

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Adéla Šifaldová

**Možný post-traumatický rozvoj jedince po prodělaném  
onkologickém onemocnění**

**Possible post-traumatic growth of an individual after  
recovering from a cancer**

Praha, 2021

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

## Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své práce PhDr. Ing. Martinovi Pospíchalovi Ph.D. za cenné rady, inspirativní náměty a velmi ochotný a podporující přístup.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*



V Praze dne 25.7.2021

.....  
Adéla Šifaldová

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá možným posttraumatickým rozvojem jedince po prodělaném onkologickém onemocnění. Důraz je kladen na to, zda průchod nemocí, jenž je zdrojem řady náročných a stresujících zážitků, přináší pro jedince do další fáze jeho života také něco pozitivního a hodnotného. Literárně přehledová část se soustředí na vymezení onkologického onemocnění jako traumatu se svými specifiky. Dále je definován fenomén posttraumatického rozvoje a jsou popsány jeho základní znaky. Pozornost je také věnována vybraným teoretickým modelům posttraumatického rozvoje s popisem jednotlivých významných proměnných. Cílem navrženého výzkumu je zjistit, zda se u jedince po prodělaném onkologickém onemocnění vyskytuje fenomén posttraumatického rozvoje a zda jedinec vnímá po uplynutí jednoho roku a déle po úspěšně ukončené akutní fázi léčby nějaké pozitivní dopady na svůj další život.

## **Klíčová slova**

Posttraumatický rozvoj; onkologické onemocnění; komunikace lékař-pacient; modely posttraumatického rozvoje; resilience; ruminace; sociální opora

## **Abstract**

The bachelor's thesis deals with possible post-traumatic growth of an individual after recovering from a cancer. Emphasis is put on the question whether going through an illness that is the cause of various difficult and stressful experiences also brings anything positive and valuable into the next phase of the individual's life. The literature review part focuses on defining cancer as a trauma with its specifics. Next, the phenomenon of post-traumatic growth is defined and its basic characteristics are described. The attention is paid to select theoretical models of post-traumatic growth and describe every important variable. The goal of the proposed research is to determine whether the phenomenon of post-traumatic growth occurs in an individual after recovering from a cancer, and whether the individual perceives any positive effects on their life after a year or more have passed since the successful completion of the acute phase of treatment.

## **Keywords**

Post-traumatic growth; Cancer; Doctor-patient communication; Models of post-traumatic growth; Resilience; Rumination; Social support

## Obsah

Úvod .....	4
Literárně přehledová část .....	6
1. Fenomén „posttraumatický rozvoj“ .....	6
1.1 Definice posttraumatického rozvoje podle Tedeschiho a Calhouna .....	7
1.2 Obecné charakteristiky traumatické události .....	8
1.3 Onkologické onemocnění jako trauma .....	9
2. Onkologické onemocnění a jeho vymezení .....	12
2.1 Druhy a cíle onkologické léčby .....	14
2.2 Psychosociální faktory v průběhu onkologického onemocnění .....	16
2.3 Proces vyrovnávání se s traumatem podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové .....	17
2.4 Specifika posttraumatického rozvoje v kontextu onkologického onemocnění .....	21
2.5 Podporující komunikace ze strany lékaře a její význam pro nemocného .....	24
3. Vybrané teoretické modely posttraumatického rozvoje .....	28
3.1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna .....	28
3.2 Model Janoff-Bulmanové .....	29
3.3 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové .....	30
3.4 Hobfollův model skutečného posttraumatického rozvoje .....	30
3.5 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi .....	31
3.6 Klíčové proměnné z teoretických modelů .....	32
3.6.1 Osobnost před traumatem .....	32
3.6.2 Exponování traumatu .....	34
3.6.3 Hodnocení události a její kognitivní zpracovávání .....	35
3.6.4 Časová dimenze .....	37
3.6.5 Sociální opora .....	38
Návrh výzkumného projektu .....	40
4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	40
5. Design výzkumného projektu .....	40

5.1 Typ výzkumu.....	40
5.2 Metody získávání a zpracování dat.....	41
5.3 Etika výzkumu.....	42
6. Výzkumný soubor .....	43
7. Diskuse.....	44
Závěr .....	47
Seznam použité literatury .....	49
Seznam tabulek .....	54
Příloha 1. ....	I

## Úvod

Diagnózu onkologického onemocnění si ročně v České republice vyslechne téměř 90 tisíc jedinců, například v roce 2018 bylo nově diagnostikováno 87 361 zhoubných novotvarů. Statistiky ukazují, že počet nových případů vykazuje dlouhodobý nárůst. Nejčastější jsou zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku, prostaty, prsu, průdušnice, průdušek a plic. V roce 2018 zemřelo v České republice na zhoubný novotvar 27 699 jedinců<sup>1</sup>. Ačkoliv taková bilance nevyznívá pozitivně, úmrtnost díky pokroku v diagnostických a léčebných metodách pozvolna klesá, z čehož vyplývá, že přibývá jedinců, kteří se z onkologického onemocnění vyléčí nebo s onemocněním žijí výrazně delší dobu než dříve. Tito jedinci se museli vyrovnat s pocitem, že z buněk jejich vlastního těla vznikl zhoubný novotvar, který je může připravit o život. Tím, že onkologické onemocnění postihuje více rovin (jedná se o onemocnění biopsychosociální povahy), představuje pro jedince vysoce zátěžovou zkušenost. Studie z posledních přibližně 25 let se zaměřují nejenom na negativní aspekty, které provází cestu léčby onkologického onemocnění, ale především se snaží soustředit na pozitivní dopady, které tato traumatická zkušenost může mít. Výzkumy bylo zjištěno, že jedinci, u nichž byla onkologická léčba úspěšná, mohou na sobě po uplynutí minimálně třinácti měsíců začít vnímat pozitivní ovlivnění tím, čím prošli a tyto změny si vnášet do různých oblastí svého života. Tento jev bývá nejčastěji nazýván jako „posttraumatický rozvoj“. Cílem této bakalářské práce je popis možného osobnostního rozvoje po prodělaném onkologickém onemocnění.

Literárně přehledovou část tvoří tři kapitoly. První kapitola představuje fenomén posttraumatického rozvoje a dále se věnuje specifikům onkologického onemocnění jako traumatu. Druhá kapitola přináší vhled do onkologického onemocnění, zmíněny jsou jednotlivé typy léčby, psychosociální faktory průběhu onemocnění, stejně jako důležitost podporující komunikace ze strany lékaře. Ve třetí kapitole jsou popsány vybrané teoretické modely posttraumatického rozvoje různých autorů, přičemž je poté pozornost věnována jejich jednotlivým klíčovým proměnným.

Návrh výzkumu je založen na poznacích popsaných v literárně přehledové části. Jeho cílem je zjistit, zda se u jedince po prodělaném onkologickém onemocnění vyskytuje fenomén posttraumatického rozvoje a zda jedinec vnímá po uplynutí jednoho roku a déle od úspěšně ukončené akutní fázi léčby nějaké pozitivní dopady na svůj život.

---

<sup>1</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2021. 4. února). *Celková zátěž zhoubnými novotvary v ČR*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>

Práce vychází z odborné, převážně zahraniční literatury, reflektující poznatky z této oblasti v posledních 20 letech. V práci je citováno dle norem APA.

# Literárně přehledová část

## 1. Fenomén „posttraumatický rozvoj“

V odborné literatuře se pro popis pozitivních důsledků negativních životních událostí užívají různé termíny. Za každým z nich je jiná teorie, která tento fenomén vysvětluje. Dle Mareše (2012) se lze setkat s osmnácti termíny označujícími posttraumatický rozvoj, přičemž mezi nejčastější patří:

- pozitivní psychologické změny (*positive psychological changes*): Yalom & Lieberman, 1991;
- vnímaný přínos (*perceived benefit*): Calhoun & Tedeschi, 1991; McMillen & Fisher, 1998;
- konstruovaný přínos (*construed benefit*): Tennen et al., 1992; McMillen, Zuravin & Rideout, 1995;
- nacházení přínosu a rozvoj (*benefit finding and growth*): Lechnerová & Weaverová, 2009;
- rozkvétání jedince, jedinci se daří dobře (*flourishing*): Ryff & Singer, 1998;
- prospívání jedince, zdravý vývoj (*thriving*): O'Learyová & Ickovicsová, 1995;
- pozitivní iluze (*positive illusion*): Taylor & Brown, 1988;
- rozvoj iniciovaný negativními událostmi, neštěstím (*adversarial growth*): Linley & Joseph, 2004;
- rozvoj navozený stresem (*stress-related growth*): Parková et al., 1996;
- posttraumatický rozvoj (*posttraumatic growth*): Tedeschi & Calhoun, 1995, 1996; Calhoun & Tedeschi, 2006.

Vzhledem k tomu, že se ve většině vědeckých pracích publikovaných v poslední době objevuje termín „posttraumatický rozvoj“, je tento termín užívaný i v rámci této bakalářské práce. Autory termínu jsou Tedeschi a Calhoun, kteří ho poprvé použili v článku v roce 1996. Jak sami uvádějí, v jejich dřívějších pracích je možné nalézt termíny *perceived benefits*, *positive aspects a transformation of trauma* (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ohledně překladu tohoto termínu panují jisté diskuse. Například někteří čeští autoři (např. Vančura, Doušová, Preiss) překládají anglický termín „posttraumatic growth“ jako „posttraumatický růst“, což může nicméně působit zavádějícím dojmem, jelikož slovo „růst“ evokuje kvantitativní změnu, nikoli kvalitativní, ke které přitom dochází na více úrovních osobnosti daného jedince, který se musel vyrovnat s negativní náročnou životní událostí.

Slovo „růst“ je vhodné používat v případě somatických změn, nicméně v oblasti psychologie je nevhodnější užívání slova „rozvoj“ (Mareš, 2012).

## 1.1 Definice posttraumatického rozvoje podle Tedeschiho a Calhouna

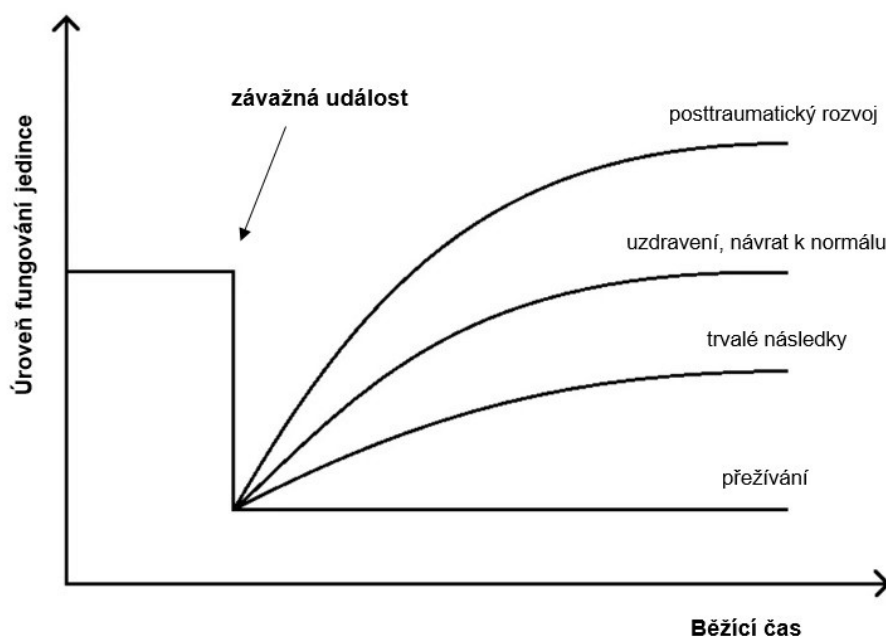
Tedeschi a Calhoun (2004) odůvodňují používání termínu „posttraumatický rozvoj“ následovně: V termínu je obsaženo to, k čemu dochází u jedince, který prožívá posttraumatický rozvoj. U jedince došlo k rozvoji jeho předchozí adaptační úrovně. Náhled na svět, který do té doby měl, se změnil, lze říct, že dozrál. K rozvoji došlo na základě prožitku náročné události, která převyšuje jedincovu dosavadní zkušenost. Z toho důvodu považují autoři termíny „rozkvět“ a „prospívání“ za nepřesně vystihující fenomén posttraumatického rozvoje, protože nezohledňují možnou koexistenci s psychologickým distresem jako přechodným pozůstatkem po prožitém traumatu. Změna, ke které dochází a kterou jedinec pociťuje, je skutečná, neboť došlo k transformaci osobnosti. Tento fakt je důvodem, proč autoři nepoužívají termíny „vnímaný přínos“ a „pozitivní iluze“, protože oba evokují změnu fiktivního charakteru, nikoli reálného. Termín byl záměrně vybrán, protože je protikladný k termínu „posttraumatická stresová porucha“. Termín „posttraumatický“ zdůrazňuje, že rozvoj může nastat jako důsledek extrémně zátěžové (traumatické) události, nikoliv jako důsledek menšího stresu či jako část přirozeného osobnostního rozvoje (Zoellner & Maercker, 2006).

Dle Tedeschiho a Calhouna je „posttraumatický rozvoj“ definován jako: „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života“ (Tedeschi et al., 1998, s.3). Rozvoj je obsažen jak v procesu, tak ve výsledku, který se však, jak autoři upozorňují, může dostavit až s odstupem měsíců, let nebo desetiletí. Na posttraumatický rozvoj lze nahlížet jako na pozitivní transformaci identity člověka. Posttraumatický rozvoj nevzniká jako výsledek traumatické události, ale jako výsledek snahy ji překonat (Henson et al., 2021).

Obrázek 1 znázorňuje projev posttraumatického rozvoje oproti jiným dopadům náročné, traumatické události. Pouze ve fázi posttraumatického rozvoje dochází k tomu, že se osobnost jedince transformuje k lepšímu, řada dimenzí osobnosti je pozitivně ovlivněna.

## Obrázek 1

### Rozdílné důsledky prožitého traumatu



(Mareš, 2012, s. 22)

Kromě pojmů, které jsou uvedené na obrázku 1, se lze v odborné literatuře setkat také s jinak nazvanými důsledky prožitého traumatu:

- rezignování (*succumbing*): jedinec vzdává svoji snahu;
- přežívání (*surviving*): jedinec sice nějakým způsobem funguje, ale činí tak ve velmi omezené míře;
- návrat k normálu (*recovering*): jedinec se po prožité traumatické události vrací do svého původního schématu fungování, trauma zvládl, projevuje vůči němu odolnost;
- prospívání (*thriving*): jedinec se s traumatem vyrovnal, prožité trauma vnímá jako výzvu, což ho rozvíjí na vyšší úroveň, než na které byl před traumatickou událostí (O'Leary, 1998).

## 1.2 Obecné charakteristiky traumatické události

Je nutné blíže pojednat o tom na základě čeho lze hodnotit závažnost traumatu, jelikož je to značně individuální. Tedeschi a Calhoun ke kritériu vážnosti traumatu přistupují tak, že je to právě jedinec, kdo určuje míru závažnosti situace, které je vystaven, a kdo vyhodnocuje své schopnosti se s takovou situací vyrovnat. Tento přístup se nazývá transakční pojetí zátěže.

Traumatická událost má jednu nebo více z následujících charakteristik:

- objevuje se náhle, bez předchozího očekávání;
- jedinec má pocit, že ji nemůže ovlivnit, kontrolovat, určovat její průběh;
- vinu za průběh události nenese jedinec;
- hrozba fyzické nebo psychické újmy;
- okolnosti doprovázející traumatickou událost jsou mimořádné, rozhodně nejsou běžné;
- událost způsobuje dlouhodobé a často ireverzibilní problémy;
- staví jedince do zranitelné etapy svého vývoje (Calhoun & Tedeschi, 1999).

### **1.3 Onkologické onemocnění jako trauma**

Onkologické onemocnění je vážné, život ohrožující onemocnění, které tvoří v rámci traumatických událostí specifickou skupinu. Sumalla et al. (2009) porovnávali onkologické onemocnění s jinými traumaty, která jsou svým charakterem spíše jednorázová a nemedicínská. Onkologické onemocnění jako trauma je charakteristické tím, že u něj v porovnání s jinými traumaty, která jsou způsobeny spíše venkovními činiteli (přírodní katastrofy, nehody aj.), nelze určit jednoznačnou příčinu. Stresory mohou být stádium nemoci, prognóza, typ léčby a její náročnost, změny ve vnímání těla, funkční změny těla, ztráta nebo omezení autonomie. Akutní trauma se k jedinci většinou vztahuje z vnější a jedinec si trauma uvědomuje, když přemýšlí o minulosti, tedy o tom, co bylo. Oproti tomu onkologické onemocnění má vnitřní podstatu a původ a v rámci kognitivního vyrovnávání jedinec pociťuje strach při přemýšlení o budoucnosti, tedy o tom, co bude. Jedinec se zabývá tím, co se může stát, přičemž tento způsob přemýšlení je významný pro rozvoj fenoménu posttraumatického rozvoje. U akutního traumatu lze vymezit jeho počátek a konec, což není u onkologického onemocnění možné. Jedinec se může obávat toho, že se mu onemocnění vrátí (dojde k relapsu), musí se s nejistotou, zda je plně vyléčen (pokud typ nádoru umožňoval plné vyléčení), naučit žít. V kontrastu k akutnímu traumatu, kde nevzniká pocit možnosti kontrolovat průběh a důsledky, může v rámci onkologického onemocnění jako traumatu vzniknout pocit možné kontroly onemocnění, protože je na základě výzkumů známý klinický obraz nemoci. Pocit kontroly pozitivně koreluje s posttraumatickým rozvojem.

Rozdíly mezi akutním traumatem a onkologickým onemocněním jako traumatické události přehledně shrnuje tabulka 1.

## Tabulka 1

Rozdíly mezi akutním traumatem a onkologickým onemocněním jako traumatickou událostí

	Akutní trauma	Onkologické onemocnění jako traumatická událost
<b>Stresor</b>	Jednoduchá a jasná podstata. Jedinec může snadno identifikovat příčinu traumatu.	Komplexní podstata traumatu. Jedinec má obtíže při identifikování stresorů, které vyvolávají traumatickou reakci.
<b>Zdroj distresu</b>	Stresor vzniká ve vnějším prostředí, mimo člověka.	Stresor zpravidla vzniká a působí ve vnitřním prostředí, uvnitř lidského organismu.
<b>Orientace v čase</b>	Podstata traumatické zkušenosti se vyjevuje v zpětném pohledu.	Podstata traumatické zkušenosti se vyjevuje při úvahách o budoucnosti.
<b>Časové ohraničení</b>	Počátek i konec traumatické události lze velmi dobře určit.	Jedná se o trvalou hrozbu (remise – relaps). Výskyt nepříznivých projevů, které souvisejí s onkologickým onemocněním, zpravidla progreduje. Jedinec má potíže s určením počátku, tím spíše s koncem traumatické události.
<b>Vnímaná kontrola a řízení</b>	Pocit, že se dá kontrolovat a ovlivnit podstata i důsledky traumatické události, je velmi omezený.	Převládá pocit, že léčbou lze do jisté míry ovlivnit klinický průběh nemoci, lze provádět i prevenci.

(Sumalla et al., 2009, s. 26; modifikováno Mareš, 2012)

Autoři dospěli k závěru, že onkologické onemocnění způsobuje jedinci distres a trauma, ačkoliv má chronickou déle trvající povahu oproti jednorázovým akutním traumatům. Za určitých podmínek může onkologické onemocnění jako traumatická událost vést k posttraumatického rozvoji.

Mareš (2012) zmiňuje v kontextu nemoci jako traumatické události důležitý a neopominutelný prvek, kterým je subjektivní pohled nemocného. Anglicky psaná odborná literatura důsledně rozlišuje u českého pojmu „nemoc“ mezi třemi pojmy: *disease*, *illness* a *sickness*<sup>2</sup>. Tímto rozlišením je od sebe oddělen objektivní a subjektivní pohled na onemocnění, k čemuž v českém jazykovém prostředí takřka nedochází. V češtině se používají pro subjektivní pohled na nemoc dvě označení: laické pojetí nemoci (u zdravých a nemocných laiků) a pacientovo pojetí nemoci (u nemocných laiků). Obě pojetí v sobě zahrnují subjektivní představy, postoje, zkušenosti, očekávání a poznatky, které se týkají

<sup>2</sup> Výraz *disease* označuje nemoc jako klinickou jednotku, která má své specifické odborné označení. Nemoc má známou etiologii, způsob diagnostiky, objektivní ukazatele a doporučené standardní postupy pro léčbu. V porovnání s tím se výraz *illness* užívá u laického, ne odborného, subjektivního pohledu na nemoc. Výraz v sobě zahrnuje nejenom jedincovu prožívanou zcela individuální zkušenost s nemocí, ale také zkušenosti s různými nemocemi, kterých jedinec nabyvá v rodinném prostředí. Výraz *sickness* označuje úředně uznaný stav nemocného, kterému je na základě toho přiznána pracovní neschopnost a sociální role nemocného (Mareš, 2012).

onkologického onemocnění. Tím, že se jedná o laické pojetí, liší se významně od odborného pojetí nemoci. Souhrnně zahrnuje subjektivní pojetí nemoci oblasti kognitivní (zejména znalosti o nemoci, chápání jednotlivých pojmů), afektivní (emoční zabarvení znalostí a zkušeností jedince, hodnoty) a konativní (snahy jedince jednat a chovat se určitým způsobem, tendence volit určité zvládací strategie). To, jak jedinec nahlíží na onkologické onemocnění, se může měnit s věkem, dále s tím, jaké o onemocnění má znalosti a případně také zkušenostmi, ať už vlastními nebo zprostředkovanými.

## 2. Onkologické onemocnění a jeho vymezení

Na začátku je důležité uvést, že onkologické onemocnění je závažné, většinou déletrvajícím onemocněním, které postihuje jedince jako celek. Přičemž většinou není onemocněním zasažen pouze jedinec samotný, ale také jeho blízké okolí. Na onkologické onemocnění by se mělo nahlížet spíše jako na biopsychosociální onemocnění, protože postihuje naráz tři roviny jedince: tělo, psychiku a sociální postavení (Markides, 2011).

Dle Nezu et al. (2004) označuje pojem onkologické onemocnění více než 200 různých druhů onemocnění. Všechny druhy mají společnou jednu charakteristickou vlastnost a tou je nekontrolovaný růst a kumulaci buněk, které jsou svým charakterem abnormální, rakovinné. Rozdíl mezi tzv. normální buňkou a abnormální, rakovinnou, tkví v tom, že normální buňky následují jím předem stanovaná genetická pravidla, která jsou typická pro konkrétní typ buněk. Dle těchto pravidel probíhá dělení buněk, jejich dozrávání, odumírání a také proces nahrazování buňkami jinými. Oproti tomu rakovinné buňky se svým chováním vymykají biologickým zákonitostem, což vede k rychlejšímu dělení, než je typické pro normální buňky, jejich růst je chaotický a řádně nedozrávají. Tím, že rakovinné buňky nenásledují přesný plán dělení a odumírání, mohou poškodit okolní tkáň a mohou se šířit do tkání dalších. Tento proces se nazývá zhoubné bujení, které vede ke kumulaci rakovinných buněk v jedné oblasti, což po určité době způsobí vznik hmoty, nádoru. Vlivem nádoru zvětšená postižená tkáň může utlačovat okolní struktury (Klener, 2002). Za předpokladu, že není rakovinové bujení včas odhaleno a zastaveno, může dojít k invazi rakovinných buněk do okolních struktur a k metastázování. Rakovinové buňky svým šířením mohou zapříčinit vznik nádorů v jiných částech těla.

K lepšímu poznání příčin vzniku nádorového onemocnění přispěl pokrok v oborech molekulární biologie a cytogenetiky. Tento pokrok pomohl lépe porozumět mechanismům podílejícím se na vzniku nádorového onemocnění (Klener, 2002). Podle biologické povahy se nádory rozdělují na maligní (zhoubné) a benigní (nezhoubné). V tomto rozlišení je určujícím kritériem chování nádoru k hostitelskému organismu. Určení malignity či benignity se odvíjí od čtyř hlavních charakteristik: diferenciace nádorových buněk, rychlost růstu nádoru, chování k okolním tkáním a schopnost zakládat dceřiná ložiska (metastázy). U benigních nádorů lze pozorovat dobrou diferenciaci (buňky jsou podobné výchozím buňkám), pomalý růst a ohraničenost. Benigní nádory netvoří metastázy. Oproti tomu u maligních nádorů je tomu naopak, přičemž existují výjimky, které jsou závislé na typu nádoru a jeho lokalizaci (Fabian, 2015). Nezu et al. (2004) uvádí histopatologickou klasifikaci nádorů, na základě které jsou nádory klasifikovány dle míry diferenciace. Rakovinné buňky jsou nediferencované neboli anaplastické. Právě přesné určení stupně

diferencovanosti buněk je zásadní při rozhodování o způsobu léčby. K určení stupně diferenciaci nádorů se používají čtyři stupně: stupeň I (diferencovaný nádor ze 70-100 %), stupeň II (diferencovaný nádor z 50-75 %), stupeň III (diferencovaný z 25-50 %) a stupeň IV. (diferencovaný nádor z méně než 25 %). Jestliže nelze jednoznačně určit, o jaký druh nádoru se jedná, označuje se nádor v takovém případě jako maligní/semimaligní. Až vznik metastáz je u takových typů nádorů ukazatelem jejich malignity (Fabian, 2015).

U nádorového onemocnění se užívá také klinická klasifikace, která svými stádii blíže specifikuje, jak daleko nádorové onemocnění postoupilo a také, zda a kam se rozšířilo. Tato klasifikace rozlišuje pět stádií, která jsou označena od 0 do IV. Vyšší stádium poukazuje na rozvinutější nádorové onemocnění. Z uvedených stádií vyplývá, že rakovina v raném stádiu bude pravděpodobně méně patrná a bude omezená na primární lokalitu, přičemž u rakovin v pokročilejších stádiích lze předpokládat větší rozsah a možné rozšíření do mízních uzlin nebo jiných lokalit (Nezu et al., 2004).

Klener (2002) popisuje pět etap postupné maligní transformace buňky:

1. **Iniciace:** proces je zahájen působením zevních a vnitřních faktorů. Vzniklá genetická porucha může zůstat mnoho let bez funkčních důsledků.
2. **Promoce:** k této fázi dochází vstupem dalších podnětů do procesu, které přispívají k dalšímu vývoji. Lze pozorovat poruchy diferenciaci. V této fázi je ještě možné zastavit nastalý abnormální vývoj. Pokud k zastavení nedojde, proces pokračuje.
3. **Konverze/transformace:** pokračováním abnormálního vývoje dochází k zásadním změnám fenotypu buněk a vzniku maligního klonu.
4. **Progrese:** nádor lokálně roste, jelikož transformované buňky ztrácí schopnost odpovědi na regulační mechanismy.
5. **Metastázování:** nádor se šíří mimo své prvotní ložisko.

Maligní transformace buněk mohou být způsobeny různými kancerogenními faktory. Existují různorodé faktory zevního prostředí, přičemž je lze rozdělit do tří hlavních skupin: kancerogeny fyzikální, chemické a biologické. Nejvýznamnější z fyzikálních faktorů je záření ionizující a ultrafialové. Do chemických faktorů se řadí zejména těžké kovy (Cd, Be, Co, Ce, Nk), arsen, polycyklické aromatické uhlovodíky (benzpyren, methylcholantren aj.), které jsou obsaženy v tabákovém kouři, dehtu nebo v průmyslových exhalacích. Do skupiny chemických kancerogenů patří také kancerogeny endogenního původu, pod které spadají některé steroidní hormony, a to především estrogeny a androgeny. Estrogeny a androgeny se podílí na vzniku tzv. hormonálně závislých nádorů, konkrétně karcinomu prsu a prostaty (Klener, 2002).

## 2.1 Druhy a cíle onkologické léčby

Adam et al. (2011) rozlišují v rámci léčby onkologického onemocnění léčbu protinádorovou a podpůrnou. Do protinádorové léčby patří operace (chirurgický zákrok), radioterapie, chemoterapie, medikamentózní léčba a biologická léčba. Cílem jednotlivých léčebných modalit je maximálně redukovat, případně odstranit všechny nádorové buňky. Z hlediska cíle se protinádorová léčba dělí na kurativní a nekurativní. Kurativní léčba usiluje o úplné uzdravení nemocného tím, že je nemoc zcela odstraněna. Kurativní léčba je zvolena, pokud typ a rozsah nádoru a celkový stav nemocného mají vysoký předpoklad pro vyloučení, tedy pro úplné odstranění nádoru z organismu. Během léčby může vlivem intenzivních léčebných postupů dojít k výraznému zhoršení kvality života nemocného. Nicméně například dle výsledků výzkumů u žen s rakovinou prsu nekoreluje intenzita léčby se symptomy posttraumatického stresu, ale je to konkrétně zvolený druh operace (lumpektomie versus mastektomie<sup>3</sup>), který je pro ženy významným stresovým faktorem (Cordova et al., 2007). I v takovém případě však cíl léčby, plné uzdravení, je prioritní a nemocnému je současně indikována i intenzivní podpůrná léčba. I nekurativní léčba má za cíl usmrcovat nádorové buňky, hlavní rozdíl oproti kurativní léčbě je ten, že neusiluje o kompletní redukci. Nekurativní protinádorová léčba je aplikována v případech, kdy nelze jinými léčebnými metodami dosáhnout plného vyléčení. Dalšími faktory jsou charakter a stupeň pokročilosti nádoru či nemoci, přirozená rezistence nádoru na léčbu, celkový zdravotní stav nemocného. Zejména jiná závažná onemocnění mohou být důvodem, proč nemůže být nabídnuta agresivní, potenciálně kurativní terapie. K roku 2011 je možné přibližně u 30 až 40 % jedinců s onkologickým onemocněním zvolit pouze nekurativní léčbu.

Nezu et al. (2004) zmiňuje také primární léčbu, ve které může být užito jakékoli z vyjmenovaných léčebných modalit. Postup, který je stanoven, představuje pro konkrétní typ onkologického onemocnění hlavní léčbu. Většina typů onkologického onemocnění je léčena multimodálně, tedy za využití různých léčebných postupů. U nádorů, které jsou malé, lokální, a je u nich vyloučeno metastázování, se většinou přistupuje pouze k jedinému léčebnému postupu. Nicméně multimodální léčba je častější zejména u velkých nádorů, u kterých je vyšší pravděpodobnost k metastázám. Zatímco u typu chirurgického zákroku, radioterapie a hormonální terapie nebyla mnohými studiemi prokázána souvislost s posttraumatickým rozvojem, chemoterapie pozitivně s rozvojem korelovala. Jako možné

---

<sup>3</sup> Termín „lumpektomie“ označuje druh operace, při kterém je prs zachován a je odstraněno pouze nádorové ložisko. Zatímco při mastektomii dochází k odstranění celého prsu (ablace prsu), přičemž někdy je spolu s prsní tkání odstraněn i hrudní sval pod prsem (radikální mastektomie). (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Operace prsu*. <https://www.linkos.cz/slovnicek/mastektomie/>)

vysvětlení se nabízí, že podstoupení takto agresivní léčebné metody výrazně narušuje život nemocného, což ho poté vede k většímu posttraumatickému rozvoji (Tanyi et al., 2020).

Součástí celkové léčby často bývá adjuvantní terapie, která do léčebného procesu vstupuje po primární léčbě. Adjuvantní terapie je zaměřena na odstranění nádorových buněk, které není vlivem jejich mikroskopických rozměrů možné odstranit pomocí operace. Do adjuvantních léčebných postupů patří chemoterapie a radioterapie. Například žena s rakovinou prsu nejprve podstoupí chirurgický zákrok (vyjmutí nádoru v prsu), po které jí může být doporučena adjuvantní terapie v podobě chemoterapie. Příznivý efekt adjuvantní terapie je prodloužení procenta bezpříznakového přežití od tří do pěti let po ukončení léčby a také zvýšení počtu vyléčených jedinců. Adjuvantní chemoterapie je přínosná pouze u chemosenzitivních nádorů (Adam et al., 2011).

Předtím, než je zahájena primární léčba, je indikována také neoadjuvantní terapie s cílem podchytit známá nebo potenciální ložiska mikrometastáz a zmenšit primární nádor. Neoadjuvantní terapie neboli profylaktická léčba cílí na místo s vysokým rizikem rakovinného bujení. Jako příklad lze uvést malobuněčný karcinom plic, u kterého je pravděpodobnost metastáz do mozku. Z toho důvodu je mozek profylakticky ozařován (Nezu et al., 2004). Jak uvádí Adam et al. (2011) může být neoadjuvantní terapie nápomocná v tom, že zlepší proveditelnost operačního výkonu a u orgánu či tkáně je zachována funkčnost. Rizika, která se s neoadjuvantní léčbou pojí, jsou její možná neúčinnost a zbytečný odklad operačního výkonu na pozdější termín. V případě neoadjuvantní léčby se nejedná o standardní postup, který by byl využíván u všech nádorů. Dobré výsledky vykazuje tento typ v následujících indikacích: nádor prsu, rekta a distální části jícnu.

Onkologická léčba má různé cíle, které jsou závislé na typu onkologického onemocnění a jeho stádiu. Je možné rozlišit tři cíle: léčbu, kontrolu a paliativní péči. Léčba je možná u některých nádorů, z nichž lze zmínit například nádor kůže, děložního hrdla či varlete. Pokud pro nádor neexistuje léčba, využívá se terapie zaměřená na kontrolu, která se soustředí na omezení, ohraničení nádoru. U nádorů, které již svým rozsahem či stupněm malignity není možné úspěšně vyléčit, se přistupuje k paliativní péči, která si klade za cíl zmírnit symptomy onemocnění a utišit bolest nemocného (Nezu et al., 2004). Ukazuje se, že ačkoliv může být léčba onkologického onemocnění pro jedince velmi náročná, může přinášet i vnímání pozitivních aspektů, což může vést k postupnému posttraumatickému rozvoji. Například posttraumatický rozvoj vnímalo v dotazování 53 až 83 % žen po rakovině prsu (Cordova et al., 2007). Konkrétně byly pozitivní aspekty u přeživších onkologického onemocnění shledány ve třech hlavních oblastech: (1) jedinec si začal více vážit života,

přehodnotil své postoje a upravil hodnoty; (2) jedinec vnímá nárůst vnitřní síly; (3) jedinec pociťuje větší blízkost k lidem obecně, zejména pak k rodině a přátelům (Tanyi et al., 2020).

## 2.2 Psychosociální faktory v průběhu onkologického onemocnění

Diagnóza onkologického onemocnění je spojena s určitou psychosociální zátěží (posttraumatickým stresem), které je nemocný vystaven. Nemoc a s ní spojenou zátěž prožívá každý nemocný zcela individuálně. V Západních zemích mají jedinci tzv. základní přesvědčení (*core beliefs*) o sobě samém a o světě a jeho fungování. Jedinci věří, že jsou zdraví, mají svůj život pod kontrolou, jsou chráněni vůči nemocím a smrti. Již samotná diagnóza vzbuzuje v nemocném existenční obavy, otřásá jeho základními přesvědčeními, konfrontuje ho s vlastní smrtelností a přiměje ho zabývat se myšlenkami na smrt. Jedinec nedokáže pochopit, jak je možné, že nemoc potkala zrovna jeho. Zažívá pocity smutku, strachu, zlosti, izolace. Dále se mohou objevit pocity stigmatizace a viny (Jim & Jacobsen, 2008).

Jak popisuje Tschuschke (2004) nemocný se musí vyrovnat nejenom se zátěží psychickou, ale také fyzickou, neboť nemoc má své tělesné projevy, které nemocného omezují. Mezi tělesné projevy patří například únava, celková slabost, nechutenství a také vedlejší účinky léčebných metod. Léčba pro nemocného může znamenat ztrátu nezávislosti, jelikož se stává do určité míry závislý na lékaři a při případné hospitalizaci na dalším ošetřujícím personálu. Ke zmírnění negativních emocí v léčbě je klíčový vztah nemocného a lékaře (o důležitosti podporující komunikace mezi lékařem a nemocným viz kapitola 2.5). Nemocný by měl důvěřovat rozhodnutí svého ošetřujícího lékaře. Dále by měl přijmout, že bude po nezbytně dlouhou dobu potřebovat pomoc, ať již v nemocnici nebo doma. Skutečnost, že může být nemocný odkázán na pomoc druhých osob, v něm může vyvolávat pocit ztráty vlastní autonomie. Nemocný může rovněž nabývat dojmu, že pozbyl kontroly nad svým životem, který je determinovaný léčebnou metodou. Vhodná sociální opora může být důležitým faktorem pro zmírnění prožívaného stresu a diskomfortu (více o sociální opoře jako o významném prediktoru pro posttraumatický rozvoj v kapitole 3.6.5).

Odhadovaná prevalence posttraumatické stresové poruchy související s náročností onkologického onemocnění se pohybuje v rozmezí od 5 do 35 %. Faktory, které korelují se vznikem posttraumatické stresové poruchy, jsou: mladší věk, nízký finanční příjem, nižší vzdělání, dřívější traumata, další velké životní stresory, malá sociální opora, velké sociální omezení, rysy osobnosti, emoční problémy v minulosti, nedostatečné znalosti o onkologickém onemocnění, strach z relapsu onemocnění, krátký čas od diagnózy nebo ukončené léčby (o časové dimenzi traumatu viz kapitola 3.6.4), opakující se onemocnění (relaps) (Cordova et al., 2007). Oproti tomu jiné studie neprokázaly signifikantní souvislost

mezi nižším věkem a posttraumatickou stresovou poruchou. Naopak z výsledků vyplynulo, že mladší jedinci můžou oproti starším (kteří mají již zkušenosti s náročnými událostmi) prožívat onkologické onemocnění jako více ohrožující, což u nich může později vést k většímu pociťovanému posttraumatickému rozvoji. Z dalších sociodemografických ukazatelů byl prokázán pozitivní vztah mezi ženským pohlavím a vyšší mírou udávaného posttraumatického rozvoje (Tanyi et al., 2020).

Onkologické onemocnění může být v mnohých případech velmi progresivní povahy, což na nemocného klade o to větší tlak. Nemocný nemá dostatečný čas, aby se s nemocí adekvátně psychicky vyrovnal. Je velmi brzy nucen zabývat se ryze praktickými otázkami, jakými jsou finanční zajištění jeho samého a jeho rodiny, možnostmi léčby či vyřízení poslední vůle. Pokud je nemocný prvním členem rodiny, u kterého bylo diagnostikované onkologické onemocnění, nemusí mít dostatečnou představu, co nemoc obnáší a co bude během léčby zažívat. I zde lze pozorovat odlišnosti v přístupu. Jsou tací, kteří si budou o své nemoci chtít zjistit veškeré jim dostupné informace, přičemž jiní záměrně mnoho informací o své diagnóze vědět nechtějí (Nezu et al., 2004).

### **2.3 Proces vyrovnávání se s traumatem podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové**

V procesu vyrovnávání se s náročnou životní situací je často zmiňován model Elisabeth Kübler-Rossové, která se touto problematikou začala zabývat jako jedna z prvních. Byla to švýcarská psychiatrická působící od 50. let 20. století v USA. Ve své profesi se zabývala zejména psychikou těžce nemocných a umírajících. Na základě jejich zkušeností a poznatků vznikl model Kübler-Rossové, který ovlivnil povědomí o tom, co prožívají onkologicky nemocní a otevřel cestu k jejich lepšímu pochopení (Adam et al., 2011). Nicméně v rámci modelu Kübler-Rossové je nutné brát v potaz, že se model zaměřuje zejména na pro ni, a možné také pro mnohé lékaře, v kontaktu s nemocnými nejnápadnější fázi, a to konkrétně fázi agresivity. Jak však upozorňuje Adam (2019) většina nemocných má odlišné reakce. Vzhledem k tomu, že model Kübler-Rossové je jedním z nejnámějších, je mu věnován prostor i v této práci, pouze je zapotřebí nebrat ho jako univerzálně uplatnitelný u každého nemocného vyrovnávajícího se se závažnou diagnózou.

Kübler-Rossová popsala pět fází zmiňovaného procesu: 1. popření, 2. agrese, 3. vyjednávání, 4. deprese a 5. smíření.

#### **1. Popření (šok, akutní stres)**

Fáze popření nastává ve chvíli, kdy je pacientovi oznámena diagnóza onkologického onemocnění. Často má jedinec nějaké tušení, potýká se se zdravotními

problémy, o jejichž příčině přemýšlí. Samotná diagnóza tak může být jakýmsi potvrzením jeho současného zdravotního stavu. Nicméně, jak uvádí Nezu et al. (2004), existují případy, kdy jedinec žádné symptomy nepociťuje, a onkologické onemocnění probíhá do té doby bezpříznakově. Prvotní reakcí na sdělení diagnózy lékařem je povětšinou šok. Jedinec může tento okamžik zpětně popisovat jako „děsivý“ či „neskutečný“. Ojedinělá není neschopnost vybavení si celé návštěvy u lékaře, vzpomínka může mít necelistvou podobu, jelikož sdělení „máte rakovinu“ může v jedinci zablokovat schopnost pozornosti a vyvolat pocity strachu, kterými může být velmi rychle zaplaven. Právě zmiňované zaplavení strachem a neschopností koncentrace dotyčného jsou důvody, proč je dobré, aby byla sdělení diagnózy přítomna také pro jedince blízká osoba, která mu později může pomoci s podáním informací, které během návštěvy ze strany lékaře zazněly, a které si jedinec není schopen vybavit. Ozánění diagnózy má za následek změnu identity jedince, protože se mění jedincovo prožívání sebe samého. Z člověka, který cítí, že má svůj život pod kontrolou, se stává nemocný, jehož prognóza ohledně délky života je nejistá. Tato změna identity je z vnějšku vnucená, přichází do jedincova života velmi rychle, je na ni proto přirozenou reakcí šok.

Chování jedince v šoku lze rozdělit na typ aktivační a inhibiční. Agitovaný jedinec může pobíhat, panikařit, zatímco inhibiční typ má tendenci ke ztuhnutí a k viditelné neaktivitě. Na pomezí popsaných typů se někdy také vyskytuje tzv. stav kognitivního přežití, který se vyznačuje záměrným útlumem citů a chováním připomínající robota. Jednání dotyčného může mít poté logický, ale také nelogický charakter. Pro šokovou reakci je typická disociace citů, rozumu a paměti, případně se může rozvinout posttraumatická citová reakce (Adam, 2019). Někteří jedinci mají tendenci svoji diagnózu popírat, oproti tomu jiní ji mohou sice přijmout, ale popírají důsledky nemoci. Fáze popření může mít podobu prudké reakce na diagnózu, která přišla zcela nečekaně, nebo může představovat způsob zvládání náročných situací. To, jak se jedinec vyrovnával s obtížnými situacemi před diagnózou onkologického onemocnění, může být určující faktor v přístupu k léčbě. U těch jedinců, u kterých se popření jako reakce objevuje jako naučený způsob zvládání i většiny dřívějších náročných situací, hrozí, že v léčbě nebudou do takové míry spolupracovat a mohou léčbu i předčasně ukončit (Nezu et al., 2004).

## **2. Agrese (nespecifické obrany)**

Fáze agrese nastupuje po pominutí fáze šoku průměrně po třech hodinách až třech dnech. Vzhledem k jedincovu rozpoložení, ve kterém stále není schopen klidného a racionálního uvažování, jsou pro tuto fázi typické automatické reakce, které jedinec do té doby používal jako mechanismus zvládání zátěžových situací. Tyto reakce se nazývají

nespecifické obrany. Každý jedinec má své nespecifické obrany, které jsou pro něj obvyklé, čímž se jeho obrany stávají stabilními a předvídatelnými pro jedincovo okolí, které jedince zná. Nespecifické obrany jsou velice individuální, rozdíl mezi nimi netkví v jejich povaze, ale v intenzitě. Příklady nespecifických obran mohou být následující: tendence ke sportu, k práci, ke zneužívání návykových látek, k obviňování okolí a společnosti nebo sebe samého. Ze samotného výčtu je zřejmé, že ne každý jedinec se musí uchýlit k agresi jako ke způsobu zvládnání náročné situace. Agrese je pouze jednou z mnoho reakcí, která se může u různých jedinců vyskytnout. Nicméně na základě skutečnosti, že autorka modelu Elisabeth Kübler-Rossová nazvala tuto fázi právě fází agrese, lze vyvodit, že tento typ reakce dělá zdravotnickému personálu v kontaktu s nemocným největší potíže proto, že nemocný svým hněvem zdravotnický personál přímo konfrontuje (Adam, 2019). Jak popisuje Nezu et al. (2004) může hněv směřovat na lékaře a vědu jako takovou, že nemoc neobjevili dříve nebo že na ni není léku, který by ho plně uzdravil. Jedinec pracující v zaměstnání, ve kterém byl vystaven působení kancerogenních faktorů, může pociťovat hněv vůči svému zaměstnavateli. Někteří mohou mít pocit, že jim v rodině chyběl vhodný vzor, který by mohli následovat v zásadách zdravého životního stylu, a proto se zlobí na svoji rodinu. Věřící jedinec, který žil v souladu s náboženskými pravidly, může nabýt dojmu, že ho jeho „představený“ trestá. Oproti otevřeně agresivním jedincům však existují ještě tzv. intrapunitivní typy, což jsou jedinci, kteří ze vzniku nemoci obviňují sami sebe, což pro okolí zůstává mnohdy skryté (Adam, 2019). Sebeobviňování se může týkat například toho, že nežili zdravě nebo tak činili nedostatečně, aby si uchránili své zdraví. Jedinec se potýká s pocitem provinění, že nevěnoval péči o své zdraví dostatečnou pozornost a nechodil pravidelně na lékařské prohlídky (Nezu et al., 2004).

### **3. Vyjednávání (specifické obrany)**

Fáze vyjednávání nastupuje zhruba týden až dva od fáze agrese. V této fázi je jedinec již schopen zklidnit své pocity a zapojit do procesu vyrovnávání se s diagnózou rozumové hledisko. Specifické obrany, které jedinec nejprve hledá a následně je využívá, se vyznačují tím, že jsou zaměřené na zvládnutí onkologického onemocnění svým specifickým způsobem. Pro jedince je charakteristická velmi silná motivace, touha nemoc překonat jím vytyčeným způsobem. Jednání může být velmi úporné, proto by nejenom ošetřující lékař, ale i rodina nemocného, měli kontrolovat, zda nedochází k vyhoceným momentům. Například nemocný se rozhodne, že bude jíst velmi zdravě, což později přejde v pokus nemoc vyhladovět. Nemocný může nemoc detailně studovat, hledat různé alternativní přístupy, které by ho mohly přimět k přerušení léčby. Z toho důvodu je vhodná kooperace mezi lékařem a rodinou nemocného, aby nedošlo k přerušení léčby nebo

k velkému přetěžování organismu nemocného kvůli jím nastavenému režimu, ve který věří, že ho onkologického onemocnění zbaví (Adam, 2019).

#### **4. Deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení)**

Nástup depresivní fáze velmi ovlivňuje to, jak úspěšná je léčba. Pokud se léčba daří, jedinec do této fáze ani nemusí vstoupit. Již byla popsána vnucená změna identity, která přichází v souvislosti náhlého, mnohdy nečekaného, vstoupení nemoci do jedinceva života. Jedinec na takovou změnu může reagovat poruchami přizpůsobením, které se dříve označovaly jako reaktivní deprese, a to konkrétně z toho důvodu, že depresivní reakce se vyskytuje nejčastěji. Poruchy přizpůsobení vymizí obvykle do tří až šesti měsíců, vzácně do dvou let. Jak popisuje Adam (2019) průběh reaktivní deprese je nezávislý na vůli, volní úsilí může naopak stav ještě prodloužit. V tomto stavu hrají hlavní úlohu obranné reakce daného jedince, dočasně jsou omezeny indikátory běžných potřeb, což znamená, že jedinec nespí, nejí, málo pije, nevidá se s blízkými lidmi, protože se mu nechce. Zmíněné jednání však reaktivní depresi prodlužuje. Taková stresová obranná reakce vede ke zhoršení zdravotního stavu jedince, proto je zapotřebí, aby byl lékař pozorný k silným projevům poruch přizpůsobení. Dle Nezu et al. (2004) zažívá nemocný kombinaci různých emocí, nejčastěji se potýká s již zmiňovanými pocity deprese, ale také strachu z léčby, bolesti, ze smrti. Nemocný může nabývat dojmu, že mu jeho blízcí nejsou schopni dostatečně porozumět, protože se sami s ničím podobným nemuseli nikdy potýkat. Může mít pocit, že se ho jeho okolí snaží jen litovat. Může se dokonce stát, že nemocný pravdu o své diagnóze nikomu z okolí nesvěří. Důvody mohou být různé: strach z reakcí, obava z toho být vnímán jako „nemocný“. Strach, tajení diagnózy a uzavírání se do sebe vedou k pocitům izolace.

#### **5. Smíření (přijetí nové identity)**

Ve fázi smíření přijímá jedinec svoji nově získanou identitu. Silná, místy až úporná motivace typická pro předchozí fázi ustupuje do pozadí. Nemocný může na okolí působit vyrovnaným dojmem. Je zapotřebí konstatovat, že každá náročná životní situace má na jedince vliv a to, jak z ní vyjde, je individuální. Někdo reaguje adaptivně, v rámci náročné situace zraje, zatímco na jiného má stejná situace maladaptivní vliv, jedinec se cítí poznamenaný jak fyzicky, tak psychicky. V rámci fáze smíření, přijetí nové identity, se může vyskytovat i patologická identita, kterou je tzv. ustrnutí v roli pacienta. Trvalým následkem závažné choroby může být reaktivní hypochondrie, tedy stav, kdy se jedinec zvýšeně sebezpozoruje, má nadměrný strach z kontrol u lékaře, a to i v případech, kdy léčba byla úspěšná (Adam, 2019).

## 2.4 Specifika posttraumatického rozvoje v kontextu onkologického onemocnění

Pro rozvoj osobnosti je klíčových několik faktorů, které s sebou onkologické onemocnění přináší: příznaky nemoci, předpokládaná etiologie nemoci, míra ohrožení života, míra narušení života, trajektorie uzdravování, chronicita onemocnění, trvalost změny, širší kontext nemoci. Ačkoliv autoři Park et al. (2009) s jmenovanými faktory pracují obecně, tedy bez ohledu na to, o jakou nemoc se jedná, budou faktory v rámci této práce pojednávány v jejich přímé souvislosti s onkologickým onemocněním. U faktoru „chronicita onemocnění“ lze konstatovat, že onkologické onemocnění ve své podstatě nemusí nabývat chronické povahy. Pouze pokud z důvodu léčby dojde ke ztrátě funkčnosti nebo plné soběstačnosti organismu, musí jedinec, který se z onkologického onemocnění úspěšně vyléčí, dodržovat určitá režimová opatření. Nicméně posttraumatický rozvoj zažívá ten jedinec, u kterého došlo k překonání zdravotní krize a jeho stav se následně úspěšnou léčbou stabilizoval. Takový jedinec poté uvádí rozvoj v interpersonální rovině, kdy dochází ke zvýšení pocitu důvěry a uvědomění si svého významu pro partnery. Více si váží života, dochází k nastavení nových priorit a cílů. Může nalézt novou životní filozofii a může rovněž dojít k prohloubení spirituality. Pouze jedinci, kteří prošli onkologickým onemocněním (a jinými typy nemocí) udávají rozvoj v jejich chování, které se nově více zaměřuje na udržení zdravého životního stylu a prevenci (Stanton, 2015). Ačkoliv pozitivní změny jako výsledek překonání onkologického onemocnění nelze brát jako samozřejmost, udává 53 až 95 % přeživších (*cancer survivors*) nějaký stupeň pociťovaného rozvoje (Wilson et al., 2014).

Jak bylo zmíněno, u jedince může na základě zkušenosti s onkologickým onemocněním a jeho překonáním dojít k prohloubení spirituality. Spiritualita a posttraumatický rozvoj se vážou na adaptaci na nemoc. Studie z roku 2018 si kladla za cíl na výzkumném vzorku sta žen vyléčených z rakoviny prsu zkoumat vztah mimo jiné i mezi těmito dvěma proměnnými. Ukazuje se, že spiritualita je důležitý faktor v rámci psychosociálního přístupu k onkologickému onemocnění. Je tomu tak zejména z toho důvodu, že tím, že se jedná o život ohrožující onemocnění, které nutí jedince zabývat se smyslem života a nevyhnutelností smrti. Výsledky studie prokázaly, že spiritualita významně predikuje posttraumatický rozvoj. Spiritualita pomáhá jedinci v snadnější akceptaci obtíží spojených s nemocí a léčbou, vykazuje pozitivní vliv na emoční well-being a zmírňuje distres (Paredes & Pereira, 2018).

### Příznaky nemoci

Onkologické onemocnění může být diagnostikováno v různých fázích, vždy záleží na tom, zda je onemocnění včas rozpoznáno. Mohou nastat případy, kdy jedinec pociťuje

specifické obtíže, kvůli kterým se rozhodne vyhledat lékaře a onemocnění je včasné odhaleno. Nicméně může dojít i k tomu, že je onkologické onemocnění již v pokročilé fázi a naděje na vyléčení je nízká. Do momentu diagnostiky mohlo onemocnění probíhat bezpříznakově, jelikož mnohé příznaky jsou obecného charakteru (únava, nevolnost, bolest hlavy), tudíž je jedinec nepřipisuje vážnému onemocnění, ale například nachlazení či nadměrnému pracovnímu nasazení. Park et al. (2009) jsou toho názoru, že rozvoj může nastat, pokud je jedincovi poskytnut čas pro to, aby začal vnímat příznaky onemocnění, byl informován o možných budoucích nežádoucích příznacích léčby a uvědomil si, jaké důsledky z onkologického onemocnění vyplývají.

### Předpokládaná etiologie nemoci

Onkologické onemocnění lze považovat za druh onemocnění, u jehož jednotlivých typů jsou známé hlavní nebo pravděpodobné příčiny nebo minimálně rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku onemocnění. Samotné propuknutí nemoci a její průběh může být do značné míry individuální (Mareš, 2012). Dle Park et al. (2009) se vzrůstajícím pocitem odpovědnosti za dané onemocnění, se u jedince zvyšuje pravděpodobnost dosažení vyššího stupně rozvoje po traumatu. Jedinec se snaží nalézt odpovědi, proč zrovna u něj propuklo onkologické onemocnění, přičemž odpovědi na své otázky se snaží najít ve svém dosavadním životním stylu. Pokud zhodnotí, že jeho životní styl nebyl vhodný, může se snažit nezdravé návyky odstranit, aby opětovně získal kontrolu nad svým zdravím.

### Míra ohrožení života

Druhy zhoubných nádorů se od sebe liší mírou, jakou ohrožují jedince na životě. Včasný záchyt onkologického onemocnění může zvýšit šanci na vyléčení. Nicméně to, o jaký typ nádoru se jedná, o jeho objektivně diagnostikované stádium a budoucí progres onemocnění a průběh léčby, je pouze jedna rovina. Druhá rovina je subjektivní vnímání míry ohrožení života konkrétním jedincem, kterému bylo onkologické onemocnění diagnostikováno. Jeho subjektivní prožitek ovlivňuje celá řada faktorů: jak komplexně byl informován o svém zdravotním stavu, zda má dostatek informací o léčbě a možných rizicích, které se s ní pojí. Jak mu byly lékařem informace podány, jak jim porozuměl. Jaké informace si odfiltroval, ať už z důvodu stresu nebo protože jim nedostatečně porozuměl. A v neposlední řadě je klíčové, zda byl dán jedinci prostor pro dostatečné emoční a kognitivní zpracování celého sdělení (Mareš, 2012). Jedinec může na základě všech informací, které mu byly sděleny a vlastním prožíváním zhoršujícího se zdravotního stavu, dojít do bodu zlomu, který nastává s přesvědčením hrozící smrti. Jedinec si uvědomuje, že jeho stav je vážný. Výsledky výzkumů dokládají, že stoupající míra subjektivně prožívaného ohrožení života vede často k dosažení vyšší úrovně pozdějšího posttraumatického rozvoje. Tento jev

dokládá, že na později uváděnou úroveň posttraumatického rozvoje má větší vliv subjektivně vnímaná blízkost smrti než ohrožení života, které dokládají výzkumy a prognózy (Linley & Joseph, 2004; Stanton et al., 2006). Romaňáková et al. (2015) hovoří o tzv. „vnitřním obrazu nemoci“, který poukazuje na skutečnost, že se jedinci od sebe liší tím, jak reagují na skutečnost, že mají onkologické onemocnění. Rozdíl je nejenom v intenzitě prožitků, ale také v tom, jak subjektivně hodnotí prožívané trauma.

### Míra narušení života

I v případě míry narušení života záleží na tom, o jaký druh onkologického onemocnění se jedná a v jakém stádiu bylo odhaleno. Od toho se potom odvíjí způsob a mnohdy i délka léčby. Jak zmiňují Park et al. (2009) vážná onemocnění zavádají větší prostor pro posttraumatický rozvoj. I zde se může objevit rozdíl mezi tím, jak nemoc objektivně vnímá odborník-lékař a jak na ni subjektivně pohlíží jedinec, který se s nemocí musí vypořádávat každý den a který může prožívat bolest a pocit ztráty kontroly nad svým zdravím a neschopnost fungovat „normálně“, jak byl zvyklý.

### Trajektorie průběhu nemoci, případně uzdravování

Jak bylo zmíněno v kapitole 2 (Onkologické onemocnění a jeho vymezení), je onkologické onemocnění závažná forma onemocnění. Pro jedince je zatěžující většinou dlouhotrvající léčba, ale také fakt, že onemocnění postihuje tělo, psychiku a sociální život nemocného (Markides, 2011). Kompletní proces uzdravování tak může být velmi zdoluhavý a pro jedince vyčerpávající. Proto v průběhu léčby může svoji roli mít i naděje. Naděje charakterizuje sedm atributů: počáteční zhodnocení míry ohrožení a vážnosti nemoci; předvídání vývoje léčby a všech okolností, které mohou být zásadní pro úspěšnou léčbu; připravenost na negativní výsledky; realistické posouzení vlastních zdrojů pro zvládnutí nemoci a vnějších zdrojů pomoci; snaha o získání sociální opory; průběžná analýza dosahování vytyčeného cíle – léčení; vytrvalost i přes možné utrpení (Mareš, 2012).

### Trvalost změny

U převážné většiny onkologických onemocnění je primární léčbou chirurgický zákrok, který má za cíl odstranit maligní nádor. Tento zákrok způsobí trvalou somatickou změnu, jedná se například o mastektomii u karcinomu prsu, laryngektomie u karcinomu hrtanu, totální thyreoidektomie u karcinomu štítné žlázy aj. Není dostatečně prozkoumané, do jaké míry má rozsah somatické a funkční změny vliv na možný výskyt posttraumatického rozvoje (Mareš, 2012). Zajímavé zjištění přinesly výsledky výzkumů zabývajících se stupněm závažnosti nádoru. Prokázala se pozitivní korelace mezi stupněm nádoru a vnímaným rozvojem. Toto zjištění dokládá, že jedinec se závažnějším stupněm onkologického

onemocnění udával větší posttraumatický rozvoj. Jedinci, kteří se vyléčili z onkologického onemocnění, jsou touto zkušeností ovlivněni, mohou pociťovat změnu tím, že si uvědomili vlastní zranitelnost a smrtelnost. Již bylo zmíněno, že subjektivní hodnocení onemocnění má na jedincovo zpracování traumatu větší vliv než objektivní faktory. Subjektivní hodnocení rakoviny pozitivně koreluje s posttraumatickým rozvojem. Jedinec, který rakovinu vnímá jako velmi traumatickou událost, bude velmi pravděpodobně udávat posttraumatický rozvoj (Tanyi et al., 2020). Zjištění je v souladu s teorií, kterou postulovali Tedeschi a Calhoun, ve které pracují s nezbytnou mírou prožívaného ohrožení, která představuje výzvu pro jedincovo chápání světa, což zapříčiní kognitivní proces hledání pozitivních aspektů na prožitém traumatu (Tedeschi & Calhoun, 2004). Park et al. (2009) mluví v této souvislosti o návratu jedince po vyléčení k tzv. „novému normálu“. Změna zdravotního stavu a s tím spojená změna životního stylu a náhledu způsobuje diskrepanci mezi tím, co by si jedinec přál a co zažívá, což může vést k aktivnějšímu hledání smyslu onemocnění a tím k většímu rozvoji. Nebo může naopak dojít k opačnému důsledku, kterým jsou negativní změny osobnosti (deprese, naučená bezmocnost) (Mareš, 2012).

## **2.5 Podporující komunikace ze strany lékaře a její význam pro nemocného**

Část věnovaná míře ohrožení života upozornila na důležitou skutečnost a tou je subjektivní vnímání míry ohrožení života jedincem, kterému bylo onkologické onemocnění diagnostikováno. Bylo zmíněno, že na subjektivní prožitek může mít významný vliv způsob sdělení diagnózy a bližších informací k léčbě, které jedinec získal ze strany lékaře a ostatního ošetřujícího personálu. Správné pochopení a přijetí informací o zdravotním stavu může velmi napomoci budoucí participaci jedince na plánované léčbě. Vhodný způsob sdělení může jedinci pomoci v adaptaci na nemoc. Také zvyšuje jeho pocit osobní zdatnosti (*self-efficacy*), což je důležitý faktor v procesu vyrovnávání se s traumatem, který napomáhá v procesu posttraumatického rozvoje (Penalba et al., 2018).

Nicméně ačkoliv je způsob sdělení diagnózy onkologického onemocnění zcela klíčový, jedná se o obtížnou dovednost, a to hned v několika rovinách: lékařské, psychologické, existenciální, osobní. Je ovšem nezbytné poznamenat, že sdělení je náročné nejenom pro nemocného, ale také pro lékaře. Na straně lékaře může dojít k několika odlišným přístupům vůči sdělení závažného onemocnění: Lékař se může snažit vyhnout se sdělení diagnózy; může diagnózu sdělit otevřeně a přímo s možností zodpovědět případné otázky ze strany nemocného; může zvolit nekompromisní, necitlivý, tvrdý způsob podání informace, který nerespektuje aktuální stav nemocného, který je determinován pocitem strachu, a napětí, jelikož musí čekat na výsledky a může mít ze své

osobní (vlastní nebo rodinné) historie strach z onkologického onemocnění (Romaňáková et al., 2015).

Lékař by si měl být vědom, že nevhodným způsobem sdělení může nemocného negativně ovlivnit a tím i jeho přístup a motivovanost k léčbě. Jak popisuje Tschuschke (2004) z šetření založených na teorii komunikace vyplynulo, že příčinou nespolupráce nemocného s ošetřujícím personálem je nedostatek komunikace. Pokud je komunikace nemocným vnímána jako dostatečná a adekvátní, zvyšuje se pravděpodobnost souhlasu s navrženým léčebným plánem. Nemocný tedy od lékaře potřebuje: informaci, přijetí a prostor, akceptaci, jistotu a zájem. Informaci o zdravotním stavu by měl lékař podat tak, aby jí nemocný co nejlépe porozuměl. K ověření porozumění může nemocného požádat, aby mu svými slovy řekl, jak informaci rozuměl. Lékař by si měl být vědom, že by měl mluvit co nejvíce laicky, bez užívání příliš mnoha odborných termínů. Dále by se měl vyvarovat zahlcení nemocného informacemi a raději sdělovat vždy jen to, co je momentálně aktuální a častěji informace opakovat. V rámci „přijetí a prostoru“ je zásadní, aby lékař u nemocného navodil pocit, že mu nemocný může klást otázky i kdykoliv později. Nemocný potřebuje cítit, že ačkoliv má na druh léčby odlišný názor, bude to lékař respektovat a neztratí možnost se na něj obrátit. S „jistotou a zájmem“ se pojí pocit nemocného, že lékař se upřímně zajímá o jeho zdravotní stav a vyjadřuje mu emoční podporu, což je klíčové pro budoucí kooperaci (Angenendt et al., 2010). Pokud je zájem lékaře autentický, vzniká na straně nemocného pocit bezpečného prostoru, ve kterém má příležitost projevit své obavy a potíže (Pospíchal & Šporcová, 2020).

Pojem „vnitřní obraz nemoci“ byl již zmíněn, poukazuje na to, že není možné stanovit přesná a jednotná pravidla pro sdělování diagnózy onkologického onemocnění a další postupy pro komunikaci s nemocným. Je nutné zohledňovat subjektivní prožívání nemocného. Vždy je nejlepší osobní přístup, který vyžaduje od lékaře schopnost empatie, dostatek času na nemocného a dobré komunikační schopnosti. Lékař by měl při sdělování diagnózy následovat hlavní zásady, kterými jsou: vhodný časový management, dostatek času, citlivý a empatický tón, vést dialog, legitimizace náročnosti a nabídnutí psychologické podpory. Na sdělování diagnózy by si měl lékař vyhradit dostatek času a zvolit vhodný prostor, kde ho a nemocného nebude nikdo rušit. Pokud nemocný vycítí nedostatek času ze strany lékaře, ocitne se pod tlakem a setrvá v pasivitě, neklade žádné otázky právě proto, aby lékaře ještě více nezdržoval (Adam et al., 2011). Nedostatek času jako bariéru v komunikaci s nemocným může vnímat i samotný lékař. Oproti tomu nemocný pociťuje největší nedostatek v komunikaci tím, že není prostor pro řešení psychosociálních obtíží, které ho trápí, a jejichž správné zpracování může napomoci vhodné adaptaci na nemoc a budoucímu hledání pozitivních aspektů na nemoci (Penalba et al., 2018).

Lékař by měl následovat cíl sdělení diagnózy, kterým není pouhé sdělení diagnózy správnými odbornými termíny, zprostředkování prognózy z pohledu statistických dat, ale moment počátku navození kooperativního vztahu mezi ním a pacientem, který je prospěšný pro obě zúčastněné strany. Sdělení prognózy by mělo nastat pouze v případě, že se na ni nemocný přímo zeptá, a i tak by měla být informace podána obzvláště šetrně. Lékař by měl pouze nastínit určitý časový rámeček, neměl by se uchýlit ke konstatování konkrétního časového údaje, jelikož by si měl být vědom, že nikdy si nemůže být jistý, jak bude nemoc u konkrétního jedince probíhat. Na druhou stranu by neměl lékař sklouznout k nerealistickým vizím, kterými by sice v nemocném vzbudil velkou dávku naděje, nicméně by to nebylo optimální (Adam et al., 2011). Komunikace by měla být formou dialogu, vedena citlivým tónem, jelikož onkologičtí pacienti jsou velmi senzitivní k drobným detailům v intonaci, jejichž vnímání u nich může způsobit negativní pocity (šok, úzkost, smutek, zlost, vztek) (Romaňáková et al., 2015).

V kontextu sdělení diagnózy a prognózy musí brát lékař zřetel na další důležité okolnosti. Tou první je skutečnost, že nemocný prochází jednotlivými fázemi v procesu vyrovnávání se s diagnózou, čemuž by měl uzpůsobit styl komunikace, v opačném případě může nemocného poškodit. Jednotlivé fáze modelu Elisabeth Kübler-Rossové již byly detailně představeny, v této souvislosti se nicméně hodí uvést souhrnnou tabulku možných reakcí nemocného a tipy, jaký přístup by v každé fázi nemocný od lékaře nejvíce potřeboval (Romaňáková et al., 2015).

## Tabulka 2

### *Základní fáze psychického prožívání po sdělení život ohrožující diagnózy*

Fáze	Projevy	Co s tím
<b>NEGACE</b> Šok, popření	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru, která dovolí, že pacient přijde tzv. podruhé.
<b>AGRESE</b> Hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost atd.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
<b>SMLouvání</b> Vyjednávání	Hledání zázračných léků a diet, pověr. Ochetn zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, setrvání v akceptaci pacienta, ale pozor na podvodníky (je potřeba s pacientem o nich mluvit).
<b>DEPRESE</b> Smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, podpořit urovnání vztahů a hledání řešení (zajištění rodiny atd.).
<b>SMÍŘENÍ</b> Souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

(Romaňáková et al., 2015, s. 131)

Druhou okolností, kterou není vhodné opomenout, je typologie nemocných podle jejich vnitřního obrazu nemoci. Typologie rozlišuje dvanáct typů osobnosti pacienta, kterou by ošetřující lékař měl umět rozpoznat a jí přizpůsobit svoji komunikaci. Přehled typů:

- **Harmonický:** jedinec je schopen aktivně spolupracovat, přičemž svůj aktuální stav hodnotí bez větších emocí, ale nepocituje vážnost svého zdravotního stavu.
- **Ergopatický:** doporučením lékaře se řídí jen proto, aby mohl i nadále chodit do zaměstnání, což je pro něj nejvyšší priorita. Myšlenky na nemoc zahání prací, má tendenci k obranným mechanismům.
- **Anozognostický:** myšlenky na nemoc si nepřipouští, odmítá je. Příznaky na nemoc vysvětluje náhodnými jevy.
- **Zneklidněný:** požaduje, aby v komunikaci byl lékař sice laskavý, ale zároveň přímý.
- **Hypochondrický:** je schopen vnímat pouze příznaky nemoci a s ní spojená negativa.
- **Neurastenický:** pokud je léčba neúspěšná nebo trpí bolestmi, vykazuje známky netrpělivosti, podrážděnosti, přičemž inklinuje k tomu, že své rozpoložení přenáší na okolí.
- **Melancholický:** je u něj patrné depresivní ladění, v uzdravení nevkládá velké naděje.
- **Apatický:** pasivní, tendence se podřizovat. Na okolí působí lhostejně.
- **Senzitivní:** vykazuje vysokou míru obav, že by se okolí dozvědělo, že je nemocný, což by mohlo jeho blízkým způsobit obavy.
- **Egocentrický:** akcentuje svoje utrpení, vyžaduje neustálou pozornost od okolí a ošetřujícího personálu. Charakteristické je, že utíká do nemoci.
- **Paranoidní:** nedůvěřivý vůči léčbě, lékařům. Pokud nastanou komplikace, obviňuje právě ošetřující personál. Má silné přesvědčení, že je nemoc jeho trestem.
- **Dysforický:** typické jsou zlost, závist nebo až nenávisť především ke zdravým lidem, kteří žádnou nemocí netrpí (Romaňáková et al., 2015).

Tím, že se lékaři podaří zvolit vhodný styl komunikace dle typu pacienta, u něj může podpořit aktivní kooperaci, adaptaci na novou životní situaci, se kterou se pojí významná zátěž a diskomfort a zmírnit jeho pocity bezmoci a beznaděje. Z výzkumů vyplývá, že aktivní akceptace diagnózy onkologického onemocnění se pojí s vyšší angažovaností daného jedince, což pozitivně koreluje s pozdější vyšší mírou pocíťovaného posttraumatického rozvoje. Aktivní akceptaci napomůže právě vhodně zvolená komunikace, která ctí základní zásady komunikace mezi lékařem a pacientem (Stanton, 2015).

### 3. Vybrané teoretické modely posttraumatického rozvoje

O'Learyová, Alday a Ickovicsová v roce 1998 vybraly osm modelů týkajících se posttraumatického rozvoje a porovnal je proměnné, na které se autoři modelů zaměřují. Zkoumané modely nejčastěji pracovaly s následujícími proměnnými přispívajícími k posttraumatickému rozvoji: hledání smyslu prožité události (jedinec o události přemýšlí, analyzuje ji a přehodnocuje), obracení se k minulé zkušenosti, nezdolnost a použití zvládacího stylu. Vyjmenované zdroje jsou osobnostní. Externí zdroje jsou nicméně rovněž důležité, a to zejména sociální opora, která bude více přiblížena v dalších částech práce. Modely zaměřující se na vyrovnávání se s traumatem lze charakterizovat podle různých kritérií. Některé modely se soustřeďují na výsledek procesu vyrovnávání se s traumatem, zatímco jiné kladou důraz spíše na průběh procesu. K modelům akcentujícím výsledek lze přiřadit modely: model životních krizí a osobnostního rozvoje (autoři Schäferová, Moos) nebo revidovaný model posttraumatického rozvoje (autoři Tedeschi, Calhoun). Modely zabývající se zejména průběhem procesu vyrovnávání jsou: model sebesilujícího hodnocení či vytváření pozitivní iluze (Taylor), rozšířený model zvládnání zátěže – strategie založené na přehodnocení smyslu událostí (Parková, Folkmanová) (Mareš, 2012).

Nyní budou zmíněny modely, které byly formulovány v posledních 20 letech, a které zaznamenaly největší ohlas v odborných kruzích.

#### 3.1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna

Model Tedeschiho a Calhouna je jedním z důležitých teoretických modelů. Lze říct, že tvoří teoretický základ této bakalářské práce, jelikož právě Tedeschi a Calhoun užívají termín „posttraumatický rozvoj“. Tedeschi a Calhoun model vypracovali v roce 1995, přičemž v roce 2004 zveřejnili revidovanou verzi doplněnou o přesnější popis toho, jak vzniká proces rozvoje (Zoellner & Maercker, 2006). V rámci modelu je posttraumatický rozvoj chápán jako významná pozitivní změna, která je pozorovatelná jak v kognitivní, tak emoční sféře daného jedince. Aby bylo možné změnu vnímat jako významnou, musí být splněné důležité kritérium, a sice je nutné, aby se jedinec v rámci této změny ocitl nad svojí dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a celkového chápání života. Tedeschi a Calhoun upozorňují, že „posttraumatický rozvoj není prostý návrat do původního stavu před traumatickou událostí, ale že se jedná o zlepšení, které může být některými jedinci pocíťováno jako velmi významné“ (Tedeschi & Calhoun, 2004, s.4). Fakt, že jedinec po prožitém traumatu v určitých oblastech pocíťuje pozitivní změnu (rozvoj), neznamená, že u něj dojde k vymizení reziduálního distresu, který vznikl z důvodu traumatické události. Reziduální distres se může objevovat i v rámci posttraumatického rozvoje, vzájemně se

totiž nevylučují (Calhoun & Tedeschi, 2006). Traumatická událost, která zasáhla do jedincova života, ovlivňuje jeho budoucí cíle a pohled na svět, představuje pro něj výzvu ve schopnosti zvládnout emoční distres. Z toho důvodu je posttraumatický rozvoj v rámci modelu chápán jako multidimenzionální konstrukt, protože zahrnuje změny na vícero úrovních: přesvědčeních, názorech, hodnotovém systému, cílech, chování a rovněž v osobnostním rozvoji (Zoellner & Maercker, 2006).

Model pracuje s celou řadou proměnných, nicméně nejdůležitější z nich jsou: osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturační – přemítání, sociokulturní vlivy, posttraumatický rozvoj, pohoda a životní spokojenost. Na základě výzkumů jsou posttraumatický rozvoj a s ním spojené pozitivní změny pozorovány v pěti oblastech: 1. dochází ke zvýšení smyslu vlastní sebedůvěry a síly; 2. zlepšuje se kvalita vztahů, jedinec se k ostatním lidem chová vstřícněji, zvyšuje se pocit propojení s ostatními; 3. mění se původní životní cesta, jedinec nachází nový směr, který by nenalezl, pokud by neprošel traumatem; 4. pocit většího ocenění života; 5. změny na existenciální a spirituální úrovni, někteří jedinci začnou hledat víru, začnou se zabývat filozofickými otázkami pravého smyslu života (Taku et al., 2021).

### **3.2 Model Janoff-Bulmanové**

Model Janoff-Bulmanové z roku 2006 posuzuje oproti modelu Tedeschiho a Calhouna změny osobnosti po traumatu z jiného úhlu. Model ukazuje, že na základě traumatického rozvoje dochází u jedince ke třem změnám, přičemž první dvě se shodují s těmi, které jsou popsány v modelu Tedeschiho a Calhouna. Jedná se o změny, kdy jedinec po prožitém traumatu nabyl vnitřní sílu, naučil se, jak pracovat s utrpením, skrze které se stal odolnější a více si důvěřuje. Další změnu doznal jedincův hodnotový systém, došlo k jeho přehodnocení, jedinec se zabýval existenciálními otázkami, na základě kterých přehodnotil svůj dosavadní život. Třetí změna, kterou se model Janoff-Bulmanové zabývá a která je nová oproti modelu Tedeschiho a Calhouna, je skutečnost, že se u jedince rozvinula psychologická připravenost (*psychological preparedness*) na budoucí zátěžové, traumatické události. Tím, že se jedinec již jednou setkal s nějakým traumatem, musel v procesu vyrovnávání se změnit svůj dosavadní svět, svůj životní styl a způsob myšlení. Právě tato změna – akomodace – způsobu chování a myšlení, umožnila rozvoj psychické odolnosti, která způsobí, že pokud bude jedinec v budoucnu znovu vystaven traumatu, bude jím méně traumatizován. Jedinec má po traumatické události tendenci hledat smysl dané události. Lze rozlišit dvojí chápání smyslu události: 1. chápání smyslu jako srozumitelnosti dění (*meaning as comprehensibility*), se kterým se pracuje zejména v případech posttraumatické stresové poruchy, kdy se jedinec pod vedením profesionálů

snaží nalézt smysl v tom, co se děje, což mu pomáhá lépe se v dané situaci zorientovat a následně se s ní vyrovnat; 2. chápání smyslu jako významnost dění (*meaning as significance*), toto chápání je aplikováno především v případech posttraumatického rozvoje. Po uplynutí delší doby od prožitého traumatu se jedinec intenzivně zabývá tím, jaký pro něj událost může mít osobní smysl. Nezabývá se tedy pouze tím, jak závažný dopad na něj konkrétní trauma mělo, ale také pozitivními aspekty, které mu trauma přineslo do života po traumatu (Mareš, 2012).

### **3.3 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové**

Model z let 2004 a 2006 pracuje s předpokladem, že posttraumatický rozvoj má tzv. podvojnou, „janusovskou“ tvář. Model tedy pracuje s metaforou římského boha Jana, který je znázorněn jako muž se dvěma tvářemi, přičemž každá tvář je odvrácena na opačnou stranu. Janus je považován za boha počátku všech věcí. Se dvěma tvářemi byl vyobrazen z toho důvodu, že se předpokládá, že počátek jednoho je konec druhého. I posttraumatický rozvoj má tedy na základě této metafory dvě tváře. Jedna tvář je konstruktivní, kterou lze označit za sebepřesahující (*self-transcending*), přinášející benefit – rozvoj, čímž se stává funkční. Oproti tomu druhá tvář je sebeobelhávající (*self-deceptive*) a dysfunkční, jejímž vlivem je skutečnost pozitivně zkreslena. Je nutné zmínit, že k této pozitivní iluzi, se kterou pracují i jiní autoři (Taylor, Brown), dojde jedinec sám. Autoři modelu Maercker a Zöllnerová upozorňují, že druhou tvář nelze vždy chápat jen negativně, i ona může mít na jedince pozitivní dopad, například jedinec může dojít ke smíření se sebou samým (*self-conciliation*) a rovněž se může podílet na zmírnění negativních dopadů prožitého traumatu tím, že jedinec na trauma pohlíží tak, že když už se mu přihodilo, může z toho vzejít i něco dobrého (Zoellner & Maercker, 2006). Diskuse o druhé tváři se ubírají směrem její možné prospěšnosti po určitou dobu v porovnání s distresem navozeným traumatem nebo také jejím využitím jako krátkodobé paliativní zvládací strategie (Mareš, 2012).

### **3.4 Hobfollův model skutečného posttraumatického rozvoje**

Autoři modelu Hobfoll et al. (2007) postulovali teorii, ve které upozorňují, že teorie dvou tváří navržená v rámci dvousložkového modelu Maerckera a Zöllnerové není postačující, protože v této podobě má hledání nového smyslu prožitého traumatu pouze vnitřní, kognitivní, a mnohdy pouze iluzorní podobu. Negativní důsledky mohou nastat, pokud hledání smyslu zůstane pouze na kognitivní úrovni, a nepromítne se i do činů. Pro posttraumatický rozvoj je klíčové, aby se jedinec uchýlil k aktivní činnosti, protože jedinec tak dojde ke skutečnému rozvoji, a ne pouze k subjektivně vnímanému rozvoji, který se ale nemanifestuje do akce. Z toho důvodu Hobfoll et al. uvádí, že je vhodné skutečný posttraumatický rozvoj chápat nejen jako kognitivní proces, ale také jako salutogenezi, která

se uskutečňuje právě prostřednictvím akčního rozvoje. V akčním rozvoji je dán prostor realizaci jedincových rozvah o přínosu traumatické události, jejich konkretizaci prostřednictvím činů.

### **3.5 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi**

V modelu Josepha a Linleye z roku 2008 jsou zahrnuty dosavadní teoretické přístupy. Anglický název jejich teoretického modelu zní *organismic valuing theory of growth through adversity*. Model pracuje s předpokladem, že jedinec prochází během svého života jistým cyklem, ve kterém se setkává s náročnými událostmi, které určitým způsobem hodnotí; během těchto událostí prožívá určité emoce, přičemž se snaží události zvládnout a následně hodnotí, jak byly jeho snahy úspěšné. Informace o traumatické události jsou jedincem kognitivně zpracovávány, konkrétně lze rozlišit dva způsoby zpracování: asimilace a akomodace. Při asimilaci dochází k začleňování údajů o traumatické události do jedincova vlastního modelu světa, který je stejný jako před prožitým traumatem. V porovnání s asimilací nastává u akomodace změna již existujícího modelu světa, údaje o prožitém traumatu tento model mění, čímž ovlivňují buď pozitivně, nebo negativně jedincovy představy o světě.

Tím, jak se jedinec vyrovnává s traumatickou událostí, mohou nastat tři důsledky v kognitivní rovině:

1. nová zkušenost s traumatem je jedincem zahrnuta do již stávajícího modelu světa, jedinec se kognitivně nachází na úrovni před traumatem, nicméně je odolnější vůči traumatu podobného charakteru v budoucnu;
2. model světa jedince se akomodoval negativním směrem, což má za následek psychopatologii v podobě depresivních stavů, naučené bezmocnosti;
3. model světa jedince se akomodoval pozitivním směrem, což způsobí rozvoj osobnosti, ke kterému došlo vlivem negativních událostí (Mareš, 2012).

Již bylo popsáno, že posttraumatický rozvoj a reziduální distres po prožití traumatické události se vzájemně nevylučují. To, že jedinec zažívá rozvoj, automaticky neznamená, že by na trauma, onkologické onemocnění, nahlížel jako na něco příznivého, žádoucího. Takhle hodnotí pozitivní aspekty, které se snaží v traumatické události nalézt a které by mohly být přenositelné do jeho životního fungování po залéčení onkologického onemocnění. Vyrovnávání se s traumatem je kontinuum, které si nelze představit tak, že se v něm vyskytují dva protipóly – pozitivní a negativní důsledky, mezi kterými by se jedinec na své cestě překonávání traumatu pohyboval. Pozitivní a negativní důsledky traumatické události, v našem případě onkologického onemocnění, se tedy vyskytují zároveň, liší se

pouze ve vzájemném poměru. Na pozitivní a negativní důsledky lze nahlížet jako na dvě nezávislé dimenze, přičemž velmi důležitou roli hraje časový rámec. Výsledkem těchto tří faktorů vzniká prostor pro hledání různých strategií zpracování traumatické události. Strategie jsou individuální a určují, co si jedinec z traumatické události do svého dalšího žití vezme. Již bylo zmíněno, že traumatická událost musí být jedincem hodnocena jako ohrožující, jedinec ji vnímá tak, že událost rozvrací jeho život. Život je analyzován na základě toho, jaký byl „před“ (před traumatem) a jaký je teď, tedy „potom“ (po traumatu). Veškeré tyto okolnosti napomáhají k tomu, aby mohla nastat pozitivní změna po prožitém traumatu (Calhoun & Tedeschi, 2006). Nezbytné nicméně je, aby prožívaný distres nebyl příliš velký. Pokud by byl, došlo by k narušení kognitivních mechanismů, které jsou nezbytné pro to, aby jedinec byl schopen adekvátně zpracovat traumatickou událost. Podstatné tedy je, aby byla nastolena určitá optimální míra pociťovaného distresu v rámci traumatické události, jelikož jedině tak může posttraumatický rozvoj nastat.

### 3.6 Klíčové proměnné z teoretických modelů

Bylo popsáno osm teoretických modelů věnujících se posttraumatickému rozvoji jedince, které akcentují určité proměnné. Nyní budou blíže specifikovány proměnné, které z modelů vycházejí, a sice: osobnost před traumatem, exponování traumatu, hodnocení události a její kognitivní zpracovávání, časová dimenze a sociální opora.

#### 3.6.1 Osobnost před traumatem

Jako klíčové pro schopnost adekvátně zpracovat a vyrovnat se s traumatem se ukazují charakteristiky jedinceva „já“, tedy sebepojetí, sebedůvěra, vnímaná osobní zdatnost (*self-efficacy*), míra sebekritičnosti, schopnost sebekontroly a seberegulace. Jednou z nejdůležitějších osobnostních charakteristik je odolnost (*resilience*), která významně ovlivňuje pozdější posttraumatický rozvoj. Odolnost bývá chápána a označována různými autory odlišně. Někdy je definována jako vlastnost člověka, jako příznivý rys osobnosti. Někdy bývá označována pod pojmem *hardiness*. Nicméně jak uvádí Lepore a Revenson (2006), výzkumy poukazují na skutečnost, že odolnost není homogenní celek, ale může nabývat třech rozlišných podob:

1. návrat k normálu, uzdravení (*recovery*);
2. rezistence, odpor (*resistence*);
3. rekonfigurace, změna (*reconfiguration*).

#### 1. Návrat k normálu (*recovery*)

Pro „návrat do normálu“ je charakteristické, že se jedinec vlivem traumatické události odkloní od svého běžného životního stylu a fungování, nicméně po uzdravení se

rychle navrácí do stavu před traumatem. Lze konstatovat, že traumatická událost v něm nezanechala žádné negativní stopy. V této podobě se projevuje pro odolnost důležitý rys a tou je elasticita. „Návrat do normálu“ se označuje jako normální adaptace.

## 2. Rezistence, odpor (*resistence*)

Jedinec prožívající traumatickou událost se chová a žije pořád stejně, jako tomu bylo před nástupem traumatické události. Funguje pro něj zcela standardně jak během traumatické události, tak i po ní. Působí dojmem, jako by na něj trauma nemělo žádný vliv. Je nezbytné zmínit, že vzhledem k tomu, že jedinec neprojevuje typické negativní emoce (strach, úzkost, smutek), které se pojí se zátěžovými, traumatickými událostmi, liší se svým chováním a prožíváním od běžné populace, což bývá odborníky často označováno za patologický jev. Nicméně je velmi obtížné určit, zda takový způsob vyrovnávání se s traumatem je opravdu maladaptivní nebo se pouze jedná o specifický způsob práce s traumatem (Lepore & Revenson, 2006).

## 3. Rekonfigurace, změna (*reconfiguration*)

Rekonfigurace s sebou nese změnu osobnosti, která vzniká tím, jak jedinec překonává trauma a jeho vlivem se mění. Mohou nastat dvě možnosti. V rámci první možnosti může dojít k obohacení jedince prožitým traumatem a z této zkušenosti může čerpat, pokud bude v budoucnu vystaven obdobné situaci. Dochází ke dvěma procesům: asimilaci a akomodaci. Díky asimilaci je například jedinec schopen lépe posoudit nebezpečí, které by mu traumatická událost mohla způsobit, přičemž díky akomodaci přehodnotí jedinec své přesvědčení vlastní nezranitelnosti. Druhá možnost, která může nastat, dokládá, že oproti posttraumatickému rozvoji může být jedinec změnou i poznamenán i negativně. Tento stav může být přechodného charakteru nebo dokonce i trvalého. (Mareš, 2012)

Na odolnost (*resilience*) se lze dívat z více úhlů než pouze jako na vlastnost osobnosti, která je trvalá a má svůj konkrétní individuálně nastavený práh, po jehož překročení se u jedince začnou projevovat pocity navozené distresem. Odolnost může být vnímána jako děj, proces, a to pro svoji dynamiku. Jedná se o proces odolávání, během kterého se jedinec snaží vypořádat se se zátěžovou událostí tím, že hledá vhodné copingové strategie a snaží se adaptovat na změny (Li et al., 2021). Na odolnost lze nahlížet jako na výsledek tohoto procesu, na základě kterého se jedinec naučil pracovat s distresem, čelit mu, a již ví, jak se má zachovat, pokud se znovu objeví.

Z toho vyplývá, že odolnost (*resilience*) je multidimenzionální konstrukt, který tvoří různé procesy napomáhající adaptaci a které svým odlišným charakterem přináší různé

výsledky. Odolnost se objevuje v případech, pokud je jedinec schopen čelit traumatické události, která v něm vyvolává distres, po jejím skončení se vrací ke svému běžnému fungování nebo u něj dojde ke změně na úrovni myšlení, postojů a chování do té míry, aby se adekvátně dokázal přizpůsobit pokračujícím nárokům vzniklé zátěžové situace. Odolnost pozitivně koreluje s lepší schopností adaptace, vyšší kvalitou života a rovněž lepším fyzickým a psychickým zdravím. Studie provedená v roce 2019 u jedinců, kteří se úspěšně vyléčili z rakoviny plic a po jejichž vyléčení uplynulo alespoň pět let, se zabývala procesem změny odolnosti od diagnózy po úspěšné vyléčení (*survivorship*). Tento proces se skládá ze tří fází: iniciační stres, adaptace na nemoc a rozvoj. Do procesu vstupují protektivní faktory, které proces usnadňují, a těmi jsou: tzv. psychické kvality: pevná vůle (*willpower*), optimismus (*optimism*), otevřená mysl (*open-mindedness*), vděčnost (*gratitude*), psychická odolnost (*firmness*) a vnitřní klid (*calmness*); dobrá sociální opora; pravidelný režim a cvičení; účast na sociálních aktivitách; čínská medicína (jedná se o studii provedenou v Číně, kde je rakovina plic nejčastějším typem s procentuální šancí na pětileté přežití od diagnózy 55% u lokalizovaného nádoru a 4% u pokročilého stádia) (Li et al., 2021).

Významnou roli v rámci posttraumatického rozvoje hrají copingové strategie. Jedinec může například využít strategii, kterou Anspinwall a Taylor (1997) nazývají proaktivní zvládání zátěže (*proactive coping*). Formulovali model, který se skládá z pěti složek. V každé složce jedinec:

- se připravuje na horší časy, vytváří si záložní plán (ve kterém usiluje o rezervu časovou, finanční, sociální), který mu umožní předcházet dalším negativním událostem nebo kompenzovat možné budoucí ztráty;
- se snaží včas odhalit potenciální stresové faktory;
- analyzuje míru nebezpečnosti potenciálních stresorů;
- zahajuje předběžné zvládací úsilí;
- dostává na základě svého proaktivního úsilí zpětnou vazbu o úspěšnosti svého snažení a o případných možných zlepšení.

### 3.6.2 Exponování traumatu

Dle Mareše (2012) je „trauma“ natolik relativní záležitost, že hodnocení závažnosti je opravdu závislé pouze na jedinci samotném. Jedinec vždy subjektivně vnímá trauma, kterému je vystaven, čemuž podléhá i samotné hodnocení traumatu. Často se lze setkat s odlišným hodnocením míry závažnosti traumatu, v kontextu této práce onkologického onemocnění, lékaři, psychology a sociálními pracovníky (obecně řečeno profesionály) oproti tomu, jak trauma hodnotí jedinec. Pro zjištění míry subjektivní závažnosti prožitého traumatu jedincem se po rozhovoru nejčastěji využívají specifické dotazníky. Jedná se

například o IES-R (*The Impact of Events Scale-Revised*; Weiss & Marmar, 1997), ALTTIQ (*Assessment of Life Threat and Treatment Intensity*; Barakatová et al., 1997), ATE (*Assessment to Traumatic Events*; Breslau et al., 1999), TLEQ (*Traumatic Life Events Questionnaire*; Kubany et al., 2000), PTGI (*Posttraumatic Growth Inventory*; Tedeschi & Calhoun, 1996) a ERRI (*Event Related Rumination Inventory*; Cann et al., 2010) (Triplett et al., 2011). Uvedené dotazníky se věnují subjektivnímu prožití traumatu, nezaměřují se konkrétně pouze na onkologické onemocnění jako trauma.

V rámci longitudinální studie zkoumající posttraumatický rozvoj jedinců s akutní leukémií byly participantům předloženy dotazníky konkrétně se zaměřující na posouzení míry traumatu onkologického onemocnění. Kromě již zmíněného PTGI lze jmenovat ještě: MDASI (*M.D. Anderson Symptom Inventory*; Cleeland et al., 2000), jedná se o třinácti položkovou sebesposuzovací škálu míry závažnosti a vlivu příznaků souvisejících s onkologickým onemocněním; FACIT-Sp (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spirituality*; Peterman et al., 2002); *The Social Constraint Scale* (Lepore et al., 1996) je deseti položková škála měřící, jak onkologičtí pacienti vnímají, že jim jejich okolí je neochotné nebo neschopné poskytnout dostatečnou podporu; *The Cancer-Related Rumination Scale* (Calhoun et al., 2000); *Perceived Threat from Cancer*, CBI (*Core Beliefs Inventory*; Cann et al., 2010) (Danahauer et al., 2013).

Ve studii, jejíž výzkumný soubor tvořilo 514 mužů, kteří se úspěšně vyléčili z rakoviny prostaty a od momentu diagnózy uplynulo průměrně sedm a půl roku, byl použit dotazník *Stress appraisal*, což je revidovaná verze subškály z *The Stress Appraisal Measure* posuzující, zda zkušenost s onkologickým onemocněním byla jedincem vnímána jako výzva. Dále autoři studie pracovali s *Peer support factors* zabývající se tím, zda jedinec měl potřebu vyhledat tzv. peer podporu (*peer support*). Peer podporu poskytuje jednotlivec nebo skupina lidí, kteří také procházejí nebo již prošli onkologickým onemocněním. Tento typ podpory může přispívat k možnosti sdílení prožitků se stejně naladěnými lidmi, což může napomoci v procesu přeměny základních přesvědčení (*core beliefs*) (Wilson et al., 2014).

### **3.6.3 Hodnocení události a její kognitivní zpracování**

Kognitivní zpracování traumatické události nastupuje až po delším časovém úseku, zejména až po fázi, která zahrnuje silnou emotivní reakci na trauma. Aby jedinec mohl začít onkologické onemocnění, trauma, zpracovávat, musí být již v lepším fyzickém či psychickém stavu, jelikož se jedná o velice zátěžovou činnost. Tím, že se jedná o činnost vyžadující značné úsilí, může vést k chybám, ke zkreslení. Nejprve se mohou objevit **vtíravé myšlenky**, ve kterých se jedinec zabývá tím, co prožil. Vzhledem k tomu, že se

jedná o myšlenky, které mají vtíravý charakter, což znamená, že jim jedinec nemůže zabránit, stále se mu vrací na mysl, provází je nepříjemné pocity. Jedinec se nachází v jím subjektivně prožívané bezvýchodné situaci, kdy nabývá pocitu, že se stále navrácí do minulosti, která v něm vyvolává skličující pocity, přítomnost je pro něj nepříjemná a o budoucnosti má jen velmi nejasné představy, protože neví, co ho čeká. Později dojde k tomu, že se jedinec uklidní, k přemýšlení o traumatu přistupuje s větším odstupem a rozvážněji a snaží se na trauma nahlédnout z více úhlů, aby zjistil, co se vlastně stalo. Tento typ kognitivního procesu se nazývá **opětovné promýšlení**, jehož cílem je mobilizovat síly jedince a dodat mu naději (Mareš, 2012).

V literatuře lze oba typy kognitivního zpracovávání traumatu nalézt pod pojmem **ruminace**. Je nicméně nutné zmínit, že bývá odborníky interpretován různě, což může být zdrojem nedorozumění, na což upozorňují Calhoun a Tedeschi (2006), kteří termín „ruminace“ používají v jeho původním významu, tj. „důkladně věci promyslet“. Zmiňují, že výraz „ruminace“ získal v průběhu let v psychologii a sociologii negativní konotaci, s čímž se ale neztotožňují, protože dle jejich názoru nemusí mít opakované promýšlení traumatu pouze vtíravý a ulpívavý charakter. Ruminace navozuje prostor pro nalezení smyslu prožitého traumatu a tím se otvírá možnost pro hledání změny v pozitivním smyslu. Z toho důvodu jej považují za jeden z centrálních procesů pro vývoj posttraumatického rozvoje (Zoellner & Maercker, 2006).

Pro zjišťování obou typů kognitivního zpracovávání traumatu (vtíravé myšlenky a opětovné promýšlení) byl Calhounem a kol. (2000) vytvořen dotazník – *Rumination Inventory*, který obsahuje čtrnáct položek, z nichž se sedm zaměřuje na intruzivní, nekonstruktivní přemýšlení, a zbylých sedm na promyšlejší, konstruktivní přemýšlení. Calhoun a kol. rozlišují tedy dva typy kognitivních procesů, později další autoři (Tanaka et al., 2009) došli k rozdělení čtyř typů ruminace a to konkrétně: intruzivní přemýšlení brzy po traumatu; intruzivní přemýšlení v současnosti (tzn. s odstupem času); rozvažující promýšlení brzy po traumatu; rozvažující promýšlení v současnosti (tzn. s odstupem času). Na základě provedeného výzkumu byla zjištěna pozitivní korelace mezi základními typy (vtíravým přemýšlením a rozvažujícím promýšlením) a posttraumatickým rozvojem. Každý typ ruminace plní svoji funkci. Vtíravé myšlení, které se objevuje krátce po traumatu, je nezbytné pro další typy kognitivních procesů. Ukazuje se, že intruzivní přemýšlení napomáhá tomu, aby informace, které se pojí s traumatem (a kterých může být zejména na začátku procesu léčby mnoho) byly udrženy v aktivní paměti a tím byly přístupné kognitivnímu zpracování a možnosti integrace (Jim & Jacobson, 2008). Na vtíravé myšlení dále navazují konstruktivní a rozvažující promýšlení, jež se pojí s vyšší úrovní

posttraumatického rozvoje tím, že zahrnuje vědomé rozhodnutí jedince přemýšlet o traumatické události i s jejími možnými pozitivními dopady (Lindstrom et al., 2011).

Na základě teorie Tedeschiho a Calhouna obsahují kognitivní procesy **aspekt srozumitelnosti**, který je významný pro celý proces zpracovávání traumatu. Jedinec se snaží porozumět tomu, co se mu stalo a zároveň sobě samému. Čím lépe rozumí tomu, co ho skutečně potkalo, tím se zvyšuje pravděpodobnost výskytu druhého aspektu, kterým je **zvládnutelnost**. Jedinec začíná nabývat pocitu, že je šance, že se s novou situací vyrovná. Může přemýšlet nad tím, zda na vyrovnání se s tím, co ho potkalo, bude stačit sám nebo případně komu by si mohl říct o pomoc. Na závěr si začíná být vědom svých vlastních zdrojů, které mu umožní se s traumatickou událostí vyrovnat (Mareš, 2012). Pro posttraumatický rozvoj je podle Tedeschiho a Calhouna klíčový ještě třetí aspekt, který nazývají „přehodnocení smyslu“, přičemž ho považují za nový typ zvládací strategie náročné životní situace. Tento aspekt se objevuje až po uplynutí delšího časového úseku, kdy je jedinec již schopen s větším odstupem vnímat kromě negativ na prožitém traumatu také pozitiva. Jedinci mají často pocit, že se vlivem traumatu stali jinými, akcentují jiné životní hodnoty, více si života váží, na svět pohlíží jinou optikou, jsou vnímavější ke svému okolí (Calhoun & Tedeschi, 2006). Jedinec může podpořit kognitivní zpracovávání ohledně srozumitelnosti a zvládnutelnosti prožívaného traumatu tím, že svoji zkušenost sdílí s ostatními. Sdílení s lidmi, kteří právě procházejí nebo již dříve prošli stejným traumatem, pozitivně ovlivňuje proces normalizace jedincových pocitů. Sdílení a vnímaná sociální podpora jsou důležitým mediátorem ve vztahu mezi kognitivním zpracováním a posttraumatickým rozvojem. Fakt, že jedinec má své trápení s kým sdílet, vede ke snížení pociťovaného stresu, depresivních pocitů a podporuje vyšší úroveň posttraumatického rozvoje (Henson et al., 2021).

### 3.6.4 Časová dimenze

Mareš (2012) udává, že časový rozměr traumatu je velice důležitá, nicméně málo diskutovaná proměnná. Tedeschi a Calhoun (2004) pracují pro přiblížení vzniku posttraumatického rozvoje u jedince s metaforou psychického zemětřesení. Po silném zemětřesení je nutné odklidit škody, provést rekonstrukci a stejně tak je tomu u traumatické události, kdy dochází ke změně kognitivních procesů a restrukturační osobnosti. Onkologické onemocnění může stejně jako zemětřesení otřást základními přesvědčeními (tzv. *core beliefs*) a může je vystavit zkoušce. Jedinec chová základní přesvědčení o sobě samém a svém místě na světě, stejně jako o fungování světa jako takového. Další přesvědčení zahrnuje povědomí o vlastní schopnosti ovlivnit události, které se dějí. V procesu změny kognitivních procesů, který zahrnuje změnu základních přesvědčení (*core beliefs*) a restrukturační osobnosti, jedinec často pocítí pozitivní změny (posttraumatický rozvoj).

Nicméně tento proces vyžaduje svůj čas a určitý časový odstup od traumatu (Taku et al., 2015).

Posttraumatický rozvoj může podléhat proměně v čase, což nejlépe dokládají longitudinální výzkumy. Z výzkumů je zřejmé, že jedinec potřebuje určitý čas na to, aby na prožité traumatické události mohl nalézt i pozitivní aspekty. Hledání pozitiv na zkušenosti s onkologickým onemocněním se časem zvyšuje, zejména v prvních dvou letech po stanovení diagnózy, poté dochází k plató nebo postupnému snižování (Stanton, 2015). Například výzkumy Manneho et al. (2004) prokázaly výskyt prvků posttraumatického rozvoje u onkologických pacientek po osmnácti měsících od ukončení léčby.

Ukazuje se, že u jedince, který se vyrovnal s jednou traumatickou událostí, došlo k posunu na vyšší adaptační úroveň, než na které se nacházel před traumatem, čímž se stává odolnějším. Tento jev se označuje jako psychologická připravenost (*psychological preparedness*). Jedinec je připravenější na možné náročné události, které by mohly v budoucnu nastat, přičemž pokud nastanou, cítí se méně traumatizován, protože si je vědom svých vlastních zdrojů pro zvládnání traumatu (Mareš, 2012).

### **3.6.5 Sociální opora**

Na základě teorií zabývajících se sociální oporou je nutné rozlišovat mezi: (1) vnímanou dostupností možné opory (2) množstvím opory, které se jedinci dostává; (3) mírou, která vyjadřuje, zda množství opory, které se jedinci dostává, je v souladu s jeho potřebou. Sociální opora může nabývat několika podob: emocionální, informační, hmotné (Schroevers et al., 2010). Ukazuje se, že emocionální opora je významným pozitivním činitelem v procesu přijetí diagnózy onkologického onemocnění. Jak uvádí Tschuschke (2004) ze zjištění výzkumů zkoumající vliv emocionální opory na šanci na přežití vyplývá, že spokojenost nemocného s množstvím opory, které mu jeho blízké okolí poskytuje, pozitivně koreluje s přežitím. Dalším zjištěním v souvislosti se sociální oporou je, že jedinci, kteří jsou v partnerském vztahu, vykazují signifikantně větší šanci na přežití onkologického onemocnění než svobodní nebo osamělí jedinci s menším množstvím sociálních kontaktů. Tato zjištění podporují výsledky studie provedené na 540 jedincích, od jejichž diagnózy uplynulo 5 až 32 let, přičemž průměrná délka přežití činila 11 let. Účastníky lze zařadit do skupiny tzv. dlouhodobě vyléčených z rakoviny (*long-term disease-free cancer survivors, LCS*). Výsledky této studie ukázaly korelaci mezi množstvím sociální opory a posttraumatickým rozvojem. Vyšší míra pocíťované opory je spojená s vyšší mírou prožívaného posttraumatického rozvoje. Zejména emocionální opora se vztahuje k rozvoji ještě mnoho let po diagnóze oproti informační opoře, která je důležitá zejména na začátku léčby a hmotné opoře, která je pro nemocného významná v době rekonvalescence. Tím,

že má jedinec možnost blízkému okolí vyjadřovat své pocity ohledně onemocnění, získává na onemocnění potřebný náhled. Od blízkého okolí se mu kromě vyslechnutí a porozumění může dostat také povzbuzení a pozitivní odezvy, jak léčbu a s ní spojené obtíže zvládá (Cormio et al., 2017).

Jiná longitudinální studie provedená na vzorku 206 dlouhodobě vyléčených jedinců se soustředila na souvislost mezi mírou pocíťované opory od blízkého okolí tři měsíce od diagnózy a osm let od diagnózy. Výsledky ukázaly, že ti jedinci, kterým se od blízkých dostalo více emocionální opory v prvních třech měsících od diagnózy (v období, které pro ně bylo velmi náročné), udávali větší míru posttraumatického rozvoje i po osmi letech od diagnózy. Oproti tomu ti, kteří necítili tolik opory nebo ti, kteří s množstvím opory nebyli spokojeni, nepocíťovali významně větší posttraumatický rozvoj po uplynutí osmi let od diagnózy. Důvodem, proč jedinci s větším množstvím opory vnímají větší rozvoj, může být skutečnost, že jedinec má možnost říkat své prožitky ohledně onemocnění svým blízkým, což mu může poskytnout nejenom možnost svoji životní situaci vidět z více úhlů, ale také to vede k zahájení procesu kognitivního zpracování, což je jeden z důležitých prvků stimulace procesu posttraumatického rozvoje (Schroevers et al., 2010).

# Návrh výzkumného projektu

## 4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Literárně přehledová část se zabývala onkologickým onemocněním jako traumatickou událostí. Pozornost byla věnována specifikům onkologického onemocnění a také rozdílům oproti akutnímu traumatu, kterým je například nehoda či přírodní katastrofa. Právě specifická povaha onkologického onemocnění poukazuje na biopsychosociální rozměr, o němž hovoří Markides (2011), který pro nemocného může představovat vysokou míru zátěže. Na příkladech z odborné literatury a výzkumů byla ukázána souvislost mezi subjektivním vnímáním onkologického onemocnění jako velmi náročné životní zkušenosti a hledáním smyslu v prožitém utrpení, což zvyšuje míru později udávaného posttraumatického rozvoje.

Cílem navrhovaného výzkumného projektu, který bude navazovat na poznatky uvedené v literárně přehledové části, bude zjistit, zda se u jedince po prodělaném onkologickém onemocnění po uplynutí jednoho roku a déle po úspěšně ukončené akutní fázi léčby vyskytuje fenomén posttraumatického rozvoje. Dále bude pozornost věnována tomu, v konkrétně jakých oblastech pociťuje jedinec udávající posttraumatický rozvoj pozitivní dopad.

Z cíle výzkumného projektu vyplývají následující výzkumné otázky, které určují povahu sběru dat a následnou analýzu:

1. Vyskytuje se fenomén posttraumatického rozvoje u jedince po prodělaném onkologickém onemocnění?
2. Vnímá jedinec po uplynutí jednoho roku a déle po úspěšně ukončené akutní fázi léčby nějaké pozitivní dopady na jeho další život?

## 5. Design výzkumného projektu

### 5.1 Typ výzkumu

Pro návrh výzkumného projektu bude zvolena metodika s převážně kvalitativním designem, a to z toho důvodu, že je pro účastníka výzkumu přirozenější, čímž se může mezi ním a výzkumníkem rychleji navázat vztah založený na upřímnosti, možné vzájemné důvěře. Pokud se účastník cítí komfortně, zvyšuje se jeho motivace v účasti na výzkumu pokračovat i přes skutečnost, o jak náročné téma se pro něj jedná.

Ve vlastním výzkumu bude užít smíšený přístup. Primární metodologií bude kvalitativní přístup, který umožňuje výzkumníkovi jít do větší hloubky v oblastech, které účastník sám otevře. Data budou sbírána pomocí rozhovoru s účastníky. Rozhovor bude mít podobu polostrukturovaného interview, jehož výhodou je, že data budou snadněji porovnatelná. Kvantitativní přístup bude ve výzkumu zastoupen za použití PTG Inventory (Posttraumatic Growth Inventory; Tedeschi & Calhoun, 1996), který je v rozpracované fázi tak, jak je uvedeno v Příloze 1. U dotazníku byl zatím vedoucím bakalářské práce proveden překlad z originálu do českého jazyka, dále zpětný překlad a kontrola významu.

Vzhledem k tomu, že vnímání onkologického onemocnění je velmi subjektivní, je vhodnější kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu. Užitím pouze kvantitativního přístupu by mohlo dojít k opominutí oblastí, které také mohou podléhat pozitivní změně v rámci posttraumatického rozvoje. Oproti tomu kvalitativní přístup by neumožnil v některých oblastech data porovnat mezi sebou, což je možné právě díky použití škály.

## 5.2 Metody získávání a zpracování dat

Na začátku rozhovoru bude účastníkům předložen dotazník PTG Inventory (Posttraumatic Growth Inventory; Tedeschi & Calhoun, 1996) v českém překladu od vedoucího bakalářské práce. Jedná se o škálu skládající se z 21 položek, které měří následující faktory: nové možnosti (*new possibilities*), vztah k druhým lidem (*relating to others*), osobní síla (*personal strenght*), duchovní změna (*spiritual change*), ocenění života (*appreciation of life*). Účastníci budou na škále od 0 do 5 určovat, jak se s daným tvrzením ztotožňují (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Odpovědi z dotazníku poté bude moct výzkumník zběžně vyhodnotit. Uvidí, co u konkrétních otázek účastník vybral jako odpověď, která nejvíce vystihuje jeho stav, a tyto odpovědi budou moct být v následujícím rozhovoru detailněji rozebrány. Výzkumník se zejména bude ptát na důvod výběru konkrétní odpovědi a bude prostor pro další náměty, které případně účastník sám zmíní.

Již bylo zmíněno, že rozhovor bude v polostrukturované podobě. Rozhovor se bude opírat nejenom o data získaná z dotazníku, ale také o další dílčí témata, přičemž tyto okruhy témat budou formulovány na základně poznatků z literárně přehledové části. Jejich podoba může znít následovně:

- Základní demografické údaje: pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav
- Anamnéza vztahující se ke zdravotnímu stavu jedince a rodinné anamnéze s ohledem na onkologické onemocnění (možná dispoziční zátěž)
- Období před diagnózou: pociťoval účastník nějaké příznaky?

- Sdělení diagnózy: proběhlo sdělení „psycho-podporujícím“ nebo „psycho-traumatizujícím“ způsobem? Jak se účastník cítil během komunikace s ošetřujícím lékařem a personálem?
- Léčba a její náročnost: Jak účastník prožíval léčbu?
- Identita nemocného: Jak se jedinec „sžil“ se svojí novou rolí? Jaké strategie zvládnání stresu mu podle jeho názoru pomáhaly?
- Vliv na osobní život: Jakou mírou zasáhlo onkologické onemocnění do běžného života účastníka?
- Síť podpory: Měl účastník kolem sebe osoby, na které se mohl obrátit, když potřeboval pomoc, ať už psychickou nebo pomoc se zajištěním základních potřeb, když vlivem omezení způsobených léčbou nebyl soběstačný?
- Nejtěžší moment v rámci celé zkušenosti s onkologickým onemocněním.
- Pozitivní dopady / přínos onkologického onemocnění: Pociťuje jedinec nějaké pozitivní aspekty spojené s vyrovnáváním se s onkologickým onemocněním? Pokud ano, kdy si takový náhled začal uvědomovat, co bylo například spouštěčem?
- V jakých oblastech / v čem konkrétně se projevuje vnímaný přínos (rozvoj)?
- Celkové hodnocení onkologického onemocnění jako životní zkušenosti.

Rozhovory s účastníky budou trvat přibližně hodinu a půl. Jejich průběh bude na základě souhlasu účastníků nahráván, a to z důvodu následné transkripce a analýzy. Díky nahrávání se výzkumník bude moci plně soustředit na průběh rozhovoru a nebude muset odklánět svoji pozornost například k záznamovému archu.

Po skončení sběru dat bude prostor pro zpracování dat. Důraz bude kladen na to, zda lze získat odpověď na výzkumné otázky, *zda se vyskytuje fenomén posttraumatického rozvoje u jedince po prodělaném onkologickém onemocnění a také zda jedinec vnímá po uplynutí jednoho roku a déle po úspěšně ukončené akutní fázi léčby nějaké pozitivní dopady na jeho další život?* Data z dotazníkového šetření budou vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky.

### **5.3 Etika výzkumu**

Výzkum bude probíhat v souladu s etickými standardy výzkumů. Účast ve výzkumu bude realizována výhradně na základě informovaného souhlasu, ve kterém bude účastník seznámen s průběhem a cílem výzkumu. Účast ve výzkumu bude dobrovolná a zakládá se na vlastním rozhodnutí. Účastník bude seznámen s tím, že má právo odstoupit od spolupráce kdykoliv bez udání důvodu. Získaná data budou zpracována pouze pro účely výzkumu a nebudou použita k jiným účelům. Veškeré informace budou považovány za

důvěrné a totožnost účastníků nebude odhalena. Účastníkům bude umožněn debriefing po ukončení výzkumu. Budou se moci vyjádřit k různým aspektům výzkumu, k samotnému průběhu a budou moci sdílet vlastní názor.

## 6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budou tvořit bývalí onkologičtí pacienti vybraných pracovišť v rámci České republiky. Oslovení potenciálních účastníků bude probíhat skrze patientské organizace, ve kterých se onkologičtí pacienti sdružují. Každá patientská organizace pořádá svá pravidelná setkání, kterých by se výzkumník zúčastnil a představil na nich záměr svého výzkumu. Osobní návštěva by mohla vést k lepšímu navázání kontaktu s potenciálními budoucími účastníky. Kromě představení výzkumného záměru by byla zmíněna i motivace pro výběr tématu posttraumatického rozvoje po prodělaném onkologickém onemocnění, kterým je nejenom zkušenost výzkumníka s onkologickým onemocněním u svých dvou rodinných příslušníků, ale především jeho vlastní zkušenost s tímto onemocněním, od které uplynuly dva roky a jež v mnoha ohledech ovlivnila výzkumníkův pohled na určité oblasti jeho života. Výzkumníka lze tímto řadit k těm, kteří se z onkologického onemocnění vyléčili (*cancer survivor*).

Z patientských organizací, které mohou být osloveny, lze jmenovat: Aliance žen s rakovinou prsu, o. p. s.; Amelie, z.s.; ARCUS (onko centrum, z.s.); Asociace mužů sobě, z.s.; České ILCO, z.s. (dobrovolné sdružení stomiků); Klub pacientů mnohočetný myelom, z.s.; LYMFOM HELP, z.s.; Onko-Amazonky; Veronica, z.ú. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Databáze patientských organizací*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci>), Diagnóza Leukémie, Kapka 97; Bellis Young & Cancer (Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.) (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Patientské organizace*. <https://www.linkos.cz/patient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/pacientske-organizace/>). Dále by se mohlo přistoupit k oslovení účastníků skrze jejich ošetřující lékaře na onkologických odděleních a / nebo skrze jejich psychology, kteří mají účastníky v péči v rámci terapií.

Výběrový soubor bude tvořit dospělá, smíšená populace ve věku od 20 let, přičemž horní věková hranice není stanovena. Předpokládaný soubor bude tvořit alespoň 30 účastníků.

Pro výběr účastníků jsou stanovena následující kritéria:

- prodělané první onkologické onemocnění;
- u onkologického onemocnění nedošlo k relapsu;

- úspěšně ukončená primární část léčby (chirurgický zákrok, chemoterapie, radioterapie) minimálně rok před účastí ve výzkumu.

Konkrétní typ onkologického onemocnění, stejně jako délka léčby a léčebná modalita nepředstavují kritéria výběru.

Účastníci, kteří budou mít zájem na výzkumu participovat, a kteří splní zmíněná kritéria, budou ještě před osobním setkáním (před samotnými rozhovory) emailem informováni o průběhu a charakteru výzkumu. Informační email bude rovněž obsahovat informovaný souhlas a také nástin okruhů, které budou tvořit jádro rozhovoru. Okruhy budou účastníci znát zejména z toho důvodu, aby se mohli v klidu a v soukromí rozpomenout na svoji zkušenost s onkologickým onemocněním, měli na přemýšlení o možných pozitivních dopadech onemocnění na jejich život dostatek času, jelikož se jedná o náročné téma. Tematické okruhy budou účastníkům poslány minimálně čtrnáct dní před plánovaným setkáním. E-mail bude obsahovat kontakt na výzkumníka, na kterého mohou účastníci v případě potřeby směřovat své dotazy.

## 7. Diskuse

Návrh výzkumu si klade za cíl zjistit provázanost mezi časovým odstupem od ukončené léčby onkologického onemocnění a posttraumatickým rozvojem, který může vzniknout v reakci na traumatizující životní událost. V literárně přehledové části bylo na základě výzkumů uvedeno, že vnímání onkologického onemocnění jako velmi ohrožujícího zvyšuje míru prožívaného posttraumatického rozvoje. Dále že onkologické onemocnění svoji komplexní povahou narušuje jedincova základní přesvědčení (*core beliefs*), což může vést k restrukturační osobnosti a tím k vnímání pozitivních změn (rozvoji).

Cílem výzkumu bude snaha získat vhled do uvažování lidí po prodělaném onkologickém onemocnění. Dále objevit, zda je jejich hodnocení traumatu něčím specifické, případně prokázat, jak jejich vnitřní nastavení a hodnocení náročné životní situace může ovlivnit jejich další fungování po nemoci. Takové zjištění, stejně jako nezbytnost vhodné „psychopodporující“ komunikace ze strany lékaře vůči nemocnému, by mohlo vést ke zlepšení kvality psychologické péče, které by se onkologickým pacientům mohlo dostávat jak během léčby, tak i po ní. Vhodně zvolený způsob komunikace ze strany lékaře může nemocnému napomoci v porozumění nemoci a způsobu léčby. Empatický přístup lékaře vzbuzuje v nemocném důvěru, že se o něj lékař skutečně zajímá a že ve svém utrpení není sám a může se na lékaře obrátit, kdykoliv bude mít nějaké otázky. To vše může mít vliv na později vnímaný rozvoj jedince. Oproti tomu, pokud způsob komunikace nezohledňuje náročnou situaci, které je nemocný vystaven a se kterou se potřebuje vyrovnat, může to na nemocného vyvíjet tlak a být zdrojem dalšího traumatu, kdy se svým ošetřujícím lékařem a

případně i dalším ošetřujícím personálem cítí nepochopen, přehlížen, ve svém utrpení a se všemi nejasnostmi je ponechán sám. Je poté možné, že na onkologické onemocnění bude později nahlížet pouze negativně, bez možnosti začít vnímat rozvoj a nějaký pozitivní vliv takto náročné zkušenosti na jeho další život. Je proto nezbytné, aby lékař s nemocným vhodně komunikoval, snažil se ho případně odkázat na psychologickou pomoc, protože jak již bylo zmíněno, onkologické onemocnění je biopsychosociální povahy, tedy akcentovat pouze biologickou rovinu, tělo, je problematické a dochází tak k ochuzení komplexity poskytované léčby.

Návrh výzkumu má své limity, na které je nutné brát zřetel při interpretaci dat. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma, může být pro některé účastníky nepříjemné a psychicky náročné na výzkumu participovat, ačkoliv si zpočátku mohou myslet, že jsou již připraveni o prodělaném onemocnění hovořit s cizí osobou a hlouběji se zamýšlet nad pozitivními a přínosnými dopady prodělaného onkologického onemocnění. Analýza pozitivních dopadů vyžaduje rovněž zamyšlení nad tím, co jedinci nemoc vzala, na jak dlouho a v čem ho, případně také jeho blízké, omezila. Zamyšlení může být psychicky zatěžující, jelikož se jedná o sondu do jedincova intimního prožívání nemoci v celé jeho šíři a hloubce. Z toho důvodu je nezbytné, aby měli účastníci možnost svoji účast ve výzkumu ukončit, přičemž s možným odhlášením určitého počtu účastníků je potřeba předem počítat a zahrnout tak do výzkumu větší počet výzkumného souboru.

Možným dalším limitem může být samotná cílová skupina účastníků. Je možné, že na výzkumu budou chtít participovat spíše ti, kteří vnímají pozitivní přínos prodělaného onkologického onemocnění. Ti, co se s nemocí nesmířili, mohou být více uzavřeni do sebe a nemusí být ochotni svoje prožitky sdílet před výzkumníkem. Tento limit by se mohl případně eliminovat tím, že by se pokusila domluvit participace na sběru dat v rámci biologicky/medicínsky zaměřené studie, které by se účastnili jedinci s prodělaným onkologickým onemocněním a tím by mezi nimi mohli být tací, kteří přínos po prožitém traumatu vnímají, stejně jako ti, kteří ho nevnímají nebo svoji zkušenost nechtějí sdílet, a proto by se výzkumu konkrétně zaměřeného na posttraumatický rozvoj neúčastnili. Nicméně fakt, že by na navrženém výzkumu participovali pouze ti, kteří rozvoj vnímají, dokládá, že se jedná o reálný fenomén, který je založený na subjektivní interpretaci dotyčného jedince a jeho motivaci o něm mluvit.

Může také dojít k tomu, že na výzkumu budou participovat i ti, kteří budou sice udávat, že rozvoj pociťují, nicméně bude se jednat pouze o jejich stylizaci a žádný rozvoj ve skutečnosti nevnímají. Takový jedinec může chtít vytvořit dojem pro své okolí, a tím i pro výzkumníka, že celou situaci dobře zvládl, přičemž z ní ještě dokázal načerpat něco

významného a pozitivního, nicméně jeho okolí, které s ním onkologické onemocnění rovněž prožívalo a bylo účastno jeho chování, by na otázku, jak dotyčný nemoc zvládal, vypovědělo, že to pro něj bylo obtížné, zažíval trápení apod.

Další limit může být samotný typ onkologického onemocnění a stádium, ve kterém je zachyceno. Nejčastěji zkoumaný vzorek jsou ženy s rakovinou prsu, které mají různé podpůrné svépomocné skupiny, tudíž mohou být i snadno dosažitelnou skupinou, co se účasti ve výzkumu týče. Také výzkumy ukázaly, že ženy pociťují větší posttraumatický rozvoj než muži. Tento fakt jen dokládá, že je možné, že mužské pohlaví by nebylo ve vzorku adekvátně zastoupeno. A také to, že onkologičtí přeživší (*cancer survivors*) jiných než nejrozšířenějších typů (rakovina prsu, plic, prostaty), by se obtížněji oslovovali pro účast ve výzkumu.

Limity, které byly rozebrány, je nutné brát v potaz při realizaci výzkumu. Jsou nutným předpokladem pro vhodné nastavení celého výzkumu a následnou interpretaci dat.

## Závěr

Bakalářská práce si kladla za cíl zprostředkovat vzhled do onkologického onemocnění jako traumatické události a spíše než na negativní stránky této zkušenosti se soustředit na možná pozitiva, která po uplynutí určitého času může jedinec začít pociťovat. V souvislosti s onkologickým onemocněním bývá často zmiňována posttraumatická stresová porucha, jež může vzniknout jako reakce na zátěžovou životní situaci, kterou nádorové onemocnění bezesporu je. Nicméně pozornost vědeckého světa se v posledních přibližně 25 letech ubírá i o něco pozitivnějším směrem. Výzkumy se snaží objasnit, jak je možné, že někteří jedinci projdou onkologickým onemocněním a s uplynutím určitého časového úseku od ukončení primární léčby (či po plném vyléčení se) hodnotí svoji cestu onkologickým onemocněním jako obohacující. Dokonce lze nalézt vyjádření, že onemocnění je to nejlepší, co je potkalo. A právě na základě této zkušenosti si poté dokážou nově uspořádat životní priority, více si váží každého dne, zlepšit vztahy s blízkými, získají větší nadhled a nabydou duševní síly. Jedinci poté nahlíží na onkologické onemocnění jako na zdroj vnitřního obohacení, díky čemuž zažívají posttraumatický rozvoj, a svoji zkušenost hodnotí mnohdy tak, že jim nádorové onemocnění něco vzalo, ale za to jim i mnoho dalo, a z toho důvodu není výjimečné prohlášení, že by neměnili, pokud si mohli vybrat, jestli být diagnostikován s onkologickým onemocněním či nikoli.

První kapitola literárně přehledové části se věnovala představení fenoménu „posttraumatického rozvoje“ s jeho definicí a možnostmi, jak k jeho označení přistupují různí autoři. Dále byl zdůrazněn rozdíl mezi onkologickým onemocněním jako traumatem a akutním traumatem, kterým je například nehoda nebo přírodní katastrofa.

Druhá kapitola se zaměřovala na onkologické onemocnění, přičemž nejdřív bylo potřeba ilustrovat komplexitu onemocnění s možnostmi léčby, možné kancerogenní faktory apod. Vzhledem k tomu, že onkologické onemocnění nepostihuje pouze fyzickou stránku, soustředila se tato kapitola také na psychosociální faktory, dále na významnost pochopení jednotlivých fází vyrovnávání se s traumatickou událostí, což může významně napomoci ke zvolení vhodného způsobu komunikace mezi lékařem a nemocným. Tyto poznatky by mohly usnadnit nejenom navázání kooperujícího partnerského vztahu lékař-nemocný, ale může z nich čerpat i blízké okolí pro pochopení, co nemocný prožívá. Na základě této znalosti a vnímavosti s ním mohou snáze navázat kontakt, který bude pro nemocného podporující, empatický a umožní mu naplnění jeho potřeb.

Třetí kapitola cílila na znázornění více úhlů pohledu na posttraumatický rozvoj, proto bylo představeno pět vybraných modelů, přičemž každý pojímá fenomén rozvoje trochu

jinou optikou. V rámci této kapitoly byly popsány klíčové proměnné, které představují významné podporující činitele v rozvoji jedince.

Na literárně přehledovou část navazuje návrh výzkumného projektu, který si na základě poznatků prezentovaných v literárně přehledové části kladl za cíl zjistit, zda se u jedince, který prodělal onkologické onemocnění, vyskytuje posttraumatický rozvoj. A pokud je rozvoj jedincem udáván, tak konkrétně v jakých oblastech nebo v čem konkrétně ho pociťuje. Zde je důležité kritérium, jež vychází z poznatků odborné literatury, a sice, že od akutní fáze léčby musí uplynout alespoň jeden rok, a léčba musí být úspěšná.

Přínosem této bakalářské práce by mohl být hlubší vhled do uvažování lidí po prodělaném onkologickém onemocnění, náhled na specifčnost v jejich hodnocení traumatu. Od toho by se mohla odvíjet snaha o zlepšení komunikace mezi lékařem a nemocným, zejména již na samém začátku, kterým je moment sdělení závažné diagnózy. Styl komunikace a celkový přístup lékaře vůči nemocnému může determinovat přístup, jakým nemocný svoji novou životní roli přijme, jak se na ni adaptuje, jak jí porozumí. Veškeré tyto proměnné mohou mít v konečném součtu vliv na to, zda jedinec bude brát takto náročnou životní situaci jako výzvu, ze které by případně mohl vzejít i silnější a čerpat z ní něco pozitivního pro svůj rozvoj, nebo zda ji bude vnímat pouze jako stresor a vše s ní spojené jako ztrátu svého původního životního stylu.

## Seznam použité literatury

Adam, Z. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres*. Grada.

Adam, Z., Krejčí, M., & Vorlíček J. et al. (2011). *Obecná onkologie*. Galén.

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V., & Beuth, J. (2010). *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Portál.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417–436. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth, Research and Practice* (pp. 1-24). Erlbaum.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527. <https://doi.org/10.1023/a:1007745627077>

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth. A clinician's guide*. Erlbaum.

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>

Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli, V., & Annunziata, M. A. (2016). Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1087–1096. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3496-4>

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Operace prsu*. <https://www.linkos.cz/slovnicek/mastektomie/>

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Pacientské organizace*. <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/pacientske-organizace/>

Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., Carroll, S., Triplett, K. N., Calhoun, L. G., Cann, A., & Powell, B. L. (2012). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute

leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13–24. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9304-5>

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

Henson, Ch., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma*, 5(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology*, 56(3), 345–366. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>

Chen, J.-J. Ch., Wang, Q.-L., Li, H.-P., Zhang, T., Zhang, S.-S., & Zhou, M.-K. (2021), Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101932>

Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *The Cancer Journal*, 14(6), 414–419. <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e31818d8963>

Lepore, S., & Revenson, T. (2006). Relationships between posttraumatic growth and resilience: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth, Research and Practice* (pp. 24-47). Erlbaum.

Li, X., Chen, S., Zhang, J., Li, L., Li, Y., & Ye, M. (2020). Resilience process and its protective factors in long-term survivors after lung cancer surgery: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05633-4>

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50–55. <https://doi.org/10.1037/a0022030>

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.

- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/00006842-200405000-00025>
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada.
- Markides, M. (2011). The importance of good communication between patient and health professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, 123-125. <https://doi.org/10.1097/mpH.0b013e318230e1e5>
- Nezu, A. M., Nezuová, Ch. M., Friedmanová, S. H., Faddisová, S., & Houts, P. S. (2004). *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Společnost pro odbornou literaturu.
- O'Leary, V. E. (1998). Strength in the face of adversity: Individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 425–446. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01228.x>
- Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2017). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7>
- Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., & Stanton, A. L. (Eds.). (2009). *Medical illness and positive life change. Can crisis lead to personal transformation?* American Psychological Association.
- Penalba, V., Deshields, T. L., & Klinkenberg, D. (2018). Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: symptom distress and patients' intentions to disclose. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4442-4>
- Pospíchal, M., & Šporcová, I. (2020). Sdělování špatných zpráv pacientům a náročná komunikace v onkologické praxi. In *Jak zvládnout onkologickou léčbu* (s. 39-42). Solen, s.r.o.
- Romaňáková, M., Šutorová, V., & Kryšková, L. (2015). Psychologická podpora – sdělování diagnózy a prognózy. In J. Tomášek a kol., *Onkologie: minimum pro praxi* (s. 130-135). Axonite CZ.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46–53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>

Schwarzer, R., Luszczynka, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science Medicine*, 63,1614-1624.

Stanton, A. L. (2015). Positive consequences of the experience of cancer. Perceptions of growth and meaning. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. S. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 630-635). Oxford University Press.

Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24–33.

Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., Grunwald, S., Romeo, A., Di Tella, M., Kamibeppu, K., Soejima, T., Hiraki, K., Volgin, R., Dhakal, S., Zięba, M., Ramos, C., Nunes, R., Leal, I., Gouveia, P., Silva, C. C., Chaves, P. N. D. P., Zavala, C., Paz, A., Senol-Durak, E., Oshio, A., Canevello, A., Cann, A., & Calhoun, L. G. (2020). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 110222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222>

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 563–569. <https://doi.org/10.1037/tra0000054>

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/10615800802317841>

Tallman, B. A., Altmaier, E., & Garcia, C. (2007). Finding benefit from cancer. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 481-487.

Tanyi, Z., Mirnics, Z., Ferenczi, A., Smohai, M., Mészáros, V., Kovács, D., Jakubovits, E., & Kövi, Z. (2020). Cancer as a source of posttraumatic growth: A brief review. *Medicina Academica Mostariensia*, 8(1-2), 3-13.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). The posttraumatic growth: Concept foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R.G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1-23). Erlbaum.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/bf02103658>

Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>

Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Portál.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Databáze patientských organizací*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci>

Wilson, B., Morris, B. A., & Chambers, S. (2014). A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology, 23*(11), 1212–1219. <https://doi.org/10.1002/pon.3546>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Rozdíly mezi akutním traumatem a onkologickým onemocněním jako traumatickou událostí.....	10
Tabulka 2: Základní fáze psychického prožívání po sdělení život ohrožující diagnózy....	26

## Příloha 1.

Český překlad dotazníku PTG Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), rozpracovaná verze (Pospíchal)

### Dotazník

(upraveno dle PTG Inventory, R.G.Tedeschi, 1996)

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Zaškrtněte prosím u každého z níže uvedených tvrzení, v jaké míře se daná změna objevila ve Vašem životě v souvislosti s prodělaným onkologickým onemocněním. Použijte prosím tuto stupnici:

0 = V souvislosti s prodělaným onemocněním jsem tuto změnu **nepocítil/a**.

1 = Tuto změnu jsem v souvislosti s prodělaným onemocněním pocítil/a **ve velmi malé míře**.

2 = Tuto změnu jsem v souvislosti s prodělaným onemocněním pocítil/a **v malé míře**.

3 = Tuto změnu jsem v souvislosti s prodělaným onemocněním **v určité míře** pocítil/a.

4 = Tuto změnu jsem v souvislosti s prodělaným onemocněním pocítil/a **ve velké míře**.

5 = Tuto změnu jsem v souvislosti s prodělaným onemocněním pocítil/a **ve velmi vysoké míře**.

Možné oblasti osobního rozvoje nebo životních změn	0	1	2	3	4	5
1. Změnil se můj žebříček toho, co v životě považuji za důležité.						
2. Více si vážím hodnoty svého vlastního života.						
3. Objevil/a jsem nové zájmy.						
4. Pociťuji silněji než dříve, že se na sebe mohu spolehnout.						
5. Lépe rozumím duchovním otázkám.						
6. Vidím mnohem zřetelněji než dříve, že jsou zde lidé, o které se mohu v těžkých chvílích opřít.						
7. Vykročil/a jsem na novou životní cestu.						
8. Pociťuji hlubší spojení s ostatními lidmi.						
9. Jsem ochotnější vyjádřit své emoce.						

10. Víím, že nyní dokážu lépe zvládat životní těžkosti.						
11. Dokážu lépe naložit se svým životem.						
12. Jsem schopen/a lépe přijmout, jak některé věci nakonec dopadnou.						
13. Vííce si vážím každého dne.						
14. Mám nové životní příležitosti, které bych jinak nezískal/a.						
15. Mám vííce pochopení pro ostatní.						
16. Dávám vííce úsilí do budování vztahů s blízkými lidmi.						
17. Je pravděpodobnější, že zkusím změnit věci, které potřebují změnit.						
18. Mé náboženské přesvědčení zesílilo.						
19. Zjistil/a jsem, že jsem silnější, než jsem si kdy myslel/a.						
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, jak báječní dokážou lidé být.						
21. Jsem schopen/a lépe přijmout potřeby ostatních.						

Uvedte, jak je to dlouho od doby, kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno poprvé (roky/měsíce):

Zaškrtněte, zda se Vám onemocnění od první diagnózy vrátilo (nebo zda jím stále trpíte):

**Nevrátilo / Vrátilo / Ještě probíhá**

Zaškrtněte, zda po prodělaném onemocnění máte i nadále výraznější chronické bolesti:

**Ano / Téměř ne / Ne**

*Děkujeme za Váš čas*