního stavu a okolností. Patřily sem i kompenzační strategie při poklesu fyzické kapacity (rozložení aktivit během dne, pomoc druhých, delegování domácích povinností) a hledání alternativ dříve oblíbených činností, které již nebylo možné vykonávat v původní podobě. Možnost alespoň částečně pokračovat v práci či jiných smysluplných rolích měla pro participantky výrazný stabilizační efekt, přestože často znamenala nutnost volit, čemu věnovat omezenou energii a čas.

„Poslední rok se těším na druhý týden po chemu, kdy mi už není špatně a mohu se zapojit do normálního dění všedního dne“ (P7)

Významnou roli hrály **aktivity podporující fyzickou i psychickou regeneraci** – nejčastěji participantky uváděly pobyt v přírodě, procházky, lázeňskou péči a wellness pobyty, kreativní činnosti, poslech hudby nebo práce na zahradě. Tyto činnosti vnímaly jako zdroj zklidnění, radosti a „dobíjení sil“.

„Časem jsem se naučila, že první musím být opravdu já, že musím být odpočatá, být najedená, musím být bez bolestí a musím se cítit fit i psychicky, abych mohla bojovat a mohla jsem tu pro toho kluka být. Docela brzo jsem začala ty hranice nastavovat a myslet na sebe a své potřeby“ (P1)

„Určitě pomáhají procházky a pobyt v přírodě. Se ztrátou zdraví a celkovou situací se snažím vyrovnávat i díky aromaterapii. Díky nemoci a následné léčbě jsem se také dostala na pobyt do lázní Luhačovice, které mě naprosto uchvátily. Vracím se tam pravidelně aspoň na pár dní na wellness. Vždy si to moc užiji a načerpám sílu a klid“ (P6)

„Nemoc mi přinesla uvědomění si sama sebe, svých potřeb, potřeb svého těla, myslí, tužeb a přání. Největší a nejvíce nabíjející aktivitou pro mě jsou procházky přírodou s naší fenkou Roxi. Trošku jsem i díky nemoci vplula do tajemství abstraktní malby – litý akryl. Ráda pracuji na naší malé zahradce a kolem domečku, kde jsem maximálně spokojená“ (P7)

Emoční strategie zvládání

Součástí zvládání byla potřeba **otevřeně ventilovat emoce, zejména smutek, strach a vztek**. Najít bezpečné způsoby ventilace emocí bylo pro všechny participantky zásadní. Pláč, otevřené sdílení nebo rozhovor s odborníkem se staly úlevnými mechanismy, které však většina vnímala jako **užitečné pouze tehdy, pokud nevedly k dlouhodobé sebelítosti či rezignaci**.

„Já chci být zdravá, já v sobě nechci držet negativní emoce a zlobu nebo smutek, a to chci pustit ven, takže to říkám vždycky, holka, jestli se Ti chce brečet, tak breč“ (P1)

Kognitivní a behaviorální strategie

Participantky popisovaly různé kognitivní a behaviorální strategie, jak zmírňovat úzkost a nejistotu (např. přerámování situace, zaměření na krátkodobé cíle, humor, vědomé „nepředbírání“ v myšlenkách do budoucnosti). Zmínovaly také inspiraci od někoho vyléčeného jako strategii zvládnutí úzkosti a bezraděje.

„Vždycky, když jsem musela do nemocnice, bylo těžký opustit děti. Říkala jsem si, že jedu na wellness. Doma se celý den nezastavím, tak se těším se na operaci, že si trochu odpočinu“ (P3)

„Ze začátku to bylo hodně důležitý, najít naději, někoho, kdo se vyléčil“ (P3)

Součástí těchto strategií byla i práce s obavami z návratu do zaměstnání, z nezvládnutí pracovního kolektivu či z budoucích omezení v roli rodiče či partnera.

„Bojím se návratu do pracovního procesu. Bojím se, že se nedokážu začlenit do kolektivu“ (P9)

Maladaptivní strategie

V některých případech se objevovaly i **tendence k maladaptivním podobám sebepéče**. Tyto strategie přinášely krátkodobou úlevu, ale dlouhodobě úzkost a nejistotu ve vztahu k budoucnosti spíše prohlubovaly. Některé participantky po potvrzení diagnózy postupně omezovaly a odstraňovaly vše, co by mohlo průběh nemoci a prognózu zhoršit nebo přispět k relapsu (moře, sluníčko, alkohol aj.) a naopak se co nejvíce zaměřily na zdravou stravu, sportování aj., až se v některých případech staly až otrokem těchto někdy nepřiměřených, lékaři nedoporučených nároků. Objevovalo se také **vyhýbavé chování spojené s nespokojeností s vlastním vzhledem, vyhýbání se kontaktu kvůli tělesným změnám či sníženému sebevědomí, dobrovolná izolace při depresivních epizodách, sebestigmatizace po tělesných ztrátách**. Většina participantek však popisovala, že šlo o přechodná období, která postupně překonaly díky kombinaci podpory, zkušenosti a návratu k realističtějším nárokům na sebe.

Zpracování ztrát v rámci patientské komunity

Participantky, jež měly **zkušenost s úmrtím spolupacienta** a byly jejím emočně zasažené, popisovaly několik strategií, které uplatňovaly ve snaze se s touto ztrátou nějakým způsobem vyrovnat. Jejich výpovědi naznačují, že zejména u pacientek, kteří mají s tímto typem ztráty opakovanou zkušenost (v tomto souboru zvláště participantky s pokročilým / metastatickým onemocněním s dlouhodobou léčbou, které jsou také v bližším nebo častějším kontaktu s jinými pacienty s nepříznivou prognózou či již v paliativní péči), je naplnění potřeby tyto ztráty zpracovat velmi důležité pro jejich psychický stav a celkovou pohodu. Není výjimečné, že participantky čelily ztrátě spolupacienta, který jim byl někdy velmi blízký, několikrát za rok, zároveň ale tomuto typu ztráty a jeho dopadu není okolím zpravidla věnována dostatečná pozornost. Ve svých zkušenostech popisovaly, že bezprostředně po úmrtí pro ně byla důležitá ventilace emocí, sdílení a vzájemná podpora v rámci patientské skupiny (kde byla zemřelá obvykle také členem) a psychologická péče (tuto formu podpory využívaly participantky, které byly v péči (onko)psychologa již před úmrtím). Po tomto prvním období truchlení často následovalo hledání formy, jak si na zemřelého uchovat památku, uctít jeho život nebo si vytvořit na jeho počest nějaký rituál (resp. rituál rozloučení).

Více participantek sdílelo, jak je pro ně důležité a zároveň hojivé najít způsob, jak nezapomenout na často blízké kamarádky a vytvořit si s nimi pokračující pouto, někdy založené na doufání v opětovné setkání (v nebi, spojení energií), jindy žít dále inspirované jejich příkladem. Dokázaly si najít svůj jedinečný způsob, blízký svému způsobu truchlení a vzpomínání, jak nejen ve vzpomínkách, ale také hmatatelným způsobem uchovat tuto památku (podle povahy, oblíbených činností nebo přání zemřelého) a cítit se zemřelému nadále nablízku. Obecně bylo pro participantky velmi důležité a potřebné mít možnost o svém prožívání úmrtí spolupacienta mluvit, otevřeně ventilovat své emoce, úzkost i obavy o sebe. V mnoha případech však takový vztah nebo prostor postrádaly, nejčastěji ho zastoupily vztahy v rámci patientské skupiny.

„Během léčby jsem byla vystavena situacím, kdy zemřely mé spolupacientky, které byly i mé blízké kamarádky. Bylo velmi těžké se s tím vyrovnat. Ze začátku mi i v tomto pomáhala psycholožka, protože to nebyla jen ztráta blízkých lidí, ale také vždy velmi intenzivní strachu z vlastní smrti. Dnes se snažím poplákat si a žít dál s vědomím, že tak by to chtěly...“ (P6)

„Ať jsme řešily cokoli, byly jsme na to dvě. Byly jsme na všechno dvě, tři roky. Krásně kreslila, několik z ALENU od ní máme obrázek. Na tu se nezapomene“ (P2)

„S některými jsme si psaly 4 roky, byly jako sestry, taky máme malých dětí. Za každou kamarádku si zasazuju strom, povídám si s nimi, snažím se si udržovat myšlenku, že tady pořád jsou. Je to těžký přijít o kamarádku, už mám dost stromů, mám pojmenovaný stromy podle holek. Na žádnou nedokážu zapomenout, ani nechci, jak mi pomáhaly a vlastně pořád pomáhají. I když tu nejsou, tak tu jsou“ (P3)

III. Integrace a proměna

Třetí kapitola **završuje trajektorii a představuje přirozené „vyústění“**. Zachycuje, co se v životě participantek postupně měnilo ve smyslu dlouhodobější, hlubší proměny, když procházely zátěží i adaptací, a co si z této zkušenosti odnesly. Nová životní realita spojená s onkologickým onemocněním všem participantkám přinesla hlubší změny, uprostřed kterých se postupně svým individuálním tempem, v mezích nových hranic snažily znovuzískat pocit autonomie a kontroly nad svým životem.

Vážné narušení běžného životního rytmu, dosavadního způsobu fungování a nezávislosti, změna rolí (resp. jejich obsahu a způsobu plnění) v rodině a společnosti, ztráta kontroly nad svým tělem, možností sebeobsluhy a každodenními aktivitami, nemožnost se dále rozhodovat v plném souladu se svými přáními nebo hodnotami, to vše znamenalo posilovalo u participantek pocit ztráty autonomie a kontroly. Překvapivě se všechny v různé podobě a intenzitě potýkaly ve vztahu ke ztrátě kontroly nad svým životem s výčitkami a pocity selhání, a to v průběhu celé trajektorie onemocnění. Objektivně se přitom zpravidla jednalo o situace nebo okolnosti, které nemohly mít v danou chvíli více ovlivnit. **Proces integrace a proměny charakterizovala u všech participantek cesta od vnitřního zmatku nad tím, kým vlastně jsou, pro koho a proč a hluboké zamýšlení, jak pokračovat dále a znovu najít své místo i sebe sama.**

Přijetí tělesných změn a limitů, proměna vnímání identity a vztahu k tělu

Ztráty a fyzické změny spojené s nemocí zásadně zasahovaly do toho, jak ženy vnímaly sebe sama. **Proměny vzhledu, hmotnosti či funkční kapacity** byly vnímány jako ohrožení identity, ženskosti a dlouhodobě budovaného sebepojetí a u všech participantek bylo toto téma jedním z klíčových. Postupem času však převažovalo přehodnocování priorit a učení se tolerantnějšímu vztahu k vlastnímu tělu, často s důrazem na perspektivu zachování zdraví a života. Častým tématem byl vyšší přírůstek hmotnosti neovlivnitelný např. dietou, který byl obecně prožíván mezi tělesnými změnami hůře než např. ztráta vlasů nebo prsu a pro ženy bylo velmi těžké tuto změnu přijmout. Po obvyklém počátečním období sebelítosti, kterým si v různé intenzitě prošly všechny participantky, se nejčastěji vyrovnávaly s tímto typem ztráty přehodnocením priorit.

„Říkala jsem si, že bych mohla shodit nějakých kilo, ale to se mi asi nepovede, takže na to prdím, hlavně zůstat zdravá“ (P1)

„Přibírám, jsem hnusná, možná přijdu o prsa...tak to bylo velké období sebelitování na začátku nemoci. Pořád jsem to řešila, že přibírám a už nevím, co mám dělat...ale vždycky si dám na misku vah: buď budu tlustá nebo živá. Radši budu tlustá a živá než naopak. Někteří i pořád komentovali: Nechceš si nechat dorůst vlasy? Já jsem řešila, že jsem naživu, ne jaké mám vlasy. A po roce jsem se tak nějak hroutila. Nemám partnera a vlastně takové srážení sebevědomí z celé té léčby. To pro mě bylo těžké, protože jsem si říkala, že nechci zůstat sama a chci si někoho najít, ale prostě tady mám problém, tady mám problém, tady mám problém a udělat tohle tomu chlapovi...“ (P2)

Například jedna participantka popisovala, že při rozhodování, zda podstoupit parciální nebo úplnou mastektomii bylo přání nepřijít o prsa více spojeno právě s budoucím partnerským

vztahem nebo mateřstvím než strachem z vlastní ztráty. V této oblasti se také v rámci výzkumu nejčastěji projevovала tendence k maladaptivnímu zvládání (vyhýbavému chování).

„Říkala jsem si, je to součást mého života, kterou už neodepřu. A jestli mě ten chlap bude chtít, tak i s tímhle vědomím nebo skutečností. Neskrývám to, ale je fakt, že já jsem nikdy nebyla nějak extra sebevědomá a tohle mi sebevědomí podlomilo ještě víc“ (P2)

Ve výzkumném souboru bylo poměrně časté, že participantky zažily kvůli svému vzhledu **necitlivé, zraňující nebo bagatelizující poznámky okolí**. Pro ženy, které se necítily dobře ve svém těle a styděly se za svůj vzhled, byla taková reakce druhých velmi bolestnou zkušeností, která vedla ke zvýšené úzkosti, obavám z dalšího hodnocení ze strany okolí i tendenci se druhým vyhýbat. Přestože participantky postupně dokázaly přijímat takové pohledy a komentáře s určitým nadhledem a odstupem, toto téma se ukázalo jako zásadní ve vztahu k riziku sociální izolace. Pro mnohé byla tato zkušenost motivací o to více vyhledávat společnost dalších (stejně nemocných) pacientů. Mezi nimi se cítily přirozeně, přijímané a více samy sebou.

„Jak vypadám fyzicky, to je hrůza, když se vidím. Představovala jsem si, že budu vypadat jinak. Ted je to trochu šok, když se člověk vidí. Když se oblíkne, nějak se to schová. Lidi na mě koukaj, nemůžu do bazénu. Vypadám trochu jinak než ostatní mámy, ale snažím se, aby děti rozdílly poznaly co nejméně“ (P3)

„Říkali mi: Vždyť tys neměla ani chemo“ (P8)

„Největší ztráta v souvislosti s nemocí pro mě byla levostranná mastektomie. Skoro rok jsem nedokázala přijmout, že jsem přišla o prs. A spousta lidí mi řkala: Je to jen prso, buď ráda, že žiješ“ (P9)

Obvyklou zkušeností participantek bylo také **nepochopení okolí u „nevizuálních“ následků nemoci, resp. neviditelnost nemoci** a její léčby nebo dlouhodobých následků (a to i v případě dlouhodobé systematické léčby metastatického onemocnění).

„To se těžko někomu vysvětluje. Protože na mě, když se podíváš, tak si každý řekne, že vypadám dobře. Každý má pocit, že ti už nic není, vždyť chodíš tancovat“ (P8)

Přijetí tělesných změn a limitů úzce souvisel s prožíváním při **konfrontaci s dlouhodobými a trvalými následky**. Zvláště dříve aktivní participantky a ty, které vnímaly onkologické onemocnění jako časově omezenou životní událost, po které se vrátí ke svému dosavadnímu způsobu života, střet s dlouhodobými následky prožívaly s velkým zklamáním, smutkem, beznadějí, ztrátou motivace a depresivními symptomy.

„Paní, která byla vedoucí té organizace, mi řekla, ale vy jste vážně nemocná. Jak „vážně nemocná“? Ona o všech pacientkách docela často mluví, že jsou vážně nemocné a já o sobě dneska už říkám, že jsem zdravá. Že už nemocná nejsem, protože jsem v remisi. A já se opravdu cítím být zdravá. Jen říkám, že mám prostě následky léčby, které třeba budou dlouholeté. Ale nemám v tomto okamžiku ráda, když mi někdo řekne „jste vážně nemocná“. Já totiž nejsem, a hlavně si to ani nechci přivolávat“ (P2)

Přijetí funkčních limitů a trvalého snížení výkonnosti bylo participantkami popisována jako jedna z nejbolestnějších zkušeností. U některých šlo o nevratná omezení, u jiných o pozvolné uvědomování, že některé aktivity již nebudou vykonávat v dřívějším rozsahu nebo intenzitě

z důvodu trvalých limitů spojených s fyzickým vzhledem a kondicí. Bylo náročné se s nimi vyrovnat, protože pro participantky současně znamenalo přijmout omezenou možnost **plnit si své cíle, přání a sny nebo se věnovat dříve oblíbeným aktivitám**. Postupně se adaptovaly na skutečnost, že návrat do fungování před onemocněním v tomto ohledu není dosažitelný a zasahuje do oblastí, které tvořily základ jejich životních perspektiv a plánů do budoucnosti.

„Následky léčby jsou horší než léčba samotná. Předtím jsem měla jen rakovinu, dnes spousta vedlejších účinků“ (P3)

„Věřila jsem, že to bude jako dřív, ale není to jako dřív. Nemoc mi kousek po kousku pořád něco ubírá...běhat...už nemůžu skoro nic ze sportovních aktivit, to mě drásá“ (P5)

Klíčovým procesem, který se v této fázi naplno rozvinul, bylo **postupné přijetí nové životní reality spojené s trvalými změnami a limity a začleňování dlouhodobých a trvalých dopadů nemoci do jejich životního příběhu**. Tento proces nebyl lineární – vyznačoval se střídáním období smutku, rezignace, adaptace a nového hledání možností. Přijetí trvalých změn pro většinu participantek představovalo začátek hlubší transformace, v níž si vytvářely nové porozumění sobě, svým omezením i svým možnostem. Některé participantky začaly tento proces vnímat jako příležitost k redefinici priorit a budování nové, realističtější představy budoucnosti, která vychází z jejich aktuálních možností. Trvalé ztráty se již nejevily jen jako narušení, ale příležitost k objevení nových možností a růstu.

Sociálně-ekonomické dopady nemoci

Integrace onemocnění do života participantek se netýkala jen jejich těla a psychiky, ale výrazně také sociálně-ekonomické oblasti, zejména pracovní role. **Ztráta zaměstnání či nemožnost vrátit se k původní profesi** představovala zásah, který zasáhl jejich sebevnímání a narušil pocit sociální zakotvenosti. Sociálně-ekonomická rovina nemoci se v příbězích žen ukazovala jako významný zdroj dlouhodobé zátěže. Výrok *„Nikdy se nebudu moct vrátit do práce“ (P3)* vystihuje nejčastější obavu související se ztrátou pracovní role, omezenými možnostmi uplatnění a nedostatkem částečných úvazků vhodných pro osoby se sníženou pracovní schopností.

Související nejistota v systému sociálního zabezpečení a prožívání týkající se invalidního důchodu popisovala většina žen. Pro všechny se jednalo o zásadní téma spojené s obavami, nejistotou, úzkostí, opatrným doufáním i pocity nespravedlnosti, křivdy a beznaděje v případech zamítavého nebo nepříznivého stanoviska (nepřiznání ID ani na odvolání, snížení stupně). Naopak přiznání invalidního důchodu prožívaly se značnou úlevou. Toto téma představovalo často i časově náročnou záležitost, o kterou se participantky musely postarat, zpravidla však na úkor jiné, pro ně v tu dobu potřebnější náplně času (např. odpočinek) nebo zatěžující jejich psychické prožívání (stres, emoční zátěž).

„Tíha ze mě spadla přiznáním důchodu (ID 3. stupeň)“ (P5)

Více participantek popisovalo zkušenost, kdy je onkologickým pacientům přiznán invalidní důchod na určitou dobu (zpravidla po dobu akutní léčby), po které následuje přezkum a nárok na důchod již není nevznikne bez ohledu na skutečný zdravotní stav a dlouhodobé nebo trvalé následky omezující či znemožňující výkon práce. Prožívání přezkumu nároku na invalidní důchod

se u participantek pojilo zejména se stupňující se úzkostí a obavami, jak by se jejich celková situace změnila v případě nepřiznání dalšího nároku.

„Ztráta dosavadního zdraví pro mě znamená hlavně omezené pracovní možnosti. O práci, kde jsem byla před nemocí, jsem přišla. Respektive odešla jsem ze zdravotních důvodů, protože bych už nezvládala 12hodinové směny...Po výpovědi v minulém zaměstnání jsem si našla práci na zkrácený úvazek v chráněné dílně jako prodavačka /sekáč/. Ale i zde jsou dny, které jsou psychicky a fyzicky náročné, ale jsem za ni vděčná. Ale obávám se, že po blížícím se přezkumu invalidního důchodu, kdy nemám jistotu, že mi zůstane, tak i o toto zaměstnání přijdu...“ (P6)

„Šla jsem na šest hodin [pozn. brigáda] a to mě zachránilo, že když jsem pak byla rok na té neschopence, tak jsem měla docela pěkně peníze. Ten invalidní důchod, myslím, že není na uživení“ (P8)

Specifickým tématem bylo **přiznání (resp. zamítnutí) nároku na invalidní důchod u dlouhodobě léčených pacientek s metastatickým onemocněním** (nebo v zobrazovací remisi). Participantky, které žijí v této fázi onemocnění, měly z praxe zkušenost, že jsou již posuzovány jako vyléčené (zdravé) a u přezkumu jim nárok na invalidní důchod nevzniká. Participantky spontánně ve vztahu k tomuto tématu popisovaly nejen svoji vlastní zkušenost, ale také obdobné zkušenosti jiných pacientek, které osobně poznaly a které čelí stejným obavám, nejistotě a potížím. Tato specifická skupina pacientek má mnohdy velmi vážné, dlouhodobé nebo trvalé zdravotní potíže, každodenně se také potýkají s vedlejšími účinky proběhlé i aktuální léčby, což zcela zásadně ovlivňuje jejich schopnosti každodenního fungování i v nenáročných činnostech nebo zvládání např. sebeobsluhy, péče o děti a domácnost apod. Často dochází k situaci, kdy pro ně není návrat do zaměstnání možný, byť by například změnila obor nebo typ úvazku.

Nepřiznání invalidního důchodu znamenalo významný zdroj zátěže a stresu, nejen ve vztahu k finanční situaci, ale také zařazení v systému sociálního zabezpečení a podpory nebo nároku na různé typy pomoci určené osobám se zdravotním postižením nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Participantky popisovaly nejen pocity frustrace, zklamání, křivdy a nespravedlnosti, ale také hněvu, zoufalství a bezmoci. Některé prožívaly i pocity ponížení nebo přístupu, který bagatelizoval jejich skutečné potíže a zdravotní stav. Obvyklá byla i zkušenost, že nechtějí se systémem bojovat, bránit se nebo podávat odvolání, neboť na tyto kroky jim nezbývá při svém stavu síla, energie. Pochybují i o naději na úspěch nebo se chtějí vyvarovat další nedůstojné situaci.

„Ted' jsem skončila v práci, dělali mi přezkum invalidního důchodu a řekli mi, že mi ho možná vezmou, protože jsem v zobrazovací remisi, vypadám prý fakt dobře a že bych vlastně mohla do práce...přitom mám problémy, abych vůbec třeba ráno vstala k malému, došla k němu do pokoje a vykopala ho z postele. Takže ale nakonec paní profesorka to napsala a vysvětlila v té zprávě, že jsem v zobrazovací remisi a sice nemám nic zlomený, ale že tohle mám celý spálený od ozařování a mám neuropatii, že v rukách pomalu nic neudržím. Ten přístup, no tak máte jenom rakovinu, to toho moc nepotřebujete, a když vypadáte dobře, už jste zdravá. No ale já mám takovou rakovinu, kdy zdravá nikdy nebudu“ (P1)

Přehodnocení hodnot, priorit a vztahu k času

Přehodnocení hodnot, priorit a vztahu k času bylo ve výzkumném souboru klíčovým procesem integrace ztráty zdraví. Diagnóza onkologického onemocnění představovala pro všechny participantky zásadní **životní milník**, který inicioval proces hluboké osobní proměny. Tyto změny se neodehrávaly pouze na úrovni každodenního fungování, ale výrazně zasahovaly do oblastí hodnotových orientací, životních priorit, vztahů i chápání času. V kontextu strategií zvládání nemoci se právě tato oblast ukázala jako klíčová pro integraci náročné zkušenosti a pro utváření nové životní identity, slučitelné s nemocí, její nejistotou a limity.

„Ztráta zdraví mi přinesla nalezení nových hodnot, opravdových přátel, lepší uspořádání a využití času, který tu ještě mám. Vděčnost za věci, kterých jsem si nevážila, nebo je ani nevnímala. Uvědomění si, co je pro mě opravdu důležité a čím již nechci ztrácet čas. Myslím, že si dokážu lépe užívat to, co právě prožívám. Že jsem si uvědomila, že jsem tu proto, abych se radovala a byla šťastná a se mnou i moji blízcí. A jsem šťastná, když vidím, že jsou moje děti spokojené a soběstačné, a že si jdou svým životem, jak nejlépe umí, podle svého“ (P7)

„Na život už se dívám úplně jinak, předtím se vše muselo vyřešit, teď už neřeším pitomosti. Dřív jsem pořád něco musela, o všechny jsem se starala, vše zařizovala, byla jsem nastavená všechno stihnout nebo že to musí být tak, jak jsem si předsevzala“ (P5)

Hlubší proměna postoje — **rozhodnutí nepodlehnout, přijmout realitu a nacházet nové cesty** — byla významnou součástí integrace ztráty zdraví. Souvisela se změnami v prioritách, osobních cílech, vnímání vztahů i organizaci času. Pro část participantek bylo přehodnocování hodnot také reakcí na zkušenost, že ani mimořádné úsilí o „správný“ životní styl nedokázalo zabránit návratu nebo progresi onemocnění.

„Nikdy nevíš, jak jsi statečná, dokud být statečná není tvá jediná možnost. A já jsem se rozhodla být statečná, protože to byla v tu chvíli moje jediná možnost, zatnout zuby. A pokud tady chci být, tak pro to něco prostě udělat. A tím se řídím pořád. A pamatuju na to, prostě se mi to ukazuje před očima, když mám nějaký trabl, buď statečná to zvládneš, dokážeš to a věřím si v tom“ (P2)

Další významný motiv **představovala vědomá snaha tvořit nové, hlubší a osobně významné zážitky s blízkými**. Mnohé participantky popisovaly, že jejich vztahy získaly po onemocnění jinou kvalitu — staly se více soustředěné, intimní a hodnotově zakotvené. Sdílené chvíle se stávaly zdrojem radosti, opory a nového smyslu, který významně přispíval k adaptaci na život v nových podmínkách.

„Se mnou má malý spoustu jiných zážitků. Dokázali jsme si udělat takový svoje věci, který děláme jenom my dva. Který s nikým jiným nedělá a který jsou pro něj zážitek“ (P1)

Zejména v případě pokročilého (metastatického) onemocnění nebo paliativní péče, kdy byl u participantek denní režim do značné míry určován léčebným harmonogramem a vedlejšími účinky terapie, došlo k **redefinici pohledu na budoucnost a úsilí o smysluplné využití zbývajících času**. Tento přístup byl zvláště výrazný u žen v pokročilé fázi nemoci nebo v paliativní péči, které popisovaly hlubokou vděčnost nejen za každý nový den, ale někdy i za krátké chvíle bez bolesti či omezení.

Častým tématem, které se opakovalo u většiny participantek, byl **posun k vědomému rozhodování, s kým a jak svůj (zbývající) čas trávit** a s kým a jak naopak ne, i za cenu neshody s okolím, a **odhodlání uhájit si žití svého života podle své volby, přání a snů**.

„Raduji se z každodenních maličností, které mě obklopují – příroda, počasí, přátelé, jídlo, čas bez bolesti či nevolnosti, čas, kdy zvládnu uklidit dům, udělat nějakou práci, navštívit svoje (již dospělé) děti, přátele...moje motto je „Žít tady a teď. Radovat se ze všeho dobrého. Být vděčná za vše, co mám, co zvládnu, za štěstí a radost mých milovaných a blízkých“ (P7)

Všechny participantky s pokročilým (metastatickým) nebo progredujícím onemocněním či v paliativní péči popisovaly v souvislosti se svým prožíváním také **doufání v nové možnosti léčby a pokrok medicíny**, což jim pomáhá si uchovat naději. Současně vyjadřovaly vděčnost za současné léčebné možnosti. Zajímavé bylo zjištění, že mnohdy i velmi vážně nemocní se nelitují, ale naopak mají pocit, že jiní jsou na tom hůře, a také, že starší pacienti mají často vysokou míru empatie a soucitu s mladšími pacienty. Objevovalo se také srovnávání se s ostatními pacienty.

„Onemocněla jsem metastatickou rakovinou a s ní prostě žiju. Někdy je to dobrý, někdy není, a to je celé pořád dokola, ale je důležité, že tady ještě můžu být dlouho, medicína šla dopředu“ (P1)

„Všechno, co mě obklopuje, mě žene dopředu. Dělán to pro sebe, pro syna, pro svojí paní profesorku, která mě léčí, protože mě léčí úžasně a chci, aby byla pyšná, že ta léčba funguje, že to dělá dobře a vždycky mě chválí. Tak já říkám, já musím pochválit vás, protože vy jste mi to správně namíchala. Dělán to pro kamarádky, který tady jsou pro mě. Dělán to pro všechny, co mě mají rádi. Bylo by sobecké to prostě vzdát. A já ani vzdávat nechci, takže cokoli mě obklopuje, je pro mě hnací motor. Jsou období, kdy je to fakt hodně těžký a syn mě vidí brečet, ale zase se vždycky oklepu a vždycky si spolu řekneme, že spolu to zvládneme a že to nějak vyřešíme“ (P1)

„Netěším se na to, co mě čeká, ale těším se, že mi ještě něco vymysleli a možná mi to opravdu ještě prodlouží život a doufám, že o dost dlouho, i když prognóza u mě není růžová. Těším se, že ještě uvidím moře a na mého vnoučka. On je tak zlatý, když říká Babi Gábi. To mě nabíjí a je to takový dar to ještě slyšet“ (P4)

„Věřím, že se medicína posouvá dál a že budu mít stále šanci na nějakou další, novou léčbu“ (P7)

„A já říkám, na co já si stěžuji“ (P8)

Hledání smyslu a nové seberealizace

Hledání smyslu ve ztrátě zdraví se řadilo mezi zásadní témata sdílená všemi participantkami, kterými se zabývaly v průběhu celé trajektorie onemocnění i během rekonvalescence. Jejich výpovědi zachycovaly klíčový fenomén celé zkušenosti žen s onkologickým onemocněním: **znovuvytváření smyslu a hledání nové role navzdory ztrátám**.

Ztráta zdraví v důsledku onkologického onemocnění u nich vedla nejen k otázkám hodnot a priorit, ale také smyslu. Významným zjištěním je, že žádná nevnímala ztrátu zdraví jako pouhou náhodu, projev osudu, trest či externí událost, jež by byla zcela mimo jejich vlastní kontrolu.

Naopak se často velmi intenzivně a pečlivě zabývaly analýzou možných souvislostí a svého podílu na této situaci, přičemž reflektovaly dosavadní životní zkušenosti, způsob každodenního fungování i zásadní nebo krizové události a zvraty. Vzpomínaly zejména na stres, který v minulosti prožívaly nebo různá životní rozhodnutí, která ovlivnila i jejich způsob sebepečce nebo životní tempo.

Ve výpovědích participantek bylo možné identifikovat několik klíčových témat, která měla společný podtext – ztráta zdraví znamenala **otřes v dosavadní životní perspektivě**, který participantky prožívaly jako určitý **bod obratu ve vztahu ke svému pohledu na život a jeho prožívání**. Nejčastěji interpretovaly životní změnu v důsledku onkologického onemocnění jako přelom, který jim vstoupil do života jako nejprve nenápadná příležitost ke změně vztahu k sobě samé, k revizi životní perspektivy a k reorganizaci hodnotového žebříčku. V tomto procesu participantky nalézaly smysl zejména v motivaci k plnohodnotnému životu, novému vnímání času, redefinici priorit, transformaci zažitých myšlenkových vzorců a vědomému zaměření na podstatné aspekty existence. S tímto tématem bylo úzce spjato i **přehodnocení situace tak, aby bylo možné vidět v nemoci možnost osobního růstu nebo nových hodnot**.

„Začala jsem pracovat na tom, abych se s tím vyrovnala. Každý máme nějakou nemoc. Každý máme nějaký problém...věřím tomu, že to je z nějakého důvodu, že mě to má něco naučit, že mám někomu pomoci a že tady ale ještě zároveň i strašně dlouho budu. Věřím, že se věci dějou z nějakého důvodu“ (P1)

„Ve ztrátě zdraví mohu vidět maximálně ten smysl, že tělo nebylo s dosavadním způsobu života spokojené a potřebovalo zastavit, abych si některé věci uvědomila. Víc si teď užívám maličkosti a energii věnuji činnostem, které mají smysl a nesnažím se už vyhovět všem na svůj úkor“ (P6)

„Smysl ve ztrátě zdraví vnímám v tom, že si nyní daleko více vážím maličkostí a toho, že jsem se uzdravila. Nemoc mě naučila říkat "NE", ale stále na tom pracuji, protože to není dokonalé“ (P9)

Výpovědi participantek shodně potvrdily, že **hledání a redefinování smyslu** představovalo klíčový aspekt v procesu jejich adaptace na život s onkologickým onemocněním a prožívání ztráty zdraví. Zjištění naznačila, že podpora pacientů v průběhu tohoto individuálního procesu a identifikace jejich jedinečných potřeb může výrazně přispět ke zlepšení kvality života, zvládání náročných emocí i hlubším prožíváním emocí pozitivních a posílení celkové psychické odolnosti. Individuální strategie zvládání nemoci, které participantky uplatňovaly ve vztahu k tématu smyslu, byly vedeny totožnou motivací – **úsilím o vědomé žití, které bude obrazem naplněného, smysluplného života (i umírání)**.

Hledání (nového) smyslu se ve zkušenostech participantek úzce pojilo s **prožíváním potřeby užitečnosti, hledáním a nalézáním smyslu v pomoci druhým**, která se pro ně stávala novou oblastí seberealizace. Způsob, jakým participantky prožívaly vztah mezi pocitem užitečnosti a smysl ztrátou zdraví, se lišil. U některých se v počáteční fázi projevil **krátkodobý ústup do pasivity**, celkově však převažovala **snaha hledat nové formy seberealizace a naplnění**, doprovázená úsilím uchovat si důstojnost, identitu a osobní hodnoty. Řada participantek si postupně dokázala najít cestu z beznaděje a znovu naplnit svou potřebu být užitečná

prostřednictvím sdílení vlastní zkušenosti s dalšími nemocnými či aktivním zapojením do činnosti patientských organizací.

Zapojení do patientských organizací, peer podpora a možnost pomáhat nově diagnostikovaným ženám představovaly pro část participantek zásadní zdroj nového smyslu. Sdílení osobního příběhu umožnilo reinterpetaci ztráty zdraví jako zkušenosti, která může mít hodnotu pro druhé a posílit vlastní identitu i přijetí nemoci. Často se ve výpovědích objevovala zkušenost, kdy participantky usilovně **hledaly jiné možnosti, kde svoji potřebu užitečnosti a seberealizace naplnit** a podařilo se jim to aktivním zapojením do činnosti patientské organizace. Objevení možnosti **zapojit se do aktivit a činnosti patientské skupiny** jim nejen pomohlo vyrovnat se se ztrátou zdraví, ale prostřednictvím vlastní zkušenosti pomáhat dalším (často formou peer podpory, edukace, osvětovými aktivitami pro veřejnost aj.). Osobní příběh a živá zkušenost se pro ně staly velmi silným zdrojem motivace a nástrojem seberealizace, který jim pomohl nalézt nový smysl, naplnění i osobní růst. Silnou motivací se nejčastěji u participantek v remisi stalo také přání **oplatit přijatou pomoc a péči**, a nejen tak najít novou možnost seberealizace, ale především naplnit svoji potřebu užitečnosti.

„Nejvíce mi ale pomohl projekt „Nebýt na to sama“, kde jsem našla velkou oporu v ostatních, kteří se nachází v podobné situaci. S touto partou se mohu účastnit akcí, které v průběhu roku pořádáme, pravidelně se scházíme a užíváme si společně strávený čas. Našla jsem zde plno nových přátel, za které jsem moc vděčná“ (P7)

Několik participantek, které se aktivně zapojily do činnosti patientských organizací a našly v této aktivitě prostor pro vlastní seberealizaci, objevilo **nový smysl svých zkušeností v možnosti prostřednictvím nich pomáhat druhým. Sdílení osobního životního příběhu** a reakce okolí jim umožnily nahlédnout ztrátu zdraví z nové perspektivy – jako zkušenost, která může nabýt hlubšího významu a stát se posláním. Tento nově objevený smysl, jenž se často promítal i do jejich vnímání budoucnosti a celkového pojetí životního smyslu, měl pozitivní vliv na proces přijetí ztráty zdraví. V momentě, kdy ženy zjistily a osobně zakusily, že jejich zkušenost může být cenná pro druhé začaly tuto zkušenost vnímat jako něco, co dává jejich životní situaci nový rozměr.

Tato možnost být užitečná a pomáhat druhým měla výrazně pozitivní dopad na jejich prožívání samotné ztráty zdraví. Objevený smysl se promítal i do toho, jak ženy nahlížely konkrétní ztráty, zejména ty fyzické a spojené s vnímáním vlastního těla. Participantky, které zakusily, že mohou být inspirací a oporou pro druhé i navzdory svým – často negativně vnímaným – tělesným změnám, začaly své tělo a jeho „nedokonalosti“ vnímat novým způsobem. V jejich výpovědích se objevoval **posun od pocitu ztráty k pocitu přijetí**, kdy i tělesný handicap mohl získat smysl širším kontextu jejich života a vztahu k druhým lidem.

Několik z nich se postupně zapojilo do činnosti patientské organizace formou i další **velmi aktivní činnosti** (zaměřené na poskytnutí podpory a zlepšování podmínek pro nové pacienty, edukaci pacientů, blízkých i laické a odborné veřejnosti, podporu a poskytování informací při rozhodování o léčbě a onemocnění; iniciaci systémových změn a zajištění efektivní komunikace mezi pacienty, poskytovateli zdravotních služeb, institucemi a dalšími subjekty, zprostředkování dalších důležitých kontaktů, zajištění základního a odborného poradenství, organizaci rekondičních pobytů aj.).

„Bellisky mi neskutečně pomohly, a taky mi pomohly i se seberealizovat. Najednou jsem zjistila, že mi nabízejí možnost, že se můžu naučit předat dál informace o prevenci“ (P2)

„Potřebuju se cítit potřebná a že něco dělám. Že nejsem chudáček, co je doma a musí spát, aby odpoledne mohl fungovat. Ale ono to teď jinak nejde, tak se cítím potřebná aspoň v Belliskách, tam člověk jde na nějaké setkání, popovídá si, ozývají se mi holky, který jsou nově diagnostikovaný, takže nějaká forma práce je pro mě strašně moc důležitá. Chci se začít víc věnovat a pomáhat holkám z Bellisek shánět finance na pobyty, protože sama vím, jak je to pro mě ohromně ozdravný. Chci zůstat zdravá a pomoci Belliskám, abych oplácela tu pomoc a energii, co mi dávají“ (P1)

Opakovaně se ve výpovědích participantek objevovalo také **ocenění příkladů druhých**, které pro ně byly inspirací, motivací a povzbuzením.

„Vnímala jsem úžasnou sílu a vyšší smysl pacientky, která si byla plně vědoma krátkosti svého času a využila každou možnou chvíli, aby povzbudila druhé nacházející se v podobné situaci, pomohla jim konkrétními radami, jak zvládnout situaci, čím si udělat radost, nebo se přimět polknout pár soust, jen aby dodala tělu ještě trošku sil“ (P7)

Spirituální a existenciální potřeby a proměny

Spirituální a existenciální prožívání představovalo u participantek významnou rovinu adaptace na ztrátu zdraví. Spiritualita se objevovala **v široké škále podob – od náboženské víry, modlitby a meditace, přes hledání vyššího smyslu, proměnu vztahu k víře, až po sekulární duchovní zdroje (příroda, vnitřní síla, hodnotové ukotvení).**

Existenciální témata byla přítomna napříč celým souborem bez ohledu na míru religiozity. Ženy popisovaly **vědomí konečnosti a smrtelnosti, strach z recidivy, obavy z budoucích ztrát (čas, vztahy, role), přání doprovázet blízké i v budoucnu, reflexi smrti blízkých či spolupacientů.** Vyjadřovaly spirituální potřeby v kontextu **hledání smyslu, zvládání strachu, nejistoty a utrpení, potřebě naděje, opory a vnitřního klidu, bilancování hodnot, priorit a životních rozhodnutí.** Spirituální rámec často ovlivňoval způsob, jakým interpretovaly nemoc a integrovaly ji do svého příběhu. Ve výpovědích bylo možné ve vztahu ke spiritualitě a prožívání ztráty zdraví identifikovat, jak participantky přemýšlely o smyslu života, smrti a svého utrpení; **v čem nacházely útěchu** a zda je pro ně zdrojem útěchy důvěra ve vyšší moc nebo náboženské praktiky (např. modlitba, rituály) a podpora komunity věřících; zda a případně jak jim spiritualita pomáhá přijmout a zvládat realitu spojenou s onkologickým onemocněním nebo se smířit se ztrátou zdraví.

Jednu skupinu v souboru tvořily ženy, které dle svých slov spirituality odmítaly. Při hlubším rozboru však bylo patrné, že se jednalo spíše **o odmítání náboženství a tradičních náboženských praktik či výsledek zklamání z nich nebo odmítání ezoterických praktik** (např. vykládání karet, věštění, různé techniky práce s energiemi), nikoli absenci duchovních potřeb. Tyto participantky měly častěji než ostatní v předchozím životě zkušenost, kdy byly na vše samy, musely se spoléhat na sebe nebo musely být silné i za ostatní, některé inklinovaly k racionálnímu vysvětlení a porozumění své nemoci.

„S vírou ne, manžel mi řekl, slovo rakovina doma nebudeme používat, prostě si onemocněla, budeš se léčit, pak se uzdravíš a bude, nic jiného jsme si nepřipouštěli“ (P10)

Další participantka, vychovaná v katolické víře, později prožila v souvislosti s ní velká zklamání a na víru svými slovy zanevřela. Dlouho však v tomto ohledu bojovala nejen s pocity nespravedlnosti, ale také vlastního pokrytectví a výčitek. Zároveň však i po letech velmi hluboce prožívala pocit selhání vůči rodičům, kteří ji ve víře vychovali, a i po letech se trápí otázkou „Rouhám se?“

„Nikdy jsem neprosila pro sebe, jen modlitby za druhé. Nechci se modlit, jen když něco chci. Nikdy jsem po Bohu nic nechtěla, tak proč mě nechal onemocnět? O co jsem měla nemoc (pozn. s Bohem) jednodušší – o nic“ (P5)

Další, která uvedla: *„Spiritualita pro mě neměla a nemá téměř žádný význam“ (P6)*, se se ztrátou zdraví vyrovnávala především pomocí sociální opory v rodině, mez přáteli i v patientské skupině a dále preferovala pobyt v přírodě, kreativní činnosti nebo aromaterapii.

Žena, která se roky sama starala se o děti a snažila se být silná a pečující i ve vztahu ke svým rodičům, popisovala:

„Věřící nejsem, v nic nevěřím, vždycky jsem věřila v sebe, že dokážu všechno, když budu chtít“ (P3).

Dále v rozhovoru popisovala své uvědomění smrtelnosti po zjištění onemocnění, které nikdy dříve neměla, odmítání zaměření na hmotné statky nebo sny kromě zdraví. Vyprávěla i o přístupu jejich blízkých k její nemoci a společnému vyrovnání se s diagnózou: *„Nikdy nezapochybovali, že by o mě přišli. Nikdy nevypustit tuhle myšlenku do vesmíru. Věřili mi, to pro mě bylo hodně důležitý. Celkově nás to stmelilo“*

Druhou skupinu tvořily participantky, které **čerpaly oporu z víry, modlitby, meditace nebo přesvědčení o vyšším smyslu**. Víra jim pomáhala zvládat nejistotu a interpretovat nemoc jako součást širšího kontextu, někdy i jako příležitost k osobnímu růstu. **Spiritualita zde fungovala jako strategie zvládání**, která podporovala naději, usnadňovala přijetí nemoci, pomáhala nacházet řád v chaosu nemoci, přispívala k pocitu propojenosti a opory.

„Největším zdrojem opory je pro mě Bůh. Věřím, že je vševědoucí a spravedlivý a že má vše nějaký smysl. Ať už pro mě nebo někoho jiného...Věřím, že vše má nějaký vyšší smysl, ať už pro nás samotné – uvědomění si, co dělám špatně, kudy jít nemám, co moje tělo nechce či naopak potřebuje. Věřím, že různé životní zkušenosti a prožitky nám chtějí něco říct, zastavit nás či posunout dál nebo jinam. Věřím, že i naše problémy a to, jak se k nim postavíme mohou být dobrým příkladem pro naše děti, jak zvládnout těžké situace, aby se z nich nehroutily, ale dokázaly je překonat a jít dál. Jak píše Bible: Všechny věci napomáhají k dobrému. Možná ne ke hmotnému, ale k růstu našeho poznání a uspořádání si žebříčku hodnot, které nejsou jen fyzické“ (P7)

„Spiritualita má pro mě velkou váhu v životě celkově. I při nemoci jsem se snažila meditovat a myslet pozitivně“ (P9)

Specifickým tématem byla také **zkušenost s nevyžádanými (někdy až dotěrnými) náboženskými radami**, které v některých případech zvyšovaly psychickou zátěž, zejména u žen s pokročilým onemocněním („nepůjdeš do nebe“). Příkladem z výzkumu je velmi citlivá situace ženy s pokročilým onemocněním na hranici přechodu do paliativní péče, která již intenzivně přemýšlela nad možným závěrem života a umíráním při další progresi stavu, včetně možné nutnosti uvedení do umělého spánku při neutišitelných bolestech. Její prožívání, ve vztahu k sobě charakterizované přijetím, smířením a vyrovnaním, však zatěžovaly odsuzující poznámky nebo výčitky věřících z okruhu známých, pro které je i varianta uvedení do umělého spánku nepřijatelným zásahem. „*Umělý spánek není eutanazie ani sebevražda*“ (P4).

Mezi participantkami byly i takové, které ač se nepovažují přímo za věřící, během nemoci, zvláště v kritických situacích, se modlily nebo byly rády, že se za ně modlí někdo druhý. Několikrát se objevilo i prožívání nemoci jako možného (Božího) trestu a hledání odpovědi na existenciální otázky touto perspektivou.

„Nezastírám, že jsem se někdy modlila doma a prosila Pána Boha, ať se z toho dostanu. Nebo jsem s ním mluvila a říkala si proč jako...co jsem udělala, proč jsem tak potrestaná? To je samozřejmě otázka, kterou si dávají všichni pacienti. Proč zrovna já. Ale nikdy jsem na to odpověď nedostala, stejně jako všichni pacienti“ (P2)

Důležitým tématem, o kterém participantky hovořily, byla **anticipace budoucích ztrát a strach z recidivy onemocnění**. U všech participantek se kromě aktuálně prožívaných ztrát výrazně objevovaly také obavy z budoucích ztrát, zejména v souvislosti s možností návratu onemocnění a nejistotou dalšího vývoje. Anticipace recidivy byla často provázena intenzivnějším strachem a úzkostí než samotné fyzické obtíže či současné limity, neboť zasahovala do jejich životních plánů, vztahů a pocitu bezpečí. Ústředním tématem byla ztráta vnitřního klidu a jistoty, že budoucnost je předvídatelná a kontrolovatelná.

„Za největší ztrátu považuji jakýsi vnitřní klid, že rakovina se opravdu nevyhýbá nikomu a hrozí, že se může kdykoliv vrátit. Trochu pomáhá vědomí, že mám ještě hormonální léčbu jako léčbu zajišťovací. Snažím se nemyslet na to, že to není 100%“ (P6)

Častým motivem byla i **naděje na pokračování vztahů po smrti, ať již v náboženském, nebo nenáboženském pojetí**.

„Nevím, jestli přijdu do ráje nebo do pekla. Jsem taková, že vím, že se se svými lidmi ještě někdy setkám. Bud' v jiném životě nebo jako energie“ (P4)

Obavy se často týkaly i **hrozících ztrát v rovině vztahů** a možnosti být přítomny v životech svých blízkých. Tento typ strachu tak představoval trvalý a významný prvek jejich každodenního prožívání.

„Nejvíce se obávám ztráty času, který tu nebudu moci už být pro svého manžela, pro své děti a případná vnoučata“ (P7)

„Nebudu vědět, jestli syn dodělá školu, nebudu vědět, jestli budu mít vnoučata“ (P8)

„Že bych nikdy neviděla svoje děti, mě děsí obrovsky, kdybych svůj "boj" prohrála“ (P9)

Dlouhodobá resilience a stabilizace

Ve všech příbězích se v dlouhodobé perspektivě odrážela postupná **integrace zkušenosti s onkologickým onemocněním do životního příběhu**. Dospěly k posílení autonomie v novém kontextu, vytvoření stabilnějšího vzorce fungování, nalezení nových zdrojů, inspirace a životní perspektivy.

„Největší sílu mi dodávají lidé, kteří prožili nelehký život, a přesto jsou vděční za obyčejné věci, jako je vzájemná pomoc a přátelství, kteří nemyslí jen na sebe, ale vnímají potřeby druhých, váží si maličkostí, jsou za ně vděční a radují se z nich“ (P7)

Za zásadní vnímaly **uvědomění vlastních možností a respektování vlastních potřeb** — dovednost, kterou se většina podle svých slov učila až po onemocnění. Tento proces byl klíčový pro **obnovení kontroly a zachování důstojnosti**. Současně však narážely na nepochopení okolí, které je po skončení aktivní léčby často vnímalo jako téměř zdravé, přestože se potýkaly s dlouhodobými následky, nebo metastatickým onemocněním. Tato zkušenost je vedla k nutnosti obhajovat své limity, což prožívaly jako zátěž, která jejich znovunabytý pocit autonomie někdy znovu narušovala.

„Na život se po prodělání nemoci dívám úplně jinak, dřív byl všechno problém, vše se muselo vyřešit. Teď už neřeším pitomosti, jsem klidnější“ (P5)

Navzdory mnohým ztrátám a omezením si však všechny postupem času dokázaly nalézt **nové způsoby, jak je kompenzovat**. Ačkoli například možnost věnovat se dřívějším zálibám jim i po letech chyběla a její absence byla provázena hlubokým smutkem a lítostí, objevily zároveň nové oblasti, které jim přinášely radost a uspokojení. Některé participantky se k původním aktivitám vracely v upravené podobě, která respektovala jejich fyzické limity, a umožňovala jim zachovat propojení s tím, co pro ně bylo osobně významné.

V některých příbězích se pojem autonomie promítal i do úvah o závěru života. Participantka s pokročilým, progredujícím onemocněním otevřeně popisovala své úvahy o paliativní péči, podobě umírání a snahu zachovat si kontrolu i v této fázi. Její reflexe se dotýkaly hlubokých existenciálních témat, otázky důstojnosti, identity a obrazu, který si přála zachovat pro své blízké. Tato **hluboká integrace ztráty** byla intimním obrazem o existenciální proměně a závěrečné fázi adaptace této pacientky.

„Uvidíme, dokdy to bude fungovat. To je ta otázka času. Andrejka (pozn. z organizace Nebýt na to sama) už mi něco zařídila, protože už to začalo být jasné i mi to řekli, že se blíží konec. Tak jsem začala hledat lidi na paliativní péči, a hlavně kam půjdu, protože já nemůžu být doma. Bude to 24hodinová péče. A hlavně určitě budu muset jít do umělého spánku kvůli bolestem. Už jsem si připravila Rajhrad jako hospic. Když se to vrátí, je to strašně agresivní a jde to potom rychle. Všechno už jsem měla připravené, i jakou fotku a hudbu při pohřbu. A lidi mi říkali, obdivuju, jak tohle dokážeš...nebo Anička Slováčková, ta byla naše mentorka“ (P4)

„Strašně moc lidí se diví, proč u sebe nechci mít v posledních hodinách svoje nejbližší, ale nechci. Ale takto to s rakovinou kostí vypadá, kost a kůže na hadičkách, v umělém

spánku...nechci, aby si můj syn nesl takový pohled. Můj syn mě chce vidět v tom světle, v jakém mě viděl celý život. Byla jsem na něho celý život sama a on si mě až tak váží, že mě chce vidět tak a já ho úplně chápu. Chci umřít sama se sebou“ (P4)

V dlouhodobé perspektivě se ukazuje, že navzdory výrazné zátěži, nejistotě a hlubokým proměnám životních jistot dokázaly ženy postupně budovat formy resilience, jež jim umožňovaly znovu nalézat stabilitu a smysl. **Vděčnost za to, co je stále možné**, se stala jedním z klíčových pilířů této stabilizace — nikoli jako snaha zahladit bolest nebo popřít realitu, ale jako schopnost vnímat hodnotu života uprostřed jeho zranitelnosti. Jak vyjádřila jedna z participantek: *„Je to pořád moc hezký, a i když je to trnitá cesta, tak to může být hezká cesta“ (P1)*. Tento pohled vystihuje podstatu dlouhodobého vyrovnávání: nejedná se o návrat k původnímu stavu, ale o **vytváření nové, odolnější rovnováhy, v níž má své místo jak bolest, tak naděje**.

2.4 Interpretace výsledků

Odpověď na výzkumnou otázku

Jak onkologičtí pacienti prožívají a zvládají ztrátu zdraví během léčby a rekonvalescence?

Výsledky výzkumu ukazují, že prožívání ztráty zdraví u onkologických pacientek představuje komplexní proces zasahující biologickou, psychologickou, sociální i existenciální oblast života, v souladu s biopsychosociálním modelem nemoci. Dynamika prožívání se vyvíjí napříč fázemi onemocnění a odráží interakci individuálních osobnostních faktorů, dostupných zdrojů, sociální opory a povahy onemocnění.

V rámci výzkumu byla identifikována hlavní témata a subtémata, doplněna o ilustrativní citace z výpovědí participantek. Tyto citace slouží k dokreslení zjištění a nepředstavují úplný výčet výroků vztahujících se k jednotlivým tématům. Analýza odhalila tři hlavní oblasti: I. Konfrontace se ztrátou zdraví, II. Strategie zvládání ztráty zdraví a III. Integrace a proměna.

Raný prožitek diagnózy a počáteční adaptace

Raný prožitek diagnózy představoval pro participantky okamžik intenzivního psychického zatížení, spojený především se šokem, strachem a náhlou ztrátou pocitu jistoty a kontroly. Reakce žen se lišily podle jejich životní fáze – mladší ženy a matky zdůrazňovaly obavy o děti a praktické fungování, starší ženy se zaměřovaly spíše na průběh vlastní léčby. Významným faktorem ovlivňujícím závažnost raných prožitků byl způsob sdělení diagnózy a skutečnost, že většina žen přijímala informaci o onemocnění o samotě. Prožitek byl dále formován předchozími osobními zkušenostmi s rakovinou u blízkých. Tyto rané reakce vytvářely počáteční rámec, z něhož se následně odvíjela adaptace na nemoc i potřeba hledat strategie zvládání.

V počáteční fázi bývá nemoc vnímána jako akutní životní událost s nadějí na návrat k předchozímu způsobu života, tedy s očekáváním, že půjde o dočasný stav, po němž se život vrátí do původních kolejí. Bezprostředně po sdělení diagnózy pacienti často usilují o ochranu svých blízkých. Rozhodování o tom, komu, kdy a jak informaci o onemocnění sdělit, pro ně představuje velmi náročnou situaci, mnohdy spojenou s etickými dilematy. Ztráta zdraví je vnímána především jako ohrožení dosavadního pocitu jistoty, bezpečí a kontroly nad vlastním životem. U některých pacientů se tento moment pojí zejména s uvědoměním konkrétních ztrát, které zasahují jejich role a vztahy k druhým lidem – nejčastěji k dětem, partnerovi či rodičům – a s praktickými důsledky těchto změn. Významnou roli v tom, jak je daná zkušenost prožívána, hrají osobnostní faktory, zejména premorbidní osobnost a předchozí životní zkušenosti (specifický význam má předchozí zkušenost s onkologickým onemocněním, například v rodině).

Nastavování hranic jako klíčová strategie zvládání

Nastavování hranic představovalo pro participantky jednu z klíčových strategií zvládání, která jim umožňovala chránit vlastní psychické i fyzické zdroje v období léčby i po jejím skončení. Vymezování vůči zatěžujícím vztahům, vědomé omezení sdílení a regulace sociálních kontaktů jim pomáhaly udržet kontrolu, podporovat autonomii a snižovat emoční zátěž. Ačkoli tyto kroky někdy vedly k pocitům osamělosti, pro většinu žen představovaly důležitý nástroj, díky němuž dokázaly lépe zvládat nároky onkologického onemocnění i jeho následků.

Fyzické ztráty

Participantky, které intenzivně prožívaly fyzická omezení spojená s onemocněním – zejména ty, které byly dříve velmi aktivní – často uváděly kontakt s přírodou jako jeden z klíčových způsobů zvládání. Pobyt v přírodě pro ně představoval zdroj klidu, síly a možnosti opětovného propojení se se sebou samými. Významnou roli v procesu vyrovnávání se se ztrátou zdraví hraje také hledání smyslu. Smysluplnost onemocnění či životní zkušenosti s ním se ukázala být klíčem k přijetí nemoci a její integraci do osobního příběhu pacienta.

Sociální opora a její ambivalentní prožívání

Sociální opora se ukázala jako klíčový prvek zvládání onkologického onemocnění, avšak její podoba byla mezi participantkami výrazně variabilní. Zatímco některé ženy čerpaly zásadní pomoc od rodiny, partnerů či přátel, jiné zažívaly konfliktní nebo nefunkční vztahy, které jejich zátěž prohlubovaly. Důležitou součástí vztahových strategií byla také snaha chránit blízké selektivním sdílením diagnózy, což sice pomáhalo regulovat emoční nápor, ale zároveň posilovalo pocity osamělosti. Významnou oporu poskytovalo i pracovní prostředí a zejména patientské komunity a podpůrné skupiny, v nichž ženy nacházely porozumění, sdílení a pocit sounáležitosti. Zkušenosti participantek ukazují, že adaptace na nemoc neprobíhá jen v individuální rovině, ale je hluboce zakořeněna ve vztazích – v tom, kdo po jejich boku zůstává, kdo přináší oporu a kde mohou znovu zakotvit, když jejich původní sociální struktury přestávají být stabilní.

Překvapivým zjištěním byla míra snahy participantek chránit druhé, často i na vlastní úkor. Faktor zodpovědnosti vůči blízkým – zejména vůči zranitelným nebo nezaopatřeným členům rodiny – se výrazně projevoval již v období sdílení diagnózy. Participantky stály před dilematem, kdy, jak a v jaké míře sdílet informace o svém zdravotním stavu. Tento vnitřní konflikt byl patrný zejména u mladších osob, které měly rodiče ve vyšším věku či ve zhoršeném zdravotním stavu, závislé na jejich péči. Tajení pravdy před blízkými v nich vyvolávalo pocity viny, zároveň je však připravovalo o možnost čerpat od nich podporu.

Emoční, kognitivní a behaviorální strategie zvládání

Výsledky ukázaly, že proces adaptace na ztrátu zdraví je u onkologických pacientů výrazně individuální, avšak lze v něm identifikovat opakující se vzorce chování a strategie zvládání. Dominantní roli sehrává ventilace emocí, tedy potřeba sdílet a zpracovat emoční reakce na onemocnění. Po počátečním šoku některé participantky vyhledávaly nebo vítaly možnost otevřeně vyjádřit své pocity před osobou mimo nejbližší rodinný okruh – například před lékařem, psychologem či kamarádkou – a teprve poté informovaly rodinu. Tato postupnost jim umožňovala emočně se stabilizovat a připravit na sdílení závažné zprávy s nejbližšími.

Vedle ventilace emocí byly identifikovány také adaptační mechanismy založené na bagatelizaci nebo popření onemocnění. Participantky se v počátečních fázích často utěšovali představou, že nemoc je dočasná a překonatelná. Tento postoj měl pro ně ochrannou funkci – umožňoval zachovat si naději na návrat k původnímu životu a udržet psychickou rovnováhu v situaci nejistoty.

V souboru převládaly aktivní a adaptivní strategie zvládání, zaměřené na řešení problémů i regulaci emocí. Prožitek ztráty se v mnoha případech stal podnětem k osobnímu růstu, rozvoji

odolnosti a objevování nových životních hodnot a vztahů. Participantky často reflektovaly, že nemoc pro ně znamenala příležitost k přehodnocení priorit a hlubšímu porozumění sobě i druhým i vnímání smyslu života. Uplatňované strategie zvládání nemoci — od vědomé sebepečce, přes kognitivní přerámování až po aktivní hledání radosti a uklidnění — se postupně staly nástroji k obnovování kontroly, regulaci zátěže a udržování psychické stability. Ukazuje se, že adaptace není jednorázovým krokem, ale dlouhodobým procesem, v němž se ženy učily respektovat své limity, chránit své zdroje, otevřeně projevovat emoce a vytvářet nové možnosti, jak žít dál navzdory nejistotě, ztrátám a proměněným životním podmínkám.

Osamělost a ztráta sociálních vazeb

Téma osamělosti se opakovaně objevovalo napříč výpověďmi. Ukázalo se, že poměrně často nikdo z okolí plně nerozumí tomu, co pacient v souvislosti se ztrátou zdraví prožívá a o co vše přichází. Mnozí nemají osobu, s níž by mohli své zkušenosti a pocity otevřeně sdílet. Onkologické onemocnění je sice společensky výrazně medializované, přesto může být velmi osamělou zkušeností – a to i v případě, že pacient má podporu rodiny a přátel. Někteří, včetně osob s metastatickým onemocněním, nemají nikoho, kdo by skutečně chápal rozsah jejich ztrát a hloubku jejich vnitřního prožívání.

Úmrtí spolupacientů

Zjištění ukázala, že úmrtí spolupacientek představovalo pro participantky výrazný zdroj psychické zátěže. Tato ztráta se může opakovat i několikrát během roku, což umocňuje její dopad a postupně vyčerpává jejich emoční zdroje. Participantky popisovaly, že i když nejde vždy o blízké vztahy, úmrtí lidí se stejnou diagnózou v nich vyvolává smutek, strach a silné existenciální obavy. Nejenže ztrácejí konkrétní lidské vazby, ale současně čelí symbolické ztrátě naděje. Prožívání úmrtí spolupacientek může výrazně prohlubovat nejistotu ohledně budoucnosti i obavy o vlastní přežití. Tato opakovaná konfrontace se smrtelností ve vlastním blízkém okolí tak zásadně ovlivňuje jejich vnitřní vyrovnávání se s nemocí, neboť je kromě bolesti ze ztráty blízké osoby současně konfrontuje s vlastní prognózou a ohrožením.

Integrace ztráty zdraví

Proces integrace ztráty zdraví vedl participantky k postupné přeměně vnímání sebe sama, svého těla i svého místa ve světě. Zatímco původně dominovala snaha obnovit původní způsob života, postupem času se do popředí dostávalo realistické přijetí nových limitů a orientace na kvalitu života v nových podmínkách. Přehodnocování hodnot, hlubší porozumění vlastním potřebám a budování vnitřních i vnějších zdrojů podpory představovaly klíčové faktory, které ženám umožnily znovu vystavět pocit autonomie, kontinuity a smyslu. Integrace tak neznamenal návrat k tomu, co bylo, ale přijetí proměněné identity — takové, která dokáže zahrnout ztráty i nové zdroje síly, nejistotu i naději, a postupně vytvářet prostor pro životní stabilitu navzdory trvalé přítomnosti rizika a nejistoty.

Mnohočetné a kumulované ztráty

Mnohočetné a kumulované ztráty, které přicházejí v důsledku ztráty zdraví, představují u onkologických pacientů typickou a zároveň velmi významnou zkušenost. Prožívání těchto ztrát a jejich důsledky, zejména pokud nejsou adekvátně rozpoznány, adresovány či jsou bagatelizovány, mohou zásadním způsobem ovlivnit fyzické i psychické zdraví pacienta

a celkovou kvalitu jeho života. Tyto faktory jsou úzce spjaté se zvýšeným rizikem rozvoje psychosociálně závažných stavů, včetně suicidálních tendencí či přání eutanazie. V situaci, kdy dochází ke kumulaci zvýšené zranitelnosti a traumatizující komunikace, vzniká potenciál pro dlouhodobé negativní dopady, které se mohou projevit v nástupu, průběhu i intenzitě existenciálního distresu či krize.

Rozdílné trajektorie adaptace: remise vs. metastatické onemocnění

Výpovědi participantek ukázaly, že proces přijetí ztrát a nové životní reality se výrazně liší podle trajektorie onemocnění a prognózy.

Participantky v remisi

- očekávaly návrat k životu před onemocněním,
- byly konfrontovány s trvalými následky léčby,
- zažívaly frustraci a napětí mezi očekáváním a realitou,
- postupně redefinovaly životní role a hodnoty.

Participantky s metastatickým či pokročilým onemocněním

- žily v trvalé nejistotě, s kontinuální léčbou a vědomím konečnosti,
- soustředily se na kvalitu přítomného času,
- přijímaly limity s menší mírou odporu, ale s hlubší emocionální naléhavostí,
- více akcentovaly existenciální otázky a potřebu vnitřního klidu.

U obou skupin bylo klíčovým bodem přijetí trvalých ztrát, avšak jeho charakter a časový průběh se výrazně lišily podle prognóz.

Tab. 3: Rozdíly v prožívání a přijetí ztrát mezi pacientkami v remisi a pacientkami s metastatickým nebo progredujícím onkologickým onemocněním

Oblast	Participantky v remisi	Participantky s metastatickým / progredujícím onemocněním
Výchozí očekávání	Silné očekávání návratu k „normálu“ po ukončení léčby; představa obnovy přednemocničního fungování.	Vědomí, že léčba je trvalou součástí života; očekávání návratu k dřívějšímu stavu je minimální nebo není přítomné.
Zdroje zklamání / bolesti	Nerealizovatelný návrat k plné pracovní, fyzické a sociální roli; ztráta plánů a životních trajektorií.	Progrese onemocnění, nejistota prognózy, omezené možnosti plánování budoucnosti; anticipace dalších ztrát.
Emoční reakce	Pocit nespravedlnosti, frustrace, smutku, ambivalence k období po léčbě; intenzivní konfrontace s limity.	Smutek, obavy, existenciální úzkost; přijetí limitů jako součásti každodennosti; méně odporu vůči změnám, více existenciální tíže.
Zaměření	Primárně orientace na budoucnost, rekonstrukci cílů a návrat k započatým životním plánům.	Orientace na přítomnost („tady a teď“); kvalita času má přednost před plánováním vzdálené budoucnosti.
Povaha trvalých ztrát	Vnímané jako něco, co „nemělo nastat“; silnější kontrast mezi minulým a současným já.	Vnímané jako přirozená součást trajektorie nemoci; propojené s vědomím konečnosti.
Proces integrace	Redefinice priorit, hledání alternativních cest seberealizace; rekonstrukce identity.	Přijetí limitů v existenciálním rámci; hledání smyslu v přítomnosti, blízkosti a vztazích; hlubší transformace identity.
Role času	Zklamání z „zastaveného“ života; hledání nového tempa a nových možností.	Vědomí konečnosti; potřeba využít čas, který zbývá, co nejplněji.
Psychická zátěž	Silná v období bezprostředně po léčbě; spojená s rozporem mezi očekáváním a realitou.	Dlouhodobá, ale stabilnější; vyplývá z nejistoty, strachu z progrese a anticipace dalších ztrát.
Smysl a perspektiva	Snahy vybudovat nový životní rámec; přehodnocení hodnot.	Hlubší existenciální reflexe; smysl často spojený s přítomností, vztahem k druhým a vědomím omezeného času.

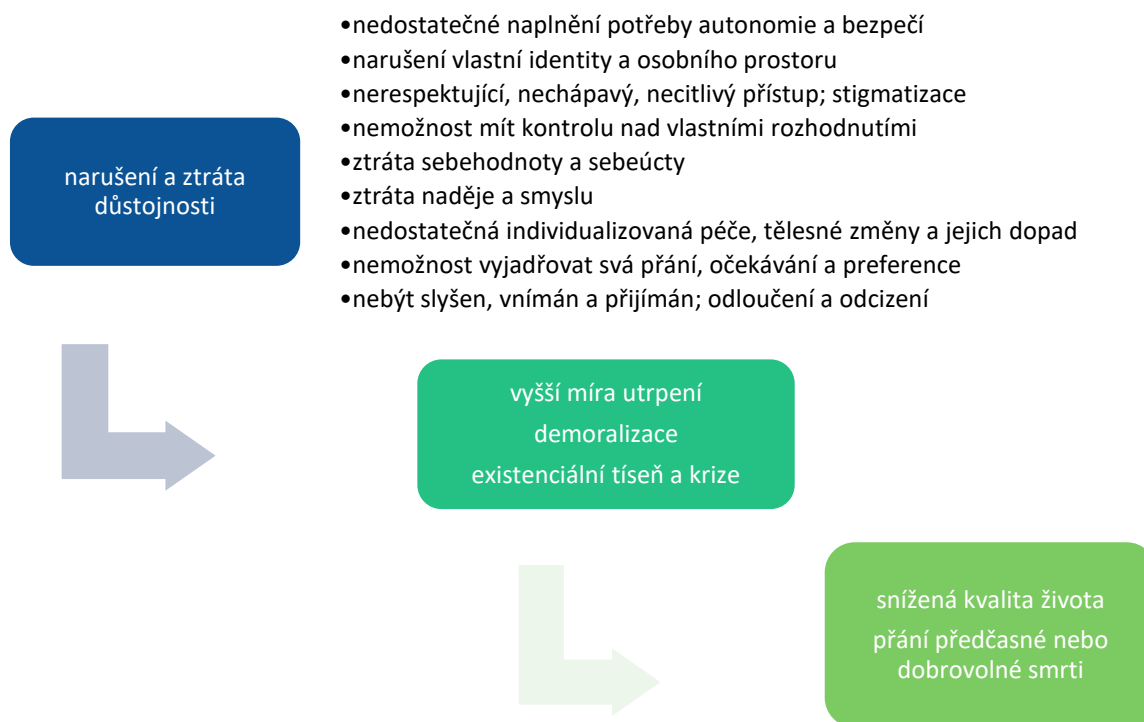
Spirituální a existenciální rovina prožívání

Existenciální a spirituální dimenze, které tvořily centrální oblast prožívání, zahrnovaly hledání smyslu, porozumění nemoci v kontextu vlastního života, vyrovnávání se s konečností, reflexi hodnot, vztahů a priorit, začleňování nemoci do životního příběhu.

SHRNUTÍ HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ

- Prožívání ztráty zdraví je mnohvrstevnatý proces zahrnující ztrátu jistot, autonomie, sociálních vazeb i identity.
- Jedná se o dynamický vývoj — od akutní dezorganizace k postupné integraci a přijetí.
- Nemoc může být vnímána nejen destruktivně, ale i jako transformativní zkušenost vedoucí k růstu.
- Často je intenzivně prožíván dopad nemoci na blízké se snahou chránit je na svůj úkor.
- Ztráta spolupacientů představuje silnou zátěž, málokdy je však rozpoznána a ošetřena.
- Preferované strategie zvládání zahrnují sebepéči, aktivní rozhodování, hledání informací, pobyt v přírodě, kreativní činnosti, patientskou advokacii a hledání smyslu.
- Náhlost onkologického onemocnění v mladším věku posiluje pocity selhání, viny a šoku.
- Důstojnost – vnímána jako podmínka zachování vlastní identity i kontroly, přičemž její narušení (např. necitlivým zacházením či ztrátou intimity) prohlubovalo psychickou zátěž a ztěžovalo proces adaptace.

Graf 1: Ztráta důstojnosti u onkologických pacientů



2.5 Diskuse

Výzkumným **cílem této práce** bylo identifikovat prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných individuálních strategií zvládání nemoci v období léčby a rekonvalescence. Byla formulována výzkumná otázka: „*Jak onkologičtí pacienti prožívají a zvládají ztrátu zdraví během léčby a rekonvalescence?*“ Zjištění přinášejí ucelený pohled na tuto problematiku: identifikují klíčové oblasti prožívání ztráty, popisují konkrétní strategie zvládání a ukazují, jak se tyto procesy vzájemně ovlivňují. Výsledky tak přímo odpovídají na položené výzkumné otázky a naplňují stanovený cíl práce.

Práce rozvíjí výsledky pilotní studie realizované v rámci projektu podpořeného ve Studentské grantové soutěži v roce 2024 s názvem *Strategie zvládání obtížných životních situací v období léčby a rekonvalescence u onkologických pacientů využívajících podpory patientských skupin* (Tomka, Klepáčková). Zjištění byla prezentována v recenzovaných publikovaných článcích *Strategie zvládání zátěže v období léčby a rekonvalescence u onkologických pacientů zapojených do patientských skupin* (Klepáčková, Tomka, 2025) a *Prožívání sekundárních ztrát u onkologických pacientů s ohledem na trajektorii onemocnění* (Klepáčková, Tomka, 2025). Spolu s aktivní účastí na Brněnských onkologických dnech 2024 a 2025 byly články výstupem projektu a na dílčí zjištění dále navázal výzkum v této práci. Průběh zpracování projektu posílil moji motivaci věnovat se problematice i nadále a také pomohl v upřesnění a lepším metodologickém uchopení výzkumu v diplomové práci.

Do současného rámce poznatků k dané problematice zapadají zjištění této práce, společně s poznatky získanými v průběhu realizace projektu Studentské grantové soutěže, především potvrzením, že prožívání ztráty zdraví u onkologických pacientů představuje komplexní a dynamický proces. Zahrnuje nejen fyzické obtíže spojené s nemocí a léčbou, ale má také hluboké psychické a sociální dopady v průběhu celé trajektorie onemocnění včetně rekonvalescence. Ztráta zdraví byla vnímána nejen jako biologická změna, ale i jako symbolická ztráta jistot, nezávislosti a kontroly nad vlastním životem.

Je důležité poznamenat, že výsledky této práce zároveň ukazují potřebu přesnějšího vymezení dvou rovin, které se v teoretické části i v narrativech participantek místy prolínají – konkrétních objektivních změn spojených s nemocí a subjektivního prožívání těchto změn. Během zpracování dat bylo zřejmé, že stejné faktické ztráty (např. ztráta fyzických funkcí, narušení sociální role či nejistota prognózy) mohou mít odlišný význam v závislosti na osobních interpretacích, existenciálních souvislostech i na tom, jaké strategie zvládání pacientky aktuálně využívají.

Vyplynula tak potřeba nevměštnávat strategie zvládání přímo mezi definice ztrát, ale pracovat s nimi jako s navazující rovinou – tedy jako s odpovědí na ztrátu, nikoli jako s její součástí. Lze ji schematicky vyjádřit jako linii: **objektivní ztráta → subjektivní význam → strategie zvládání (reakce na ztrátu)**.

Interpretace originálních zjištění v kontextu dosavadního poznání

Kumulované ztráty, body zvýšené zranitelnosti a paradoxní zranitelnost

Výpovědi participantek ukázaly, že ztráta zdraví představuje pouze počáteční krok v mnohem širším procesu změn, které onkologické onemocnění přináší. V průběhu léčby a rekonvalescence se ztráty různých typů postupně kumulují a zasahují více oblastí života současně. Týkají se

fyzického fungování, psychického stavu, nezávislosti, sociálních rolí, pracovního uplatnění, finanční stability, životního prostředí i spirituální oblasti. Tyto výsledky korespondují se studiemi dalších autorů, kteří používají pro popis stejného fenoménu termíny mnohonásobné ztráty – v oblastech fyzické funkce, autonomie, sociálních rolí, finanční stability a budoucích plánů (např. Gökler-Danışman et al., 2017; Ann-Yi, Bruera, 2022 nebo specificky u seniorů popisuje fenomén např. Kane, 1991), paralelní ztráty nebo řetěz ztrát (Milic et al., 2025). Autoři Hullmann et al. (2015) popisují tzv. „cumulative losses model“ (model kumulovaných ztrát), koncept, který popisuje, jak opakované a kumulované ztráty (zdraví, funkce, sociální role) ovlivňují motivaci, cíle a priority pacienta. Obdobně se tématu věnovali Lang-Rollin a Berberich (2018), jejichž poznatky popisují onkologické onemocnění jako „multidimenzionální stresor“, který generuje ztráty současně v několika doménách, resp. zasahuje více oblastí života (tělesný stav, emoční fungování, rodinu, práci, sexualitu).

Kumulované ztráty se u participantek lišily délkou trvání i závažností, vždy však vykazovaly silnou provázanost. Změny v jedné oblasti vyvolávaly další dopady v jiných dimenzích života a vedly k postupnému vyčerpávání osobních zdrojů. Pacientky popisovaly narušení tělesné integrity, sebeobrazu, soběstačnosti, sociální zakotvenosti i základních jistot. Součástí jejich prožívání byl také anticipační zármutek spojený se ztrátami, které teprve hrozily, zejména při nejistém vývoji onemocnění nebo při rozhodování o dalším postupu léčby. Přestože mnohé ztráty racionálně přijímaly jako přirozený důsledek terapie, nepřinášelo to oslabení jejich emočního dopadu – často se objevovaly pocity studu, viny, selhání a snaha chránit blízké i za cenu potlačení vlastních potřeb.

V průběhu trajektorie onemocnění bylo možné identifikovat období, kdy se pacientky stávaly výrazně zranitelnějšími vůči psychické, sociální nebo existenciální zátěži. Tyto **body zvýšené zranitelnosti** byly časově omezené, ale intenzivní. Docházelo v nich ke kumulaci více typů ztrát, často v situaci již oslabených vnitřních i vnějších zdrojů podpory. Nejednalo se o patologii, ale o přirozenou reakci na extrémní zatížení, která mohla zásadním způsobem ovlivnit schopnost adaptace.

Body zvýšené zranitelnosti se nejčastěji objevovaly:

- po sdělení diagnózy,
- při neúčinnosti či změně léčby,
- při konfrontaci s trvalými následky onemocnění,
- při pokračujících či nových ztrátách,
- při nejistotě kolem invalidního důchodu,
- při rozpadu partnerských vztahů nebo nestabilním rodinném zázemí,
- při náhlém omezení aktivního životního stylu,
- při nemožnosti být přítomen blízkým v důležitých životních situacích,
- při ukončení léčby a návratu do běžného života.

V těchto obdobích se zvyšovalo riziko maladaptivních forem zvládání, zhoršení psychického stavu i citlivost na projevy stigmatizace. Současně se však ukázalo, že právě v těchto chvílích bývaly pacientky nejotevřenější odborné i neformální podpoře. To zdůrazňuje praktický význam včasného rozpoznání těchto momentů – představují klíčový prostor pro preventivní a podpůrné intervence.

V rámci výzkumného souboru se objevoval také fenomén **paradoxní zranitelnosti**. Jedná se o situace, v nichž se současně projevuje slabost i síla: navenek mohou pacientky působit stabilně, odhodlaně nebo vyrovnaně, zatímco vnitřně prožívají nejistotu, strach či vyčerpání. Tyto momenty přinášely silné uvědomění křehkosti, závislosti na druhých a vlastní konečnosti, ale zároveň probouzely nové zdroje odvahy, autenticity a smyslu. Pacientky je popisovaly jako zvláštní kombinaci úlevy a úzkosti, vděčnosti a smutku, síly a bezmoci. V praxi se tak paradoxní zranitelnost stává okamžikem, kdy se otevírá prostor nejen pro hlubší krizi, ale i pro výrazný posun směrem k osobnímu růstu. „Paradoxní zranitelnost“ není v odborných zdrojích ustáleným pojmem, existuje však množství poznatků k popisu paradoxu síly/vulnerability. O koexistenci zranitelnosti (vulnerability) a odolnosti (resilience) u onkologických pacientů hovoří například studie autorů Michael et al. (2022). Starší práce z roku 2014 (Leal et al.) přináší zjištění, že zkušenosti a prožívání onkologických pacientů v průběhu trajektorie onemocnění, ve všech životních doménách, mohou být často paradoxní, což je důležitá charakteristika v kontextu potřebných a poskytovaných intervencí ve vztahu k léčbě, plánu péče a podpory.

Sloučená zjištění ukazují, že kumulované ztráty, body zvýšené zranitelnosti a paradoxní zranitelnost nejsou oddělené jevy, ale vzájemně se doplňující prvky dynamického procesu. Společně vytvářejí ucelený rámec pro pochopení psychického prožívání onkologických pacientů a mohou sloužit jako praktický podklad pro cílené psychosociální intervence, prevenci krizových stavů i pro podporu procesů resilience a adaptace.

Jako **body pozitivního obratu** bylo ve výzkumném souboru možné identifikovat momenty, kdy došlo u participantek ke stabilizaci zdravotního stavu, při znovuzískání pocitu kontroly nad vlastním životem, nalezení nového smyslu, nalezení nové možnosti seberealizace, překonání určitého milníku, obnovení životní rovnováhy nebo po získání sociální a psychologické podpory. Více participantek v této souvislosti popisovalo, že takovým momentem pro ně byl okamžik dodání naděje, kdy jim někdo dal najevo, že v ně (a jejich uzdravení) věří.

Význam psychopodporující a psychotraumatizující komunikace

Při analýze a interpretaci výzkumných dat byla pozornost zaměřena také na to, zda lze najít společný faktor, který se vztahuje k bodům zvýšené zranitelnosti a k následným pozitivním obrátům v prožívání participantek. Z jejich výpovědí vyplynulo, že klíčovou roli v těchto situacích sehrával způsob komunikace ze strany odborníků, blízkých osob i širšího sociálního okolí. Ten se výrazně lišil podle toho, zda šlo o komunikaci psychopodporující, nebo psychotraumatizující.

Získaná data potvrzují teoretický předpoklad, že autentický zájem, empatie a citlivý způsob komunikace mohou významně ovlivnit prožívání a celkový stav onkologických pacientů, včetně snížení rizika existenciálního distresu a krizových stavů. **Podpůrná komunikace** zmírňuje psychickou zátěž i v situacích, kdy je nutné sdělovat závažné či nepříznivé informace. Některé participantky popsaly, že jediná empatická věta – například ujištění o víře v jejich sílu či schopnost zvládnout nemoc – pro ně představovala zásadní zdroj naděje a stability, z něhož

čerpaly i s odstupem času. V kontextu trajektorie onemocnění vnímaly tyto momenty jako skutečné body obratu.

Současně se ukázalo, že **psychotraumatizující komunikace** v obdobích zvýšené zranitelnosti může mít dlouhodobě negativní dopady. Typickým příkladem byla zkušenost participantky, které byla nepříznivá prognóza sdělena necitlivým způsobem v době rozpadu partnerského vztahu. Kombinace těchto stresorů prohloubila existenciální krizi a vedla k přechodu k méně adaptivním formám zvládání. Naopak tam, kde byla zvýšená zranitelnost doprovázena podporující a empatickou komunikací, se krizová situace stala podnětem k pozitivnímu obratu a iniciovala proces růstu. Tento kontrast podtrhuje zásadní význam mezilidské interakce a kvality komunikace pro zvládání nemoci.

Výsledky jsou v souladu se závěry studií, podle nichž může způsob komunikace odborníka s pacientem zásadně ovlivnit jeho psychický stav, motivaci ke spolupráci i celkovou adaptaci na onemocnění. Necitlivé sdělování diagnózy, bagatelizace či odmítání emocí nebo chladný přístup prohlubují stres, úzkost a pocit bezmoci a mohou narušit důvěru ve vztahu s odborníkem. Naopak psychopodporující komunikace vytváří bezpečné prostředí, posiluje pocit přijetí, kompetence a naděje a významně přispívá k adaptivnímu zvládání zátěžových situací.

Na **problematiku trauma-informované a retraumatizující onkologické péče** upozorňují například Archer-Nanda a Dwyer (2024); Davidson et al. (2022) popisují konkrétní komunikační a organizační postupy, které snižují riziko retraumatizace (zejména empatii, předvídatelnost a možnost volby). Další autoři se věnují sdělování nepříznivých zpráv v onkologii a potvrzují, že klíčovou roli hraje styl komunikace, nikoli pouze obsah sdělení (Tranberg et al., 2024; Slováček et al., 2008; Kalvodová et al., 2010; Rubešová et al., 2017; Song et al., 2022; Stiefel et al., 2024). Jak shrnují Adam et al. (2022:108): **„Lékař, který vnímá a chápe emoce pacienta, který má zájem a starost o pacienta, pozitivně ovlivňuje výsledek léčby... Slovo empatického lékaře je tou přidanou hodnotou, která posiluje účinek použité léčby.“**

Norton et al. (2005), Manne et al. (2016) či Seabri et al. (2021) upozorňují také na **dopady nesupportivních reakcí blízkých** – zejména bagatelizace, kritiky, vyhýbání se tématu či odmítání emocí. Stejně prvky popisovaly ve svých výpovědích i participantky této práce v různých vztahových kontextech. Celkově lze říct, že kvalita komunikace a dostupnost psychosociální podpory představují zásadní faktory ovlivňující adaptaci na nemoc, schopnost zvládat kumulované ztráty i celkový psychický stav onkologických pacientů. Citlivá komunikace tak není pouze doplňkem léčby, ale přímým nástrojem podpory v klíčových okamžicích trajektorie onemocnění.

Využití odborné podpory v oblasti péče o duševní zdraví

Další velmi důležité téma představovalo dle výpovědí participantek **využití odborné podpory v oblasti péče o duševní zdraví**, které se shoduje se závěry dalších autorů (např. Schuit et al., 2021; Aburizik et al., 2023; Bergerot et al., 2024). Ti se věnovali zájmu onkologických pacientů o psychologickou/psychiatrickou pomoc, bariérám při vyhledání a přijetí podpory (stigma, stud, pocit selhání, předsudky, dostupnost) nebo významu **snadné dostupnosti služby přímo v onkologickém zařízení** (screening distresu, aktivní nabídka, doporučení lékařem, přítomnost psychoonkologa na místě), což je přesně v souladu se zjištěními výzkumu v rámci této práce.

Všechny participantky projevily o odbornou podporu v oblasti duševního zdraví zájem, samotné rozhodnutí ji vyhledat však pro některé z nich nebylo jednoduché. Bariéru představovaly zejména stigma, předsudky, pocity studu a obavy ze selhání, významnou roli hrála i dostupnost péče. Za klíčový moment v rozhodovacím procesu považovaly snadnou dostupnost psychologické služby přímo v prostředí zdravotnického zařízení – například prostřednictvím informací od lékaře, materiálů v čekárně nebo aktivní nabídky ze strany personálu. Pokud nemusely možnost psychologické podpory složitě vyhledávat a žádat, výrazně se zvyšovala pravděpodobnost, že ji skutečně využijí. Za zásadní participantky označovaly také způsob, jakým jim byla péče nabízena: jako běžná, standardní součást komplexní onkologické léčby, nikoli jako „něco navíc“ určeného pro slabé nebo nevládající pacienty.

Zajímavým je zjištění, že tři čtvrtiny participantek poprvé využily formu odborné pomoci v oblasti péče o duševní zdraví brzy po stanovení diagnózy a zahájení léčby (nejčastěji v řádu týdnů, maximálně několika prvních měsíců). Rozsah využívané péče se mezi participantkami výrazně lišil – u některých se jednalo o jednorázovou intervenci, většina využívala dlouhodobější, pravidelnou (onko)psychologickou péči. Převažovala individuální forma, méně časté (a vždy souběžně s individuálními intervencemi) bylo zapojení do skupinové formy (podpůrné skupiny pro onkologické pacienty). Některé participantky popisovaly také model podpory, kdy po intenzivnějším počátečním období následovala možnost využít konzultace podle aktuální situace a potřeby. V těchto případech bylo patrné, že již vědomí této možnosti a dostupnosti pro ně představovalo výrazně pozitivní prvek. Vnímaly ho jako zdroj podpory, který je posiloval, aniž by ho skutečně využily. Několik participantek zmínilo, že po určitém čase v psychologické péči byly dále i v péči psychiatra.

Častá byla ve výzkumném souboru zkušenost, kdy je individuální psychologická nebo psychiatrická péče doplněna souběžně či následně aktivitami v rámci patientských skupin. Ani v jednom případě participantky nehodnotily rozhodnutí využít podporu v oblasti péče o duševní zdraví negativně. Naopak pro ně byla tato zkušenost klíčovým pozitivním faktorem ve vztahu k prožívání nemoci v průběhu celé trajektorie a s pozitivním dopadem na celkovou kvalitu života jejich i blízkých. Zajímavým a opakovaně se vyskytujícím zjištěním bylo, že (onko)psychologická péče byla participantkami vnímána nejen jako **prostředek pomoci sobě samým, ale také jako způsob, jak chránit své blízké**. Potřebovaly mít prostor, kde mohly otevřeně sdílet i ty nejtěžší a nejbolestnější zkušenosti, které před svým okolím záměrně zadržovaly – aby druhým neublížovaly sdílením vlastní bolesti a ušetřily je její tíhy.

Strategie zvládání nemoci

Výsledky ukázaly, že strategie zvládání nemoci u participantek byly výrazně ovlivněny kumulovanými ztrátami, průběhem onemocnění a dostupností sociální a odborné podpory. Převládaly adaptivní způsoby zvládání, zejména aktivní vyhledávání informací, využívání odborné psychologické či psychiatrické péče, sdílení zkušeností v rámci patientských skupin a orientace na praktické úkoly spojené s léčbou. Významnou roli sehrávala i snaha udržet každodenní rutinu, kontakt s blízkými a zapojení do aktivit, které posilovaly pocit kontroly, smysluplnosti a kompetence.

Specifickým prvkem byla strategie „chránit druhé“, která se projevovala potlačováním či filtrováním vlastních emocí, aby nedocházelo k nadměrné zátěži rodiny či přátel. Tato strategie

měla ambivalentní charakter – na jedné straně posilovala pocit odpovědnosti a zachovávala pozitivní vztahové vazby, na straně druhé však vedla k vyšší míře vnitřního napětí a osamělosti. U části participantek se objevovaly i strategie zaměřené na přehodnocení životních priorit, intenzivnější prožívání přítomného okamžiku či hledání nových zdrojů smyslu.

Maladaptivní strategie byly popsány méně často a zpravidla v obdobích zvýšené zranitelnosti. Patřily mezi ně tendence k ústupu ze sociálních vztahů, vyhýbání se tématu onemocnění, sebeobviňování či nadměrná sebekontrola, která sice krátkodobě snižovala úzkost, ale dlouhodobě vedla k vyčerpání a prohlubování psychické zátěže. Zjištění potvrzují, že volba strategií zvládání nebyla statická, ale proměňovala se v čase v závislosti na fázi trajektorie onemocnění a na míře dostupných vnitřních i vnějších zdrojů. Ukazují také, že cílená psychosociální podpora může přispívat k posunu od méně funkčních ke zdravějším a adaptivnějším způsobům zvládání, což má potenciál významně ovlivnit celkové prožívání nemoci i kvalitu života pacientů.

Srovnání s jinými studiemi a kvalifikačními pracemi

Zjištění této práce jsou v souladu s řadou autorů, kteří se věnují prožívání ztráty zdraví a psychosociálním aspektům onkologického onemocnění. Studie zdůrazňují, že zvládání ztráty zdraví úzce souvisí s volenými strategiemi zvládání, mírou sociální opory a specifiky daného onemocnění, přičemž emoční stres, úzkost či depresivita jsou výrazně ovlivněny interpretací vlastní situace a kvalitou psychosociální péče. Výzkumy také poukazují na význam rutinního screeningu psychické zátěže, destigmatizace psychologické podpory a její snadné dostupnosti přímo v rámci onkologického zařízení. Objevují se i pocity viny, studu a bezmoci v souvislosti se závislostí na péči druhých – motivy, které se výrazně objevily i u participantek této studie.

Podobné závěry lze najít také v kvalifikačních pracích zaměřených na pacientky s karcinomem prsu. Práce Bártové (2018) upozorňuje na nejistotu a ohrožení v rané fázi onemocnění i na význam citlivého sdělování diagnózy. Studie Zbiňovské (2023) potvrzuje přínos kreativních aktivit pro psychickou stabilizaci, zejména v komunitním prostředí, a odpovídá tak zjištěním o užitečnosti aktivit, které posilují pocit smyslu, svobody a energie. Disertační práce Krasné (2019) zdůrazňuje význam sociální opory a zvýšené obavy mladších žen v souvislosti s péčí o děti a komunikací diagnózy v rodině, což se objevovalo i v tomto výzkumném souboru. Suárez (2021) popisuje dopad onemocnění na identitu, pracovní roli i sebevnímání a potvrzuje význam podpůrné komunikace lékaře – tento závěr se plně shoduje se zjištěními této práce.

Zajímavé jsou i rozdíly oproti některým zahraničním studiím. Například italská IPA studie Facchini et al. (2021), zaměřená na ženy diagnostikované během těhotenství, ukazuje výraznější roli spirituality a odlišné prožívání některých fyzických ztrát (např. ztráty vlasů). Tyto rozdíly mohou souviset s kulturním kontextem, specifiky zdravotního systému či se složením výzkumného souboru.

Celkově se poznatky získané výzkumem v této práci, i dílčí z projektu Studentské grantové soutěže, až v překvapivé míře shodují s ostatními autory, kteří se problematice výzkumně věnovali. Lze se domnívat, že důvodem je totožná podstata lidských potřeb a prožívání, jak je kromě Maslowovy hierarchie potřeb (Maslow, 1943) formulováno například v teorii ERG (Existence, Relatedness, Growth) Claytona Paula Alderfera (Alderfer, 1969) nebo v modelu „základních lidských potřeb“ Manfreda Max-Neefa (Max-Neef, 1991).

Přínos práce

Poznatky získané v rámci této práce mohou **obohatit současné poznání** v oblasti české psychosociální péče v onkologii a být přínosné zejména pro zdravotně-sociální pracovníky, psychology, psychoonkology, duchovní, vedoucí členy patientských organizací, dobrovolníky a další členy multidisciplinárních týmů. Konkrétním přínosem jsou zejména zjištění poukazující na často přehlíženou problematiku osamělosti onkologických pacientů; na bolest spojenou s pokračujícími ztrátami, nenaplněnými nadějemi a očekáváními u pacientů v remisi, stejně jako na hloubku a dopad prožívání úmrtí jiných pacientů – mnohdy v intenzitě srovnatelné se ztrátou blízké osoby, které jedinec čelí i několikrát za rok.

Originalita práce spočívá mimo jiné v detailnějším zaměření na identifikaci onkologických pacientů zvláště ohrožených rozvojem závažných psychosociálních stavů v důsledku kumulace ztrát a celkové psychosociální zátěže. Za přínos lze rovněž považovat identifikaci subtematu prožívání snahy chránit druhé. Zjištění týkající se motivace a úsilí pacientů chránit své blízké, stejně jako způsobu, jakým vnímají dopad své ztráty zdraví na druhé, může přispět k rozvoji cílených forem psychosociální podpory a inspirovat další výzkum v této oblasti.

K poznatkům, které mohou být přínosem, lze řadit také zjištění, že ztráta zdraví je v počáteční fázi často vnímána jako dočasný, časově ohraničený stav. To následně prohlubuje bolestnost konfrontace s dlouhodobými následky onemocnění a pokračujícími ztrátami v období remise a rekonvalescence. Práce nabízí i hlubší porozumění významu peer podpory v onkologii realizované zejména v rámci patientských organizací a rovinám, ve kterých je tato forma podpory pacientům z jejich pohledu přínosná.

Limity výzkumu a reflexe role výzkumnice

Tento výzkum má několik limitů, které je nutné zohlednit při interpretaci výsledků. Nejvýznamnějším z nich je složení výzkumného souboru a způsob, jakým byly participantky do studie zařazeny. Všechny se zapojily dobrovolně, s výraznou motivací sdílet svou zkušenost a podpořit další pacienty. Současně byly aktivní v patientských skupinách a využívaly odbornou podporu v oblasti duševního zdraví. Tyto charakteristiky mohly ovlivnit jejich náhled na nemoc, převážně adaptivní způsoby zvládání i způsob, jakým se v průběhu nemoci seberealizovaly. Lze předpokládat, že při odlišném složení souboru – například při náhodném výběru, homogennější skupině podle fáze trajektorie, diagnózy či věku – by se některé výpovědi mohly lišit. Výsledky ovlivňuje také skutečnost, že žádná z participantek nebyla nově diagnostikovaná, na začátku léčby, hospitalizovaná ani v akutní psychické krizi, a že všechny pocházely z jednoho regionu.

Metoda interpretativní fenomenologické analýzy je navíc ze své podstaty určena k porozumění individuální zkušenosti, nikoli k formulaci zobecnitelných závěrů. Pracuje s malým souborem a výsledky jsou vždy ovlivněny perspektivou výzkumníka a jeho reflexivitou. V této práci měla specifický dopad i role autorky – současně výzkumnice a onkologické pacientky. **Dvojitá role (výzkumník a pacient)** sebou zároveň nesla limity a rizika, kterým bylo třeba věnovat zvýšenou pozornost. Usnadnila budování důvěry, otevřenost participantek i hloubku sdílených témat, současně však nesla rizika projekce, selektivního vnímání a ztíženého udržení kritického odstupu. Z těchto důvodů například nebyla do výzkumného souboru zařazena pacientka, jejíž zkušenosti vzhledem k charakteru a průběhu onemocnění, společně s ochotou a schopností popisovat

prožívání, mohly být pro výzkum mimořádně výtěžné, zachování etických zásad a postupů však bylo prioritou.

Pozornost byla věnována také jasnému vymezení role výzkumníka a péče s ohledem na možnou aktivaci vlastních traumat nebo úzkosti. Nástroji bylo pečlivé vedení výzkumného deníku, každodenní reflexe a sebereflexe, pravidelná psychohygiena a opakované konzultace s několika odborníky.

Kvalita výsledků byla dále ovlivněna také kontextem sběru dat. Rozhovory probíhaly převážně jednorázově, pouze u části participantek byl realizován druhý doplňující rozhovor. Delší období sledování či průběžné rozhovory napříč různými fázemi trajektorie onemocnění by mohly přinést komplexnější a dynamičtější data.

2.6 Návrhy a doporučení pro praxi

V procesu prožívání a zvládání ztráty zdraví potřebují onkologičtí pacienti individuálně přizpůsobenou míru odborné i laické podpory. Ta by měla zohledňovat charakter a prognózu onemocnění, kvalitu sociálního zázemí, dostupné vnitřní i vnější zdroje, osobnostní předpoklady a současně uplatňované i dříve osvojené strategie zvládání zátěže.

Za perspektivní oblast výzkumu lze považovat systematické mapování kumulovaných ztrát napříč celou trajektorií onemocnění, včetně období remise, kdy zůstávají méně viditelné, ale mají významný dopad na fungování i kvalitu života. Pro komplexnější porozumění by bylo vhodné kombinovat kvalitativní a kvantitativní metody (např. IPA a škály PROMIS) a testovat specifické hypotézy týkající se rozdílů mezi skupinami pacientů nebo dopadu opakovaného setkávání s úmrtím spolupacientů. Pozornost si zasluhují i pacienti, kteří odbornou psychologickou podporu nevyužívají.

Pro praxi by bylo přínosné vytvořit standardizované materiály pro oblast peer podpory, v návaznosti na výsledky projektu SGS se nabízí také hlubší zkoumání faktorů, které ovlivňují volbu adaptivních či maladaptivních strategií zvládání, a lepší pochopení mechanismů zvýšené zranitelnosti pacientů i jejich blízkých.

Konkrétní doporučení

Systematické zakotvení psychosociální podpory do onkologické péče

Psychosociální podpora v onkologii by byla vhodná jako standardní a očekávaná součást péče, nikoliv pouze jako doplňková služba. Výpovědi participantek ukázaly, že stigma, stud či obavy z „osobního selhání“ mohou oddalovat nebo zcela zabránit vyhledání potřebné pomoci. Je proto žádoucí prezentovat psychosociální podporu mezi odbornou i laickou veřejností jako běžnou, integrální součást léčby. Každá pacientka by měla být již při vstupu do léčby automaticky informována o možnostech podpory, nikoli až při výskytu zjevných potíží.

Screening sekundárních ztrát

Zařazení systematického screeningu sekundárních ztrát do psychosociální péče umožňuje včas zachytit pacienty (a jejich blízké), kteří jsou ohroženi jejich dopadem nebo nemají dostatek zdrojů k jejich zvládání. To umožňuje zahájit co nejčasnější, individuálně přizpůsobené intervence a předcházet tak rozvoji závažnějších psychosociálních obtíží.

Identifikace pacientů ohrožených vyšší mírou sekundární zátěže

Z hlediska praxe je zásadní včasná identifikace pacientů, kteří jsou ohroženi vyšší mírou sekundární zátěže a vyžadují intenzivnější či specificky zaměřenou podporu. Taková identifikace umožňuje efektivně plánovat individualizované intervence a předcházet rozvoji závažných psychosociálních stavů, včetně existenciálního distresu.

Cílená podpora pacientů s premorbidním duševním onemocněním

Onkologická psychosociální péče by měla být koncipována tak, aby byla schopna citlivě a kompetentně podpořit pacienty s premorbidním duševním onemocněním, včetně PTSD. Intervence by měly být přizpůsobeny jejich specifické zranitelnosti a průběhu nemoci.

Vytvoření a ověření „indexu kumulované sekundární zátěže“

Z výzkumného i aplikačního hlediska lze doporučit vytvoření a pilotní ověření „indexu kumulované sekundární zátěže onkologických pacientů“. Tento nástroj by sloužil jako standardizovaný prostředek pro hodnocení rozsahu, závažnosti a dopadů sekundárních ztrát. Jeho implementace do systému multidisciplinární péče by umožnila zavedení pravidelných „checkpointů“ v průběhu léčby, rekonvalescence i dlouhodobého sledování. Tyto kontrolní body by měly být spojeny s hodnocením standardizovaných kategorií (např. fyzická funkčnost, psychická zátěž, sociální podpora, existenciální rovina) a s jasně definovanou metodikou dalšího postupu podle míry rizika. Tento přístup by podpořil včasnou detekci kumulované zátěže a zefektivnil plánování personalizované a preventivně orientované péče.

(toto doporučení vychází ze závěru pilotní studie realizované v rámci Studentské grantové soutěže a z publikovaného výstupu, Klepáčková, Tomka, 2025)

Práce s „body zvýšené zranitelnosti“ a „body pozitivního obrátu“

Důležitou součástí klinického hodnocení by měla být systematická identifikace „bodů zvýšené zranitelnosti“, tedy fází, událostí či situací, které jsou spojeny s vyšším rizikem destabilizace psychické kondice. Mezi nejrizikovější patří sdělení diagnózy, čekání na výsledky, začátek léčby, recidiva, přechod z aktivní léčby do sledování a úmrtí spolupacientů.

Stejně významná je identifikace „bodů pozitivního obrátu“, které mohou aktivovat adaptivní strategie zvládání a posilovat psychickou odolnost (např. první známky účinné léčby, získaná sociální opora, osobní reflexe). Včasné zachycení obou typů bodů umožňuje plánovat a poskytovat dynamicky přizpůsobenou, individualizovanou péči.

Za přínosné lze považovat také vytvoření metodiky identifikace těchto bodů a její systematické začlenění do praxe multidisciplinárních týmů. Současně existuje prostor pro posílení znalostí odborníků v oblasti psychotraumatizující a psychopodporující komunikace.

Podpora pacientek ohrožených nebo již traumatizovaných násilím v blízkých vztazích

V rámci komplexní onkologické péče je zásadní systematicky identifikovat a cíleně podporovat pacientky, které přicházejí do léčby s nefunkčním či chybějícím sociálním zázemím, zkušeností s traumatizací v blízkých vztazích nebo aktuálně žijí v prostředí domácího násilí. Za účelné lze považovat vypracování a implementaci postupů, jež umožní multidisciplinárním týmům tato rizika včas rozpoznat a koordinovaně na ně reagovat.

Součástí této metodiky by mělo být:

- **rutinní a citlivé zjišťování informací o kvalitě rodinného a partnerského prostředí**, s využitím krátkých screeningových otázek integrovaných do psychosociálního hodnocení;
- **jasně definovaný postup pro situace, kdy je odhaleno riziko domácího násilí, zanedbávání či vleklé traumatizace**, včetně způsobu komunikace, bezpečnostního plánování a zajištění návazné odborné pomoci;
- **zajištění přímé návaznosti na sociální služby, poradny pro oběti násilí a krizovou intervenci**, s nimiž multidisciplinární tým aktivně spolupracuje;

- **umožnění častějších konzultací s psychoonkologem či klinickým psychologem** u pacientek se zvýšenou zranitelností, a to bez nutnosti vlastního iniciování ze strany pacientky – aktivně tuto formu podpory nabídnout, pacientky podpořit v jejím využití
- **proškolení členů multidisciplinárního týmu** v rozpoznávání signálů domácího násilí, sekundární traumatizace či vztahového stresu, který může významně zhoršovat zvládání léčby.

Cílené začlenění této podpory do onkologické péče může významně snížit riziko psychické destabilizace u pacientek bez bezpečného sociálního zázemí a zároveň přispět k jejich větší stabilitě a bezpečí během léčby i v období po jejím ukončení.

Cílená podpora pacientek se zkušeností sexuálního násilí (včetně sexuálního zneužívání v dětství)

U onkologických pacientek se zkušeností se sexuálním násilím v dětství i dospělosti je vhodné zavést systematický trauma-informovaný přístup, jehož cílem je minimalizovat riziko retraumatizace a zároveň podpořit včasný přístup k diagnostice a léčbě. Výzkumy (např. Schnur et al., 2017; Leite et al., 2017; Marshall et al., 2023; Pettitt et al., 2025) ukazují, že tato skupina žen se často vyhýbá preventivním i diagnostickým vyšetřením, zejména gynekologickým, z důvodu studu, strachu z invazivních výkonů, pocitu ztráty kontroly či obav z fyzického kontaktu; to může vést k pozdějším záchytům závažných onemocnění a horším výsledkům léčby. Pro klinickou praxi je proto zásadní zajistit předvídatelnost všech postupů, jasné a srozumitelné vysvětlení každého kroku, možnost voleb během vyšetření a výkonů (např. volba polohy, přítomnost doprovodu), respekt k hranicím pacientky a průběžnou kontrolu míry bezpečí a komfortu.

Členové multidisciplinárních týmů by měli být proškoleni v rozpoznávání typických spouštěčů (gynekologická poloha, palpce prsu, nutnost svléknout se, omezení pohybu, celková anestezie), protože právě tyto situace mohou vyvolat flashbacky, disociaci či panické reakce a vést k přerušování nebo odmítání léčby. Významné je rovněž aktivní nabízení psychologické či specializované terapeutické podpory již při vstupu do péče – nikoli až v situaci akutních potíží. Praktickým přínosem může být i zavedení peer podpory vedené ženami, které mají vlastní zkušenost s onkologickou léčbou i zpracováním traumatu, protože právě tato forma podpory snižuje pocit osamělosti, normalizuje prožívání a usnadňuje překonání vyhýbavého chování. Kombinace odborných intervencí a bezpečného, trauma-informovaného prostředí přispívá k větší adherenci, stabilnějšímu psychickému stavu a celkově kvalitnějšímu průběhu péče u této vysoce zranitelné skupiny pacientek.

3 Závěr

Ztráta zdraví v souvislosti s onkologickým onemocněním představuje událost, která hluboce zasahuje do života člověka ve všech jeho rovinách. Nemoc není pouze tělesným problémem, ale komplexní zkušeností, která zasahuje psychický stav, vztahy, každodenní fungování, životní hodnoty i vnímání vlastní identity. Výzkum ukazuje, že prožívání ztráty zdraví je dynamický a vysoce individuální proces, který zároveň vykazuje opakující se vzorce reakcí a strategií zvládání.

Výpovědi participantek dokládají, že okamžik diagnózy bývá spojen s výrazným psychickým zatížením, přerušením kontinuity dosavadního života a náhlou konfrontací s nejistotou. Ranou fází provází strach, dezorientace a snaha chránit své blízké. Již v tomto období se ukazuje význam osobnostních i sociálních zdrojů, které mohou proces adaptace usnadnit nebo naopak ztížit. Postupně se do popředí dostávají strategie zaměřené na obnovu kontroly – od nastavování hranic a vědomé sebepečce, přes regulaci sociálních kontaktů a čerpání opory, až po práci s emocemi a realistické přehodnocování životních priorit.

Jedním z klíčových zjištění výzkumu je skutečnost, že ztráta zdraví není jednorázovým momentem, ale procesem provázeným řadou dílčích, často kumulujících se ztrát. Ty se mohou týkat těla, rolí, vztahů, plánů i představ o budoucnosti. Průběh procesu je významně ovlivněn prognózou: zatímco pacientky v remisi se soustředí především na zvládání následků léčby a hledání cesty zpět k běžnému fungování, ženy s metastatickým onemocněním žijí v trvalé nejistotě a orientují se především na kvalitu přítomného času. Napříč oběma skupinami se opakovaně objevuje ambivalentní prožívání sociální opory, pocity osamělosti a také opakované konfrontace se ztrátou v podobě úmrtí spolupacientů, které bývají emočně mimořádně zatěžující.

Výsledky dále ukazují, že během léčby existují období zvýšené zranitelnosti, v nichž pacienti potřebují intenzivnější psychosociální podporu. Nepodchycení těchto momentů může prohloubit riziko závažných psychických stavů a negativně ovlivnit fyzickou kondici i samotný průběh léčby a rekonvalescence. Významnou roli v tomto procesu hrají nejen odborníci – sociální pracovníci, psychologové či zdravotníci – ale také rodina, přátelé a širší komunita. Pacientky deklarují zájem o odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví, zároveň však zdůrazňují potřebu, aby jim byla tato podpora nabízena aktivně, citlivě a bez stigmatizace.

Proces vyrovnávání se se ztrátou zdraví postupně směřuje k integraci – k přijetí nových limitů, k redefinici životních priorit a k hledání smyslu, který umožňuje nemoc začlenit do osobního příběhu. Jak ukázal tento výzkum, resilience nevzniká návratem k životu před onemocněním, ale budováním nové rovnováhy, v níž mohou vedle sebe existovat bolest i naděje, ztráta i růst, zranitelnost i síla. U mnoha participantek se objevuje hlubší reflexe hodnot, vztahů, sebe sama i času, který mají k dispozici. Zkušenost onemocnění se tak může stát impulsem k osobní transformaci, jež dává vzniknout novým formám autonomie, autenticity a životní moudrosti.

Získané poznatky mají zásadní význam pro praxi psychosociální péče. Ukazují, že kvalitní podpora onkologických pacientů musí překračovat čistě medicínskou rovinu a zahrnovat dimenzi psychologickou, sociální i existenciální. Porozumění subjektivním zkušenostem pacientů je klíčem k intervencím, které snižují zátěž, posilují zdroje a podporují stabilitu během léčby i po

jejím skončení. Výzkum zároveň otevírá prostor pro další zkoumání – zejména v oblasti dlouhodobého přežívání, potřeb specifických skupin pacientů a rozvoje nových forem podpůrné péče.

Práce tak nabízí nejen hlubší porozumění prožívání žen s onkologickou diagnózou, ale může také sloužit jako podklad pro rozvoj cílených psychosociálních intervencí, které lépe reagují na jejich skutečné potřeby. Získaná zjištění mohou být využita v klinické praxi i v oblasti sociální práce a přispět tak k citlivější, informovanější a celostní podpoře lidí žijících s onkologickým onemocněním.

Příběhy těchto žen současně ukazují, že i uprostřed nejistoty a ztrát může člověk nacházet nové zdroje síly a znovu utvářet svůj život. Přes všechny obtíže se potvrzuje, že život může nabýt nového tvaru – takového, který má svou kontinuitu, smysl, hodnotu i krásu.

Přílohy

Příloha 1: Otázky do rozhovoru

1. Co pro vás znamenala ztráta dosavadního zdraví?
2. Co vše je pro vás ztrátou v souvislosti s onemocněním?
3. Co jste prožívala/ prožíváte v souvislosti se ztrátou zdraví (a ztrátami, ke kterým ztráta zdraví vedla)? S jakými emocemi nebo myšlenkami máte toto prožívání spojené?
4. Jakou ztrátu/ztráty v souvislosti s onemocněním jste vnímala/vnímáte jako pro vás nejvýraznější nebo nejbolestnější? S jakým prožíváním je máte spojené?
5. Jakou událost nebo situaci v období léčby a rekonvalescence jste prožívala jako pro vás spojenou s největší ztrátou?
6. Jaké ztráty se v souvislosti s onemocněním nejvíce obáváte? (Je nějaká hrozící ztráta, které se v souvislosti s onemocněním obáváte? *ztráta, která by mohla nastat v budoucnu*)
7. Co vám pomáhalo/pomáhá se se ztrátou zdraví vyrovnat? Měnilo se to nějak v závislosti na konkrétní situaci nebo období léčby?
8. Máte někoho, kdo ví o všem, co pro vás ztráta zdraví znamená a co v souvislosti s ní prožíváte?
9. Jak jste se vyrovnával(a) se ztrátami před onemocněním?
10. Kdo a/nebo co pro vás bylo/je největším zdrojem podpory, který vám ztrátu zdraví pomohl / pomáhá zvládat?
11. Jaké aktivity vám pomáhají nebo pomáhaly se se ztrátou zdraví vyrovnat? Bylo/je něco specifického, co Vám pomáhalo / pomáhá?
12. Kdo nebo co vám při prožívání ztráty zdraví nejvíce dodávalo/dodává sílu a naději, nebo kdo nebo co vám je naopak bralo/bere?
13. Jakou roli pro vás má spiritualita v prožívání a zvládání ztráty zdraví?
14. Vnímáte ve ztrátě zdraví nějaký smysl?
15. Máte něco na co se těšit? Na co se těšíte nejvíce? Co vás drží, dodává vám sílu, naději...
16. Pokud jste byla během léčby nebo rekonvalescence v situaci, kdy jste se setkala se ztrátou některého ze spolupacientů, jak jste tuto ztrátu prožívala a zvládala?

Na závěr můžete doplnit cokoliv, co byste ráda zmínila.

Příloha 2: Vzor informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru

Pro diplomovou práci:

Prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných strategií zvládání nemoci

Autor práce (řešitel výzkumu): Bc. Olga Klepáčková

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je identifikovat prožívání ztráty u onkologických pacientů v kontextu uplatňovaných individuálních strategií zvládání nemoci. Výsledky výzkumu se mohou uplatnit nejen v oblasti přímé psychosociální péče, resp. zdravotně-sociální práce, ale také na poli vzdělávání a přípravy zejména zdravotně-sociálních a dalších nelékařských pracovníků. Výzkum je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Předpokládaná délka jednoho rozhovoru je do 60 minut.

Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte, prosím, podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumu: _____

V _____ dne: _____

Seznam použitých zdrojů

- ABURIZIK, Arwa**, Trisha L. RAQUE, Nathen SPITZ, Sarah L. MOTT, Aubrey MCENROE aj. Responding to distress in cancer care: Increasing access to psycho-oncology services through integrated collaborative care [online]. *Psycho-Oncology*. 2023, 32(11), 1675–1683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.6217> [cit. 2025-11-13].
- ADAM, R.**, R. NAIR, L. F. DUNCAN, E. YEOH, J. CHAN aj. Treatment burden in individuals living with and beyond cancer: A systematic review of qualitative literature [online]. *PLOS ONE*. 2023, 18(5). Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286308> [cit. 2025-01-23].
- ADAM, Z.**, J. KLIMEŠ a Z. BOLELOUCKÝ. Sociální a psychické vlivy na průběh nemoci. *Onkologie*. 2022, 16(Suppl. 8), 103–110. DOI: 10.36290/xon.2022.059.
- ALDERFER, Clayton P.** An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1969, 4(2), 142–175. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X).
- ALMEIDA, Margarida**, Catarina RAMOS, Laura MACIEL, Miguel BASTO-PEREIRA a Isabel LEAL. Meaning in life, meaning-making and posttraumatic growth in cancer patients: Systematic review and meta-analysis [online]. *Frontiers in Psychology*. 2022, 13. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.995981> [cit. 2025-11-09].
- ANGENENDT, G.**, U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010.
- ANN-YI, Sujin** a Eduardo BRUERA. Psychological Aspects of Care in Cancer Patients in the Last Weeks/Days of Life [online]. *Cancer Research and Treatment*. 2022, 54(3), 651–660. Dostupné z: <https://doi.org/10.4143/crt.2022.116> [cit. 2025-11-13].
- ARCHER-NANDA, Elizabeth** a Meagan DWYER. Trauma-Informed Care Addressing the Mental and Emotional Needs of Patients With Cancer [online]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2024, 28(4), 372–379. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/24.cjon.372-379> [cit. 2025-11-13].
- BÁRTOVÁ, Petra**. *Psychologické aspekty „illness behaviour“ u onkologických pacientů* [online]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2018. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/tt9ox/>.
- BAUM, Detlef** a Alice GOJOVÁ, ed. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.
- BENCOVÁ, V.**, V. BELLA a J. ŠVEC. Dynamika vývoja psychosociálnej záťaže prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka. *Klinická Onkologie*. 2011, 24(3), 203–208. DOI: 10.14735/amko2011203.
- BERGEROT, Cristiane D.**, Katherine M. McCARTHY, Brittany GORDON aj. Enhancing cancer supportive care: Integrating psychosocial support, nutrition, and physical activity into cancer care. *JCO Global Oncology*. 2024, 10, e2400333.
- BERGEROT, Cristiane Decat**, Errol J. PHILIP, Paulo Gustavo BERGEROT, Namrah SIDDIQ, Stacey TINIANOV aj. Fear of Cancer Recurrence or Progression [online]. *ASCO Educational Book*. 2022, 42, 18–27. Dostupné z: https://doi.org/10.1200/edbk_100031 [cit. 2025-10-10].
- BERGEROT, Cristiane Decat**, Wendy Wing Tak LAM, Dégi L. CSABA a Barry D. BULTZ. From Foundations to Innovation... [online]. *JCO Oncology Practice*. 2025. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/op-25-00602> [cit. 2025-10-25].

- BERGEROT, Cristiane**, David ROBINSON, Kelly DONOVAN aj. Global unmet psychosocial needs in cancer care. *EClinicalMedicine*. 2024, 63, 101458.
- BERGEROT, Cristiane**, Paul B. JACOBSEN, William E. ROSA, Wendy Wing Tak LAM, Jeff DUNN aj. Global unmet psychosocial needs in cancer care [online]. *EClinicalMedicine*. 2024, 78, 102942. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102942> [cit. 2025-10-15].
- BERGEROT, Cristiane**, Paulo Gustavo BERGEROT, Julia MAUÉS, Barbara SEGARRA-VAZQUEZ, Max Senna MANO aj. Is cancer back?—psychological issues faced by survivors of breast cancer [online]. *Annals of Palliative Medicine*. 2024, 13(5), 1229–1234. Dostupné z: <https://doi.org/10.21037/apm-24-54> [cit. 2025-11-11].
- BLINDER, V. S.** a F. M. GANY. Impact of Cancer on Employment [online]. *Journal of Clinical Oncology*. 2020, 38(4), 302–309. DOI: 10.1200/JCO.19.01856 [cit. 2025-03-16].
- BOELHOUWER, I. G.**, W. VERMEER a T. VAN VUUREN. Late effects of cancer (treatment) and work ability [online]. *BMC Public Health*. 2021, 21(1). DOI: 10.1186/s12889-021-11261-2 [cit. 2025-03-19].
- BOVERO, A.**, N. A. SEDGHI, R. BOTTO, C. TOSI, V. IERACI a R. TORTA. Dignity in cancer patients... *Palliative & Supportive Care*. 2018, 16(6), 648–655. DOI: 10.1017/S147895151700102X.
- BREDERECKE, Jan**, Anja HEISE, Tanja ZIMMERMANN a Carolyn J. HECKMAN. Body image in patients with different types of cancer [online]. *PLOS ONE*. 2021, 16(11). DOI: 10.1371/journal.pone.0260602 [cit. 2025-02-27].
- BULTZ, B. D.** a J. C. HOLLAND. Psychosocial oncology: The sixth vital sign. *Psycho-Oncology*. 2024, 33(4), 547–556. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.6281>.
- BULTZ, B. D.** a L. E. CARLSON. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*. 2005, 23(26), 6440–6441. DOI: 10.1200/JCO.2005.02.3259.
- BURY, Michael**. *The sociology of chronic illness*. 1982.
- BÜTTNER-TELEAGĂ, Antje**, Youn-Tae KIM, Tiziana OSEL a Knevinja RICHTER. Sleep Disorders in Cancer—A Systematic Review [online]. *IJERPH*. 2021, 18(21), 11696. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111696> [cit. 2025-10-12].
- CALDERON, Caterina**, Marina GUSTEMS, Rocio GALÁN-MORAL, Maria M. MUÑOZ-SÁNCHEZ, Lorena OSTIOS-GARCÍA aj. Fear of Recurrence in Advanced Cancer Patients [online]. *Cancers*. 2024, 16(5), 909. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers16050909> [cit. 2025-10-10].
- CARLSON, L. E.**, E. L. ZELINSKI, K. I. TOIVONEN, L. SUNDSTROM, Ch. T. JOBIN aj. Prevalence of psychosocial distress... [online]. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2019, 37(1), 5–21. DOI: 10.1080/07347332.2018.1521490 [cit. 2024-10-13].
- CARUSO, R.** a W. BREITBART. Mental health care in oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020, 29, e86. DOI: 10.1017/S2045796019000866.
- CARVER, Charles S.**, Michael F. SCHEIER a Jagdish K. WEINTRAUB. Assessing coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, 56(2), 267–283.
- CENTRUM AMELIE**. *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*. Praha, 2018.
- CORAZON, S. S.**, U. K. STIGSDOTTER a D. V. POULSEN. Nature-based interventions and mental health. *IJERPH*. 2023, 20(5), 3842. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053842>.
- CORBIN, Juliet** a Anselm STRAUSS. *Basics of Qualitative Research*. 1991.

CORMAN, Maya, Michaël DAMBRUN, Angeline GINZAC a Katell MÉNARD. Exploring the concept of Total Pain... [online]. *BMC Palliative Care*. 2025, 24(1). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01719-0> [cit. 2025-08-28].

COVRIG, Vlad Ioan, Diana Elena LAZĂR, Victor Vlad COSTAN, Roxana POSTOLICĂ a Beatrice Gabriela IOAN. The Psychosocial Role of Body Image... [online]. *Medicina*. 2021, 57(10). Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina57101078> [cit. 2025-03-05].

CVEK, J. a M. HALÁMKA. *Onkologie pro neonkology*. Praha: Grada, 2023.

ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučení pro psychosociální péči o onkologické pacienty*. Praha, 2023.

DAVIDSON, Cara A., Kelly KENNEDY a Kimberley T. JACKSON. Trauma-Informed Approaches... [online]. *Trauma, Violence & Abuse*. 2022, 24(5), 2983–2996. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/15248380221120836> [cit. 2025-11-13].

DI MATTEO, M. Robin, Heidi S. LEPPER a Thomas W. CROGHAN. Depression is a risk factor... *Archives of Internal Medicine*. 2000, 160(14), 2101–2107. DOI: 10.1001/archinte.160.14.2101.

DiMATTEO, M. Robin, Heidi S. LEPPER a Thomas W. CROGHAN. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*. 2000, 160(14), 2101–2107.

DUNKEL-SCHETTER, Christine, Lawrence G. FEINSTEIN, Shelley E. TAYLOR a Roberta L. FALKE. Patterns of coping with cancer [online]. *Health Psychology*. 1992, 11(2), 79–87. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.11.2.79> [cit. 2025-10-13].

DUNNE, Simon, Margaret FITCH a Cherith SEMPLE. Editorial: Body image following cancer treatment [online]. *Frontiers in Psychology*. 2022, 13. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1068977> [cit. 2025-02-27].

FACCHIN, Federica, Giovanna SCARFONE, Giancarlo TAMANZA, Silvia RAVANI, Federica FRANCINI aj. "Lights and Shadows"... [online]. *Frontiers in Psychology*. 2021, 12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620353> [cit. 2025-11-06].

FIMIANI, Ramona, Francesco GAZZILLO, Nino DAZZI a Marshall BUSH. Survivor guilt... [online]. *International Forum of Psychoanalysis*. 2022, 31(3), 176–190. DOI: 10.1080/0803706X.2021.1941246.

FINGERET, M. C., I. TEO a D. EPNER. Managing body image difficulties... [online]. *Cancer*. 2014, 120(5), 633–641. DOI: 10.1002/cncr.28469.

FOLKMAN, Susan a Steven GREER. Promoting psychological well-being in the face of serious illness. *Psycho-Oncology*. 2000, 9(1), 11–19.

FRANKL, Viktor E. *Man's Search for Meaning*. 1995.

FRIEDMAN, Elana, 2024. *Promoting Psychosocial Cancer Care on World Psycho-Oncology Day*. Cancer Network. Dostupné z: <https://www.cancernetwork.com/view/promoting-psychosocial-cancer-care-on-world-psycho-oncology-day>

GLASER, S., K. KNOWLES a P. DAMASKOS. Survivor guilt in cancer survivorship [online]. *Social Work in Health Care*. 2019, 58(8), 764–775. DOI: 10.1080/00981389.2019.1640337 [cit. 2024-12-26].

GÖKLER-DANIŞMAN, İlgin, Merve YALÇINAY-İNAN a İbrahim YIĞIT. Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness... [online]. *Journal of Psychosocial*

Oncology. 2017, 35(6), 776–796. ISSN 0734-7332. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1340389> [cit. 2025-11-13].

GOMAA, Sameh, AnaMaria LOPEZ, Rachel SLAMON, Rita SMITH, Edona TELUSHI, Emmanuel LAPITAN, Ginah NIGHTINGALE, Suzanne M. MILLER a Kuang-Yi WEN. The lived experience of patients with breast cancer on adjuvant endocrine therapy... *Supportive Care in Cancer*. 2023, 31(12), čl. 719. DOI: 10.1007/s00520-023-08170-y.

GRASSI, L., R. CARUSO, M. B. RIBA, M. LLOYD-WILLIAMS, D. KISSANE aj. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline [online]. *ESMO Open*. 2023, 8(2), 101155. ISSN 2059-7029. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155> [cit. 2025-10-19].

GREALLY, H., D. LOVE a L. MULLEN. *Hospital and Community-based Psychosocial Care for Patients with Cancer and Their Families: A Model of Care for Psycho-Oncology*. Dublin: National Cancer Control Programme, 2020.

GREER, Joseph A., Elsa POKRAYSKI, Elyse R. PARK, Steven A. SAFREN, William C. WADLAND a Yong K. KIM. Tailoring behavioral interventions to enhance adherence among cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2008, 26(15_suppl), 9514.

GREER, S. CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psycho-Oncology*. 2008, 17(2), 170–173. DOI: 10.1002/pon.1205.

GRISHAM, J. Guilt: A Lasting Side Effect for Cancer Survivors [online]. 2016. Dostupné z: <https://www.mskcc.org/news/guilt-lasting-side-effect-cancer-survivors> [cit. 2025-01-11].

GROV, Ellen Karine. The Cancer Trajectory — A Model of Phases [online]. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2014, 34(1), 46–47. ISSN 2057-1585. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/010740831403400111> [cit. 2025-01-06].

HACHMERIYAN, Mari, Mariya LEVKOVA, Dinnar YAHYA, Milena STOYANOVA a Eleonora DIMITROVA. Ethical and Psychosocial Issues Associated with Genetic Testing for Hereditary Tumor Predisposition Syndromes [online]. *Healthcare*. 2025, 13(8), 880. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare13080880> [cit. 2025-11-11].

HARRIS, Darcy. *Non-death Loss and Grief: Context and Clinical Implications*. New York: Routledge, 2019.

HELGESON, V. S. *Surviving Cancer: Challenges and Lessons Learned*. 2011.

HEUS, Eline, Jan Maarten ZWAN, Olga HUSSON, Anne-Roos FRISSEN, Carla M. L. HERPEN aj. Unmet supportive care needs of patients with rare cancer: A systematic review [online]. *European Journal of Cancer Care*. 2021, 30(6). ISSN 0961-5423. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ecc.13502> [cit. 2025-11-11].

HEUS, Eline, Kalinka VAN DE CAMP, Esmee DRIEHUIS, Jan Maarten VAN DER ZWAN, Carla M. L. VAN HERPEN aj. The solitary versus supported experience: Care inequality between rare and common cancer patients [online]. *Psycho-Oncology*. 2023, 32(11), 1667–1674. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.6216> [cit. 2025-11-11].

HJÖRLEIFSDÓTTIR, E. a G. Kr. ÓSKARSSON. Psychological distress in Icelandic patients with repeated recurrences of cancer [online]. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010, 16(12), 586–592. DOI: 10.12968/ijpn.2010.16.12.586 [cit. 2025-02-01].

HOLLAND, Jimmie C. a William BREITBART. *Psychooncology*. 2. vyd. 2010.

HOLLAND, Jimmie C. a William WEISS. *Handbook of Psycho-Oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. 3. vyd. New York: Oxford University Press, 2021.

HONG, Yu, LIU Yuhan, GAO Youhui aj. Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*. 2022, 30, 3531–3539. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06795-z>.

HULLMANN, Stephanie E., Sheri L. ROBB a Kevin L. RAND. Life goals in patients with cancer: a systematic review of the literature [online]. *Psycho-Oncology*. 2015, 25(4), 387–399. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.3852> [cit. 2025-11-13].

HYMAN, O. aj. *TCST – Psychosocial Support Poster*. 2018. Dostupné jako PDF: [TCST-Psychosocial-support-poster_MASCC-2018.pdf](#)

CHARMAZ, Kathy. *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. 1991.

CHMELO, L. aj. Prehabilitace – cesta ke zlepšení pooperačních výsledků [online]. *Rozhledy v chirurgii*. 2021. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2021-9/prehabilitace-cesta-ke-zlepseni-pooperačních-výsledků-128298>

CHOUDHURY, Avishek. Impact of Social Isolation, Physician-Patient Communication, and Self-perception on the Mental Health of Patients With Cancer and Cancer Survivors: National Survey Analysis [online]. *Interactive Journal of Medical Research*. 2023, 12, e45382. ISSN 1929-073X. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/45382> [cit. 2025-09-04].

CHRIST, Grace H., Cynthia MESSNER a Lynn C. BEHAR, ed. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press, 2015.

IMYANITOV, Evgeny N., Ekaterina S. KULIGINA, Anna P. SOKOLENKO, Evgeny N. SUSPITSIN, Grigoriy A. YANUS aj. Hereditary cancer syndromes [online]. *World Journal of Clinical Oncology*. 2023, 14(2), 40–68. ISSN 2218-4333. Dostupné z: <https://doi.org/10.5306/wjco.v14.i2.40> [cit. 2025-11-11].

JACOBSEN, Paul B., Kathryn A. DONOVAN a Brent J. SMALL. Screening for psychological distress in cancer patients: Recent trends and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*. 2022, 40(10), 1109–1117. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.02175>.

JAKEL, R. Understanding total pain in the context of oncology care [online]. 2022. Dostupné z: <https://www.oncnursingnews.com/view/understanding-total-pain-in-the-context-of-oncology-care>

KALVODOVÁ, L. aj. Prehabilitace: cesta ke zlepšení pooperačních výsledků. *Vnitřní lékařství*. 2010, 56(6), 570–581.

KANE, Rosalie A. Psychosocial issues. Psychological and social issues for older people with cancer. *Cancer*. 1991, 68, 2514–2518. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19911201\)68:11+<2514::AID-CNCR2820681506>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19911201)68:11+<2514::AID-CNCR2820681506>3.0.CO;2-D).

KENNEDY, G. The importance of patient dignity in care at the end of life. *Ulster Medical Journal*. 2016, 85(1), 45–48

KIEMEN, A., M. CZORNIK a J. WEIS. How effective is peer-to-peer support in cancer patients and survivors? A systematic review [online]. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2023, 149(11), 9461–9485. DOI: 10.1007/s00432-023-04753-8 [cit. 2025-02-16].

KLEPÁČKOVÁ, O. a M. TOMKA. *Brněnské onkologické dny*. Poster, 2024. https://static.mou.cz/d/onkologickedny2021.cz/files/2339.pdf/s-4c88fa7e067c?_ts=1728977785

KLEPÁČKOVÁ, Olga a Milan TOMKA. Coping strategies during treatment and recovery among oncology patients engaged in patient groups [online]. *Onkologie*. 2025, 19(1), 46–49. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2025.011> [cit. 2025-08-02].

KLEPÁČKOVÁ, Olga a Milan TOMKA. Prožívání sekundárních ztrát u onkologických pacientů s ohledem na trajektorii onemocnění [online]. *Klinická onkologie*. 2025, 38(Suppl. 1). Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccko2024S119> [cit. 2025-11-04].

KOLSTEREN, E. E. M., E. DEUNING-SMIT, A. K. CHU, Y. C. W. VAN DER HOEVEN, J. B. PRINS aj. Psychosocial Aspects of Living Long Term with Advanced Cancer and Ongoing Systemic Treatment: A Scoping Review [online]. *Cancers*. 2022, 14(16). Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers14163889> [cit. 2024-12-23].

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J. a I. ČERMÁK. Interpretativní fenomenologická analýza. In: Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 9–43.

KRASNE, Margaret. Coping Strategies and Anxiety in Young Breast Cancer Survivors. Doktorská disertace. Harvard Medical School, 2019.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. On Death and Dying. 1992.

KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing, 2014. Psyché.

LANG-ROLLIN, Isabelle a Götz BERBERICH. Psycho-oncology [online]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018, 20(1), 13–22. ISSN 1958-5969. Dostupné z: <https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.1/ilangrollin> [cit. 2025-11-13].

LAZARUS, Richard S. a Susan FOLKMAN. Stress, Appraisal, and Coping. 1984.

LEAL, Isabel, Joan ENGBRETSON, Lorenzo COHEN, Alma RODRIGUEZ, Tenzin WANGYAL aj. Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach [online]. *Psycho-Oncology*. 2014, 24(2), 138–146. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.3578> [cit. 2025-11-01].

LEANO, A., M. B. KORMAN, L. GOLDBERG a J. ELLIS. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2019, 29(2), 141–146.

LEITE, F. M. C. et al. Violence against women and cervical cancer screening: A systematic review. *Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2017, 39(8), 403–411. ISSN 0100-7203.

LEKÁROVÁ, Monika, Zdeňka BAREŠOVÁ, Miroslav SVĚTLÁK, Alena SLEZÁČKOVÁ, Tatiana MALATINCOVÁ aj. EHealth in medicine and oncology – new horizons of clinical practice [online]. *Klinická onkologie*. 2021, 34(5). ISSN 0862-495X. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccko2021366> [cit. 2025-08-30].

LEVENTHAL, Howard, Debra MEYER a David NERENZ. The common sense representation of illness danger. In: RACHMAN, Stanley, ed. *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 2. Oxford: Pergamon Press, 1980, s. 7–30.

LIFTON, Robert Jay. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House, 1967.

LIU, Yusheng, Zheng CHEN, Nanxia LIN, Yu LIU a Xuefeng JIANG. Evaluating the psychosocial effects of cancer on sleep quality and mental health in elderly populations [online]. *BMC Psychiatry*. 2025, 25(1). ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07425-8> [cit. 2025-10-12].

LIVNEH, Hanoch a R. T. ANTONAK. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. 2005.

LOND, B., L. APPS, K. QUINCEY a I. WILLIAMSON. The psychological impact of living with peritoneal mesothelioma: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*. 2024. doi:10.1177/13591053241298932.

LOW, Chen Ee, Sean LOKE, Ga Eun PANG, Ben SIM a Valerie Shiwen YANG. Psychological outcomes in patients with rare cancers: a systematic review and meta-analysis [online]. *EClinicalMedicine*. 2024, 72, 102631. ISSN 2589-5370. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102631> [cit. 2025-11-11].

MAGUIRE, P. a C. M. PARKES. Surgery and loss of body parts. *BMJ*. 1998, 316(7137), 1086–1088. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7137.1086>

MANNE, Sharon L., Scott D. SIEGEL, Carolyn J. HECKMAN a Deborah A. KASHY. A randomized clinical trial of a supportive versus a skill-based couple-focused group intervention for breast cancer patients [online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016, 84(8), 668–681. ISSN 1939-2117. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/ccp0000110> [cit. 2025-11-13].

MARSHALL, Emily, Laura J. PAYNE, Sarah J. WAINWRIGHT aj. Effects of trauma history on cancer-related screening, prevention, and treatment: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2023, 32(5), e5665. DOI: 10.1002/pon.5665.

MARTÍN-ABREU, C. M., R. HERNÁNDEZ, P. CRUZ-CASTELLANOS aj. Dignity and psychosocial related variables in elderly advanced cancer patients. *BMC Geriatrics*. 2022, 22, 732. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03423-7>

MARTINS FARIA, B., I. MARTINS RODRIGUES, L. VERRI MARQUEZ, U. DA SILVA PIRES, S. VILGES DE OLIVEIRA aj. The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review [online]. *Psicooncología*. 2021, 18(1), 91–115. DOI: 10.5209/psic.74534 [cit. 2025-03-14].

MARZILIANO, Anna a Arianna MOYER. Psychosocial aspects of cancer survivorship. 2014.

MARZORATI, Chiara, Elena BALLADORE, Giulia E. SPADA, Michela PEZZOLATO, Elena FRAGALE, Michele MASIERO a Giovanni PRAVETTONI. Psychosocial factors associated with quality of life in cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2025, 23, čl. 23. DOI: 10.1186/s12955-025-02357-z.

MARZORATI, Chiara, Vardan VOSKANYAN, Davide SALA aj. Psychosocial factors associated with quality of life in cancer patients undergoing treatment: an umbrella review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2025, 23, 31. <https://doi.org/10.1186/s12955-025-02357-z>.

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. První česká mobilní aplikace na podporu duševního zdraví pro onkologické pacienty [online]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/prvni-ceska-mobilni-aplikace-na-podporu-dusevniho-zdravi-pro-onkologicke-pacienty/t1806>

MASIERO, Michele, Giulia E. SPADA, Elena FRAGALE, Michela PEZZOLATO, Elena MUNZONE, Veronica SANCHINI, Riccardo PIETROBON, Liliana TEIXEIRA, Maria VALENCIA, Alessandro MACHIAVELLI, Rihanna WOLOSKI, Chiara MARZORATI a Giovanni PRAVETTONI. Adherence to oral anticancer treatments: Network and sentiment analysis exploring perceived internal and external determinants in patients with metastatic breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2024, 32, čl. 458. DOI: 10.1007/s00520-024-08639-4.

MASLOW, Abraham H. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

MAX-NEEF, Manfred A. *Human Scale Development: Conception, Application and Further Reflections*. New York: Apex Press, 1991.

McCAUGHAN, E. a K. PARAHOO. Medical and psychosocial experiences of women with breast cancer. 2000.

MEDINA-MARTINEZ, L. Body Image and Self-Esteem in Patients With Cancer [online]. *Oncology Nursing News*. 2019. Dostupné z: <https://www.oncnursingnews.com/view/body-image-and-self-esteem-in-patients-with-cancer> [cit. 2025-03-21].

MEHNERT, Anja, Thomas J. HARTUNG, Martin FRIEDRICH, Stefan VEHNING a Elmar BRÄHLER. Psychological distress, depression, and anxiety in cancer patients across the trajectory of the disease: A systematic review. *Cancer Medicine*. 2023, 12(5), 2234–2248. <https://doi.org/10.1002/cam4.5402>

MEHRA, Karishma, Alyssa BERKOWITZ a Tara SANFT. Psychosocial Consequences and Lifestyle Interventions [online]. In: *The Breast*. Elsevier, 2018, s. 1039–1048.e4. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35955-9.00084-2> [cit. 2024-12-09].

MILIC, Jelena, Milica VUCUROVIC, Edita GREGO, Dragana JOVIC, Rosa SAPIC aj. From Fear to Hope: Understanding Preparatory and Anticipatory Grief in Women with Cancer... [online]. *Journal of Clinical Medicine*. 2025, 14(11), 3621. ISSN 2077-0383. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm14113621> [cit. 2025-11-13].

MISSEL, M. a H. M. BERGENHOLTZ. The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer [online]. *Cancer Nursing*. 2021, 44(6), E429–E437. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000859 [cit. 2025-02-17].

MIYASHITA, Mika. Chemotherapy-related cognitive impairment: What we need to know and what we can do [online]. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2024, 11(1), 100334. ISSN 2347-5625. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100334> [cit. 2025-10-10].

MYSTAKIDOU, Kalliopi, Eleni TSILIKA, Efi PARPA, Peter GALANIS a Gerard VOUSSOURAS. Coping, quality of life, and psychological distress of patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2005, 13(8), 609–613.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2018–2020*. Praha: Grada, 2020.

NATIONAL CANCER CONTROL PROGRAMME. *Model of Care for Psycho-Oncology* [online]. 2020. ISBN 978-1-78602-165-6. Dostupné z: <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profinfo/psycho-oncology-programme/model%20of%20care.pdf>

NIC GIOLLA EASPAIG, Brona, Bronwyn NEWMAN, Judith JOHNSON, Rebekah LAIDSAAR-POWELL, Ursula M. SANSOM-DALY aj. What can we learn from the evidence of psychosocial support for carers of people with cancer... [online]. *Journal of Cancer Survivorship*. 2025. ISSN 1932-2259. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01802-8> [cit. 2025-10-25].

NIEDERLAND, William G. The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1961, 9(2), 447–463.

NIEDZWIEDZ, Claire L., Larry KNIFTON, Kathryn A. ROBB aj. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019, 19, 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>.

NIPP, Ryan D., Areej EL-JAWAHRI, Joel N. FISHBEIN, Justin EUSEBIO, Jamie M. STAGL aj. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer [online]. *Cancer*. 2016, 122(13), 2110–2116. ISSN 0008-543X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cncr.30025> [cit. 2025-08-31].

- NORTON, Tina R.**, Sharon L. MANNE, Stephen RUBIN, Enrique HERNANDEZ, John CARLSON aj. Ovarian Cancer Patients' Psychological Distress... [online]. *Health Psychology*. 2005, 24(2), 143–152. ISSN 1930-7810. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.143> [cit. 2025-11-13].
- NUNEZ, J. J.**, B. LEUNG, C. HO aj. Predicting which patients with cancer will see a psychiatrist or counsellor... *Communications Medicine*. 2024, 4, 69. <https://doi.org/10.1038/s43856-024-00495-x>.
- OBISPO, Berta**, Patricia CRUZ-CASTELLANOS, Raquel HERNANDEZ, Mireia GIL-RAGA, Manuel GONZÁLEZ-MOYA aj. Perceived Dignity of Advanced Cancer Patients... [online]. *Frontiers in Psychology*. 2022, 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.855704 [cit. 2025-02-17].
- OCRA HOPE**. Woman to Woman Peer Mentor Program [online]. Dostupné z: <https://ocrahope.org/resources-support/woman-to-woman-peer-mentor-program/>
- OPATRŇÁ, Marie**. *Etické problémy v onkologii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta / Aeskulap, 2017. ISBN 978-80-204-4522-3.
- OPPEGAARD, Kate**, Laura DUNN, Kord KOBER, Lynda MACKIN, Marilyn HAMMER aj. Gender Differences in the Use of Engagement and Disengagement Coping Strategies... [online]. *Oncology Nursing Forum*. 2020, 47(5), 586–594. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/20.onf.586-594> [cit. 2025-10-26].
- OZGA, M.**, Aghajanian, C., Myers-Virtue, S. a kol. A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliative & Supportive Care*. 2015, 13, s. 1771–1789.
- PASLARU, A. M.**, A. PLESEA-CONDRATOVICI, L.-A. MOROIANU, O.-M. ISAILĂ, L. F. REBEGEA, L. L. PAVEL a A. CIUBARĂ. Mind over Malignancy: A Systematic Review and Meta-Analysis... *Medicina*. 2025, 61(6), 1086. <https://doi.org/10.3390/medicina61061086>.
- PERLOFF, T.**, M. J. SHEN, M. RIGNEY a J. C. KING. Survivor guilt: The secret burden of cancer survivorship [online]. *Journal of Clinical Oncology*. 2016, 34(3_suppl), 192-192. DOI: 10.1200/jco.2016.34.3_suppl.192 [cit. 2024-12-25].
- PERNA, Giampaolo**, Eleonora PINTO, Alessandro SPITI, Tatiana TORTI, Michele CUCCHI aj. Foundations for a Personalized Psycho-Oncology: The State of the Art [online]. *Journal of Personalized Medicine*. 2024, 14(9). DOI: 10.3390/jpm14090892 [cit. 2024-12-14].
- PETHANIA, Y.**, H. MURRAY a D. BROWN. Living a Life That Should Not Be Lived: A Qualitative Analysis of the Experience of Survivor Guilt. *Journal of Trauma Stress Disorders & Treatment*. 2018, 7(1). DOI: 10.4172/2324-8947.1000183.
- PETTITT, C.** aj. Trauma-informed practice for promotion of cervical cancer screening in survivors of sexual violence. *British Journal of General Practice*. 2025, 75(Suppl 1), bjgp25X741837.
- PHILIPP, R.**, A. MEHNERT, C. LEHMANN aj. Detrimental social interactions predict loss of dignity among patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016, 24, 2751–2758. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3090-9>.
- PHILIPP, Rebecca**, Anna KALENDER, Martin HÄRTER, Carsten BOKEMEYER, Karin OECHSLE aj. Existential distress in patients with advanced cancer and their caregivers: Study protocol... [online]. *BMJ Open*. 2021, 11(4), e046351. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046351> [cit. 2025-11-11].

PIETRAKIEWICZ, Karolina, Rafał STEC a Jacek SOBOCKI. Prehabilitation Prior to Chemotherapy in Humans... [online]. *Cancers*. 2025, 17(16), 2670. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers17162670> [cit. 2025-09-06].

POSPÍCHAL, Martin. *Psychoonkologie*. Praha: Grada Publishing, 2024.

POULSEN, Dorte V., C. M. HOFFMANN a Ulrika K. STIGSDOTTER. Nature-assisted therapy in oncology: Impacts on mental health, stress, and quality of life. *Health & Place*. 2025, 87, 103989. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103989>.

POWER, Michael, Monika BULLINGER a Andrew HARPER. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*. 1999, 18(5), 495–505. DOI: 10.1037/0278-6133.18.5.495.

RAPHAEL, Beverley. *When Disaster Strikes: A Handbook for the Caring Professions*. New York: Basic Books, 1986.

RAUDENSKÁ, Jana a Andrea JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011.

RAUDENSKÁ, Jana a Andrea JAVŮRKOVÁ. *Psychosociální aspekty onkologické péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2022.

RAUDENSKÁ, Jana. Biopsychosociální model onkologického onemocnění [online]. 2011. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>

REED, E. a J. CORNER. Defining the illness trajectory of metastatic breast cancer [online]. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2015, 5(4), 358–365. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000415 [cit. 2025-01-13].

RELIGIONI, Urszula, Agnieszka CZERW, Anna M. BADOWSKA-KOZAKIEWICZ aj. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adjustment to Life, and Strategies of Coping with Illness among Patients with Gastric Cancer. *Journal of Cancer Education*. 2020, 35, 724–730. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01519-0>.

RHOTEN, B. A. Body image disturbance in adults treated for cancer – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2016, 72(5), 1001–1011.

RODRÍGUEZ-PRAT, A., D. PERGOLIZZI, I. CRESPO aj. Control in patients with advanced cancer: an interpretative phenomenological study. *BMC Palliative Care*. 2022, 21(1), 97. DOI: 10.1186/s12904-022-00984-7.

ROESCH, Scott C., Jessica WEEKS, Rachel MOORE a Thomas MILLER. Coping strategies in the context of cancer: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2005, 28(3), 267–279.

ROSA, William E., Harvey M. CHOCHINOV, Nessa COYLE, Rachel A. HADLER a William S. BREITBART. Attending to the Existential Experience in Oncology: Dignity and Meaning Amid Awareness of Death [online]. *JCO Global Oncology*. 2022, 8. ISSN 2687-8941. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/go.22.00038> [cit. 2025-08-04].

ROSE, Michael G., Kevin C. OEFFINGER, Thomas L. SCHWENK a Robert C. WENDER. *Oncology in Primary Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

RUIZ-ROMEIO, Marina, Laura CIRIA-SUAREZ, Joan C. MEDINA, Maria SERRA-BLASCO, Arnau SOUTO-SAMPERA aj. Empowerment among breast cancer survivors using an online peer support community [online]. *Supportive Care in Cancer*. 2024, 33(1). ISSN 0941-4355. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-09119-5> [cit. 2025-08-31].

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

SEBRI, Valeria, Davide MAZZONI, Stefano TRIBERTI a Gabriella PRAVETTONI. The Impact of Unsupportive Social Support on the Injured Self in Breast Cancer Patients [online]. *Frontiers in Psychology*. 2021, 12. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722211> [cit. 2025-11-13].

SEEMAN. *Special Issues in Schizophrenia and Cancer* [online]. 2020. Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/view/special-issues-in-schizophrenia-and-cancer>

SEILER, Andrea, Sven JAEGER, Simone LEIBER, Maren SCHNEIDER, Annika BRÜHL, Barbara WEIDENMANN a Anja MERTES. Resilience in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2019, 28(12), 2379–2387. DOI: 10.1002/pon.5214.

SHALATA, Walid, Itamar GOTHELF, Tomer BERNSTINE, Regina MICHLIN, Lena TOURKEY aj. Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety [online]. *Cancers*. 2024, 16(16), 2827. ISSN 2072-6694. Dostupné z:

SHARPE, L. Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-Oncology*. 2018, 27(11), 2559–2565.

SCHNUR, Julie B., Heather L. DARDEN, Christine N. MAKAROVA, Gary M. FINNERTY a Guy H. MONTGOMERY. Cancer treatment experiences among survivors of childhood sexual abuse... *Journal of Psychosocial Oncology*. 2017, 35(4), 418–435. DOI: 10.1080/07347332.2017.1312663.

SCHUIT, Anouk S., Karen HOLTMAAT, Valesca VAN ZWIETEN, Eline J. AUKEMA, Lotte GRANSIER aj. Organizing Psycho-Oncological Care for Cancer Patients: The Patient's Perspective [online]. *Frontiers in Psychology*. 2021, 12. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625117> [cit. 2025-11-13].

SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ. *Paliativní péče* [online]. 2020. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html

SLEZÁČKOVÁ, Alena. Jak pracovat s nadějí u pokročile onkologicky nemocných pacientů [online]. 2020. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/klinicka-onkologie/2020-supplementum-2/jak-pracovat-s-nadeji-u-pokrocile-onkologicky-nemocnych-pacientu-124795>.

SLOVÁČEK, L. aj. *Onkologické onemocnění v primární péči* [online]. *Medicína pro praxi*. 2008. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2008/01/01.pdf>

SONG, Yan, Yifan XIU, Wei LI a Fang WANG. Neuroscience on breaking bad news... [online]. *Frontiers in Psychology*. 2022, 13. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1006695> [cit. 2025-11-13].

STAATS, Kristin, Ellen Karine GROV, Bettina S. HUSEBØ a Ove TRANVÅG. Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home. *Health Care for Women International*. 2020, 41(9), 1036–1058. DOI: 10.1080/07399332.2020.1797035.

STIEFEL, Fred, Christine BOURQUIN, Peter SALMON, L. ACHTARI JEANNERET, S. DAUCHY aj. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline [online]. *ESMO Open*. 2024, 9(7), 103496. ISSN 2059-7029. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496> [cit. 2025-11-13].

STIGSDOTTER, Ulrika K., Sus S. CORAZON a Jasper SCHIPPERIJN. Green care and biophilic design in healthcare: The role of natural environments in promoting psychological resilience. *Frontiers in Psychology*. 2024, 15, 1426189. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1426189>.

- SUÁREZ, L.** *Cognitive Emotional and Social Aspects in Breast Cancer* [online]. Dizertační práce, 2021. Dostupné z: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/187213/1/LCS_PhD_THESIS.pdf
- SUN, Mimi**, Xia TIAN, Yunyi PENG, Zheng WANG, Yongmei LU, aj. Effects of meaning therapy on spirituality, psychological health, and quality of life... [online]. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2024, 11(4), 100388. ISSN 2347-5625. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100388> [cit. 2025-11-09].
- SVOBODA, Markéta**, Jana HALÁMKOVÁ aj. *Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby*. Praha: Grada, 2023.
- SZTANKAY, Michael**, Samantha WHEELWRIGHT, Vassilios VASSILIOU, Eveline M. A. BLEIKER, Bina RAHMAN aj. Quality of Life in Adult Individuals Living With or at Risk of a Hereditary Cancer Predisposition Syndrome... [online]. *Cancer Medicine*. 2025, 14(18). ISSN 2045-7634. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cam4.71069> [cit. 2025-11-11].
- ŠUTOROVÁ, Veronika** a Marta ROMANÁKOVÁ. Work ability in cancer survivors [online]. *Onkologie*. 2016, 10(2), 98–101. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2016.022> [cit. 2025-03-20].
- TACK, Laura**, Patricia SCHOFIELD, Tom BOTERBERG, Rebecca CHANDLER, Christopher N. PARRIS aj. Psychosocial Care after Cancer Diagnosis: Recent Advances and Challenges [online]. *Cancers*. 2022, 14(23), 5882. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers14235882> [cit. 2025-10-15].
- TAN, Yingyao**, Meijiao QIN, Bing LIAO, Lixia WANG, Guangting CHANG aj. Effectiveness of Peer Support on Quality of Life and Anxiety in Breast Cancer Patients... [online]. *Breast Care*. 2022, 18(1), 49–59. ISSN 1661-3791. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000527849> [cit. 2025-08-31].
- TASKILA, T.** a M. L. LINDBOHRM. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability [online]. *Acta Oncologica*. 2009, 46(4), 446–451. DOI: 10.1080/02841860701355048 [cit. 2025-03-20].
- TAYLOR, Shelley E.** *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*. 1983. (Pozn.: doplněn nejčastěji citovaný text; lze přepsnit.)
- TEDESCHI, Richard G.** a Lawrence G. CALHOUN. *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence*. 2004.
- THE LANCET PUBLIC HEALTH.** Vol. 4, Issue 11 [online]. 2019. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/issue/vol4no11/PIIS2468-2667\(19\)X0011-0](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/issue/vol4no11/PIIS2468-2667(19)X0011-0)
- TOMÁŠEK, Jiří.** *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ / Asclepius, 2015. ISBN 978-80-88046-01-1.
- TOMETICH, Danielle B.**, Kelly A. HYLAND, Hatem SOLIMAN, Heather S. L. JIM a Laura OSWALD. Living with Metastatic Cancer: A Roadmap for Future Research [online]. *Cancers*. 2020. DOI: 10.3390/cancers12123684 [cit. 2025-01-13].
- TRANBERG, Mattias**, Henrik EKEDAHN, Carl Johan FÜRST a Jacob ENGELLAU. The influence of “bad news” and “neutral/good news” on patients' perception of physician empathy during oncology consultations [online]. *Cancer Medicine*. 2024, 13(1). ISSN 2045-7634. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cam4.6903> [cit. 2025-11-13].

VAN THOMME, G. Survivor's guilt: what it is and how to manage it [online]. Dostupné z: <https://www.mdanderson.org/cancerwise/survivors-guilt-what-it-is-and-how-to-manage-it.h00-159697545.html> [cit. 2025-01-11].

VANLAER, Nathalie, Iris DIRVEN, Bart NEYNS a Anne ROGIERS. Emotional Distress, Cognitive Complaints, and Care Needs among Advanced Cancer Survivors Treated with Immune Checkpoint Blockade: A Mixed-Method Study [online]. *Cancers*. 2024, 16(9), 1638. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers16091638> [cit. 2025-10-25].

VEHLING, Sigrun a Anja MEHNERT. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model [online]. *Psycho-Oncology*. 2013, 23(3), 283–290. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.3417> [cit. 2025-11-13].

VEHLING, Sigrun a David W. KISSANE. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change [online]. *Psycho-Oncology*. 2018, 27(11), 2525–2530. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.4872> [cit. 2024-12-23].

VENKATARAMU, V. N., H. K. GHOTRA a S. K. CHATURVEDI. Management of psychiatric disorders in patients with cancer. *Indian Journal of Psychiatry*. 2022, 64(Suppl 2), S458–S472. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.

Vojenský obvod Vojenské zdravotnictví ČR. *Stránka zdravotnických informací* [online]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/161/page26.html>.

WANG, Long, Qiaohong GUO, Jing ZUO, Yudong WANG, Li FENG aj. Exploring the characteristics of dignity loss in patients with cancer in North China [online]. *Journal of Clinical Oncology*. 2022, 40(16)_suppl, e24132. DOI: 10.1200/JCO.2022.40.16_suppl.e24132 [cit. 2025-02-21].

WANG, Yehong a W. FENG. Cancer-related psychosocial challenges [online]. *General Psychiatry*. 2022, 35(5). DOI: 10.1136/gpsych-2022-100871 [cit. 2024-12-02].

WATSON, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994, 12 (3), 33–46.

WERNER-LIN, Alison, Jessica L. YOUNG, Carol WILSNACK aj. Waiting and “weighted down”: the challenge of anticipatory loss for individuals and families with Li-Fraumeni Syndrome. *Familial Cancer*. 2020, 19(3), 259–268. DOI: 10.1007/s10689-020-00173-6.

WINSTEAD, Elizabeth. From Scan to Scan: The Challenges of Living with Metastatic Cancer [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2021/living-with-metastatic-cancer> [cit. 2025-01-22].

XIAO, Jinnan, Marques S. N. NG, Tingting YAN, Ka Ming CHOW a Carmen W. H. CHAN. How patients with cancer experience dignity: An integrative review [online]. *Psycho-Oncology*. 2021, 30(8), 1220–1231. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.5687> [cit. 2025-02-17].

XU, G., J. ZHENG, X. LIN aj. Existential distress and associated factors in advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Palliative and Supportive Care*. 2024, 22(5), 1094–1101. DOI: 10.1017/S147895152400018X.

YALOM, Irvin D. *Existential Psychotherapy*. 1980.

YIN, Chuanyin, Yanfang WANG, Huimin LI, Tingting ZHANG, Qinghua LIU a Shisan CHEN. Self-efficacy and positive coping mediate the relationship between social support and resilience in

patients receiving cancer treatment. *Frontiers in Psychology*. 2022, 13, 953491. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.953491.

ZBIŇOVSKÁ, Erika. *Význam tvorby umenia v procese liečby u žien s karcinómom prsníka* [online]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2023. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ldr8y/>.

ZERBINATI, Lara, Francesca FOLESANI, Rossella CARUSO, Marta BELVEDERI MURRI, Maria G. NANNI aj. Maladaptive coping styles moderate the relationship between information on cancer treatment and psychosocial symptoms: an Italian multicenter study [online]. *Frontiers in Psychology*. 2024, 15. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1338193> [cit. 2025-11-09].

ZHANG, Yingzi, Marie FLANNERY, Zhihong ZHANG, Meghan UNDERHILL-BLAZEY, Melanie BOBRY aj. Digital Health Psychosocial Intervention in Adult Patients With Cancer and Their Families: Systematic Review and Meta-Analysis [online]. *JMIR Cancer*. 2024, 10, e46116. ISSN 2369-1999. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/46116> [cit. 2025-08-30].

ZHANG, Yingzi. Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension [online]. *Oncology Nursing Forum*. 2017, 44(6), 645–649. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/17.onf.645-649> [cit. 2025-10-27].

ZHANG, Yu, Shelli R. KESLER, Jorg DIETRICH a Herta H. CHAO. Cancer-Related Cognitive Impairment: A Practical Guide for Oncologists [online]. *JCO Oncology Practice*. 2025. ISSN 2688-1527. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/op-24-00953> [cit. 2025-10-10].

ZHONG, Chuhan, Xian LUO, Miaoqin TAN, Jing CHI, Bingqian GUO aj. Digital Health Interventions to Improve Mental Health in Patients With Cancer: Umbrella Review [online]. *Journal of Medical Internet Research*. 2025, 27, e69621. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/69621> [cit. 2025-10-25].

ZIEGLER, Elâ, Josephine HILL, Berit LIESKE, Jens KLEIN, Olaf von DEM aj. Empowerment in cancer patients: Does peer support make a difference? A systematic review [online]. *Psycho-Oncology*. 2022, 31(5), 683–704. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.5869> [cit. 2025-08-31].

Prohlašuji, že jsem v rámci zpracování této diplomové práce využila nástroje umělé inteligence (ChatGPT 5.1) výhradně v souladu s principy akademické integrity. Tyto nástroje jsem nepoužila k interpretaci dat ani k vyvozování závěrů. Veškerý vzniklý obsah jsem osobně zkontrolovala a přebírám za něj plnou odpovědnost.

