



Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Jana Hauserová

Bakalářská práce

Psychosomatický přístup v péči o onkologického pacienta
v České republice

Vedoucí práce:

Mgr. Eva Richterová

Praha 2014

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16.5.2014.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla především poděkovat Mgr. Evě Richterové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala lékařům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich čas a ochotu.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA.....	6
1.1 Současná problematika výkladu pojmu psychosomatika	6
1.2 Pole působnosti psychosomatiky.....	7
1.3 Problematika psychosomatického přístupu v onkologii.....	8
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	9
2.1 Psychosociální faktory zkoumané v souvislosti se vznikem a průběhem nádorových onemocnění.....	9
2.1.1 Osobnost Typu C	9
2.1.2 Deprese	11
2.1.3 Dlouhodobý stres a alostatická zátěž.....	12
2.1.4 Ztráta či absence vztahové osoby	12
2.1.5 Nedávná závažná životní událost	13
2.1.6 Emoce	13
2.1.7 Příslušnost k sociální vrstvě a nezdravý životní styl	14
2.2 Výzkumy vlivu psychosociálních faktorů na rozvoj onkologického onemocnění.....	14
2.3 Psychosociální faktory a průběh onkologického onemocnění	16
3 ONKOLOGICKÝ PACIENT A JEHO NEMOC.....	17
3.1 Pojem nemoc	17
3.2 Obecná charakteristika onkologických onemocnění	18
3.3 Vliv nádorového onemocnění na psychiku	18
3.3.1 Způsoby reagování na onkologické onemocnění	20
3.3.2 Prožívání onkologického onemocnění v jednotlivých fázích onemocnění	21
3.3.2.1 Období prvních příznaků.....	21
3.3.2.2 Období rozvinutých příznaků	21
3.3.2.3 Léčebné období.....	22
3.3.2.4 Období po léčbě.....	23
3.4 Sociální opora a vztahy onkologického pacienta	24
3.5 Pozitivní změny v životě onkologického pacienta	25
4 LÉČBA ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	25
4.1 Klasická léčba onkologických onemocnění	25
4.1.1 Typy klasické léčby onkologických onemocnění a její důsledky na psychický stav pacienta	26
4.2 Psychoonkologická pomoc pacientům s rakovinou.....	27
4.2.1 Psychoonkologie v České republice	28
4.3 Terapeutické přístupy mimo rámec klasické onkologické léčby.....	29
4.3.1 Zájem o doplňkovou a alternativní medicínu terapie mezi onkologickými pacienty.....	30
4.3.2 Pohled lékařů na komplementární terapii v onkologii	32

4.3.3	Doplňková léčba nádorových onemocnění.....	33
4.3.3.1	Druhy KAM.....	34
4.3.4	Integrativní onkologie	34
4.3.4.1	Doporučení SIO ohledně KAM.....	36
5	ROLE LÉKAŘE	37
6	SHRNUTÍ TEORETICKÉHO VÝCHODISKA	38
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	41
7	VÝZKUMNÉ TÉMA: CELOSTNÍ PŘÍSTUP K ONKOLOGICKÉMU PACIENTOVI S OHLEDEM NA VYUŽITÍ NETRADIČNÍCH TERAPIÍ Z PERSPEKTIVY ONKOLOGICKÉHO LÉKAŘE.....	41
7.1	Cíl výzkumu	41
7.2	Výzkumná otázka	41
7.3	Výzkumná strategie	41
7.4	Techniky sběru dat.....	42
7.5	Výběr vzorku a prostředí výzkumu	43
7.6	Vyhodnocení kvality výzkumu.....	44
7.7	Etická stránka výzkumu.....	45
7.8	Analýza dat.....	45
7.8.1	Co si onkolog představuje pod pojmem KAM.....	46
7.8.2	Rizika související s užíváním KAM z pohledu onkologa	49
7.8.3	Benefity KAM z pohledu onkologa.....	51
7.8.4	Pacient a KAM z perspektivy onkologa.....	55
7.8.5	Lékař versus léčitel.....	59
7.8.6	Problematika KAM a onkologická praxe	61
8	DISKUZE A ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	69
	SLOVNÍČEK LÉKAŘSKÝCH POJMŮ	69
	POUŽITÉ ZDROJE.....	70

ÚVOD

Psychosomatika se v současné době stává ve společnosti oblíbeným tématem, hovoří se o psychosomatických nemocech, celostní medicíně a mezi lidmi stoupá zájem o různé typy přírodních léčitelství. Je možné, že se jedná o nový směr současnosti, který vystihuje neuspokojené potřeby chronicky nemocných pacientů biomedicínským modelem zdravotnictví, nebo možná o důsledky změn ve společnosti, kdy některým pacientům již nestačí pasivní přijímání lékařské péče. Anebo důvodem je jednoduše fakt, že některé nemoci medicína úplně vyléčit nedokáže. Toto se podle mne obzvláště týká nemocí obávaných mezi lidmi a mezi nejobávanější patří jistě onemocnění onkologická. Ve své práci jsem se rozhodla problematiku psychosomatiky čili celostního přístupu prozkoumat právě v souvislosti s nádorovým onemocněním. K tomuto rozhodnutí mne vedl hlavně můj osobní zájem si tuto problematiku podrobně prostudovat, dozvědět se, jak se v odborné literatuře nahlíží na psychosociální příčiny a důsledky nádorových onemocnění a jakým směrem se v tomto ohledu ubírá současná komplexní onkologická péče. Tato práce mapuje postup mého bádání, jakým jsem problematiku onkologie a celostní péče z literatury a z odborných textů poznávala. Teoretická část se skládá ze šesti kapitol, přičemž první kapitola se zabývá psychosomatickým přístupem a rozsahem jeho působnosti (nejprve všeobecně a poté s ohledem na onkologická onemocnění). Další kapitola zkoumá psychosociální faktory jakožto možné činitele, mající jednak podíl na rozvoji maligního bujení buněk a na průběh onkologického onemocnění, a seznamuje s problematikou konceptu osobnosti Typu C (*Cancer prone personality*). Třetí kapitola pojednává podrobně o pacientovi v kontextu onkologické choroby a důsledky onemocnění na psychiku a život pacienta. Čtvrtá kapitola popisuje druhy onkologické léčby a péče, které jsou součástí onkologické praxe v České republice, poté se zabývá fenoménem komplementární a alternativní medicíny u onkologických pacientů a uzavírá ji představení oboru celostní péče *integrativní onkologie*, který kromě klasické medicíny a psychosociální pomoci nabízí pacientům formální cestou i doplňkové terapie a přírodní léčitelství. Pátá kapitola se zamýšlí nad rolí lékaře a poslední kapitola shrnuje poznatky teoretické části. Jelikož mě zajímá postoj onkologických lékařů k praktikám, které se nacházejí mimo hlavní proud vědecké medicíny, věnuji empirickou část své bakalářské práce problematice komplementární a alternativní medicíny z perspektivy českých onkologických lékařů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychosomatická medicína

Poprvé byl pojem psychosomatika představen německým lékařem Johannem Heinrothem v roce 1818 v souvislosti s poruchami spánku a jejich příčinách (Danzer, 2001). Medicína 19. století však jednoznačně upřednostňovala, i s přičiněním tehdejších nových objevů ve vědě a lékařství, stránku tělesnou a duševní stránka lidské existence se tak dostala do zájmu odborníků až počátkem 20. století s pracemi Sigmunda Freuda a jeho žáků, které dokazují somatizaci psychických onemocnění (Morschitzky a Sator, 2004).

V roce 1950 vydává svoji koncepci sedmi psychosomatických onemocnění v knize *Psychosomatische Medizin* německý lékař Franze Alexander, podle kterého určité nemoci vznikají důsledkem neuspokojení určitých potřeb na základě rozporu mezi nimi (např. k rozporu mezi potřebou po opoře, ale zároveň i po nezávislosti). Emocionální napětí vyústí buď k aktivaci sympatického nervového systému (dále SNS) a vzniku symptomů jako např. vysoký krevní tlak, nebo parasympatického nervového systému (dále PNS), jež řídí metabolismus a regeneraci. Tento koncept tvrdící, že stejné choroby jsou u všech lidí vyvolávány stejnými psychickými příčinami, nebyl však výzkumy, podobně jako další zjednodušující postoje psychosomatiky, potvrzen (Morschitzky a Sator, 2004).

Základem moderního pojetí psychosomatiky se stal model amerického lékaře a psychoanalytika George Engela, který v roce 1977 navrhl celostní chápání nemoci, zahrnující na sebe navzájem působící dimenzi biologickou, psychickou a sociální (Morschitzky a Sator, 2004).

1.1 Současná problematika výkladu pojmu psychosomatika

Podle Danzera (2001) je výklad slova psychosomatika často chápán chybně, pokud jednak přičítá příčinu tělesného onemocnění primárně duševní patogenezi, a dále pokud rozděluje nemoci na somatické a psychické. Každé onemocnění však vzniká a probíhá v kontextu celé osoby - *bio-psycho-sociální jednoty člověka*. Psychosomatika by neměla být chápána jako samostatný medicínský obor, ale jako sjednocující disciplína respektující tuto jednotu člověka.

Podobně vymezují vznik a průběh nemoci z psychosomatického hlediska autoři Šimek a Šavlík (1993). Jelikož žádný výzkum neprokázal, že za určitou chorobou stojí určitý psychosociální jev, ale složitá interakce těchto a dalších jevů, je třeba pojímat patogenezi psychosomatických onemocnění multifaktoriálně, nikoliv monokauzálně.

Podle autorů Morscheitzky a Sator (2004) lze pojem psychosomatika vykládat dvojím způsobem: buď jako sjednocující nadoborový postoj bio-psycho-sociálního pojetí nemoci využitelného v různých lékařských oborech, nebo jako samostatný lékařský obor, zabývající se příčinami a léčbou určitých psychosomatických nemocí a vzájemným působením duše a těla.

1.2 Pole působnosti psychosomatiky

Danzer (2001, s. 16-18) do integrativní psychosomatiky zahrnuje:

- nemoci tradičně počítané mezi psychosomatózy
- nemoci s dosud nejistým psychosomatickým počátečním výkladem
- nemoci s chronickým průběhem
- nemoci po medicínském zásahu
- nemoci charakteru extrémní existenciální existence

Autoři Morschitzky a Sator (2004, s. 17) rozlišují čtyři skupiny psychosomatických chorob:

- poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně považované za nemoc)
- funkční (somatomorfni a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc)
- psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory)
- somatopsychická onemocnění (organická onemocnění s psychosociálními následky).

Fava a Sonino (2010) provedli na základě systematického studia relevantních zdrojů (literatura a studie) současnou revizi obsahu a hranic psychosomatiky. Dle jejich závěrů se jedná o multidisciplinární medicínu, protože nemá být omezena pouze na psychiatrii, ale může být přínosná pro veškeré oblasti lékařství. Jedná se o obor zabývající se

vlivem psychologických faktorů na vulnerabilitu ke všem chorobám a jejich průběhům, celostním přístupem v klinické praxi a v preventivní medicíně. Z psychosomatického přístupu se vyčlenily další podobory jako např. psychoonkologie, psychonefrologie, psychoimunologie a další. Autoři v práci zvažují teoretická zaměření celostní medicíny. Biologické a psychologické aspekty jsou ve vzájemné interakci a ovlivňují, jakým způsobem se pacient vypořádává s nemocí. Autoři by začlenili psychologickou terapii do medicíny formou zlepšení zvládnání sebe sama (*selfmanagement*), léčbou doprovodných psychiatrických příznaků (např. deprese), terapií zaměřených na ventilování emocí, zlepšování kvality sociálních vazeb a léčbou abnormálního chování. K tomu, aby došlo k praktickému začlenění psychosomatiky do praxe, je však potřeba i aktivnějšího přístupu pacientů místo pasivní konzumace lékařské péče založené na farmakoterapii.

1.3 Problematika psychosomatického přístupu v onkologii

David M. Kissen byl jedním z prvních odborníků, kteří v padesátých a šedesátých letech zahájili diskuzi o roli psychosomatiky v onkologii. Nemoci těla mají podle něj více příčin a i psychologické faktory zde hrají různou měrou svou roli. Zdůrazňuje však, že psychologická léčba v onkologii by vždy měla být adjuvantní, tudíž provedená až po odoperování nádorové tkáně, a její aplikace by se měla posuzovat dle individuality daného onkologického onemocnění a individuality pacienta (Kissen, 1966).

Podle Jana Poněšického (2002) se psychosomatika v souvislosti s nádorovým onemocněním zabývá třemi psychologickými rovinami. První rovinou je osobnostní charakteristika pacienta, druhou je výskyt závažných životních událostí před vypuknutím choroby a na třetí rovině psychosomatika zkoumá stále nevyjasněnou možnost psychické podmíněnosti vzniku rakoviny.

V případě označení nemoci jakožto psychosomatické je třeba mít na vědomí, že u některých pacientů může stejná choroba být způsobena např. škodlivým vlivem prostředí a u některých pacientů mít psychosociální příčiny vzniku. Tudíž jeden typ choroby nelze považovat dogmaticky ve všech případech za psychosomatický. To samé platí pro nádorová onemocnění. U některých pacientů může být způsobeno např. karcinogeny z prostředí, u jiných mohou mít významnou roli psychosociální vlivy (Dostálová, 1993).

Specializací psychosomatické medicíny v oblasti onkologie je obor psychoonkologie (Fava, Sonino, 2010). Holland (2003) považuje psychoonkologii především za subdisciplínu onkologie, jež se začala formovat v sedmdesátých letech 20. století. Psychoonkologie se dle Hollanda zabývá za prvé psychologickými reakcemi pacientů na onkologické onemocnění v průběhu nemoci v celém kontextu pacienta, do něhož zahrnuje rodinu i pečující zdravotnický personál; za druhé zkoumá psychosociální faktory, typy osobnosti a behaviorální faktory a jejich podíl na rozvoj nádorového bujení a dobu přežívání onkologických pacientů. Holland věří, že tento nový obor přinese na onkologická onemocnění širší pohled z hlediska podílu lidských elementů chování a emocí, jež mohou souviset s nádorovým bujením a léčbou rakoviny.

2 Psychosociální aspekty nádorových onemocnění

2.1 Psychosociální faktory zkoumané v souvislosti se vznikem a průběhem nádorových onemocnění

V souvislosti s rozvojem nádorového bujení se hovoří o tzv. *Typu C (Cancer prone personality)* osobnosti neboli souhrnu určitých osobnostních rysů, které nositele těchto rysů činí náchylnější k onemocnění rakovinou, než ostatní populaci. Tento koncept je však v současnosti odborníky považován za kontroverzní a středem zájmu zkoumání vlivu psychosociálních faktorů zůstávají jednotlivé aspekty, které mohou mít vliv na imunitní systém a na sociální návyky člověka.

2.1.1 Osobnost Typu C

Od padesátých let 20. století jsou prováděny výzkumy zaměřené na souvislosti mezi určitým typem chování a dispozicemi k určitým druhům onemocnění. Popsány byly nejprve *Typ A* osobnosti (znaky: hostilita a agresivita, podrážděnost a tenze, pocity nedostatku času, soutěživost a snaha dominovat, přepracovanost) náchylné ke kardiovaskulárním onemocněním a její protiklad *Typ B¹* osobnosti. Nejnovějším konceptem je *osobnost Typu D* (deprese, negativní emoce, sociální inhibice) opět se zvýšeným rizikem ke kardiovaskulárním onemocněním než u běžné populace a *osobnost Typu C*, kterou se začala zabývat americká psycholožka Lydia Temoshoková. Typ C osobnosti je charakteristický nízkou emoční expresivitou (přehnaná kontrola

¹ Typ B osobnosti se vyznačuje např. vyrovnanou a relaxovanou povahou, asertivním a zdravě sebevědomým chováním atd. (zdroj: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c>)

emocí), potlačováním hněvu, sníženou autonomií, vyhýbáním se konfliktům a snahou jevit se příjemným, ochotným a hodným submisivním nikoho neobtěžujícím individuem a tendencí zvládat životní situace potlačováním a popíráním. Úkolem psychologa je tyto osobnostní typy umět rozpoznat a přiměřeně jejich znalost aplikovat do praxe a uplatnit v procesu diagnostiky i v průběhu léčby, zvyšováním *compliance a adherence* pacienta. Určitě není efektivním řešením se této koncepcí osobnostních typů vyhýbat (Weiss, 2011).

Hypotézy o vztahu osobnostního typu, který vykazuje charakteristiku *Typu C osobnosti* k nádorovým onemocněním, jsou některými odborníky považovány za kontroverzní, neboť nebyly prokázány žádným relevantním výzkumem (Fava, Sonino, 2010). Výsledky studií zkoumajících vztah mezi typem osobnosti a rakovinou jsou v současnosti interpretovány v neprospěch vazby, jelikož "nebyly potvrzeny žádné specifické vztahy ke konkrétním rysům osobnosti" (Blatný, Adam, 2008, s. 640). Podíl na rozvoji rakoviny spíše ve výzkumech ukazují jednotlivé psychosociální faktory, než celková charakteristika osobnosti. Typ osobnosti však může mít vliv na to, jakým způsobem pacient zvládá onemocnění, a na jeho sociální interakce včetně komunikace se zdravotnickým personálem (Fava, Sonino, 2010).

Autoři Blatný a Adam (2008) ale upozorňují na důležitost všimnout si osobnostních rysů pacienta lékařem a uplatňování poznatků tohoto konceptu zejména v komunikaci s pacientem, jenž charakteristiky osobnostního typu C vykazuje. Na základě zkušeností z praxe přiznávají, že onkologičtí pacienti o svých potížích mluví stručně, jsou méně expresivní a nechtějí svými obtížemi lékaře obtěžovat. Tudíž je třeba s nimi komunikovat aktivněji, klást jim cílené dotazy, aby byl získán dostatek informací od pacienta o jeho tělesném stavu, díky kterým se mohou jisté příznaky lépe odhalit a pacienti tak mohou být vyšetřeni, správně diagnostikováni a léčeni včas. Personál vyšetřující a ošetřující tyto pacienty by si měl být těchto osobnostních dispozic vědom. Na osobnostní faktory by však mělo být přihlíženo i z toho důvodu, že mohou vést k rizikovým faktorům chování (nezdravý životní styl). V neprospěch koncepce *Typu C osobnosti* Blatný a Adam uvádějí, že již samotné přisouzení takové dispozice určitým lidem může působit jako daleko větší stresor než samotná charakteristika osobnosti. Zatímco nezdravé životní návyky se dají změnit, charakterové rysy jen velice těžko.

2.1.2 Deprese

Diskutovaným faktorem, jenž by mohl mít podíl na rozvoji rakoviny, jsou depresivní symptomy. Např. Conrad a jeho spolupracovníci tvrdí, že v organizmu se důsledkem deprese zvyšuje hladina hormonu kortizolu a tím dochází k tlumení aktivity buněk imunitního systému tzv. NK buněk (*natural killers*). V počátcích výzkumů, kdy se sledoval vliv podílu psychických faktorů na vznik rakoviny, patřila deprese k často zmiňovaným faktorům podmiňujících nádorové bujení. Studie, které vliv prokázaly, nejsou však metodologicky moc přesvědčivé, neboť zkoumaly pacienty retrospektivně a autoři opomněli vzít v úvahu, že naopak deprese mohla být podmíněna přítomností nádorového onemocnění u pacienta (Blatný, Adam, 2008). Prospektivní studie o vlivu mezi depresivními náladami a následným onkologickým onemocněním neukázaly přesvědčivý výsledek, ale spíše náhodnou pravděpodobnost (Fazit, Fox, 1998 in Tschuschke 2004). Role depresivních stavů však teoreticky zůstává otevřena a je třeba ji dalšími prospektivními studii vyjasnit. Tyto studie jsou však metodologicky obtížné, jelikož je třeba vzít v potaz multifaktoriální původ nádorových onemocnění a vyloučit vliv deprese na nezdravý životní styl (např. kouření, alkohol), jenž rizikovým faktorem nádorového onemocnění je (Tschuschke, 2004).

V průběhu onkologického onemocnění se deprese u pacientů vyskytují často. Výskyt depresí se liší podle typu a závažnosti nádorového onemocnění. Obecně platí, že čím je onemocnění závažnější, výskyt depresí se zvyšuje (Česková, 2005). Honzák (2012) nepovažuje deprese u onkologických pacientů jen za záležitost nějaké změny nálad, ale podle něj se jedná o "rozvrat řídicích systémů, včetně imunitního, což má negativní dopad na prognózu nemocného" (Honzák, 2012, s. 35).

Deprese ohrožují komunikaci nemocného se zdravotnickým personálem, snášenlivost léčby i sociální stránku pacientova života (Honzák, 2012). Výzkumy prokázaly vliv dlouhodobé deprese na rychlejší progresy onemocnění, na kratší dobu přežívání a na snižování kvality života onkologických pacientů a podílejí se i na komplikaci onkologické léčby (Česková, 2005).

Deprese by tudíž měly být u onkologických pacientů sledovány za použití relevantních metod, a pokud v daném onkologickém centru není zaměstnán psycholog, měl by výskyt depresí být sledován samotnými onkology, kteří by měli být pro měření depresí u pacientů proškolení. Ze strany pacienta je problematická neochota o svých

depresivních stavech s lékařem hovořit, a to z důvodu stigmatizace nebo toto téma nepovažují za vhodné probírat (Honzák, 2012).

2.1.3 Dlouhodobý stres a alostatická zátěž

V případě krátkodobého stresu se zvyšuje obranyschopnost organismu, zatímco při vystavení dlouhodobému či častému stresu se naopak obranyschopnost organismu snižuje. Imunitní systém je schopný regulovat svoji činnost v závislosti na okolních podmínkách. Alostatická je proces, kterým se organismus adaptuje na stresovou událost (zvyšuje se imunita), kdežto alostatická zátěž se již na fyzické stránce organismu projevuje snížením imunity negativně (Zachariae, 2009). Alostatická zátěž tedy je výsledkem působení dlouhodobého stresu nebo neschopností jedince se se stresem vyrovnávat - nedokáže zastavit tělesnou reakci na stres, i když stresová událost již přítomna není, a to se může projevit právě na tělesné stránce (Fava, Sonino, 2010).

Stres je spojován se zvýšenou náchylností organismu k infekcím. Jeho úloha jako rizikového faktoru malignit však není jednoznačná a nebyla zatím dostatečně zkoumána (Zachariae, 2009). Autoři Blatný a Adam (2008) považují téma imunitní odpovědi u malignit vycházejících z lymfatického systému za zajímavé a vhodné k dalšímu výzkumu.

Zatímco vztah stresu a nádorových onemocnění vyjasněn nebyl (Spiegel a Kato, 2000 in Tschuschke, 2004), všeobecně v oblasti zdraví je vzájemný vztah mezi stresem a onemocněními akceptován (Tschuschke, 2004).

2.1.4 Ztráta či absence vztahové osoby

Existuje domněnka, že patologické truchlení (nezpracovaný zármutek ze ztráty vztahové osoby) má vliv na stánku somatickou. Prospektivní studie vdov a vdovců provedené v osmdesátých letech 20. století však spojitost s rakovinou neprokázaly. Avšak korelaci patologického truchlení na snížení imunity prokázaly psychoimunologické studie zkoumající aktivitu NK-buněk a T-lymfocytů truchlících žen. U truchlících žen byla aktivita buněk imunitního systému nižší než u kontrolní skupiny žen. Výsledky působení truchlení na snížení imunity však ještě potřebují určitá vyjasnění (Tschuschke, 2004).

Ztrátou blízké osoby (např. partnera nebo rodiče) či celkově absencí blízké sociální opory nebo nedostatkem rodičovské péče v dětství může být narušena sociální opora jedince. Narušená sociální opora je často doprovázena výše uvedenými depresemi. Podle Jana Poněšického (2010) deprese a přílišný stres způsobují imunologickou nedostatečnost. Imunitní odpověď se následkem stresu snižuje, a tím i schopnost organismu likvidovat rakovinou tvorné buňky. Zatímco souvislost mezi depresemi a nádorovým bujením není dostatečně prokázána, vzájemný vztah mezi deficitem sociálních vztahů a nádorovým onemocněním vyplývá z výzkumů přesvědčivěji (Blatný, Adam, 2008, Dostálová, 1993).

2.1.5 Nedávná závažná životní událost

Nedávná závažná životní událost doprovázená stresem nebo znamenající pro jedince ztrátu důležitého faktoru v životě může mít podle autorů Fava a Sonino (2010) za následek i rozvoj neoplastického bujení v těle. Podstatný není jen samotný výskyt nějaké životní události, ale právě způsob, kterým se jedinec s takovou situací vypořádává. Reakce na závažnou životní událost formou bezmoci a beznaděje je rizikovou strategií, u které byla většinou provedených výzkumů prokázána souvislost s rozvojem rakoviny (Blatný, Adam, 2008).

2.1.6 Emoce

Potlačování negativních emocí (hněvu a úzkosti) a projevování se navenek jako přívětivá, smířlivá a klidná osobnost je jedním z důležitých charakteristik osobnosti Typu C. Ve výzkumu Morrise a spolupracovníků bylo zadržování negativních emocí spolu s úzkostí zjištěno jako prediktor rakoviny prsu. Podobné závěry vycházejí např. z výzkumů Lydie Temoshock, která popisuje onkologické pacienty jako osoby mdlé, emocionálně stažené a smířlivé. Celkově neprojevování emocí (zadržování emocí), a to i těch pozitivních, je považováno za jeden z hlavních charakteristik Typu C osobnosti. Podle Contrady a spolupracovníků zadržování emocí snižuje činnost sympatiku, a tudíž omezuje imunitní činnost organismu sníženou aktivitou NK buněk (Blatný, Adam, 2008).

Jan Poněšický (2010) hovoří o jedinci s přílišnou sebekontrolou udržující napětí uvnitř a nádorové bujení může být ventilem tohoto napětí. Tito jedinci potlačují agresi sami do sebe, což vede k sebedestruktivnímu chování.

Tlumení negativních emocí se ukázalo i jako negativní faktor při zvládnání onkologického onemocnění a některými studiemi bylo prokázáno, že naopak osobnosti bojovného ducha měly delší dobu přežívání onemocnění bez progresu, než pacienti reagující na onemocnění akceptováním a bezmocí (Blatný, Adam, 2008).

Studie psychosociálních faktorů dokazují korelaci mezi aktivním *bojovým nasazením* a lepší kvalitou života bez recidiv a delší dobou přežívání. Naopak pacienti reagující bezmocí a beznadějí vykazují zvýšené riziko progresu onemocnění. Existují různé typy vztahů mezi aktivním přístupem a onemocněním: "pacient spolupracuje na léčbě, podoba biologických faktorů ovlivňuje způsob reakce na onemocnění, postoj k nemoci má vliv na psychoneuroendokrinoimunologii organismu, a tak biologickou stránku nemoci ovlivňuje, biologická stránka nemoci a zpracování diagnózy fungují nezávisle" (Hůrny 1996, s. 962 in Tschuschke, 2004, s. 86).

2.1.7 Příslušnost k sociální vrstvě a nezdravý životní styl

S incidencí i prognózou nádorových onemocnění nepřímo souvisí sociální příslušnost jedince. Čím vyšší je sociální zařazení, tím lepší se předpokládá životní úroveň, informovanost jedince, lepší strava, v některých zemích (USA) lepší dostupnost lékařské péče a naopak. Nízký sociální status je často spojen s nezdravým životním stylem jako např. kouřením, nezdravou výživou s vysokým podílem tuků a nízkým podílem vlákniny, nedostatkem pohybových aktivit, což jsou zároveň rizikové faktory nádorových onemocnění, a dále i nižší informovaností jedince spojená se zanedbáním symptomů a pozdější diagnózou onemocnění (Tschuschke, 2004).

2.2 Výzkumy vlivu psychosociálních faktorů na rozvoj onkologického onemocnění

Některé studie prokázaly vliv stresu na vznik rakoviny. Např. Cooper a Faragher (Křivohlavý, 2002) provedli v roce 1993 poloprospektivní studii, kterou zjišťovali u žen čekajících na výsledek biopsie odebrané z prsu výskyt těžkých životních situací v roce před biopsií. Výzkum prokázal, že těžká životní událost (např. ovdovění) je rizikovým

faktorem pro vznik rakoviny prsu a stresové zátěže. Rizikovým faktorem u zkoumaného vzorku bylo podle autorů i potlačování emocí a negativních vzpomínek.

Křivohlavý (2002) dále připomíná studii Grossartha-Maticka a Eysencka (1990) prováděnou v Jugoslávii na početném vzorku osob ve věkovém rozmezí 59-75 let, které byly sledovány po dobu deseti let. Zkoumaný vzorek byl rozdělen do čtyř skupin podle typu osobnosti. Výsledky ukázaly, že ze skupiny Typ I osobnosti (potlačování obav a strachu, důležitost dobrých vztahů s druhými lidmi, racionální, nevyjevují příliš emoce) zemřelo v průběhu výzkumu na rakovinu 45%; ze skupiny Typ II (frustrace, nespokojenost, obviňování všech a všeho, vztek a zlost) na rakovinu zemřelo 5% a 30% na kardiovaskulární onemocnění; ze skupiny Typ III (pohybující se mezi Typem I a II) zemřelo na rakovinu 5% a na kardiovaskulární onemocnění 10% a ve skupině Typ IV (dobrý zdravotní stav, životní spokojenost) byla úmrtnost na rakovinu a kardiovaskulární nemoci dohromady jen 5%.

Naproti tomu nedávná šestnáctiletá prospektivní observační studie, prováděná na vzorku 20625 osob, významný podíl osobnostních rysů na rozvoj rakoviny neprokázala. Ze vzorku byly dotazníkovou metodou vybrány čtyři osobnostní skupiny: hostilní osobnost; Typ A osobnosti (osobnost zaměřená na výkon, uspěchaná, ambiciózní, soutěživá ale ne hostilní) dle Friedmana; osobnost Typ 1 (podobné Typu C osobnosti dle Temoshock - neschopnost vyjadřovat emoce, potlačování negativních emocí zejm. zlosti, neuroticismus, neasertivní jednání s druhými lidmi) a Typ 5 (neschopnost vyjadřovat emoce, pokud nemají racionální podklad, strategie zvládnání zaměřené na výkon). Účastníci výzkumu byli sledováni pro výskyt rakoviny či úmrtí po dobu šestnácti let od ledna 1994 do konce roku 2009. Vyvozeny byly následující výsledky: Typ 1 osobnosti - nebyla asociovaná se zvýšeným rizikem rakoviny prsu, ale naopak se sníženým; hostilní osobnost - asociovaná se sklonem ke kouření a tudíž k rozvoji rakoviny plic, Typ 5 osobnosti - nebyla asociována s rakovinou prostaty, prsu, kolorektální, rakoviny s rizikovým faktorem kouření, ale byla asociována se zvýšeným výskytem ostatních typů rakovin, a Typ A osobnosti - nebyla asociována s žádnou rakovinou. Autoři upozorňují na fakt, že osobnostní faktory jsou spíše spojené se sklonem k rizikovým faktorům rakoviny - nezdravému životnímu stylu (kouření a alkohol). Dále tvrdí, že výsledky takových studií mohou být ovlivněny oboustrannými biologickými procesy, kdy imunitní a zánětlivé procesy v organismu podílející se na

rozvoji nádorového bujení mohou též ovlivnit i psychické procesy v organismu. Imunitní systém může totiž mít jak vliv na některé aspekty osobnosti, tak i na větší náchylnost k rakovině (Lemogne et al, 2013).

Autoři Blatný a Adam (2008) shrnuli výstupy studií týkající se psychosociálních aspektů se zaměřením na Typ C osobnosti. Výzkumy od poloviny 60. let do počátku 90. let minulého století hovořily ve prospěch asociace Typu C osobnosti s rozvojem rakoviny, zatímco výzkumy od 90. let po současnost jsou nejednoznačné. I když u některých osobnostních faktorů (potlačování emocí, vyhýbání se konfliktům, trpělivost, deprese, stresující událost aj.) jsou výsledky studií konzistentní, nejedná se zde však o kauzálních vztah určitého typu osobnosti celkově a vznikem rakoviny. Autoři poukazují na úskalí výzkumů rizik nádorových onemocnění: časová a finanční náročnost (studie by měly být longitudinální s početným vzorkem) a metodologická náročnost, neboť existuje více druhů rakoviny, na nichž se různou měrou podílí více faktorů. Některé studie byly v prvním období výzkumů prováděny retrospektivně, tudíž psychologické faktory (stres, deprese) u pacientů mohly být reakcí na onemocnění, nikoliv jeho příčinou.

2.3 Psychosociální faktory a průběh onkologického onemocnění

Z hlediska pozitivního podílu psychologických intervencí do péče o onkologické pacienty se již autoři víceméně shodují. Přijetí onkologické diagnózy a podstoupení léčby i život po léčbě jsou pro pacienty psychicky náročné a je prokázáno, že pozitivní roli na délku přežití zde hrají určité osobnostní rysy, sociální opora, kognitivní psychoterapie a skupinová setkání pacientů (Křivohlavý, 2002).

Další autor podobně konstatuje, že "psychosociální faktory jako osobnostní vlastnosti, sociální opora, socioekonomické proměnné hrají ve vývoji rakoviny určitou roli" (Tschuschke, 2004, str. 88). Role je dle Tschuschke však jen malá a zprostředkovatelská, nezastíní roli somatickou a musí být ještě precizně prozkoumána.

Pozitivní vliv psychologických intervencí na délku přežívání prokázala např. randomizovaná studie 227 pacientek diagnostikovaných nádorem prsu. Pacientky byly před adjuvancí testovány psychologickými a behaviorálními metodami a celkově zdravotně posouzeny. Poté byly zrandomizovány do dvou srovnávacích ramen, přičemž pacientky jen z jednoho ramene podstupovaly psychologem prováděné psychologické

intervence zaměřené na snižování stresu, zlepšení nálady, modifikaci životního stylu a zachování dodržování léčby. Výsledky v tomto rameni prokázaly po jedenáctiletém sledovacím období srovnatelně nižší progresy onemocnění a úmrtnost, než výsledky skupiny patientek zařazených do ramene bez psychologických intervencí (Andersen, Yang, 2008).

Podle klinické psycholožky Raudenské (2011) se psychologické aspekty spolupodílejí na průběhu onemocnění. Onkologický pacient reaguje na diagnózu a léčbu celou svou biopsychosociální bytostí, což ovlivňuje kvalitu jeho života. Reaguje nejen somaticky (vedlejší účinky léčby, bolest, změna těla po operaci - např. mastektomie prsu), ale i sociálně (změna ve vztazích, narušená potřeba někam patřit, možnost přehlížení a stigmatizace) a psychicky (psychické reakce po sdělení diagnózy a na léčbu, např. úzkosti, deprese, zlost, maladaptivní chování). "Na vznik, průběh, léčbu a přežití rakoviny má vliv individuální souhrn biopsychosociálních faktorů." (Raudenská, 2011, str. 246). Péče o onkologické pacienty by podle Raudenské tudíž měla být v tomto ohledu komplexní.

Zemanová (2008) konstatuje, že i když vliv psychosociálních faktorů na rozvoj nádorového bujení nebyl jasně prokázán, přispěly tyto výzkumy k formulaci psychosociálních potřeb onkologického pacienta v průběhu onemocnění.

3 Onkologický pacient a jeho nemoc

3.1 Pojem nemoc

Nemoc vyskytující se jen jako slovo (mimo fyzickou osobu) je pojem abstraktní, existující v mysli člověka. Abstraktní pojmy člověku umožňují se skutečností pracovat, aniž by s ní byl fyzicky v kontaktu. Podobně s pojmem nemoc pracuje medicína. Nemoci třídí podle jejich projevů a charakteristických příznaků, soustřeďuje se na hledání somatických příčin a jevů, čímž vlastně způsobuje zjednodušování skutečnosti, neboť sleduje primárně biologickou stránku člověka, zatímco aspekty psychické a sociální opomíjí nebo spíše se jimi nestíhá zabývat. Nemoc však postihuje i emocionální stránku pacienta neboť pacient na nemoc psychicky reaguje a tyto reakce jsou spojeny s představami a obavami o budoucnost. Objevuje se negativní emoce - strach, a to zejména strach o svou budoucnost. Absence představy o budoucnosti je pro pacienta ztrátou naděje, která mu bere sílu do života (Dostálová, 1993).

Křivohlavý (2002) rozděluje (dle anglického *disease* a *illness*) nemoc na stav patologické abnormality (chorobu) a stav zdravotní nepohody. Zdravotní nepohoda zasahuje celou dimenzi pacienta, nejen lokální tělesnou bolest, ale i bolest duševní. Je provázena negativními emocionálními projevy a ztěžuje dosahování cílů, tzn., že zasahuje do smysluplnosti pacientova života a překáží ve společenských kontaktech.

Navzdory tomu, že existuje celá řada závažných onemocnění s nepříznivou diagnózou, nejobávanější jsou onemocnění nádorová. Strach z nich jim dodává až mýtický rozměr a jsou mezi lidmi vnímána jako *metafora zla* (Zemanová, 2008).

3.2 Obecná charakteristika onkologických onemocnění

Onkologická onemocnění zahrnují širokou škálu různých forem nádorových onemocnění lidského organismu (*maligní neoplastické procesy*) s různým průběhem, prognózou a pravděpodobně i různými příčinami. Na rozvoji nádorového bujení se podílí celá řada faktorů. Jedná se o multifaktoriální onemocnění determinované vlivem životního prostředí (viry, karcinogeny, záření), vlivem psychosociálním (stres, vzorce chování), geneticky, imunologicky a endokrinologicky (Hůrny 1996 in Tschuschke 2004).

Společné různým druhům nádorových onemocnění je "abnormální regulace buněčného bujení a rozmnožování." (Raudenská, 2011, s. 191). Příčiny zhoubného nádorového bujení však dosud známé nejsou (Zemanová, 2008). Maligní nádorové buňky se od normálních buněk liší absencí *kontaktní inhibice*, tzn., že při kontaktu se sousední buňkou její prostor nerespektují a prorůstají skrze ni a i přes sebe a infiltrují do okolních tkání (Dostálová, 1993).

Onkologická problematika je velice složitá a patří do kompetence odborníků - lékařů onkologů, a tudíž by pacienti neměli poslouchat rady a názory laiků a řídit se jimi. Klasická léčba by neměla být nahrazována podpůrnými terapiemi. Jejich funkce by měla být pouze doplňující (Dostálová, 1993).

3.3 Vliv nádorového onemocnění na psychiku

"Diagnóza rakoviny vyvolá v každém postiženém existenční krizi" (Block 1997 in Tschuschke 2004 s. 37) a způsobuje určitou ztrátu autonomie nad vlastním životem. Do

praxe by tudíž měly být aplikovány přístupy, které by pacientům pomohly sebekontrolu řízení vlastního osudu v dané situaci znovu získat (Block, 1997 in Tschuschke, 2004).

Diagnóza rakoviny znamená pro pacienta v jeho psychosociálním kontextu:

- hrozbu smrti
- ztrátu tělesné nedotknutelnosti
- ztrátu autonomie
- ztrátu aktivit
- sociální izolaci a strach ze stigmatizace
- ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty (Faller, 1998 in Tschusche, 2004, s. 37).

Nádorové onemocnění a jeho důsledky na fyzický a psychický stav pacienta i na jeho sociální život klade nároky nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu, a v podstatě je výzvou i pro zdravotníky, kteří primárně s pacientem probírají závažnost jeho diagnózy a léčby, která nemusí být vždy úspěšná (Zemanová, 2008). Pacienti s rakovinou zažívají pocity viny a nejistoty ohledně budoucnosti a zvládání onkologické léčby. Pro ty, kteří tuto situaci nezažili, je obtížné se do nitra pacienta s rakovinou vžít. Okolí neví, co takto postižený člověk prožívá a ne vždy je schopno reagovat přiměřeně. Ani zdravotnický personál nemůže úplně odhadnout vnitřní psychické procesy pacienta, pokud s touto diagnózou nebyli sami osobně konfrontováni. Tschuschke (2004) tvrdí, že z této skutečnosti vyplývají i metodologická úskalí výzkumů studujících psychosociální aspekty prožívání nádorových onemocnění a relevantnost výsledků z těchto studií, na základě kterých by pak měla být pacientům nabízena psychosociální pomoc.

Kalvodová (2010) popisuje fáze všeobecné psychologické reakce na onkologické onemocnění (model dle Elizabeth Kübler-Rossové). V první fázi, po sdělení nepříznivé diagnózy, pacienti zažívají překvapení a šok, dávají si otázky typu: Proč se to stalo mně? Proč teď? Poté nastává fáze odmítání a popření a sebeobviňování. Pacient v této fázi je náchylný na hledání pomoci jinde, např. u léčitelů, a tudíž je nutné mu stále vše vysvětlit a povzbuzovat ho. Třetí fázi je agrese, kdy se pacient hněvá na sebe i na své okolí, včetně nemocničního personálu a svých blízkých. Poté přichází období smlouvání, kdy prosí Boha, lékaře o šanci žít dál. V páté fázi se objevují deprese a beznaděj, pacient ztrácí víru. Pro lékaře je důležité rozpoznat výskyt této fáze u

pacienta, aby mu mohla být popř. nasazena antidepresiva. V závěru se dostaví fáze smíření a přijetí pravdy, pacient spolupracuje s lékaři a vnímá léčbu.

Existuje řada různých nádorových onemocnění a též každý pacient je člověk individuální povahy a s různými životními zkušenostmi, což se odráží na různorodosti zvládnutí a prožívání onkologického onemocnění. Společné u prožívání rakovin je konfrontace s život ohrožujícím onemocněním (Tschuschke, 2004). Pacient je nucen se nemoci přizpůsobit a míra schopnosti k takovému přizpůsobení je individuální, záleží na osobnosti pacienta. Úspěšně adaptovaní pacienti jsou pak schopni lepší spolupráce se zdravotnickým personálem (Zemanová, 2008).

3.3.1 Způsoby reagování na onkologické onemocnění

Onkologická onemocnění jsou provázána strachem ze smrti, avšak strach ze smrti a vážného onemocnění je v každém z nás a lidé se liší v jeho překonávání. Někteří se brání odmítnutím (smrt se jich netýká), jiní zase věří v jakéhosi *ochránce* (např. osobu blízkou). Zejména osoby v tísní dokáží věřit i v ochránce nereálné (*ochránce z jiného světa*) a někteří zapojují *magické myšlení* a provádějí různé nelogické úkony, jež je mají před nemocí a smrtí ochránit. Takový způsob myšlení se uplatňuje bez ohledu na vzdělání u lidí ocitajících se v bezvýchodné situaci, kterou nemají pod kontrolou (Dostálová, 1993).

Způsob, jakým pacient reaguje na onkologické onemocnění, je podmíněn jeho dosavadními životními zkušenostmi, postojem k životu, vzděláním, povahou a osobnostními rysy a životními hodnotami. Z osobnostních rysů zde hraje důležitou roli temperament, přičemž nemoc bude nejvíce působit na psychiku náladového melancholického pacienta s labilním přístupem. Podle Hippokrata trpěly rakovinou prsu nejčastěji právě ženy melancholické. Významná je i inteligence, neboť je třeba, aby pacient porozuměl vysvětlením a pokynům nemocničního personálu a pochopil, z jakých důvodů je léčen určitým způsobem a proč má danou léčbu dodržovat. Pro zvládnutí léčby je potřeba i trpělivost, vytrvalost i sebeovládání, jelikož léčba i nemoc samotná může pacienta omezovat i v oblíbených životních aktivitách, pro něj důležitých (Dostálová, 1993).

Podle Dostálové (1993) reaguje každý člověk na nemoc zpočátku svým vlastním způsobem, jakým obvykle reaguje na životní překážky, a s ohledem na svou aktuální

životní situaci. Roli zde hrají právě osobnostní charakteristiky. Reakce se může v průběhu nemoci změnit, když si pacient uvědomí, že jeho způsob reagování není pro danou situaci výhodný a za předpokladu, že na sobě pracuje. Pacient může reagovat např. svalováním viny na sebe nebo naopak obviňováním druhých (např. lékařů), ignorováním skutečnosti nebo útekem před ní, pozitivním sportovním přístupem nebo může vidět situaci dopředu jako neřešitelnou, využíváním blízkých osob či pasivním přístupem, kdy ponechává řešení na ostatních.

3.3.2 Prožívání onkologického onemocnění v jednotlivých fázích onemocnění

3.3.2.1 Období prvních příznaků

První příznaky mohou být subjektivní (např. únava) či objektivní (např. bulka v prsu) a lidé podle Dostálové na ně většinou reagují opět na základě svého temperamentu a dosavadních životních zkušeností a osobnostních rysů. Obecně se mezi lidmi objevuje pocit ztráty životních jistot v oblasti společenské, pracovní a finanční (Dostálová, 1993).

Před vyjasněním diagnózy a po operaci, která přináší další objasnění ohledně typu a rozsahu nádorového onemocnění, se u pacientů objevuje stres. Zejména po operaci následuje dlouhé období, během kterého se realitě přizpůsobuje nejen pacient, ale i jeho blízcí. Důležitým momentem je, zda se pacient vzdá či naopak přistupuje ke své situaci aktivně. Někteří pacienti i dlouho po léčbě potřebují psychiatrickou pomoc (Tschuschke, 2004).

3.3.2.2 Období rozvinutých příznaků

Toto období bývá celkové provázeno úzkostí a strachem. Strachem o svoji budoucnost, o ztrátu pozice v rodině a zaměstnání a celkově o ztrátu své lidské hodnoty. Někteří se v této fázi mohou až příliš upínat na lékaře, jakožto na autoritu nebo ochránce nebo se mohou chovat agresivně a zdravotnický personál obviňovat z ubližování. Další skupina hledá jiné logické důvody, proč např. nepřišli na léčbu, nechtějí slyšet pravdu a vymlouvají se, že pokyny lékaře nepochopili. Jiní strach překonávají tím, že situaci nevnímají realisticky a pro negativní tělesné příznaky hledají různá absurdní vysvětlení. Nebezpečné je pro pacienty *vytěsnění* nemoci. Tento přístup odsouvá řešení situace. Nemoc není diagnostikována a léčena včas. Opačným přístupem je naopak *somatizace*, kdy úzkostný pacient určité příznaky přisuzuje neexistující chorobě. Zpravidla pacienti

na nemoc reagují v souladu se svým osobním stylem reakce na životní překážky, jak bylo popsáno výše (Dostálová, 1993).

3.3.2.3 Léčebné období

Léčba může být, zejména u pacientů, u nichž nemoc nepokročila, ještě více nepříjemná než subjektivní somatické pocity způsobené chorobou samotnou. Stresující je i skutečnost, že nelze dopředu pacientovi zaručit, jak dlouho bude léčba trvat (Nezu, 2004).

Reakce v období léčby se dle Dostálové (1993) nikterak neliší od reakce v době rozvinutých příznaků. Projevuje se zde vliv osobnostních aspektů, znalostí o onemocnění a léčbě, ale i přístup zdravotnického personálu, situace v rodině a v zaměstnání a záleží i na současných i plánovaných aktivitách pacienta.

Nepříjemná a pro pacienty náročná je zejména chemoterapeutická léčba s řadou vedlejších účinků. Zde by měla být situace každého pacienta posuzována individuálně. V některých případech mohou nepříjemné důsledky této léčby převyšovat její benefity a zde nastupuje rozhodování, zda pokračovat, či ne. Roli zde hraje i věk pacienta a jeho přání. Pokud pacient léčbu odmítne sám, měl by být respektován, avšak lékař by se měl ujistit, zda je lucidní, rozhodl se uváženě a je si vědom svého zdravotního stavu i důsledků neléčení se (Dostálová, 1993).

Nepříjemné vedlejší účinky léčby mohou způsobit, že pacient se bude plánovaným návštěvám zdravotnického zařízení vyhýbat (Nezu, 2004). Někteří onkologičtí pacienti se zdravotnickým personálem během léčby často nespolupracují, např. nedodržováním termínů aplikace chemoterapie či ambulantních kontrol. Podle výzkumů je taková reakce na léčbu důsledkem nejistoty a je možné ji ovlivnit edukací pacienta, snižováním strachu pomocí psychoterapeutických intervencí pro zlepšení spolupráce pacienta, a dodržováním léčebných procedur. U nádorových onemocnění je zejména důležité, aby pacienti na léčbě spolupracovali, jelikož se jedná o velmi složitou léčbu s řadou nepříjemných vedlejších účinků, které je také třeba léčit. Pacienti nespolupracují, protože např. neexistuje dostatečná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty nebo pacient nevěří, že léčbu zvládne, a zažívá pocity ztráty sebekontroly (Tschuschke, 2004).

Pro efektivní spolupráci pacienta s lékařem je důležitá jednak adaptace pacienta na novou životní skutečnost (onkologická diagnóza), a neméně důležitý je vztah lékař - pacient, jenž může být ohrožen předchozími zkušenostmi (Zemanová, 2008). Pro pacienty mohou být v období léčby přínosné skupinové terapie, díky nimž mohou získat praktické informace, které jim pomohou zvládnout nepříjemnou léčbu a zvýšit motivaci pro její pokračování (Tschuschke, 2004).

3.3.2.4 Období po léčbě

Podle Dostálové (1993) se v období po léčbě se pacient ještě nějakou dobu necítí dobře a může o úspěšnosti léčby pochybovat. V této fázi, kdy se tělo zotavuje, není však příhodné prohlubovat deprese, neboť depresivní stavy snižují obranyschopnost organismu a imunita je pro zápolení organismu s nádorem důležitá. Pacient by měl být dostatečně informován o důvodech dané léčby, aby si byl vědom přínosu časově a fyzicky náročné léčby, a pojal očekávání trpělivě.

Pacient v období po léčbě čelí obavám z návratu onemocnění, tudíž je tato doba a z psychického hlediska doprovázena úzkostmi a depresemi. Příliš úzkostní pacienti ji mohou prožívat hypersenzitivně a přílišně se zabývat somatickými signály (Raudenská, Javůrková, 2011).

Středem zájmu výzkumů psychosociálních faktorů v období remise onemocnění je úloha stresu a jeho možná korelace s dobou přežívání po onemocnění. " Stres pravděpodobně negativně koreluje s přežitím " (Spiegel a Kato, 2000 in Tschuschke, 2004, s. 63), ale je otázka, zda stres ovlivňuje vývoj rakoviny, nebo je reakcí na opětovné nádorové bujení. Podle studií existuje korelace mezi nahromaděným stresem a nespokojeností s průběhem onemocnění. Stres způsobuje frustraci, nepřizpůsobivost, přecitlivělost a vyvolává pocity nespokojenosti (Tschuschke, 2004).

U 48% onkologických pacientů se projevuje posttraumatické stresová porucha (dále PTSD) (Kornblith, 1998 in Tschuschke, 2004). Pacienty trpící PTSD provází strach z návratu onemocnění. Roli zde hraje i klasické podmiňování, kdy v období remise onemocnění může nějaký vjem (např. zápach nemocniční dezinfekce, pohled na infúzní set) působit jako spouštěč somatické reakce (např. nevolnost), kterou pacient zažíval v souvislosti s nemocí. Podnětem, spouštěčem reakce je nějaká nepříjemná

vzpomínka spojená s prožitkem choroby, která vyvolává opětovné vzpomínky a strach (Tschuschke, 2004).

3.4 Sociální opora a vztahy onkologického pacienta

Na biologické úrovni choroba a její léčba mohou způsobovat řadu důsledků např. bolest, únavu, ztrátu vlasů, sexuální dysfunkci, nechut' k jídlu atd. což má negativní dopad na sociální stránce pacientova života a jeho účasti na společenských aktivitách. Nemoc a léčba se též může odrazit na fyzickém vzhledu a zhoršit sebehodnocení pacienta (Nezu, 2004). U některých nádorových onemocnění dochází u pacientů ke snížení plodnosti, což může být příčinou pocitu snížení lidské hodnoty a negativního zásahu do partnerského vztahu (Tschuschke, 2004).

Někteří pacienti se mohou důsledkem onemocnění a strachu z odmítnutí od ostatních lidí izolovat, jelikož se bojí, jak na ně okolí bude reagovat. Ostatní lidé někdy netuší, jak s onkologicky nemocnými komunikovat (Nezu, 2004). U onkologických pacientů hrozí kvůli onemocnění změna v jejich partnerském vztahu. Zvyšuje riziko rozvodů a rozchodů, spíše ale dochází ve vztazích ke změnám (Kornblith, 1998 in Tschuschke, 2004). Problematická je empatie (vcítění do pocitu nemocného) ze strany partnera. Co se týče rodinných vztahů, může dojít jak k narušení vztahů v širším rodinném okruhu, ale i k zesílení vazby v rodině a zlepšení vztahů k sourozencům a dětem (Tschuschke, 2004).

Nemoc přináší i důsledky po stránce pracovní, finanční a zasahuje do programu pacientova života. V rodině nemocného může dojít až ke změně rolí. Pacienti se důsledkem onemocnění mohou stát závislými na ostatních v každodenních záležitostech a proto je pro ně vědomí existence sociální opory důležité (Nezu, 2004).

Existence opory sociální a zejména emocionální poskytované rodinou a přáteli, pozitivně ovlivňuje úmrtnost u onkologických onemocnění, ale i u jiných chorob. Psychosociální proměnné (sociální opora, osobnost, finanční situace, vztah k ošetřujícímu týmu, přítomnost jiných stresorů) mají po přežití rakoviny vliv na adaptaci ve smyslu psychickém, sociálním, pracovním i sexuálním (Tschuschke, 2004).

3.5 Pozitivní změny v životě onkologického pacienta

Onemocnění může však život pacienta ovlivnit i pozitivním způsobem, a to v tom smyslu, že přeživší onkologičtí pacienti svůj dosavadní život přehodnocují. Nemoc jim život přeměrovala a nastartovala řadu pozitivních změn. Pacienti uvádějí: "vědomější prožívání okamžiku ve srovnání s dobou před onemocněním, intenzivnější vnímání barev a přírody, vědomější prožívání štěstí z toho, že jsou v tuto chvíli zdraví" (Tschuschke, 2004, s. 65). Některé výzkumy uvádějí, že pacienti, kteří onemocnění přežili, byli se svým nynějším životem spokojenější a více se zaměřují na duchovní stránku života (Tschuschke, 2004).

Na sociální úrovni někteří pacienti popisují, že díky onkologické diagnóze se více sblížili se svými blízkými. Změny zaznamenali i na úrovni spirituální, navrácením se ke své víře, či přijetím víry. V intrapersonální rovině v sobě někteří objevují nové zdroje energie. Celkově ti, kteří rakovinu přežili, získali jiný náhled na svoje vztahy i situace kolem nich, stali se vnímavějšími k okolí i ke každodenním činnostem (Nezu, 2004).

4 Léčba onkologických onemocnění

4.1 Klasická léčba onkologických onemocnění

Onkologická onemocnění jsou léčena *multimodálně* onkologickým týmem odborníků, kteří mezioborovou spoluprací získávají komplexní pohled na pacienta. Léčba je kombinací chirurgických výkonů, radiačních a chemoterapeutických přístupů, hormonální terapie a psychologické intervence. Tým společně řeší nejvhodnější léčbu a její důsledky na zdraví a psychiku pacienta a u paliativní léčby se snaží zachovat co nejlepší možnou kvalitu života (Raudenská, 2011).

Komplexní protinádorová léčba by však měla brát v potaz nejen faktory biologické, ale i sociální např. zaměřením na budování pacientovy opory, a psychologické v podobě psychologických intervencí prováděných profesionály (Slováček a kol., 2008). Součástí komplexní onkologické péče by měla být i psychoterapie (Zemanová, 2008). Psychoterapie v onkologii by měla být zacílená podle individuálních potřeb pacienta. Brát v úvahu by se měly potřeby sociální, psychologické, spirituální atd. Do terapie by měli být zahrnuti i blízcí pacienta (Honzák, 2012).

4.1.1 Typy klasické léčby onkologických onemocnění a její důsledky na psychický stav pacienta

Pro úspěšnou léčbu nádorových onemocnění, v současnost velice pokročilou, je klíčová včasná diagnostika nádoru, a tudíž i předpoklad, že pacient neodkládá návštěvu lékaře. Mezi onkologickou léčbu patří léčba kauzální tj. namířená přímo proti příčině zhoubného bujení a působící na základě somatických principů (chirurgické odstranění nádoru, radioterapie, chemoterapie)². Léčbu výše uvedenou dále klasifikujeme jako radikální, jejíž cílem je odstranění nádoru, a paliativní, jejímž cílem je odstranění co největšího možného nádoru, aby se zlepšila kvalita života pacienta s rakovinou (Dostálová, 1993). Kromě kauzální léčby existuje léčba podpůrná a symptomatická. Podpůrnou léčbou lékaři pomáhají zvládat nežádoucí vedlejší účinky kauzální léčby (např. prevence nevolnosti při chemoterapii). Symptomatická léčba se zaměřuje na zvládnutí symptomů nádorového onemocnění (např. bolesti) a používá se pro zlepšení kvality života buď dohromady s kauzální léčbou, a nebo samostatně, pokud již nejde pacienta vyléčit (www.koc.cz).

Osobnost pacienta i sociální situace se promítá do zvládnutí pooperačních stavů po chirurgickém odstranění nádoru. Pacienti mohou zažívat v souvislosti s operací několik druhů předoperačního strachu (strach ze smrti na operačním stole, strach z narkózy, strach z bolesti při operaci, strach ze zmrzačení těla). O tom, že pacientům je třeba vysvětlit před operací jejich očekávaný pooperační stav, aby se na tuto skutečnost mohli psychicky připravit, svědčí průzkum jednoho odborníka (zdroj neuveden), jenž rozdělil pacienty na dvě skupiny. První skupina byla před operací edukována a připravena na bolest, s druhou (kontrolní) skupinou žádná edukace provedena nebyla. První skupina se po operaci zotavila lépe a za pomoci menšího množství analgetik, než skupina kontrolní. Strach ze smrti na operačním stole, narkózy a bolesti lze vhodnou komunikací pacientovi rozmluvit. Závažnější obavou pacienta z chirurgické léčby je strach ze zmrzačení, jenž je obecně snášen hůře u mladších pacientů, někdy strach může vést k vyhýbání se léčbě a předčasnému úmrtí, neboť léčba chirurgická je zásadní. Kromě věku záleží i na vztahu pacienta k orgánům vlastního těla. Například pacientka, pro kterou je důležitá sexuální stránka života, bude mít problém s chirurgickým odstraněním prsu či vaječníku. Pacienti posedlí hygienou budou mít problém s

² dalším typem léčby, v současnosti nejnovějším, je cílená biologická léčba (www.linkos.cz)

kolonostomií po odstranění konečníku. Jakým způsobem se pacienti vypořádají s následky nemoci, záleží nejen na jejich psychickém stavu, ale i na sociálních podmínkách a rodinném zázemí, jelikož po některých operačních zákrocích (např. po amputaci horní končetiny) se stane závislým na svých blízkých (Dostálová, 1993).

Mezi pacienty je nejobávanějším typem klasické léčby podle Dostálové (1993) radioterapie, kterou obklopuje strach podpořený zkreslenými představami. Mezi postradiační následky patří kromě kožních reakcí, reakcí na sliznicích i postradiační syndrom - přechodný stav postižení celého organismu projevující se např. nevolností, únavou, snížením krevního tlaku a depresemi. Pokud není pacient na léčbu připraven svým lékařem, může se leknout a léčbu odmítnout.

Obávanou je i chemoterapie a podle Dostálové (1993) jsou pacienti klidnější, pokud jim příslušný zdravotnický personál vysvětlí průběh léčby, její benefity i rizika. "Pacient také nabývá pocitu určité kontroly situace, když ví předem, s čím může počítat" (Dostálová, 1993, s. 78).

4.2 Psychoonkologická pomoc pacientům s rakovinou

Beuth (2010) považuje psychoonkologickou péči za doplňkovou léčbu, u níž je účinnost ověřená na základě pilotních studií a příběhů z praxe³. Jedná se o "obnovení schopnosti postiženého jedince účastnit se profesního a sociálního života" (Beuth, 2010, s. 20). Její úlohou je pomoci pacientovi se zvládnáním psychologických obtíží, které se u pacienta v souvislosti s nádorovým onemocněním objevují. Např. u pacientek s karcinomem prsu psychoonkologická péče pomohla pacientkám ke "zlepšení psychosociální kompetence, odpovědnějšímu jednání a prodloužení doby bez recidivy nebo doby přežití" (Beuth, 2010, s. 20). Autor doporučuje psychoonkologickou péči všem onkologickým pacientům, její forma (např. rozhovory, vizualizace, relaxační cvičení) by měla být zacílena podle potřeb daného pacienta a měla by být prováděna školenými profesionály.

Tschuschke (2010) tvrdí, že v současnosti existuje dostatečné množství výzkumů, které potvrzují pozitivní vliv psychoonkologických intervencí. Tyto intervence mohou pomoci zvládnout pacientovi psychologické reakce na nemoc (stres,

³ Jako další doplňkové metody léčby s ověřenou účinností autor udává (Beuth, 2010, s. 19): *tělesnou aktivitu (sport), dietiku a optimalizaci výživy, selenovou terapii, enzymatickou terapii a terapii jmelím.*

úzkost, strach, deprese atd.) a strach z léčby, a tím zlepšit kvalitu pacientova života a pomáhat v procesu léčby.

Terapeutické cíle psychoonkologické péče (Beuth, 2010, s. 21):

- stabilizace a zlepšení psychické situace
- rozpoznání, osvojení a využití obranných strategií
- obnovení a zlepšení pocitu vlastní hodnoty
- vyrovnání se s vlastním tělesným obrazem, tělesnými funkcemi a tělesnými pocity
- zprostředkování strategií zvládnání (zvládnání krizí)
- zlepšení sociálních vztahů a aktivit, případně chování v rámci citových vazeb
- posílení vlastní zodpovědnosti
- podpora při hledání nového smyslu života, případně nových životních cílů.

Do psychonkologické pomoci Tschuschke (2010) zahrnuje např. přizpůsobení komunikace s pacientem dle fáze nemoci, úměrné sdělování informací pacientovi podle jeho stavu, psychologicko-psychotherapeutická podpora a poradenství (např. podpora poskytnutá blízkými a zdravotnickým personálem, sociální podpora, kognitivně behaviorální terapie, podpůrné terapie, podpůrné skupiny), pomoc při zvládnání specifické zátěže u daného typu rakoviny (např. při vyrovnávání se se ztrátou plodnosti), psychologicko-psychotherapeutické intervence (např. psychoedukace, podpůrné terapie, kognitivně behaviorální metody, relaxační terapie, imaginace, techniky řešení problémů a jiné).

4.2.1 Psychoonkologie v České republice

V České republice probíhá onkologická péče v síti Komplexních onkologických center (dále KOC), akreditovaných onkologických pracovišť nabízejících vysoce specializovanou péči zajišťovanou týmem odborníků. Tato centra byla stanovena Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě splnění daných podmínek (Věstník MZČR, 2008) a "zajišťují nejvyšší stupeň komplexní onkologické péče v České republice" (Věstník MZČR, 2008, str. 2). Podle Raudenské (2011) se v onkologickém týmu KOC nacházejí i psycholog a sociolog, kteří spolupracují s klinickými onkology (Raudenská, 2011). Úkolem psychologa je diagnostikovat psychopatologie, kterými mohou

onkologičtí pacienti v průběhu léčby procházet, a pomáhat jim psychoterapeutickými intervencemi. Pacienti mohou docházet na další odborné formy terapií - relaxace, muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie a další. Jelikož pro onkologické pacienty je velice důležité rodinné zázemí, zaměřuje se role psychoonkologa i na rodinnou podpůrnou psychoterapii. Psychoonkolog může též poskytovat psychologickou podporu zdravotnickému onkologickému personálu při zvládnání psychické náročnosti zaměstnání (www.linkos.cz).

Psychoonkologie jakožto sekce České onkologické společnosti (dále ČOS) byla založena v České republice počátkem roku 2006. Sdružuje psychoonkology pracující v onkologických a hematoonkologických centrech a v hospicích. Sekce psychoonkologie také provozuje na stránkách ČOS www.linkos.cz on-line psychologickou poradnu pro onkologické pacienty a jejich blízké. Jednotlivá komplexní onkologická centra⁴ mají buď svého vlastního psychologa (většinou jen jednoho), nebo externistu, který na centrum dochází, a v některých případech psychologickou péči dokonce z nedostatku personálních zdrojů neposkytují (www.linkos.cz). Sociální péče též není samozřejmostí, neboť sociální pracovníky má jen minimum KOC (Kalvodová, 2010). Z toho se naskýtá pohled, že pro psychosociální podporu každého onkologického pacienta není v českých KOC dostatečná personální odborná kapacita. Existují však sdružení, která jim mohou v psychosociální i podpůrně terapeutické stránce pomoci (např. Amélie).

4.3 Terapeutické přístupy mimo rámec klasické onkologické léčby

Klasická nádorová léčba je léčba medicínská, založená na vědecky ověřitelných poznatecích a podložená výsledky klinických hodnocení. Léčebné postupy nepodložené vědeckými důkazy jsou označovány jako komplementární a alternativní léčba (dále KAL) (www.koc.cz). Alternativní postupy (náhradní) jsou takové přístupy, které klasickou základní léčbu rakoviny nahrazují. V onkologii však nelze klasickou léčbu nahradit, aniž by se hazardovalo se životy pacientů. Komplementární (doplňková) léčba zahrnuje přístupy užívané současně se standardní léčbou (www.onko.cz).

Účinky a rizika KAL jsou v současnosti zkoumány. Např. v USA tyto studie zaštiťuje *Office for Cancer Complementary and Alternatives Medicine* (dále OCCAM)

⁴ V České republice je zaregistrováno třináct komplexních onkologických center, dvě dětská onkologická centra a šest hematoonkologických center (www.linkos.cz).

(www.cancer.gov). *National Cancer Institute* v USA (dále NCI) definuje ještě tzv. *Integrativní medicínu* jakožto "a total approach to care that involves the patient's mind, body, and spirit. It combines standard medicine with the CAM practices that have shown the most promise"⁵ (www.cancer.gov). Webové stránky NCI dále poskytují pacientům rady např. jak postupovat při výběru důvěryhodného praktika komplementární a alternativní terapie.

Podle německých lékařů Dobose a Kümmela (2013) ve spojených státech nepanují takové předsudky vůči přírodní medicíně jako v Evropě, a to asi i díky multietnickému původu onkologických odborníků. V USA se snaží do onkologické medicíny integrovat individualizovanou péči a tradiční léčebné postupy, a výzkumy, které zkoumají účinky tradičních terapií, jsou zde podporovány. Na některých předních onkologických pracovištích v USA už doplňkové léčebné přístupy zavádějí do praxe na nově založených odděleních integrativní onkologie. Autoři tvrdí, že "také v Německu přírodní léčitelsví dávno opustilo říši babek kořenářek a magie a dobývá vědu" (Dobos, Kümmel, 2013, s. 35), a skýtá se již naděje na obrat, neboť na některých onkologických klinikách jsou již tradiční přístupy aplikovány do onkologické praxe (např. v Essenu).

4.3.1 Zájem o doplňkovou a alternativní medicínu terapie mezi onkologickými pacienty

Klasická onkologická léčba je dnes na velmi vysoké úrovni, avšak komunikace lékaře s pacientem někdy zaostává, a to nejspíše z důvodu časových či důsledkem pracovní vytíženosti lékařů. Pacient může v takovém případě ze strany lékaře pociťovat nezájem, a to může být motivací k hledání alternativ léčby. Ze strany pacienta je však nutné, aby se i on se snažil o svých pocitech ohledně nemoci a plánů na využití jiné léčby hovořit s lékařem (Šlampa, 2012). Autoři Dobos a Kümmel (2013) uvádějí, že pacienti se kromě onkologické léčby rozhodují pro léčbu doplňkovou, protože se potřebují do boje s nemocí aktivně zapojit.

V roce 2005 byly publikovány výsledky průzkumu evropských onkologických pacientů, jež prokázaly užití komplementární a alternativní medicíny (dále KAM) v průměru u 35,9% evropských onkologických pacientů. V České republice, kde byl výzkum prováděn v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, používalo nějaký typ

⁵ Vyjádření v originále podle mého názoru velmi přesně vyjadřuje definici integrativní medicíny, že ji v práci ponechávám, abych překladem případně neposunula její obsah.

doplňkové léčby dokonce 58,8% pacientů. KAM zahrnuje širokou škálu terapií a její hranice nejsou přesně vymezeny, ale v podstatě se jedná o jakékoli postupy diagnostikování, léčby a prevence vyhledávaných pacienty, vyskytující se mimo nabídku klasické západní medicíny. Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastější uživatele KAM patřili pacienti mladší, ženského pohlaví a vyššího vzdělání. Hlavním důvodem užití KAM udávali: zvýšení schopnosti organismu bojovat s rakovinou, zlepšit kvalitu života po tělesné i psychické stránce. Mezi nejoblíbenější terapie patřily: diety, herbální medicína a léčivé prostředky, homeopatie, hypnoterapie a vizualizace, spirituální terapie, modlitby a relaxační techniky, žraločí chrupavka, zelený čaj, skupinové terapie. Dotazovaní pacienti byli s užíváním KAM spíše spokojeni a v její účinek věřili. Studie též ukázala, že evropští pacienti užívají KAM méně, než udávají podobné výzkumy v USA, kde to je více jak 40% pacientů, což může naznačovat, že zájem o celostní přístup v medicíně v Evropě zaostává za zájmem v USA. V souvislosti s poptávkou onkologických pacientů po KAM výzkum navrhuje, aby se lékaři v této oblasti vzdělávali, aby mohli být svým pacientům nápomocni radami a diskutovat s nimi o výhodách i nevýhodách KAM (Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005).

Vedle klasické léčby využívá podle doc. MUDr. Pavla Šlumpy, CSc. ještě různé typy KAM asi třetina onkologických pacientů (www.mammahelp.cz). Pavel Šlampa na 3. mezinárodním onkologickém kongresu ve Znojmě (2008) poznamenal, že:

"Na rozmach léčitelství v posledních 30 až 40 letech má nepochybně vliv jóga, akupunktura, sektářství a některé psychologické směry v 70. letech minulého století. V poslední době i reklama a nezodpovědní novináři. Proč stále tolik lidí podléhá klamu, že jim léčitelské metody mohou pomoci? Jednou z příčin je bohužel nedostatečná komunikace lékařů s pacienty, což se, věřím, postupem časulepší. Dále je to mentalita lidí, nedostatečná osvěta a fakt, že pacienti ani nevědí, kolik onkologická léčba vůbec stojí. Že například jen léčba prsu zářením stojí 80 až 100 tisíc korun," Jak dále citovaný Šlampa ve zprávě po kongresu podotýká, naopak komplementární léčba ve formě různých potravinových doplňků může pomoci zmírnit některé vedlejší účinky standardní vědecké léčby. *"Nepůsobí ale přímo proti nádoru a nejsou nezbytně nutné. A ne všechny doplňky jsou také účinné. Není však současně možné, aby sami lékaři doporučovali konkrétní přípravky. Vystavovali by se tím možnému podezření ze střetu zájmů."* (www.arcus-oc.org).

4.3.2 Pohled lékařů na komplementární terapii v onkologii

Na základě poptávky onkologických pacientů po komplementární a alternativní medicíně či léčbě byly provedeny výzkumy na tuto tematiku i mezi lékaři. Např. v roce 2000 publikovaný kvantitativní průzkum sledující znalosti a názory australských onkologů na KAL, který byl proveden na vzorku 273 respondentů (Newel, Sanson-Fisher). Výzkum sledoval percepci onkologů na různé praktiky KAL, jejich znalosti o této problematice a názory. Výsledky prokázaly v použití KAL konzistenci s průzkumy provedenými mezi australskými onkologickými pacienty. Dále výsledky ukázaly, že čím méně byl onkolog seznámen s KAL, tím více tyto terapie pokládal za škodlivé. Pozitivně byly spíše nahlíženy psychosociální terapie, ostatní netradiční způsoby léčby byly posuzovány spíše jako nápomocné v paliativní péči a potenciálně nebezpečné v kurativní péči. Výzkum u onkologů dále prokázal neznalost netradičních terapeutických přístupů (Newell, Sanson-Fisher, 2000).

V Kanadě byla provedena na vzorku 28 praktických lékařů (dále PL) studie kvalitativní, zkoumající postoj PL k léčbě komplementární (O'Beirne, Verhoef et al, 2004). Z výsledků výzkumu vyllynula následující témata, na která autoři navrhuji se v praxi zaměřit:

- 1) Definice komplementární léčby není z výpovědí lékařů ani z literatury jasná (výpovědi lékařů zahrnovaly výčty přístupů, počínaje body&mind aktivitami až po mastičkáře, shodovaly se v meditacích, poradenství, skupinových terapiích, hypnóze, masážích, arteterapii a muzikoterapii)
- 2) Podle většiny PL je medicína záležitostí nejen tělesnou, ale i duševní. Lékaři uznali důležitost lékařství postaveného na důkazech (*evidence based medicine*), ale popsali rozpor mezi ním a péčí celostní s ohledem zejména na pacientovu duchovní stránku. Popsali, že aktuálně ve společnosti stoupá spirituální povědomí.
- 3) Postoje PL ke komplementární léčbě se lišily podle typu nádoru, věku pacienta a typu nádorové léčby (kurativní či paliativní). Výskyt nádorového onemocnění v rodině zájem PL o komplementární léčbu zvyšovalo.
- 4) Podle jejich názoru pacienti tuto léčbu využívají jako důsledek nedostatku benefitů léčby standardní a pro zlepšení jejich vedlejších účinků, z důvodů menší toxicity, pro získání sociální podpory, víry a naděje a i možnosti kontroly nad svým zdravím.

- 5) Nedostatečná komunikace pacientů s PL ohledně této léčby (jen jedna třetina pacientů její využití s PL probírala). Někteří PL se domnívali, že sdělením nepříjemné diagnózy způsobili pacientovi bolest a důsledkem toho pacient vyhledal komplementární léčbu.
- 6) Nejasnost otázky role lékaře v tomto přístupu, zda by lékař měl být v tomto směru edukován (samotní lékaři však vyjádřili zájem), a tak být schopen pacientovi poradit a ochránit je před možnými zdravotními riziky, psychologickou újmou či finanční ztrátou.
- 7) PL by neměli k této problematice zaujímat negativní postoj, aby se pacient nebál s nimi na toto téma otevřeně hovořit a mohli jim tak poskytnout rady.
- 8) Kromě neevidence důkazů o účinnosti těchto terapií a možného finančního zatížení pacienta byla jako další nevýhoda identifikována i skutečnost, že v případě poskytování rad či dokonce poskytování této péče samotným praktikem by jej pacient mohl v případě neúčinnosti obviňovat (O'Beirne, Verhoef et al, 2004).

4.3.3 Doplnková léčba nádorových onemocnění

Doplnková léčba může pomoci pacientovi zvládat symptomy onemocnění, ale nahrazení standardní onkologické péče jinou terapií, u které není prokázána účinnost a bezpečnost, standardní onkologickou léčbu opozdí. Zpoždění léčby je právě v onkologii nebezpečné a může mít fatální důsledky. Jelikož se někteří onkologičtí pacienti chtějí na svojí léčbě aktivně podílet, užití KAM je mezi nimi běžné a průzkumy ukazují, že zájem o KAM v posledních letech roste, měli by se onkologičtí lékaři pacientů aktivně na tuto problematiku ptát v rámci rutinní praxe. Špatná komunikace s pacientem vytváří mezi lékařem a pacientem komunikační propast bránící zjištění, zda pacient nekonvenční terapie užívá nebo ji užívat plánuje. Pokud je s pacientem komunikováno otevřeně a vstřícně, bude více rezistentní k využití potencionálně nebezpečných alternativ léčby a bude více spolupracovat na konvenčním léčebném programu. Autoři navrhují, aby onkologičtí specialisté poskytovali pacientům, kteří mají o KAM zájem, rady a informace o jejich možných rizicích a účincích (Deng, Frenkel et al, 2009).

Zahrnutí doplňkové léčby do onkologické péče na základě vědeckých posouzení, zvyšuje kvalitu onkologické péče. Např. zmírněním vedlejších účinků onkologické léčby pomocí nějaké doplňkové léčby (např. akupunktury) více pacientů nepříjemnou

léčbu dokončí. Zlepšuje se kvalita života pacientů a jejich spolupráce na léčbě, a tím i jejich přežívání (Dobos, Kümmel, 2013).

4.3.3.1 Druhy KAM

Pro zlepšení psychického stavu pacienta doporučují autoři Deng a Frenkel et al (2009, s. 86) některé *body&mind* metody: podpůrné skupiny, podpůrná/expresivní terapie, kognitivně behaviorální terapie, stres management. Doporučené metody pomáhají snižovat úzkosti, deprese, chronické bolesti, zlepšují náladu a kvalitu pacientova života. Pro pacienty s bolestmi a úzkostmi doporučují masáže, při bolestech doporučují i akupunkturu, fyzická cvičení při zvládání únavy atd. Paradoxně však mezi pacienty jsou nejoblíbenější potravinové doplňky a herbální medicína, u kterých však hrozí riziko interakce se standardní léčbou, a tudíž je v zájmu pacienta a úspěšnosti léčby, aby se onkologové aktivně pacientů na užívání různých doplňků rutinně tázali.

Autoři popisují rozdělení KAM do pěti skupin ⁶ (Deng, Frenkel et al, 2009, s. 88):

- 1) praktiky na biologickém principu - herbální medicína, vitamíny, další doplňky stravy
- 2) mind&body techniky - meditace, řízená imaginace, expresivní umění (muzikoterapie, arteterapie, terapie tancem)
- 3) praktiky založené na manipulaci s tělem - masáže, reflexní terapie, cvičení
- 4) terapie energiemi - terapie magnetickým polem, reiky, Healing Touch ⁷, qi gong ⁸
- 5) tradiční medicínské přístupy - tradiční čínská medicína, arjuvéda, akupunktura.

4.3.4 Integrativní onkologie

Spolupráci lékařů a léčitelů v praxi představuje tzv. *integrativní onkologie*. V roce 2003 byla založena *Sociaty for Integrative Oncology* (dále SIO), multidisciplinární mezinárodní nezisková organizace, která si klade za cíl zlepšit kvalitu života onkologických pacientů za pomoci implementace komplexní zdravotnické péče, která vychází z poznatků výzkumů (www.integrativeonc.org). Organizace podporuje

⁶ Rozdělení dle National Institute of Health's National Center for Complementary and Alternative Medicine

⁷ Healing Touch pomocí dotyků dlaní ruky působí na magnetické pole kolem lidského těla (www.healingtouchprogramme.com)

⁸ Qi gong je čínská metoda cvičení, pracující s postojem těla, dýcháním a vědomím (<http://nqa.org/resources/what-is-qigong/>)

zavedení komplementární léčby do praxe na základě vědeckého posouzení jednotlivých terapií (Deng, Frenkel et al, 2009). Součástí integrativní onkologie je i psychosociální opora pacientům (Dobos, Kümmel, 2013).

Pro integrativní onkologii je důležitý vztah lékaře a pacienta. Jejím cílem je, pomocí celostního přístupu a použitím vhodných metod a specialistů, dosáhnout u jednotlivých pacientů co nejlepšího možného zdravotního stavu. Jedná se o vědu i filozofii zároveň, bere v úvahu holistický přístup ve zdravotní péči a nabízí vhodné doplňkové přístupy léčby vedle léčby standardní (Deng, Frenkel et al, 2009).

Stejně tento nový obor představují lékaři Dobos a Kümmel v knize *Aktivně proti rakovině* (2013). Oproti běžnému pasivnímu přijetí nemoci a osudu chtějí pacienty vybudit, aby se do boje s nemocí aktivně zapojili a získali tím naději. Autoři obhajují správné propojení lékařské medicíny s přírodním léčitelstvím. Tvrdí, že na obou stranách panují předsudky. Laická veřejnost ubírá schopnosti moderní výkonné lékařské medicíny a přeceňuje přírodní léčitelství, zatímco lékařská veřejnost se k problematice staví opačně. Podle autorů však obě oblasti mohou v boji s rakovinou spolupracovat, je však důležité užití obou oblastí správně kombinovat. Předsudky mezi lidmi jsou však pro pacienty potenciálně nebezpečné, neboť pod jejich vlivem a pod vlivem strachu z nemoci a klasické léčby mohou podlehnout různým léčitelům propagujícím jejich metody a kritizujícím farmaceutický průmysl.

K ospravedlnění přírodního léčitelství přihrává i moderní trend současné onkologie - individualizovaná medicína ⁹ (*šitá* pacientovi na míru), neboť také bere na zřetel rozdílné potřeby pacientů. Přírodní léčitelství se nezaměřuje přímo proti nemoci, ale pomáhá pacientově organismu zlepšit seberegulační funkce, imunitu a celkovou psychickou a tělesnou pohodu. Integrativní onkologie přijetím doplňkových metod léčení rozšiřuje působnost klasické onkologie, která je zacílená primárně na samotný nádor a psychiku pacienta, na pacientův celý organismus včetně jeho duchovní stránky a energetických rovin (Dobos, Kümmel, 2013). Přírodní léčitelství přispívá k individualizované medicíně, protože "se pokouší probouzet individuální silné stránky pacientů a dělat z nich spolubojovníky proti chorobě po boku lékařů" (Dobos, Kümmel, 2013, s. 33).

⁹ např. výběr léčebné strategie na základě genetického zkoumání individuálního pacienta

Centrem zájmu integrativní onkologie jsou pacienti aktivně spolupracující (přijetí léčby a změna životního stylu) s týmem odborníků, který kromě onkologů zahrnuje internisty specializované na přírodní léčbu, výživové poradce, fyzioterapeuty, psychoonkology i sociálně pedagogické pracovníky. Celostní péče o pacienta by měla začít již od stanovení diagnózy, a to např. aplikací některých *body&mind* metod (např. jógy a meditace), které pomáhají pacientům odbourávat stres a strach (Dobos, Kümmel, 2013).

4.3.4.1 Doporučení SIO ohledně KAM

Organizace SIO vypracovala stupně doporučení ohledně užití KAM založené na evidenci o jejich účinnosti. Např. stupněm 1A, jenž znamená silné doporučení opřené o kvalitní výzkum (randomizované kontrolované studie), ve kterém benefity z užití převýšily rizika, označuje užití podpůrných skupin, podpůrné/expresivní terapie, kognitivně behaviorální terapie a kognitivně behaviorální zvládání stresu jako součást komplexní péče s cílem snížení úzkosti, chronické bolesti a zlepšení kvality života, nebo akupunkturu při chronické bolesti (Deng, Frenkel et al, 2009).

Kromě výše uvedeného doporučení aktivně se tázat pacienta v rámci rutinní péče na užití KAM a dále pacientovi poskytovat v tomto hledu odborné informace, aby nemuseli spoléhat na nerelevantní zdroje (internet, laická veřejnost), SIO dále doporučuje např. následující:

- komplementární terapie by měly být praktikovány proškolenými odborníky včetně masáží a cvičebních programů
- velmi se doporučují *body&mind* metody, jelikož v dnešní medicíně převažuje stránka biologická, ale již opomíjí psychosociální důsledky onemocnění, některé tyto metodiky mohou pomáhat při zvládání důsledků onemocnění (úzkosti, deprese, strach, stres)
- onkologičtí specialisté by měli s pacienty hovořit otevřeně, s respektem k pacientově autonomii a ochotně bez předsudků pacientům naslouchat. Pacienti často ze standardní onkologické léčby sami vystupují následkem psychických obtíží, strachu a vzteku na nevstřícnou zdravotnickou péči, následkem nedostatečné podpory nebo komunikace, ztráty kontroly nad svou situací, ze spirituálních důvodů atd. Komunikační bariérou zde může též být neinformovanost onkologů v oblasti KAM a jejich negativní postoj k těmto terapiím (Deng, Frenkel et al, 2009).

5 Role lékaře

S rozvojem průmyslu a vědy se technika a specializace nevyhnuly ani medicíně. Současné medicíně založené na měřitelných důkazech odpovídá vzdělávání zdravotnického personálu, který je vychováván ke specializacím medicínských oborů. Zachycení psychosociálních dimenzí osobnosti pacienta zůstává jen doménou psychosomatiků (Danzer, 2001).

Dle Danzera (2001) by měl lékař být však archeologem v nalézání symptomů z projevů pacienta, geodetem v odkrývání vrstev pacientovy osobnosti, historikem ve zjišťování životního příběhu pacienta a nakonec umělcem, jenž dokáže nalezené poznatky shrnout a zverbalizovat.

Vztah mezi pacientem a lékařem by měl být rovnocenný (ne paternalistický) a založený na důvěře a faktu, že pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu (Zemanová, 2008). Podle Poněšického se postoje lékařů k vážně nemocným pacientům v současné době stávají otevřenější a lékaři již nezatajují pacientům diagnózu a prognózu onemocnění. "Pacienti mají právo na to zabývat se dostatečně dlouho a vážně tím, co je třeba před možnou smrtí udělat, nad čím se zamyslet a s kým se ještě setkat či rozloučit." (Poněšický, 2002, s. 102).

Vzhledem ke skutečnostem, že nádorové onemocnění postihuje celou dimenzi lidské bytosti, se naskytá otázka, zda by onkolog měl být specialistou nejen na somatickou stránku, ale i na stránku duševní. Dostálová (1993) kladla tuto otázku deseti onkologicky nemocným pacientům ve svém rehabilitačním kroužku, přičemž osm respondentů odpovědělo na otázku kladně a dva pacienti preferovali zaměření onkologa primárně na jeho lékařskou odbornost.

Zemanová (2008) naopak konstatuje, že onkolog by měl s pacientem řešit jen náročnou onkologickou léčbu a nenavazovat s pacientem emocionální vztah, neboť tento vztah by mohl onkologa ovlivňovat v implementaci často nepříjemné onkologické léčby. Podle Zemanové by měly být emoce pacienta ponechány spíše v kompetenci psychoterapeuta či psychoonkologa.

6 Shrnutí teoretického východiska

V první kapitole teoretické části jsem se zabývala vymezením oboru psychosomatika a hranicemi působnosti této disciplíny. Psychosomatický přístup lze chápat též jako celostní přístup, neboť se zabývá chorobami v bio-psycho-sociálním kontextu, kdy jednotlivé roviny jsou ve vzájemné interakci. Podle některých odborníků (Fava, Sonino, 2010) je psychosomatika multidisciplinární obor, který může být užitečný pro veškeré lékařské oblasti. Podle Danzera (2001) se nejedná o samostatný obor, ale sjednocující disciplínu. Do jejího pole působnosti patří podle Morschitzkyho a Satora (2004) mimo jiné i somatopsychická onemocnění, což jsou nemoci s psychosociálními důsledky (tudíž i nádorová onemocnění). V onkologii se psychosomatika oficiálně uplatňuje v rámci nového oboru psychoonkologie, která se zabývá psychickými důsledky rakoviny a zkoumá psychosociální vlivy, jakožto potenciálními faktory podílejícími se na rozvoji rakoviny (Holland, 2003).

V druhé kapitole jsem zjišťovala problematiku psychosociálních aspektů, které nádorová onemocnění obklopují, a s tím spojenou potřebu celostní péče v onkologii. Výzkumy bylo prokázáno, že psychosociální aspekty mají vliv na průběh onemocnění a zvládnutí léčby (Andersen, Yang, Farrar, 2008; Křivohlavý, 2002; Tschuschke, 2004). Vzhledem k tomu, že existuje celá řada různých druhů nádorových onemocnění multifaktoriálního původu, je velice obtížné vliv jednotlivých psychosociálních aspektů na rozvoj nádorového onemocnění studii prokázat. Odborníci poukazují na souvislost mezi např. depresí, dlouhodobým stresem, zadržováním emocí, neschopností vypořádat se ze ztrátou blízké osoby či se závažnou životní událostí a sníženou obranyschopností organismu, a tím i schopnosti imunitního systému likvidovat nádorové buňky. Avšak výsledky výzkumů vlivu osobnostních a psychologických aspektů na rozvoj nádorového bujení úplně jednoznačné nejsou. Zejména koncept teorie Typu C osobnosti (*Cancer prone personality*) je v současnosti považován za kontroverzní (Blatný, Adam, 2008).

Třetí kapitola se věnuje pacientovi v kontextu onkologické choroby a popisuje, jak nemoc může působit na psychiku a život pacienta, a jaké jsou nejčastější typy reakcí na onkologickou diagnózu. Slovo rakovina provází strach a podle Zemanové (2008) je rakovina lidmi vnímána jako *metafora zla*. Lidé na tuto nemoc reagují individuálním způsobem (stejně jako by reagovali na životní překážky) a způsob jejich reakce souvisí

např. s temperamentem, životními zkušenostmi, nastavením životních hodnot, rodinným zázemím atd. (Dostálová, 1993). Způsoby reagování pacienta na nemoc mohou ovlivnit, zda se pacient nechá všas vyšetřit a zda dodržuje předepsanou léčbu. Pro zvládnutí nemoci a léčby je také důležitý vztah lékaře s pacientem, komunikace mezi nimi a edukace a adaptace pacienta (Tschuschke, 2004, Zemanová, 2004). Podle odborníků onkologická diagnóza zasahuje celou dimenzi lidského bytí (biopsychosociálně), a proto by péče o pacienta měla být celostní (Raudenská, 2011).

Další kapitola zkoumá problematiku klasické léčby onkologických onemocnění a jejími důsledky na psychiku pacienta. Často se u pacientů objevuje strach (např. z operace, vedlejších účinků chemoterapie a radioterapie), sociální izolace, ztráta partnera atd. Do klasické léčby je od konce 20. století zahrnuta i psychologická pomoc v rámci psychoonkologie a sociální pomoc je zajišťována různými sdruženími napojenými na onkologická pracoviště. Výzkumy prokázaly, že mezi onkologickými pacienty panuje značný zájem o neformální přístupy léčby, které se odborně nazývají souhrnným názvem komplementární a alternativní medicína (Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005). V některých zemích (USA, Německo) již existují kliniky provozující tzv. *integrativní onkologii*, v rámci které jsou vedle klasické komplexní onkologické péče pacientům nabízeny některé vhodné typy doplňkové léčby a přírodní medicíny jakožto podpůrné prostředky, které sice samotný nádor neléčí, ale mohou významně přispět ke zlepšení kvality pacientova života (Dobos, Kümmel, 2013). Integrativní onkologie patří do holistického pojetí medicíny, jejímž středem je pacient, kterému je umožněno se aktivně zapojit do boje s nemocí, a pro kterou je důležitý vztah lékaře a pacienta. Pacient může využívat jako doplněk léčby prostředky přírodních léčitelství od proškolených terapeutů např. pro lepší zvládnání vedlejších účinků léčby i nemoci (Deng, Frenkel et al, 2009). Integrativní onkologie nabízí pacientům současně klasickou medicínu i přírodní léčitelství, které je však třeba správně kombinovat, a tím rozšiřuje působnost onkologické péče na celý pacientův organismus včetně jeho duchovní stránky bytí (Dobos, Kümmel, 2013).

Otázkou je, kam až by měly zasahovat kompetence onkologického lékaře. Zda by měl být hlavně odborníkem na biologickou stránku, nebo být pacientovi zároveň i psychologem. Jelikož psychologická pomoc je již v České republice v rámci komplexní onkologické péče spolu se sociální pomocí pacientům nabízena, považovala jsem za

vhodné a zajímavé téma výzkumu problematiku komplementární a alternativní medicíny, která podle konceptu integrativní onkologie do celostního přístupu k pacientovi patří. Žádný podobný výzkum, jenž by zjišťoval postoj českých onkologů k netradičním terapiím, se mi nalézt nepodařilo. K dispozici je pouze evropský výzkum, který rozpoznal, že i v České republice využívá významná část onkologických pacientů souběžně se standardní péčí prostředky, které se nacházejí mimo léčbu klasickou (Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005). Domnívám se, že tyto poznatky by u nás neměly být přehlíženy, proto jsem následující výzkum věnovala této problematice z perspektivy onkologických lékařů.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumné téma: Celostní přístup k onkologickému pacientovi s ohledem na využití netradičních terapií z perspektivy onkologického lékaře

7.1 Cíl výzkumu

Výzkumným tématem je problematika celostní péče o onkologického pacienta s ohledem na využití terapií nacházejících se mimo rámec klasické onkologické péče - komplementární a alternativní medicíny (dále KAM). Cílem výzkumu bude zjistit názor české onkologické veřejnosti na problematiku a využití KAM v onkologii.

7.2 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumnou otázkou je: *Jak čeští onkologové reflektují komplementární a alternativní medicínu v onkologii na základě svých praktických zkušeností a znalostí této problematiky?* Výzkum jsem se rozhodla provést s onkology, protože se domnívám, že onkolog jakožto specialista na onkologická onemocnění a jejich léčbu má kvalitní odborné informace, na základě kterých dokáže posoudit možné benefity a potencionální rizika netradičních terapií, a zná potřeby onkologického pacienta. Snažila jsem se identifikovat problémové oblasti a tím přispět do diskuze, zda by se měl onkologický lékař zabývat nejen svojí odbornou stránkou, ale i faktem, že značná část onkologických pacientů nespolehá jen na standardní léčbu, ale vyhledává i neoficiální léčebné metody.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku jsem zjišťovala následujícími podotázkami:

- *Co si onkologičtí lékaři představují pod pojmem KAM a jak na tuto medicínu nahlíží?*
- *Jakou roli může KAM hrát v onkologické péči z pohledu onkologů?*

7.3 Výzkumná strategie

Protože v této práci usiluji o podrobné prozkoumání určitého fenoménu a ilustruji postoje určité sociální skupiny pomocí malého počtu respondentů, zvolila jsem pro tento výzkum strategii kvalitativní, která umožňuje hlubší vhled do zkoumané problematiky. Za použití induktivní logiky jsem hledala ve výpovědích lékařů jevy a pozorovala v nich pravidelnosti, vazby a vztahy a snažila se z nich vytvořit celistvý

obraz zkoumané problematiky, tj. postoje onkologů k výše uvedené problematice v pracovním kontextu onkologů – komplexních onkologických centrech (dále KOC).

Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum vyžaduje otevřenost a flexibilitu (Hendl, 2005), sběr kvalitativních a hloubkových dat tak umožňuje vytvářet na základě zjištěných skutečností nové hypotézy. Během výzkumu jsem si byla vědoma i nevýhod kvalitativní strategie oproti kvantitativní, tj. nemožnosti generalizace a nízkou reliabilitu, jelikož kvalitativní výzkum se provádí na malém počtu participantů.

7.4 Techniky sběru dat

Pro samotný sběr dat byla zvolena technika rozhovorů formou polostrukturovaného rozhovoru s předpřípravenou osnovou a návodem, aby informátoři dostali dostatečný prostor se k dané problematice vyjádřit a aby bylo možné téma, podle směru odpovědí informátorů, prozkoumat do hloubky přizpůsobením dalších otázek odpovědím informátora.

Otázky jsem koncipovala do čtyř tematických okruhů, připravila jsem je otevřené a srozumitelné, aby dopředu informátorům nenabízely odpovědi. Díky prostoru, který informátoři dostali, jsem od nich získala velké množství dat. Jelikož každý rozhovor byl autentický, otázky a jejich pořadí byly vždy modifikovány a přizpůsobovány na základě již získaných výpovědí tak, aby rozhovory měly přirozený a plynulý průběh. Pokud informátor přinesl nějakou novou skutečnost, reagovala jsem kladením otázek nových.

Na začátku každého rozhovoru jsem představila téma své bakalářské práce a účel výzkumu a požádala informátory o ústní souhlas s nahráváním. Informátor byl vždy upozorněn, že bude brán zřetel na jeho časové možnosti a rozhovor může kdykoli přerušit. Během rozhovorů jsem se snažila empaticky naslouchat, informátory nepřerušovat, ale spíše je novými podotázkami povzbuzovat k dalším výpovědím. Dále bylo potřeba vyloučit reaktivitu výzkumníka, tj. během rozhovorů zaujímat neutrální postoj a nereagovat souhlasem či nesouhlasem, aby odpovědi nebyly výzkumníkem ovlivňovány.

Všechny rozhovory byly tedy pro co největší autenticitu nahrávány a co nejdříve po skončení rozhovoru přepisovány. Dva rozhovory byly z důvodu naléhavých telefonátů lékařům přerušeny a během telefonických rozhovorů lékařů jsem audio

nahrávání vypnula. Jednotlivé rozhovory trvaly v časovém rozmezí mezi 20 až 60 minutami, přičemž rozhovor s informátorem č. 3 nebyl z časových důvodů lékaře dokončen, a tudíž ne všechny otázky byly pokryty.

Jednotlivé okruhy a otázky:

1. okruh - Chápání pojmu KAM:

Co si představujete pod pojmem komplementární a alternativní medicína?

Jak na ni nahlížíte? Popř. vnímáte rozdíl mezi doplňkovou a alternativní léčbou?

Je vám znám obor integrativní onkologie?

2. okruh - Postoj vůči KAM:

Jaká by podle vás měla být role KAM v onkologické péči? Myslíte, že by měla zůstat současná situace, nebo se změnit?

Jaká mohou být potencionální rizika a benefity KAM?

Jaké typy byste spíše doporučil a kdy, a jaké druhy určitě ne a proč?

Nabízí komplexní onkologická centra nějaké typy doplňkové léčby/terapií?

3. okruh - KAM a pacient:

Jakou roli v léčbě hraje podle vás KAM z pohledu pacienta?

Zajímá vás, zda pacienti KAM užívají nebo plánují užívat? Pokud vás to nezajímá, dá se říci, že tomu nepřikládáte význam?

Z jakého důvodu pacienti KAM podle vás vyhledávají? Co je jejich motivací?

Napadají vás další důvody, proč tyto typy léčby pacienti vyhledávají?

Jaké typy KAM nejčastěji používají?

Pokud pacient začne rozhovor na téma KAM sám, jak reagujete? Co pacientům radíte?

4. okruh - Zkušenost autentická:

Prosím popište mi jeden pozitivní a jeden negativní příklad z praxe, kdy váš pacient využil nějaký druh KAM.

7.5 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Jelikož ve výzkumu šlo o zobrazení jevu na základě velkého množství dat od malého počtu participantů, zvolila jsem výběr *úcelový* zacílený na *profesně sevřený vzorek* a usilující o co největší homogenost vzorku s ohledem na profesi. S ohledem na další charakteristiky (věk, gender, délka praxe) byl již heterogenní, jelikož by bylo data s

ohledem na náročnost terénu obtížné interpretovat. Ve výzkumu půjde hlavně o zobecnění na jev (problematika KAM v onkologii), nikoliv na danou populaci. Aby byla zachována profesní homogenost vzorku, oslovovala jsem lékaře z akreditovaných KOC, v tomto případě z center lokalizovaných v pražských fakultních nemocnicích, a tato centra byla i prostředím výzkumu. Samotné rozhovory probíhaly přímo v pracovnách lékařů a v jednom případě v ordinaci lékaře.

Lékaře jsem nejprve kontaktovala telefonicky a během telefonátu jsem jim vysvětlila účel výzkumu (bakalářská práce a její název) a nastínila jeho téma, přičemž přesné znění výzkumné otázky sděleno nebylo, aby výpovědi lékařů byly během samotných rozhovorů co nejvíce spontánní. Lékaři byli během telefonátu seznámeni se skutečností, že rozhovory budu pro co největší autenticitu nahrávat. Všichni lékaři, které jsem oslovila telefonicky, s účastí ve výzkumu souhlasili a proti nahrávání nikdo neměl námítky. Jeden z onkologů byl kontaktován emailem, avšak bez jakékoli zpětné vazby.

Ve výběru vzorku byla použita u tří informátorů metoda *sněhové koule*, tj. získání nového participanta na doporučení informátora. Počet vzorku nebyl předem stanovený, ale byl přizpůsoben sběru dat, dokud jsem měla pocit, že informátoři již nesdělují ke zkoumané problematice další nové skutečnosti. Celkem se výzkumu zúčastnilo pět onkologických lékařů, z toho tři ženy a dva muži, a informátoři byly očíslovány podle pořadí rozhovorů (Informátor č. 1 – 5).

7.6 Vyhodnocení kvality výzkumu

Jelikož tento typ kvalitativní výzkumu je interaktivní a dochází k osobní interakci mezi výzkumníkem a informátorem, bylo třeba se vyvarovat možného subjektivního zkreslení výzkumníka během sběru dat i analýzy. Během výzkumu jsem se snažila neustále sledovat jeho validitu, zda se neodchylují od daného tématu, tj. zda jsou jednotlivé složky výzkumu v interakci (účel výzkumu, záměr, sbíraná data a procedura analýzy). Co se týče konkrétně mého výzkumu, byla jsem si vědoma, že validitu dat mohou narušit: možná snaha lékaře jevit se v lepším světle a něco jiného dělat v praxi a něco jiného říkat; možné zamlčování některých skutečností s ohledem na citlivost tématu a střetu zájmů celostní medicíny a lékařské praxe v KOC, což může být i etickou problematikou.

Jak již bylo zmíněno, nevýhodou kvalitativního výzkumu je nemožnost generalizace, tudíž jsem si vědoma, že výsledky mého výzkumu nemohou být zobecňovány na celou českou onkologickou veřejnost.

7.7 Etická stránka výzkumu

Z důvodů audio záznamem rozhovorů byl od participantů získán ústní souhlas s výzkumem a nahráváním rozhovorů. Participantům bylo též oznámeno, že bude zaručena jejich anonymita. Pro zachování anonymity (Zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.) byl vzorek očíslován, žádná identifikační tabulka informátorovi vytvořena nebyla a nebyla sbírána žádná osobní data ani identifikační údaje participantů. Během výzkumu byl dodržován princip dobrovolné participace, celkově byl brán zřetel na to, aby se participant necítili pod tlakem a bylo jim umožněno rozhovor kdykoli přerušit či ukončit.

Jelikož se zkoumaným terénem jsem v občasném pracovním kontaktu (s lékaři spolupracuji, ale nejsem součástí jejich pracovního prostoru), byla jsem si vědoma, že z etických důvodů je nutné zachovat ve výzkumu odlišení mých dvou rolí - tj. pracovní role a role soukromé, jakožto výzkumníka. Zaměstnavatel neměl proti provádění výzkumu ve zkoumaném terénu námitky.

7.8 Analýza dat

Již od počátku výzkumu a v jeho průběhu probíhala organizace a interpretace dat podle zásad kvalitativního výzkumu. Obsahy rozhovorů jsem doslovnou (pro zachování autentičnosti) transkripcí přepsala do elektronické podoby. Avšak ve dvou případech veškerý obsah rozhovoru přepsán nebyl, a to v případě rozhovoru s informátorkou č. 3, kdy se některé části netýkaly zkoumaného tématu, a v případě informátora č. 5, kdy se některé pasáže rozhovoru dotýkaly tématu, se kterými participant pro využití výzkumu nesouhlasil. V prepisech rozhovorů byly též některé údaje anonymizovány, a to v případě, kdy informátoři zmínili jméno třetí osoby např. svého kolegy.

Rozhovory jsem si vždy několikrát pročetla. Pro lepší organizaci dat jsem obsah rozhovoru okopírovala do prvního sloupce tabulky. Následně jsem provedla segmentaci obsahu, to znamená, že jsem ho rozčlenila na tematické jednotky (např. barevným označením), tzv. jednotky analýzy. Druhý sloupec tabulky jsem vyhradila pro otevřené

kódování dat, pro identifikaci relevantních jevů a hledání společných znaků. Do třetího sloupce tabulky jsem si průběžně zapisovala poznámky pro předběžnou interpretaci dat.

Ze získaných dat byla identifikována a interpretována následující stěžejní témata, a to perspektivnou onkologů: Co si onkolog představuje pod pojmem KAM, rizika související s užíváním KAM, benefity KAM, pacient a KAM, lékař versus léčitel, problematika KAM a onkologická praxe.

7.8.1 Co si onkolog představuje pod pojmem KAM

Tento tematický okruh popisuje, jakým způsobem onkolog definuje označení komplementární a alternativní medicína, jaký vnímá mezi nimi rozdíl a co vše si pod tímto označením představuje.

Celkově se lékaři shodli, že se jedná o praktiky, které nejsou obvyklé, nejsou dostatečně prověřené klinickými studii, a proto ani nemohou být v onkologické praxi běžně praktikované. Do protikladu vůči KAM dotazovaní lékaři stavěli tzv. *evidence based medicine*, na jejíchž základech moderní medicína funguje a která se opírá o vědecké poznatky účinnosti a bezpečnosti léčiv získaných klinickými zkouškami.

I3: „*No podívejte, my chvála bohu pracujeme v éře, kde bysme se měli řídit heslem, takovým sloganem, evidence based medicine. To znamená, vycházíme z toho, co bylo jasně prokázané. A ty ostatní věci můžeme zvažovat, ale nemůžou být vodítkem pro naše činnění.*“

Část respondentů za komplementární čili doplňkovou medicínu považovala produkty a praktiky využívané souběžně s klasickou léčbou a za alternativní považovali praktiky onkologickou léčbu nahrazující:

I2: „*Tak komplementární je to, že si dá nějaký výživový doplněk, vitamíny, aloe vera...ale přitom akceptuje tu naši léčbu. A ta alternativní, to jsou většinou ti, co to odmítnou, jakože chemoterapii nechťej nebo něco, a najdou si něco jinýho. Já myslím, že komplementární je to, co je doplněk k té naší oficiální, a alternativní místo.*“

I5: „*Tak komplementární znamená doplňková medicína, to znamená, jsou to různý jaksi doplňky, můžou to být potravinový doplňky nějaký fyzikální terapie, eventuelně samozřejmě psycholéčba a tak dále. Alternativní znamená léčba, která má jiný kořeny a která vlastně nahrazuje klasickou léčbu a to je zcela něco jinýho. Alternativní léčba je tehdy, jestliže pacient odmítne klasickou léčbu, což u našich nádorových onemocnění*

většinou nedopadne dobře, a chce tedy alternativní postupy, ať se jedná o homeopatii, čínskou medicínu, různé byliny, procedury, čaje a tak dále, anebo lokální procedury.

Další respondentka popisovala alternativní metody jako praktiky široké veřejnosti nedostupné a řadila by sem hlavně metody pracující na principu energií (např. z kamenů), zatímco ty doplňkové vykládala jako metody veřejnosti běžně dostupné, které sice rakovinu nemohou vyléčit, ale ani neublíží, všeobecně zakazovány nejsou a lékaři na ně pohlížejí neutrálně. Některé produkty však podle této informátorky mohou být na hraně mezi doplňkovou a alternativní medicínou, např. výtažek ze jmelí (Iskador), který je v České republice vnímán jako alternativa, ale v některých západoevropských státech je považován za doplněk onkologické léčby.

Další respondentka uvedla, že komplementární léčba je taková, která klasickou léčbu pouze doplňuje formou podpurných prostředků, zatímco úmyslem alternativní medicíny je pacienta vyléčit:

I1: *„Doplňková jsou vlastně jakoby potravinový doplňky farmakologický dávky látek tělu vlastních nebo bylin, který by mohly mít nějaký podpurný účinky a toho pacienta nepoškodit...“ ... „No a ta alternativní léčba má teda trochu jinou podobu, je to jakoby kauzální terapie, čili má stejnej cíl jako evidence based medicine, toho pacienta uzdravit, zbavit ho tý základní choroby, ale používá k tomu tedy jiný než klasický metody, který nejsou ověřeny, nejsou etablovány, nejsou obvyklý, nejsou obvykle dostupný.“*

Ze způsobu rozlišení mezi komplementární a alternativní medicínou se následně reflektoval lékařův postoj k alternativní části, přičemž jednotně nesouhlasili s nahrazováním klasické medicíny alternativní:

I2: *„...tu alternativní my samozřejmě nechcem.“*

I3: *„Já bych neodmítal nějaký alternativní postupy. Ale nejhorší je to, když alternativní medicinmani, léčitelé nebo lékaři dokonce prostě tu klasickou medicine evidence based nahrazují těmadle přístupama, to prostě nelze. Pouze já to můžu brát a měl bych to brát a nepovažuju to za nějakou cestu slepou, ale pouze jako přídavek, ještě další věc k tý klasický medicíně.“*

I4: *„...já proti tomu nejsem, pokud to opravdu toho člověka nepoškozuj.“*

V případě dotazu, co vše si pod tímto termínem představují, zmiňovali: potravinové doplňky, vitamíny, minerály a stopové prvky, byliny a čaje, ovocné šťávy,

zelený ječmen, ovosan, kombucha, kanadská metoda s javorovým sirupem, výtažek ze jmelí (Iskador), marihuana (např. Fénixovy slzy), čínská medicína, chrupavka ze žraloka, wobenzym, vitamín C, Breussova dieta, energie z kamenů, homeopatie a další. Z výčtu i výpovědí informátorů vyplývá, že se jedná o velmi nesourodou a pestrou skupinu produktů a metod, z nichž některé mohou potenciálně pacientovi nějakým způsobem pomoci, ale některé je mohou poškodit, jak naznačila informátorka č. 1:

I1: *„Ale samozřejmě pod tímhle tím deštníkem se skrývá řada nebezpečnejch metod a nebezpečnejch šarlatánů.“*

Lékaři samotní přiznali, že některé praktiky ani neznají a ani se nemohou se ve všech orientovat:

I2: *„A jinak já musím říct, že ani nevím, protože oni se mě mnohdy ptají na preparát, který já ani neznám a nevím, co to znamená...Většinou řeknu, jestli to škodí nebo ne, pokud to známe. Ale někdy přijdou s věcí, s kterou já si neumím poradit, např. ta biolampa, a to je žádám, ať se zeptají výrobce.“*

Lékaři primárně uváděli spíše materiální formy KAM (doplňky stravy, byliny atd.) a až na doprovodná dotaz, jaké další metody by do této kategorie ještě řadili, uvedli, že jako součást doplňkové léčby by se mohly považovat i nelékové formy léčby např. psychoterapie, lázeňské pobyty, rehabilitace, fyzická aktivita, lymfodrenáže. Někteří však objasnili, že tyto praktiky jsou pacientům nabízeny v rámci komplexní onkologické péče, a tudíž se nejedná o alternativu.

Ve výpovědích lékařů není rozlišení mezi komplementární a alternativní úplně jednoznačné, zejména s ohledem na roli těchto metod – doplňková nebo zástupná role. Někteří hovořili o alternativní medicíně, ale neměli na mysli primárně její zástupnou roli, ale metody, které nespádají pod klasickou medicínu. Zdá se, že ne všichni lékaři přikládali definici větší význam (důraz kladli na to, aby klasická léčba nebyla nahrazována), a proto v následné interpretaci používám souhrnný název KAM. V případě výčtu obsahu KAM se ve výpovědích lékařů odrážely hlavně zkušenosti jejich pacientů. Jednalo se o praktiky a preparáty, které jsou populární mezi onkologickými pacienty, a výčet neukazoval, že by se lékaři nijak zvlášť sami o tuto problematiku zajímali.

7.8.2 Rizika související s užíváním KAM z pohledu onkologa

Rizika KAM jsou závažným tématem v onkologii, neboť mohou přinášet závažné dopady na lidské zdraví. Jak bylo uvedeno výše, lékaři s nahrazováním onkologické léčby nesouhlasí:

I3: *„Především nebezpečí alternativních postupů je to, že se někdy snaží nahradit tu evidence based tu klasickou medicínu...jestliže jí nenahrazuje, jenom doplňuje, pak je to na místě. Jde o to jenom, aby to neuškodilo.“*

Všichni informátoři uvedli, že se ve své praxi setkali s případem, kdy pacient odmítl klasickou medicínu a léčbu ponechal pouze v rukou léčitele, což vedlo k zanedbání nádoru a končilo tragicky.

Negativně se informátoři vyjádřili v případě, pokud pacient přijímá lékové preparáty KAM v době probíhající chemoterapie a radioterapie, jelikož některé preparáty mohou tuto léčbu narušovat:

I2: *„...lidi si myslej, že ta léčba jakoby jiná než ta oficiální je zdravá. To je sice možný, ale ona je toxická dohromady s tou chemoterapií například strašlivě. Čili pokud má ta pacientka chemoterapii, tak my rozhodně nechcem, aby cokoliv k tomu brala jinýho. Ono to může zvýšit toxicitu, snížit účinnost. Je to docela problém.“*

I5: *„Některá alternativní léčba je u některých léčebných postupů onkologických přímo kontraindikovaná, protože může působit přímo proti smyslu té léčby, např. antioxidanty... Čili u klasické onkologické léčby chemoterapie nebo záření nedoporučujeme nějakou podpůrnou léčbu antioxidanty. Naopak jsou doporučeny přípravky na zvýšení imunity.“*

I2: *„Určitě se ptáme jako na jakýkoliv léky např. konkrétně tedy, když je posíláme na ozáření, tak oni musí vědět, že neberou třezalku v těch preparátech, že by měli strašlivou reakci.“*

Některé metody samotné mohou být život ohrožující. Jedna informátorka uvedla, že pro pacienty jsou nebezpečné zejména různé diety, a to obzvlášť tzv. Breussova metoda, jejímž cílem je vyhladovění nádoru. Při této metodě však dojde nedostatečnou výživou k poškození celého organismu:

I4: *„...dokonce to někdy vede k devastaci toho člověka, třeba ta Breussova dieta, kterou teďkon objevila spousta lidí, který se nechali vyhladovět a v podstatě umíraj na to vyhladovění. Je to bych řekla jakoby zvláštní metoda.“*

Informátoři č. 1 a č. 5. podotkli, že mezi lidmi v tomto směru panují stále předsudky, že naopak během nádorové léčby by pacienti měli přijímat stravu plnohodnotnou.

Negativní vliv na pacienta může mít v některých případech i samotný poskytovatel alternativní medicíny v případě, že pacientovi dává plané naděje na uzdravení a poskytuje mu nepravdivý obraz o jeho zdravotním stavu a nemoci. Takový pacient může být, podle jedné informátorky, náchylný k zanedbávání nebo dokonce k opouštění klasické léčby, což přináší pacientovi vážné zdravotní následky:

I1: *„My nemůžeme nikdy pacientovi nic slíbit na sto procent, protože vycházíme z výsledků klinických studií, ze statistických údajů, takže i když má choroba velmi dobrou prognózu, tak my nikdy neřekneme, vy se na sto procent uzdravíte. Kdežto ten léčitel operuje s téměř absolutními termínama, které jakoby pacientovi lépe petrifikují tu naději, že bude uzdravenej. No a vlastně z toho zároveň vyplývají ty negativa, který někdy bohužel převažují a to, že pacient má neadekvátní představu o tom, jak se jeho onemocnění může vyvíjet, a proto zanedbává nějakou vhodnou terapii, kterou by měl provádět, vynechává léky, nedostavuje se na aplikaci chemoterapie např. a tak dále. Což ho určitě poškozuje, a v té nejhorší podobě to vede k tomu, že vlastně zavrhně tu klasickou medicínu a nahradí ji tou alternativní, což by nevadilo, kdyby obě dvě ty medicíny vedly k nějakému stejnému účinku, ale to tak většinou není.“*

Dalším často zmiňovaným rizikem pro pacienty byly uváděny nepřiměřené finanční výdaje. Nepřiměřené proto, že se tyto produkty a metody neopírají o vědecké poznatky, a tudíž cena za jejich nejasný účinek by neměla být vysoká. Podle dotazovaných lékařů se jedná hlavně o komerční záležitost:

I2: *„...oni zneužívají některý jako firmy toho, že ty lidi jsou vystrašení a strašně...udělej cokoliv.. čím dražší, tím líp to funguje, že jo.“*

I4: *„To je různý. Největší nebezpečí tadyté léčby je, bych řekla, v 80-90% to tahání peněz. Protože to nemá žádný prostě opodstatnění, nemá to, bych řekla, výsledky, dokonce to někdy vede k devastaci toho člověka...“*

Negativní dopady alternativní medicíny ve smyslu její zástupné role, kdy někteří pacienti se od klasické léčby odchýlí, má pak vliv na pověst KAM v očích lékařské veřejnosti:

I5: *„Ale zase těch pacientů, který by se tomu věnovali, který by prostě tu alternativní léčbu preferovali před tou klasickou, těch není tolik. To jsou ojedinělé případy. Je*

několik pacientů ročně, který odmítnou onkologickou léčbu, a pak dopadnou špatně. A proto je v těch lékařích zakořeněno, že teda ta alternativní léčba je cesta do pekla. Když říkám, jako společně s tou klasickou léčbou to může prospět.“

V souvislosti s výčtem rizik lékaři sami uváděli, jaká by měla být v tomto směru jejich role. Shodli se, že je potřeba pacienty vyslechnout, pokud požádají lékaře o radu, a v rámci možností pacientům poradit, ale konečné rozhodnutí zůstává stejně straně pacienta. Většina tázaných uvedla, že se pacientů aktivně nevyptává, zda užívají nějaké jiné typy léčby, jelikož to nespadá do jejich kompetence a mohli by dostat do střetu zájmů. Podotkli, že se pacienti většinou sami na ně obrací s žádostí o radu, což je v pořádku, neboť v tomto případě se pacient musí sám aktivně zapojit.

Z výpovědí onkologů vyplývají pro pacienty následující všeobecné rady:

- Zamyslet se nad cenou produktu či metody
- Nevyužívat žádné nebezpečné látky a metody
- Neopouštět klasickou medicínu
- Poradit se s lékařem

7.8.3 Benefity KAM z pohledu onkologa

Přínosy KAM souvisejí podle výpovědí lékařů evidentně s tím, jak tyto produkty a metody působí zejména na psychiku pacienta. Z výpovědí informátorů vyplývá, že zde hraje významnou roli hlavně víra v účinek daného produktu nebo metody, ale nikdo z informátorů si nemyslí, že by tyto praktiky byly účinné přímo proti nádoru, a ani neuváděli žádný pozitivní příklad z praxe, kdy by došlo za pomoci KAM k uzdravení pacienta:

I4: *„Ale vyloženě terapeutický efekt, to jsem nezažila.“*

Někteří informátoři připustili, že pokud by se tak stalo, oni se o těchto případech vlastně ani nedozví, a ani to není nějakým způsobem monitorováno a podchyceno studii.

Hlavním benefitem KAM je podle informátorů tzv. *placebo efekt*, který byl klinickými hodnoceními potvrzen, a proto je i v odborných kruzích uznáván. A právě tento efekt je podle informátorů hlavním nástrojem práce léčitelů.

I1: *„Tak i placebo efekt, kterej pomůže pacientovi v úzkosti, bolesti, v jakéchkoli obtížích, má svoji cenu.“*

I3: „Podívejte se, podstatou všeho je psychologie. Psychologie je... vono se říká, že by práce lékařů dneska by měla být týmová. V tom týmu by měl být taky psycholog. Psycholog je úžasná věc, ono plno věcí nám dokáže pomoci. Ale největším psychologem pro pacienta je ten jeho ošetřující lékař. Proto ten ošetřující lékař by to měl mít nějak zmáknutý tu psychologii. Čili od ty se to vlastně odvíjí, protože spousta těch alternativních postupů a metod mají především placebo efekt. To znamená efekt, který nebyl nikdy prokázán jako efekt jednoznačný, ale efekt placebový byl prokázán. A ti, placebo efektem, ti alternativní léčitelé nebo lékaři s tím pracují. Ono můžou dokonce mít i úspěchy.“

Psychologie je podle tohoto informátora prospěšný nástroj v tom smyslu, že když je pacientovi šikovným způsobem vysvětlen princip dané metody, a on jí uvěří, může se docílit nějakého výsledku právě pomocí pacientovi víry v danou metodu:

I3: „Za tím vším je psychologie. Ono když vám dám náramek, to je takzvaná magnetoterapie, tak vás neléče ty magnetické vlny z toho náramku, ale to, že tomu věříte a že vám to nějak dokážu zdůvodnit. Čili když je dobrý psycholog, tak může docílit i věcem postupama, který jsou úplně absurdní, docílit nějakýho efektu.“

Pokud daná metoda pacientovi neublíží, ale naopak pomáhá např. ve zvládnání vedlejších účinků chemoterapie, lékaři nemají důvod proti takovým praktikám zasahovat.

I4: „A pak je to hodně ta alternativa s energií. Hodně nosí nějaký kamení. No prostě, když to kamení jako mají u sebe, oni to teda během ty léčby musí držet v ruce, tak prostě nezvracej, což je pravda jo, ale je otázka, co to způsobuje. Já si myslím, že je to otázka psychiky, ale proč jim to zakazovat, že jo. To bych v žádným případě nezakazovala.“

Pozitivním přínosem KAM je podle dotazovaných lékařů v psychologické rovině způsob komunikace léčitelů s pacienty. Léčitelé mají čas s pacienty hovořit, což pozitivně ovlivňuje jejich psychiku, a tím vlastně i nepřímo jejich imunitní systém.

I2: „Já třeba mám docela ráda čínskou medicínu, byť já jí osobně vůbec neznám, a tak přinejmenším je to takovej přístup, kdy oni ty lidi, když choděj k nějakýmu tomu léčiteli, tak on je zklidní. Oni s nima hodně mluvěj dlouho. To už samo o sobě nastartuje pocit, že ta...ten nositel toho nádoru taky s tím může udělat něco sám a ne že mu jenom naordinujeme pilulky a že ta pilulka něco vyřeší. Čili já mam skoro radši tam, kde se s tím pacientem mluví, protože na to my čas nemáme, jako hrozný, a jestli k tomu

doplněj nějakej takzvanéj čistící čaj, proč ne, když to nebudou kopřivy, který odvápněj...“

Tato informátorka přiznává, že v tomto ohledu léčitelé vlastně doplňují práci lékaře, který se z časových důvodů nemůže každému pacientovi dostatečně věnovat:

I2: *„Já mam ráda opravdu tu medicínu tu jakoby alternativní nebo komplementární, kde se hodně s těma pacientama mluví. To co my vůbec neděláme a oni to suplujou a jestli k tomu ještě přidaj něco a není to toxický, tak proč ne.“ ... „Komunikujou, nechaj tomu člověku, aby on si to vybudoval jako vlastním imunitním systémem, kdežto my na to čas moc nemáme a když řekne pacient, já mam často infekce, tak my mu dáme antibiotika.“*

Význam dobrého psychického stavu u onkologického pacienta popsal i další informátor. Práce s psychikou onkologického pacienta je důležitá, jelikož již samotná situace, ve které se pacient ocitá - onkologická diagnóza - je pro pacienta náročná a ne každý ji zvládá dobře. Zhoršený psychický stav má pak negativní vliv na imunitní systém:

I5: *„U nádorových onemocnění hlavně je důležitá psychická odolnost, protože ta psychika jde ruku v ruce s imunitou. To je takovej ten řídicí trojúhelník: psychický nebo nervový systém, hormonální systém a imunitní systém, nadstavba je pak psychika. Pokud ta psychika není tedy jaksi na výši nebo je nabouraná, tak samozřejmě se tím nabourá ten řídicí trojúhelník a hlavně imunitní systém. Imunita je základem přirozený obranyschopnosti proti nádorům.“*

T: *„Takže to může (KAM) v nějakém směru tomu onkologickému pacientovi pomoci?“*

I5: *„Samozřejmě. Pokud je v souladu s postupy doporučenými světovou zdravotnickou organizací, tak mu to může pomoci.“*

Jako přínosné pro psychiku pacienta zmínila informátorka č. 1 následující typy doplňkové léčby - jógu, meditace rehabilitace a lázeňské pobyty:

I1: *„Lázeňskej pobyt je taky taková doplňková léčba, která nemůže kauzálně ovlivnit onkologickou diagnózu. Jsou to metody, které finančně nezatěžujou, přitom odvedou pozornost od toho problému, restartujou ten organizmus v novým modu, protože se to všechno přerušilo tou nemocí a pacienti hledaj potom nějakou jinou možnost, jak vlastně fungovat s tou chorobou.“*

Využívání KAM spolu s klasickou léčbou může být přínosné i pro rodinu a blízké pacienta, kteří když se v tomto směru angažují, jsou tak i oni zavzati do procesu

péče o blízkého oproti pasivnímu vyčkávání na výsledek standardní léčby. Jak uvedla jedna informátorka, situace je kolikrát náročnější pro rodinu než pro pacienta:

I2: „...*paradoxně v tom onkologickém onemocnění je mnohem líp tomu pacientovi, než tý rodině. Oni totiž nemůžou udělat vůbec nic, že jo.*“... „*Čili ta doplňková léčba je vlastně léčba pro celou rodinu. Oni něco investovali, něco přinesli, vařej ty čaje, užívaj kombuchu, tak alespoň maj takovej pocit.*“

Benefity doplňkové léčby se liší podle typu nádoru. Některé doplňky stravy mohou být pro určité nádory kontraindikací, v některých případech jsou doporučovány a v některých případech ani nejsou třeba, jelikož stačí plnohodnotná strava:

I2: „*Ono je to různý pro různý nádory. Jsou typy onemocnění, třeba nádory mozku, kde některá ta komplementární medicína ani nejde. Oni maj dokonce k tý léčbě zakázaný např. aromatický sýry nebo banány, a kdo ví, co je v těch komplementárních lécách, my ani nevíme. Čili jsou jako nádory, kde to nejde. Nádory zase třeba toho trávicího traktu, tam mnohdy ty lidi nejsou schopni jíst, nebo se to vstřebává jinak jo. Anebo ta léčba je poškodí natolik, že oni potřebujou nějaký výživový doplňky. Zatímco to, co je třeba karcinom prsu, což je onemocnění z blahobytu.*“

Doplňková léčba je již standardně využívána pro zvládání některých nežádoucích účinků léčby – např. vitamín D a vápník u hormonální terapie, lymfodrenáže u lymfedému atd. V těchto případech se ale jedná o praktiky standardní, jež jsou součástí komplexní onkologické péče.

Hlavní pozitivní význam, který dotazovaní přikládají roli KAM, se ve výpovědích pojal především s psychologickým účinkem na pacienta, což je zejména pro onkologické pacienty důležitý efekt, protože onkologická nemoc i léčba znamenají pro pacienty psychicky náročné období. Lékaři tímto vlastně naznačili, že v onkologii je potřebná celostní péče. Z výpovědí lékařů vyplynula v tomto tematickém okruhu i shoda v názoru, že důležitý benefit KAM se nachází v mechanismu jeho účinku na pacienta formou placebo efektu - víra v daný prostředek či metodu může pozitivně zapůsobit na psychiku pacienta a nepřímo i na jeho imunitní systém. Z významu, který přikládají lékaři netradičním terapiím, vyplývá, že nevěří v přímé účinky KAM ve smyslu léčebném. Někteří informátoři uvedli, že některé praktiky KAM však mohou mít svůj

význam v prevenci a ve zvládnání vedlejších účinků léčby a nemoci nebo infekcí během nemoci.

7.8.4 Pacient a KAM z perspektivy onkologa

V tomto tematickém okruhu zjišťuji, jaký význam má KAM v onkologické léčbě pro pacienty, kteří je vyhledávají. Na tento význam nahlížím nepřímou - pomocí lékaře, který zde má zprostředkovatelskou roli, a tudíž může být interpretace ovlivněna jeho názorem. Zajímalo mne, jaké jsou podle lékařů motivace pacientů, kteří se ke KAM uchylují, čím jsou pacienti ovlivněni a jakou roli pro ně metody, které jsou nabízené mimo rámec onkologické péče, mají.

Nejčastěji lékaři uváděli potřebu pacientů se nějakým způsobem aktivně zapojit do boje proti nemoci oproti pasivní konzumaci lékařské péče a čekání na výsledek terapie. Jelikož jim takovou možnost standardní léčba neposkytuje, vyhledávají jiné praktiky:

I3: *„A protože pacient taky má rád, to by se taky mělo zdůrazňovat, pacienti mají rádi, když jsou vtaženi do toho léčebného procesu. Kdy sami něco dělají.“*

Pocit zapojení se do boje s nemocí jim podle lékařů dávají i mnohdy zcela nelogické úkony či procedury v podobě rituálů, které jim léčitel naordinuje, a které pacienta nějakým způsobem zaměstnávají a pacient to vnímá tak, že pro své zdraví něco sám činí:

I1: *„...ono takový ty rituály kolem toho, dostanete tři tabletky a dva čaje, ráno musíte vstát v šest hodin, hodinu počkat, protože čaj, který zalejete, musí odstát, pak ho slejete třikrát, potom sníte první tabletku, vypijete čaj. A oni mají pocit, že když tuhle tu relativně komplikovanou strukturu budou vlastně dodržovat, takže tím se jakoby zajistí, že ten...oni jsou víc jakoby zavzatý do toho léčebného procesu, než je to v případě té klasický léčby, kde oni jenom čekají, jestli nějaká léčba podaná někým jiným zabere. Oni na tom aktivně pracují, a když se na to zeptáte, tak oni řeknou: „no bodejť bych nebyla uzdravená, když já jsem tomu tolik věnovala,“ ale že to byly teda neproduktivní aktivity, to už samozřejmě nijak neřeší.“*

Někteří informátoři zmiňovali, že další důvod, proč pacienti vyhledávají KAM, může vyplývat z nedůvěry pacientů vůči lékařům. Pacienti nevěří, že jim lékař poskytne např. z finančních důvodů, veškerou možnou léčbu, což i navzdory vysvětlení lékařů

nedokáží sami posoudit, protože problematika onkologické léčby je velice složitá a ne všichni pacienti jsou schopni jí porozumět:

I2: *„Taky bych řekla, že nedůvěřují tomu, že jim dáme všechno, co existuje. Že si myslí, že je to tak drahý. Např. oni chtějí od nás velmi často takzvanou biologickou léčbu, ale to je strašně málo indikací.“*

Nedůvěra ve zdravotnický systém byla zmiňována i v tom smyslu, že se lékaři z důvodu nedostatku času nemohou každému pacientovi patřičně věnovat, což u pacienta vyvolává pocit, že je lékařům lhostejný:

I3: *„Ten lékař nemá dost času a léčí jenom podle nějakých výsledků nějakých studií a tak, a to mu v rychlosti řekne, a to a už bere další...Kdežto ten léčitel má čas na to, tak si s ním povídá, ten to vnímá především tak, že tamten o něj jeví menší zájem.“*

Dalším faktorem, který pacienty motivuje k vyhledávání KAM, byla zmiňována komunikační propast mezi pacienty a lékaři, kterou však pacienti nepocítují při spolupráci s léčitelem. Moderní medicína je velice složitá a je obtížné každému pacientovi vysvětliv principy jeho léčby, zatímco pokyny léčitelů jsou pro pacienty srozumitelné a procedury snadno proveditelné. Důvěru v účinek těchto procedur naordinovaných léčitelem získávají pacienti bez ohledu na své vzdělání a inteligenci:

I1: *„Jednak taková určitá snadná uchopitelnost toho léčebného procesu. Oni vědí, že tam přijdou a budou tam půl hodiny sedět a někdo na ně bude vkládat ruce nebo nad nima bude máchat virguli nebo dostanou přesně rozepsanou léčbu...“*

I1: *„...no a ten mechanismus je hrubě primitivní a přesto tomu důvěřují i relativně inteligentní lidé.“*

Podle informátorek č. 1 a 4, zde hraje roli i nedostupnost dané léčby. Pacienti věří, že když se jim podaří získat nějakou nesnadno dostupnou metodu získat, bude zaručeně fungovat. Informárka č. 4 zmínila, že pacienty láká záhada, která danou metodu obklopuje, což je způsobeno tím, že ta metoda není dostatečně prověřená:

I4: *„Podívejte se, když jí já si myslím, že oni zase částečně v tom, jak je to neuchopitelný jo, tak oni v tom cítí tu sílu.“ ... „Když to máte v takový jako mlze, takže oni mají pocit, jako jim to určitě vyjde. Určitě to podle mého hraje roli.“*

Podle lékařů pacienti také rádi slyší pozitivní zprávy o svém zdraví. Proto dalším motivem, proč se pacienti uchylují ke KAM, může být fakt, že jim léčitel slibuje

uzdravení, i když je to vzhledem k povaze nádoru nemožné. V tomto případě ale hrozí riziko odstoupení pacienta od léčby klasické (viz 7.8.2).

Jak již bylo uvedeno, výskyt rakoviny je náročné období i pro pacientovu rodinu, a tudíž dalším důvodem, proč pacienti využívají různé metody KAM, může být tlak ze strany rodinných příslušníků, kteří na péči o svého blízkého chtějí též nějakým způsobem participovat, např. tím, že pacientovi seženou nějaký drahý „zaručený“ preparát (viz 7.8.1).

Důvody jsou podle dotazovaných lékařů tedy hlavně psychické. Fyzické proto, že netradiční přístupy pacienty na rozdíl od klasické léčby somaticky nezatěžují:

I1: „...a fyzický snad v tom směru, že ta léčba většinou nemá nežádoucí účinky, toho pacienta netrápí příliš.“

S tím se vlastně pojí i důvod, proč někteří pacienti hledají jinou alternativu léčby nádoru. Lékaři zmiňovali motiv strachu:

I4: „, Já myslím, že se prostě bojí té léčby.“

Pokud pacient léčbu klasickou odmítne, příčinou prý bývá ve většině případů chemoterapie:

I2: „, Protože oni prostě řeknou, že to nechťejí. Já bych řekla, že stoprocentně se to týká chemoterapie.“

Pokud pacient neodmítne klasickou léčbu, KAM v tomto ohledu vyhledává jako možný prostředek v pomoci zvládnání vedlejších účinků léčby.

Pacienti, kteří KAM vyhledávají, mohou být ve výběru ovlivněni např. reklamou, vírou, laickými radami jiných lidí, rodinou nebo momentálními módními vlnami:

I5: „Často je to třeba tradice, že je z rodiny, že se to takhle traduje, že se pacienti takhle léčí, jsou členy nějaký sekty dejme tomu, nebo něco takovýho.“

I1: „, Jednak to jsou takový ty starý babský recepty, který jsou pořád stejný a který se opakují, to znamená bylinkový čaje, ovocný šťávy, řepná šťáva a tak dále. Pak je taková ta vlna, která hodně záleží na reklamě, a to jsou teda různý potravinový doplňky předkládaný jako zázrak, takže jeden čas je to je zelený ječmen, pak je to ovosan, pak je to zase nějaký vitamín B 17...“

Lékaři tvrdili, že pacienti často nejsou dostatečně informováni, vybírají si nerelevantní zdroje informací, nebo naopak jsou informacemi z internetu zahlceni a nevyznají se

v nich. V souvislosti se špatnou informovaností pacientů lékaři zmiňovali, že je v tomto směru potřeba lepší edukace a informovanost pacienta:

I2: „Doplňková léčba ano, ale s tím rozumem, jako myslím si, že by to chtělo víc osvěty těm lidem, aby chápali, na co to vlastně vůbec je a proč to funguje. A ne vyšlo to v Blesku, tak to zaručeně bude fungovat. Aby ty lidi měli víc informací a zároveň taky, aby opravdu našli třeba studii, kde to funguje, ne proto, že to řekla Vopičková tady odvedle, ale aby se líp informovali třeba i na internetu jo.“

Na druhou stranu lékaři vyjádřili pro chování pacientů pochopení, jelikož klasická medicína je v některých případech onkologické diagnózy již bezmocná:

I4: „Většinou samozřejmě u pacientů, který mají generalizovaný onemocnění a ta klasická medicína jim nedává jako uspokojivý výsledek, což samozřejmě chápu. Tak se snaží najít tu alternativu právě, která by třeba někomu pomohla.“

I když pacienti mají možnost využít psychologické pomoci přímo, vyhledávají spíše KAM materiálního charakteru:

I4: „...psychoterapie možná no, by se dalo říct, že je doplňkovou léčbou určitě. I když je jí minimum a ne každé jí má. Hodně pacientů ji nevyužívá, spíš jak je to bych řekla pro ně náročný období, tak oni spíš šahaj k tý tabletový formě. Jako, že se ti pacienti spíš upínaj na nějakou jakoby hmatalenou věc, než že by jim někdo mohl psychicky pomoci. Myslim si, že spíš jakoby jdou po těch hmotnejch věcech, že se chtěj tý choroby zbavit, jakoby nějakým preparátem.“

Úloha KAM pro pacienty s onkologickou diagnózou tedy podle lékařů vyplývá především ze situace, ve které se onkologický pacient ocitá, a jak nemoc sami pacienti zvládají. Pacient je odkázán na standardní péči nabízenou v komplexních onkologických centrech a na důvěru lékařů. Pro některé pacienty je jejich důvěra v lékařskou péči dostatečná, popř. s lékaři řeší různé doplňky léčby, ale někteří se nespokojí jen s lékařskou pomocí a vyhledávají způsoby, pomocí kterých by se sami mohli aktivně zapojit do boje s nemocí. Často se při výběru různých typů praktik projevuje iracionální myšlení a nedostatečná informovanost, a to i u vzdělaných lidí. Někteří lékaři naznačili, že pacienty přitahuje i postava léčitele, který má možnost se pacientovi více věnovat, dostatečně a srozumitelně s ním komunikovat a vtahovat jej do

léčebného procesu. Nepřímo tak lékaři nastínili nedostatky v onkologické péči – nedostatek času a komunikační bariéry mezi pacientem a lékařem.

7.8.5 Lékař versus léčitel

Tato část výzkumu zkoumá a interpretuje pohledem lékaře rozdíly mezi prací lékařů ve zdravotnickém sektoru a léčitelů všeobecně. V předchozích částech bylo toto téma již v souvislosti s motivací pacientu k vyhledávání KAM i v souvislosti s riziky a benefity KAM naznačeno, zde se jím zabývám podrobněji. V tomto tematickém okruhu jsem vyzorovala, že v postojích lékařů k léčitelům, se projevovaly subjektivní názory lékařů. U informátorky č. 1 se v líčení působení léčitelů objevovaly spíše negativní konotace, informátorka č. 4 vyjádřila neutrální postoj, informátorka č. 2 vyzdvihla pozitivní stránky činnosti některých léčitelů, informátor č. 3 poskytl vyvážený pohled na rozdíl mezi lékařem a léčitelem a informátor č. 5 se k léčitelům nijak přímo nevyjádřil.

Všichni informátoři zmiňovali jako negativní faktor, který má dopady na styl jejich práce s pacienty a kterým se odlišují od léčitele, nedostatek času. Následkem nedostatku času není prý komunikace lékařů s pacienty dostačující. Jak uvedla informátorka č. 2, čímž vlastně ukázala na pozitivní stránku práce léčitelů, že léčitelé vyplňují mezeru v lékařské péči o pacienty, pokud s nimi dostatečně a dlouho hovoří, příznivě tím ovlivňují psychické naladění pacienta (viz 7.8.3).

Státní zdravotní onkologická péče ponechává pacienty v pasivním očekávání výsledků léčby, na rozdíl od léčitele, který jim dává možnost se spolupodílet na sebezdravném procesu tím, že jim předepíše nějaký léčebný postup, který mají pacienti provádět a který je zaměstnává:

I3: „ *Pacienti mají rádi, když jsou vtaženi do toho léčebného procesu. Kdy sami něco dělají. Ten šarlatán, ke kterému jde, ten jim řekne, jděte domů a přestavte nábytek, postel si dejte někam jinam a komodu si nabarvete na modro. A on rád...nebo uvařte si čaj, ale jenom pět minut. Po pěti minutách sundejte z toho ohně a nechte to deset minut ještě to... to on má rád. A to ten lékař nemá čas, takhle si vymejšlet, že jo.*“

Dalším rozdílným faktorem, kterým se lékaři a léčitelé odlišují, byla uváděna existence komunikační bariéry ve zdravotnictví mezi pacientem a lékařem, zatímco s léčitelem takové překážky ve spolupráci pacienti nepocítují, neboť principy praktik

léčitelů jsou jednoduché a srozumitelné. Pacienti podle informátorky č. 1 nemají dostačující vzdělání pro to, aby lékařům porozuměli, což se negativně podílí na vztahu lékaře s pacientem:

I1: *„Ten vztah pacient a lékař je pořád u nás velmi nerovnoprávněj, a to z mnoha důvodů. Pacienti nemají dostatek informací, ani o ně nestojí.“*

Pokyny léčitele jsou pro pacienti srozumitelnější než pokyny lékaře:

I1: *„Ty léčitelé mají tu přednost, že mají více času na toho pacienta, jsou schopni se mu víc přiblížit, tím že nemají ty odborný a profesionální bariéry, takže s ním mluví daleko primitivnějším a možná srozumitelnějším způsobem a pacient tomu věří.“*

Léčitelům v jejich působení nahrává i fakt, že na rozdíl od lékařů nemají žádnou právní zodpovědnost a jejich výsledky jsou nahodilé a neúspěchy nejsou právně postižitelné:

I1: *„...tak ten léčitel vlastně...on tam tak jenom radil, nemá žádnou praxi, nemá žádnou licenci, je to kamarád...no tak holt jsem se nestrefil. Trestně postižitelný to není. V tom je problém. Kdyby existovala nějaká licence, ten člověk provozoval nějakou praxi, musel si stát za svejma výsledkama, tady by se ukázaly davy nějakých uzdravených a někde nějaký kiks, no tak to zhruba odpovídá i našim problémům.“*

Navíc prý léčitelé pacientům slibují uzdravení, i když je uzdravení v dané situaci nemožné, což lékař opírající se o výsledky klinických hodnocení a statistiku pacientům neadekvátní pohled na jejich zdravotní stav předkládat nemůže:

I1: *„No a jedním z těch hlavních důvodů je, že my prostě nejsme schopni udělat to, co dělají ty léčitelé, že řeknou umírajícímu pacientovi: já vás určitě vyléčím, to není žádný problém, když budete se mnou spolupracovat, zaplatíte za každou návštěvu tisíc korun, budete pít tohle, jíst tohle...“*

Rozdíly ve stylu práce lékaře a léčitele shrnul informátor č. 3, který se touto problematikou v minulosti sám zabýval:

I3: (čteno z prezentace, kterou informátor v minulosti vytvořil) *„tak léčitel co má – chce pomoci, je obdařen silou energií a podobně, je sugestabilní, familiérní, v domácím prostředí pracuje, má dostatek času, hovoří srozumitelně, argumentuje jednotlivými případy, nedokumentuje, nemá zdravotnickou dokumentaci, slibuje vyléčení a vtahuje do léčby a není nikomu zodpovědný. A lékař - taky chce pomoci, vystudoval medicínský obor, je dobrý psycholog jen někdy, odstup má od toho pacienta, v lékařském prostředí,*

má nedostatek času, hovoří nesrozumitelně, evidence based medicine, dokumentuje, slibuje vyléčení pouze omezeně, hovoří autoritativně a je zodpovědný.“

Dotazovaní lékaři spatřovali hlavní význam léčitelů ve výhodách jejich stylu práce, které podle lékařů činí léčitelovu praxi pro pacienty přitažlivější, než je onkologická praxi v nemocnici. Lékaři tímto vlastně přiznali, že si uvědomují, jaké jsou nedostatky v péči o pacienta ve zdravotnickém systému (nedostatečná komunikace a nedostatek času na pacienta). Lékaři většinou nijak nerozlišovali mezi různými typy léčitelů, líčili je spíše jako jednu skupinu bez ohledu na specializaci, pouze jedna informátorka uvedla v pozitivním slova smyslu čínskou medicínu.

7.8.6 Problematika KAM a onkologická praxe

V poslední tematické kategorii zasazují problematiku KAM do onkologické praxe. Jak již několikrát zaznělo, všichni dotazovaní lékaři se logicky staví proti nahrazování onkologické péče nějakým alternativním postupem. Alternativa by měla probíhat až po klasické léčbě nebo paralelně (pokud nejsou kontraindikace). Informátorka č. 1 uvedla, že *„Onkologie je akutní obor.“* Měla tím na mysli, že odklad léčby (uchýlení se k alternativě a až po neúspěchu alternativní medicíny příklon k medicíně klasické) může mít fatální důsledky.

Doplňková podpurná péče pro onkologické pacienty již existuje a KOC v rámci spolupráce s dalšími organizacemi nabízejí podle informátorů následující: pomoc psychologa, nutriční poradenství, léčbu bolesti, duchovní a sociální péče, manželské poradenství, onkoportál (informace na webu), patientské organizace, lázně, rehabilitace. Typy nabízených služeb vyplývají nejen z důsledků nemoci a léčby, ale též z toho, k čemu je přístupné státní zdravotnictví. Lékaři pracující ve státním zdravotnictví nemohou pacientům doporučit jako podpurný prostředek žádný typ přírodního léčitelství. Informátor č. 5 hájil alternativní medicínu ve smyslu její doplňkové role v onkologii:

T: *„Jaká si myslíte, že by mohla být podle vás role té doplňkové a alternativní medicíny v onkologické péči?“*

I5: *„Určitě velická, ale jako musím říct, že v naší medicíně oficiální a zvláště ve státním sektoru, tak ty alternativní postupy nejsou příliš brány na zřetel, jsou znevažovány a*

rozhodně to nepatří do toho ranku rozhovoru pacienta s lékařem. Rozhodně to jaksi tyhlety pokusy, kdyby se tomu sám chtěl lékař věnovat, tak to si myslím, že narazí tady.“

T: *„A co myslíte, že by se mělo změnit?“*

I5: *„No tak to by se muselo změnit myšlení lékařů, který je, si myslím, ještě pořád v tý starý éře, vyučuje se podle starých dogmat a rozhodně to bude trvat ještě delší dobu, než se to změní. Je tady řada takovejch vyloženě fanatiků, který vystupujou proti alternativním postupům...“*

Informátor č. 3 naznačil, že onkologickým pacientům klasická medicína nestačí:

I3: *„Podívejte se ta komplexní, nebo jak říkáte alternativní...“* T: *„Doplňková a alternativní.“* I3: *„Já si myslím, že je vhodný jí uplatňovat, že by to neměla být jenom ta strohá evidence based, ale nemůže jí předcházet.“*

Podle názoru tohoto lékaře může úlohu léčitele, který pracuje především s psychologii, zastat sám ošetřující lékař, musel by ale zejména změnit styl své práce:

I3: *„Má se změnit charakter práce toho onkologa, by se měla změnit. On se v lesčem může od těch léčitelů poučit. A to je vlastní chování. On může psychologicky působit stejně. To je jenom to, že má v ruce ten léčitel nějaký prostředek, to není podstatný. Podstatný je to, že já nevím, třeba, klasický metody taky dokážu vysvětlit a ten pacient to pochopí. Čili lékaři by měli měnit trošku charakter svý práce.“*

Ohledně KAM a onkologické praxe zaznívala ve výpovědích lékařů i problematika vztahu lékaře s pacientem. Zmiňován byl přístup lékaře ve smyslu jeho otevřenosti vyslechnout pacienta, který využívá nebo se chystá využívat KAM. Všichni informátoři ve výpovědích tvrdili, že oni sami přístupni na toto téma s pacienty hovořit jsou. Informátorka č. 4 uvedla v tomto ohledu důležitost důvěry:

T: *„A mělo by se ještě něco změnit? Aby ty lidi nevyhledávali něco na vlastní pěst, co jim může pak třeba uškodit?“*

I4: *„To víte, tohleto je podle mýho ne ani o pacientech, ale spíš je to otázka důvěry v toho lékaře. Protože oni ti pacienti jsou schopni vám říct jakoby všechno. Ale musí mít na to hlavně prostor, musí mít pocit, že vy je nevezmete za flígr a nevyhodíte prostě.“*

Ze strany pacientů, jak to vidí lékaři, by se měla objevit lepší informovanost. Měli by se sami snažit získat o KAM informace z relevantních zdrojů. Informovanost a vzdělání pacienta se též promítají do podoby vztahu lékaře s pacientem. Podle informátorky č. 1 je díky nízké informovanosti a vzdělanosti pacientů tento vztah stále paternalistický:

I1: „*No ty jakoby represivní mechanismy my nemáme žádný a ani bysme je nechtěli mít. Žijeme v demokracii, takže je to svobodná vůle toho pacienta. Ale to, o co se snažíme, je ten nerovnoprávný vztah mezi lékařem a pacientem, je daný taky tím, že lékaři ulpěli v tom paternalistickém přístupu, ale pacienti nás do toho přístupu zároveň trochu tlačej, protože nejsou dostatečně vzdělání, nejsou dostatečně edukovaní.*“

Někteří málo informovaní pacienti se mohou rozhodovat iracionálně anebo se mohou nechat zmanipulovat rodinným příslušníkem, který je donutí nějaký typ KAM využívat:

I1: „*...a vůbec je nepřekvapuje, že třeba nějakéj homeopatickéj lék na rakovinu, když by teda tak opravdu fungoval, tak proč jakoby ho teda nepoužívali všichni? Vůbec tenhle argument nefunguje. A dělaj takový iracionální věci, že třeba s tou léčbou začnou, my dosáhneme něčeho, co je velmi podstatný, pak ale musí následovat operace, aby se to definitivně vyřešilo, a tu už oni odmítnou.*“

Informátorka č. 1 naznačila další důvod, proč by vztah lékaře a pacienta měl být rovnoprávný. Postupy klasické medicíny se s dobou a novými výzkumy neustále upravují a moderní medicína vychází jen z takových poznatků, na které byly výzkumy zaměřeny:

I1: „*Čili ta informovanost je hrozně důležitá a ta teprve potom umožní, aby ten vztah byl více demokratickej. A myslím si, že ten demokratickej přístup k těm pacientům vyplývá ze zkušenosti. Protože nám se mnohokrát stalo, že jsme pacientům doporučovali něco, více či méně důrazně, oni si vybrali něco jinýho, a časem se ukázalo, že se ty postupy změnily, a to co oni si vybrali je prostě správně.*“

Rozhodnutí ve výpovědi se však netýkalo KAM, ale délky užívání hormonální terapie. Informátorka zde ale chtěla naznačit, že je správné, když pacient nepřijímá svoji léčbu pouze pasivně, ale zajímá se o to, co se s ním děje, a sám v rozhodnutích týkajících se jeho zdraví je racionálně.

Žádný z dotazovaných lékařů se nesetkal s pojmem integrativní onkologie, ani nevěděl, o co se přesně jedná, kromě informátora č. 5, který pochopil, že tento obor patří do konceptu holistického přístupu, kterého je podle něj v onkologii zapotřebí. Informátorka č. 4 by neslučovala klasickou medicínu s KAM. Podle ní by neformální metody nebyly pro pacienty již tak přitažlivé, pokud by se stali formálními (viz 2.8.4, str. 53). Také je podle této informátorky současná situace, kdy klasická a doplňková léčba fungují separátně, pro pacienta přehlednější:

I4: „*Já bych to neměnila. Já si myslím, že tohleto je na straně jakoby té doplňkové části, aby se třeba snažila jakoby vpasírovat mezi tu klasickou medicínu. Ale já si myslím, že je to správně, že to stojí odděleně. Jednak pro toho pacienta, že se v tom dobře vyzná. Myslím si, že úplně jakoby propojovat to...to si nedokážu představit v blízké budoucnosti.*“

Potřeba celostní péče o onkologického pacienta ve výpovědích nepřímo zazněla od všech informátorů, v případě představy o praktickém provedení se však jejich názory různily.

8 Diskuze a závěr

Ve své práci jsem se zabývala psychosomatickým přístupem v péči o onkologického pacienta, přičemž výzkum byl zacílen na problematiku komplementární a alternativní medicíny v onkologii očima českých onkologických lékařů. Postoj onkologů jsem zjišťovala kvalitativní výzkumnou strategií, data jsem sbírala formou polostrukturovaných rozhovorů a rozhovory analyzovala pomocí otevřeného kódování.

Z výzkumu jsem dospěla k následujícím zjištěním:

Z výzkumu, stejně jako z odborných zdrojů (viz 4.3 - např. www.onko.cz, Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005, O'Beirne, Verhoef et al, 2004), nejsou přesná definice a přesný obsah KAM zřejmé. Dotazovaní lékaři jmenovali výčet produktů a praktik na úrovni různých doplňků stravy, fyzické aktivity, energií, tradičního léčitelství i různé absurdní postupy, jež jsou podle nich hlavně komerční záležitostí. Slovem komplementární dotazovaní lékaři označovali nejčastěji potravinové doplňky a ne všichni si pod tímto označením představovali metody doplňující standardní léčbu. Též slovo alternativní lze z výpovědí chápat dvěma způsoby: nahrazující standardní léčbu s cílem uzdravit chorobu, anebo probíhající souběžně s ní, ale fungující podle jiných principů než vědecká medicína. Celkově by se tedy dalo z výzkumu a odborných textů (viz 4.3.1 – Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005) usoudit, že KAM zahrnuje širokou škálu praktik a metod nacházejících se mimo hlavní proud medicíny. Hranice se však podle mne mohou posouvat, některé druhy KAM jsou již vědecky zkoumány (viz 4.3.4.1- Deng, Frenkel et al 2009), a také prolínat, protože klasická léčba některé postupy, jež by se daly označit jako doplněk léčby, sama nabízí (viz 7.8.6).

Dotazovaní lékaři tvrdili, že není možné rakovinu za pomoci KAM vyléčit, ani neznali žádný příklad z praxe, který by to dokazoval. Jako hlavní benefit KAM uváděli *placebo efekt* (léčba vírou může pacientům pomoci např. při zvládnání vedlejších účinků chemoterapie) a spokojenost pacienta (pozitivní psychické naladění), který se pomocí KAM aktivně zapojuje do léčby, oproti jen pasivnímu přijímání léčby klasické. Ve výpovědích lékařů jsem, oproti teoretickému zjištění (viz 4.3.3 – Dobos, Kümmel, 2013), postrádala úvahu nad přínosem KAM ve smyslu lepší compliance pacienta s nepříjemnou onkologickou léčbou, pokud mu nějaký druh KAM pomáhá předepsanou léčbu zvládat a dodržovat. Dotazovaní lékaři si byli vědomi propojení psychiky, imunitního systému a obranyschopnosti organismu v boji s nádorovými buňkami a s tím souvisejícího mechanismu účinku placebo efektu, přesto sami v terapeutický efekt metod mimo rámec *evidence based medicine* nevěří.

Jako možná rizika některých KAM v rozhovorech zazněly, stejně jako ve výzkumu uvedeném v kapitole 4 (viz 4.3.2 - O'Beirne, Verhoef et al, 2004): finanční ztráty, poškození zdraví, možná interakce s léčbou. Čeští onkologové jako další potencionální nebezpečí v rozhovorech uváděli navíc vliv léčitele, který slibováním vyléčení nádoru může zapříčinit odstoupení pacienta od léčby klasické.

Nejčastěji uváděné motivace pacientů k vyhledávání KAM (potřeba se aktivně zapojit do boje s nemocí; víra; lepší snášení klasické léčby; nedůvěra pacienta v lékaře, že mu poskytl veškeré možné léčebné metody; klasická medicína je v daném případě již bezmocná) v rozhovorech s lékaři korelovaly s výstupy ze zahraničních výzkumů popsaných v teoretické části 4.3 (Molassiotis, Fernandez-Ortega et al, 2005, O'Beirne, Verhoef et al, 2004). Čeští onkologové jako další možný důvod uváděli, že pro některé pacienty je příjemnější spolupracovat s léčitelem než absolvovat pouze strohou medicínu v nemocnici. Jako výhody práce léčitelů lékaři ve výzkumu uváděli: srozumitelná a dostatečně dlouhá komunikace s pacienty, familiárnější přístup, vtahování do léčby a slibování lepších vyhlídek k uzdravení. Z čehož zároveň vyplývají mezery v práci onkologů (nedostatek času na pacienta, komunikační a profesní bariéry), jež v podstatě mohou být též důvodem, proč pacienti vyhledávají i přístupy mimo klasickou medicínu, a nevýhody lékařů oproti léčitelům: realistický pohled na pacientův zdravotní stav, i když vyhlídky nejsou příznivé. Důvody, proč se pacienti uchylují ke KAM, se podle dotazovaných lékařů liší, v závislosti na individualitě pacienta a typu

onemocnění. Podle mého názoru, zde roli může hrát také způsob, jak se pacient vypořádává s nemocí (viz 3.3.1 – typy reakcí na nemoc - Dostálová, 1993). Dostálová (1993) uvádí, že reakce pacienta na nemoc je ovlivněna několika faktory: temperament, osobnostní charakteristiky, inteligence, vzdělání, životní priority, momentální životní situace atd. U některých lidí se však v bezvýchodné situaci, bez ohledu na vzdělání a inteligenci, projevuje iracionální myšlení, které je vede k provádění nelogických úkonů (Dostálová, 1993), což zaznělo i ve výpovědích dotazovaných lékařů. Někteří pacienti podle dotazovaných onkologů důvěřují někdy až absurdním praktikám, aniž by se sami snažili o nich získat relevantní informace. Dotazovní lékaři však vyjádřili pro činění pacientů pochopení (pokud daná praktika není škodlivá a pacient neodstoupí od léčby klasické) a také poznamenali, že většina praktik nabízených mimo klasickou medicínu má sice jen placebo efekt, ale i ten může být pro pacienta a jeho psychiku přínosný.

Od většiny dotazovaných lékařů zazněla potřeba lepší informovanosti a edukovanosti pacientů ohledně této problematiky a aktivity pacientů. Pacienti sami mají aktivně vyhledávat radu onkologa, pokud KAM užívají nebo se chystají užívat, a onkologové by podle nich měli být na druhou stranu v tomto ohledu vůči pacientům otevření a chápaví. Pasivní role lékařů, však může být v rozporu s potencionálními riziky některých KAM (interakce s chemoterapií a radioterapií). Pouze informátorka č. 3 uvedla, že s pacienty kontroluje, jaké typy doplňkové léčby během klasické léčby užívají, aby nedošlo k interakci s klasickou léčbou. Dotazovaní lékaři se spíše distancovali od aktivního zapojení se do této problematiky (státní zdravotnictví jim to ani nedovoluje). Na rozdíl od praktických lékařů ve výzkumu popsáném v kapitole 4.3.2 (O'Beirne, Verhoef et al, 2004), kteří vyjádřili zájem být v problematice KAM edukováni, a také na rozdíl od doporučení organizace SIO (Society for Integrative Oncology), které nabádají lékaře pacientů se na užívání KAM aktivně vyptávat v rámci rutinní praxe a poskytovat jim odborné informace, aby se eliminovalo nebezpečí, že se budou pacienti spoléhat na nerelevantní zdroj (viz 4.3.4.1 – Deng, Frenkel et al, 2009).

Dotazovaní lékaři souhlasili s potřebou celostní péče o onkologického pacienta, vzhledem k dopadům nemoci a léčby na život pacienta i jeho rodiny, jak bylo podrobně prozkoumáno v teoretické části méj práce v kapitole 3 a 4.1 (např. Dostálová, 1993, Nezu 2004). Současná formální onkologická léčba v KOC nabízí celkovou péči pro pacienty, tato péče však neobsahuje praktiky, které by byly v rozporu s *evidence based*

medicine. Naproti tomu integrativní onkologie, nový obor nabízející celostní péči o onkologického pacienta na některých klinikách např. v USA a Německu, zahrnuje i některé druhy KAM, které klasifikuje jako neškodné a v některých případech přínosné, snaží se je správně kombinovat se západní medicínou a zároveň KAM podrobuje zkoumání (viz 4.3.4 - Deng, Frenkel et al, 2009, Dobos, Kümmel, 2013). Dotazování lékařů však byli v budoucnost integrativní onkologie u nás spíše skeptičtí, zejména informátor č. 5 vyzníval u odborné veřejnosti zaujatý postoj k alternativním metodám, které však užívané souběžně s klasickou medicínou mohou být podle něj pro pacienty prospěšné.

Pozitivním zjištěním z teoretické i praktické části práce pro mne je, že se situace v komplexní péči o onkologicky nemocné postupně mění, např. nezatajováním diagnózy, zavedením nového oboru psychoonkologie a sociální a duchovní pomoci do praxe. Onkologická léčba však podle mne bude opravdu komplexní, až využije všechny možné dostupné prostředky, které mohou pacientům ve zvládnání nemoci a léčby pomoci (podle konceptu oboru integrativní onkologie). V současnosti aktivita zůstává na straně pacienta a lékaři zbývá pouze role pasivního rádce. I kdyby onkologický lékař sám považoval nějaký druh tradičního léčitelství, např. akupunktury pro zvládnání bolesti (viz 4.3.3.1 – Deng, Frenkel et al, 2009), pro daného pacienta za vhodný, sám aktivně pacientovi nemůže nabízet praktiky mimo rámec evidence based medicine, jelikož se to neslučuje s jeho rolí lékaře pracujícího podle standardů komplexního onkologického centra, ve kterých veškerá onkologická léčba v České republice probíhá.

V případě kvality provedení mého výzkumu jsem si vědoma, že mohla být ovlivněna osobou výzkumníka, tedy mým subjektivním postojem ke zkoumané problematice, zejména ve formulaci doplňujících otázek během sběru dat. S tímto faktem jsem se snažila vyrovnat během analýzy získaných dat. Kvalita výzkumu mohla být také ovlivněna výběrem vzorku metodou „sněhové koule“, jelikož první informátoři mi doporučovali jako další kandidáty pro výzkum takové lékaře, kteří se ke zkoumané problematice nestavěli a priori zaujatě. Dalším důležitým aspektem, který validitu výstupu výzkumu mohl ovlivnit, je fakt, že jsem se zabývala nádorovými onemocněními všeobecně. Protože se jedná o velkou množinu různých diagnóz různé závažnosti a průběhu (viz 3.2 – Hürry, 1996 in Tschuschke, 2004), předpokládám, že

názory lékařů na KAM se mohou odlišovat i podle typu či stádia onemocnění. Pokud bych podobný výzkum měla provádět znovu, zúžila bych zkoumanou problematiku na kontext jednoho typu nádorového onemocnění.

Jako implikace pro další výzkum bych navrhovala, zabývat se touto problematikou perspektivou některých poskytovatelů KAM - léčitelů, a jejich výpovědi porovnat mezi sebou i s názory lékařů. Myslím, že při porovnání by se u každé skupiny projevily priority jejich zaměření – zda více inklinují k psychické či k somatické složce nemoci. Podle mého názoru bude u nás medicína opravdu celostní neboli psychosomatická či komplexní, až přestanou panovat předsudky nejen na obou stranách (ve zdravotnictví vůči přírodním léčitelstvím a v léčitelství vůči farmacii), ale vytvoří se příznivější prostředí ve společnosti, ve kterém bude možná formální spolupráce medicíny s tradičními léčebnými postupy, tak jak tuto spolupráci představuje např. obor integrativní onkologie.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS - Centrální nervový systém

ČOS - Česká onkologická společnost

KAL - Komplementární a alternativní léčba

KAM - Komplementární a alternativní medicína

KOC - Komplexní onkologické centrum

NCI - National Cancer Institute (USA)

OCCAM - Office for Cancer Complementary and Alternative Medicine (USA)

PL - praktický lékař

PNS - Parasympatický nervový systém (parasympatikus)

PTSD - Posttraumatická stresová porucha

SNS - Sympatický nervový systém (sympatikus)

SIO - Sociaty for Integrative Oncology

SLOVNÍČEK LÉKAŘSKÝCH POJMŮ

Adjuvantní léčba - pooperační léčba

Etiologie - nauka o příčinách a podmínkách nemoci

NK - buňky (Natural Killers) - jeden z typů buněk imunitního systému, s přirozenou schopností zabíjet jiné buňky (likvidují např. nádorové buňky)

Paliativní léčba - léčba, která zmírňuje příznaky nevyléčitelného onemocnění

Patogeneze - nauka o mechanismech vzniku nemoci

Sympatikus a parasympatikus - dvě složky autonomního nervového systému (nezávislé na vědomí) působící antagonisticky (protichůdně). Když např. sympatikus zvyšuje vlivem stresu krevní tlak, parasympatikus jej naopak snižuje.

Remise onemocnění - vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samotné

POUŽITÉ ZDROJE

Literatura:

ANGENENDT, Gabriele, SHÚTZE - KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker, BEUTH Josef. *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál, 2010. 328 s.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří, ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s.

DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: celostní pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál, 2001. 248 s.

DOBOS, Gustav, KÜMMEL, Sherko. *Aktivně proti rakovině: Klasická medicína a přírodní léčebné metody*. Praha: Ikar, 2013. 304 s.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 208 s.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s.

MORSCHITZKY, Hans, SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál 2007, 2012. 182 s.

NEZU, Arthur, NEZU Christine a kol. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky: souvislosti mezi zvládnáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. Praha: Triton 2002.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada 2011. 304 s.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 215 s.

WEISS, Petr a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. 352 s.

Internetové zdroje:

ANDERSEN, Barbara, YANG, Hae-Chung, FARRAR, William B. *Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients*. *CANCER* [online]. 2008, 113 (12), s. 3450-3458. [cit. 20.5.2013].

Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.23969/pdf>

BLATNÝ, Marek, ADAM, Zdeněk. *Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum*. *VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ* [online]. 2008, 54 (6), s. 638-645. [cit. 14.2.2013].

Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl_08_06_08.pdf

ČESKOVÁ, Eva. 2005. Deprese u kardiálních, neurologických a onkologických onemocnění. *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH* [online]. 2005, 144 (4), 252 – 257. [cit. 18.5.2013].

Dostupné z:

http://www.medvik.cz/kramerius/document/ABA008_14404_MED00010976-2005-144.4_s.217-292.pdf?id=355099#page=36

DENG, Gary, FRENKEL, Moshe. Evidence - Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: *complementary therapies and botanicals*. *JOURNAL OF THE SOCIETY FOR INTEGRATIVE ONCOLOGY* [online]. 2009, 7 (3), 85-120. [cit. 30.11.2013].

Dostupné z: <http://www.integrativeonc.org/index.php/docguide>

FAVA, Giovanni Andrae, SONINO, Nicoletta. Psychosomatic medicine. *THE INTERNALITONAL JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE* [online]. 2010, 64 (8), 1155 – 1161. [cit. 13.3.2013].

Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x/full>

HOLLAND, Jimmie C. 2003. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY* [online]. 2003, 21. 253-265 [cit. 16.11.2013].

Dostupné z: http://jco.ascopubs.org/content/21/23_suppl/253.full

HONZÁK, Radkin. 2012. Deprese u onkologických pacientů. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI* [online]. 2012, 13 (1), 35 – 37. [cit. 18.5.2013].

Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2012/01/11.pdf>

KALVODOVÁ, Libuše. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *MOJE MEDICÍNA* [online]. 2010. [cit. 16.6.2013].

Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologicky-pacientu-a-osestrujiciho-tymu-1/>

KISSEN, David, The Value of a psychosomaci aproach to cancer. 1966. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES* [online]. 2006. 125. 777 – 779 [cit. 13.3.2013].

Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17496632.1966.tb45426.x/abstract>

LEMOGNE, Cédric, CONSOLI, Silla, GEOFFROY-PEREZ Béatrice: Personality and the Risk of Cancer: A 16- Year Follow- up Study of the GAZEL Cohort. *PSYCHOSOMATIC MEDICINE* [online]. 2013, 75, 262 – 271. [cit. 13.5.2013].

Dostupné z: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/75/3/262.full.pdf+html>

MOLASSIOTIS, A, FERNARDEZ-ORTEGA, P. et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *ANNALS OF ONCOLOGY* [online]. 2005, 16, 655-663. [cit. 23.3.2013].

Dostupné z:

<http://annonc.oxfordjournals.org/content/16/4/655.full.pdf+html?sid=a1c0bd38-73cc-4807-ba70-5bc6f7a68b6e>

NEWELL, Sallie, SANSON-FISHER, W. Rob. Australian oncologists' self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patients. *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA* [online]. 2000, 172(3), 110-113 [cit.20.6.2013].

Dostupné z: <https://www.mja.com.au/journal/2000/172/3/australian-oncologists-self-reported-knowledge-and-attitudes-about-non>

O'BEIRNE, Maeve, VERHOEF, Marja. Complementary therapy use by cancer patients: Physicians' perceptions, attitudes, and ideas. *CANADIAN FAMILY PHYSICIAN* [online]. 2004, 50, 882-888 [cit. 20.6.2013].

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214623/>

RAUDENSKÁ, Jaroslava. 2011. Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *ONKOLOGIE* [online]. 2011, 5(4), 244 – 246. [cit. 13.3.2013].

Dostupné z: <http://www.onkologics.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Birgita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin, HORÁČEK, Jan. 2008. Psychologická a psychosociální intervence u onkologických nemocných – význam a postavení v komplexní protinádorové terapii z pohledu onkologa. *VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY* [online]. 2008, 77 (1), 1 – 6. [cit. 18.5.2013].

Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL1_2008/1-Slov%C3%A1%C4%8Dek.pdf

ŠLAMPA, Pavel. *Komplementární a alternativní medicína*. Klinika radiační onkologie LF MU a Masarykův onkologický ústav (Informační brožura pro pacienty) [online]. 2012. [cit. 21.6.2013].

Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00178894>

ZACHARIAE, Robert. Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY* [online]. 2009, 50, 645-651. [cit. 23.3.2013].

Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2009.00779.x/pdf>

ZEMANOVÁ, Marie. 2008. Psychoterapie v onkologii. *Onkologie*. 2008, 2 (4), 249 – 252. [cit. 18.5.2013].

Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/10.pdf>

Legislativa:

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: *Onkologická péče v ČR*. Praha, 5.12.2008.

Webové stránky:

http://arcus-oc.org/stare_www/aktivity-kongres.php [cit. 18.5.2013]

<http://www.cancer.gov/cancertopics/cam> [cit. 22.6.2013]

http://cam.cancer.gov/cam_at_nci.html [cit. 22.6.2013]

<http://www.cancer.gov/cancertopics/cam/thinking-about-CAM/page4> [cit. 22.6.2013]

<http://www.healingtouchprogram.com/about/what-is-healing-touch> [cit. 9.2.2014]

<http://www.integrativeonc.org/> [cit. 7.12.2013]

<http://www.koc.cz/pro-verejnost/typy-lecby/podpurna-a-symptomaticka-lecba/> [cit. 27.1.2014]

<http://old.koc.cz/index.html> [cit. 18.5.2013]

http://old.koc.cz/pro_verejnost/alternativni_lecba.html [cit. 23.11.2013]

<http://www.linkos.cz/onkologicka-pracoviste/seznam-koc/> [cit. 9.2.2014]

<http://www.linkos.cz/odborne-sekce-cos/sekce-psychoonkologie-1/> [cit. 16.6.2013]

<http://www.linkos.cz/psychologicka-pece-na-onkologickych-pracovistich-1/psychoonkologicka-pece-ve-svete-a-cr/> [cit. 16.6.2013]

<http://www.linkos.cz/pomoc-psychologa/psychika-onkologicky-nemocneho/> [cit. 13.3.2013]

<http://www.mammahelp.cz/komplementarni-a-alternativni-medicina-v-onkologii.php> [cit. 22.6.2013]

<http://nqa.org/resources/what-is-qigong/> [cit. 9.2.2014]

<http://www.onko.cz/lekar-onkologicka-lecba/> [cit. 18.5.2013]

Pomocné zdroje:

Literatura:

BOYLE, Mike, INDGE Bill, SENIOR Kathryn. *Human Biology*. London: Collins 1999, 2001. 568 s.

DISMAN, M.. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002.

KÜBLER - ROSS, Elizabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: EM Reflex, 1995. 288 s.

RŮŽIČKA, Jiří. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. 316 s.

Webové stránky:

<http://lekarske.slovníky.cz/>

<http://wikipedia.com/>