

# **Aktivizace pacientů s onkologickým onemocněním**

Olga Kratochvílová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií  
akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Olga Kratochvílová**  
Osobní číslo: **H138060**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aktivizace pacientů s onkologickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na začleňování lidí s onkologickou diagnózou zpátky do aktivního života;
- na různé možnosti aktivizace pacientů (aktivizační metody, efektivní techniky,...);
- na význam dobrovolnické činnosti při aktivizaci pacientů s onkologickým onemocněním, na popis možných forem dobrovolnictví a principy výkonu dobrovolnické činnosti na onkologických odděleních.

Součástí práce bude praktický výzkum zaměřený na efektivní techniky aktivizace pacientů (druhy aktivizace, pomůcky, podmínky k provádění aktivizace, vliv aktivizace na kvalitu života pacienta). Sběr dat proběhne formou dotazníku, popřípadě formou rozhovoru.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ANGENENDT, Gabriele. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

BOBEK, Milan. Práce s lidmi: Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese. 1. vyd. Brno: NC Publishing, 2008, 288 s. ISBN 978-80-903858-2-5.

FALEIDE, Asbjorn. Vliv psychiky na zdraví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

JANÁČKOVÁ, Laura. Život je boj. 1. vyd. Brno: Grifart, 2014, 288s. ISBN 978-80-905337-4-5.

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223s. ISBN 80-7254-329-6.

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Monika Tannenbergerová, Ph.D.**  
Institut mezioborových studií

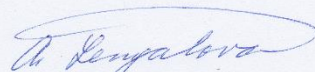
Datum zadání bakalářské práce:

**4. prosince 2015**

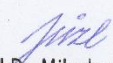
Termín odevzdání bakalářské práce:

**29. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 4. prosince 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu

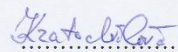
**Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

**Prohlašuji,**

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 12.2.2016

  
.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce s názvem Aktivizace pacientů s onkologickým onemocněním se zaměřuje na možnosti aktivizace hematoonkologicky nemocného pacienta.

V této práci je popsáno onkologické a hematoonkologické onemocnění, období jakými pacienti procházejí a co je ovlivňuje. Dále jsou popsány některé aktivizační metody a techniky, jejichž realizátorem by mohl být sociální pedagog a možnost jeho využití při socializaci.

Součástí této bakalářské práce je výzkum zaměřený na názory ohledně aktivizační služby, závěrem kterého je Design aktivizačních služeb pro hematoonkologické oddělení, který je sestaven z úryvků získaných rozhovorů. Z výzkumu je patrné, že aktivizační služba je zapotřebí a podle informantů je přínosem pro hematoonkologické pacienty.

Klíčová slova: Onkologie, onkologický pacient, hematoonkologie, hematoonkologický pacient, aktivizace, aktivizační metody a techniky, sociální pedagog.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis titled "Activation of cancer patients" is focused on the possibility of activating haematooncology suffered patients.

This thesis describes oncological and haematological malignancies, periods of this illness and what it influences. Next it describes some of the activation methods and techniques from the perspective of social educator, as an executor of these methods and the options how the social pedagogue could be helpful during the socialization.

The research focused on activation services is the part of this thesis and it is closed by design of activation services suitable for hematology department, which is composed of obtained interviews. The research shows that the activation service is necessary and as per respondents it is beneficial for haematooncological patients.

Keywords: Oncology, cancer patient, haematooncology, haematooncology patient, activation, activation methods and techniques of social educator.

*Dej každému dni příležitost,  
aby se mohl stát tím nejkrásnějším dnem v tvém životě.*

(Mark Twain)

Ráda bych poděkovala především Mgr. Monice Tannenbergerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost během vypracování této bakalářské práce.

Mé poděkování rovněž patří informantům a FN Brno za umožnění realizování výzkumného šetření se zaměstnanci a pacienty ve Fakultní nemocnici Brno na IHOK DTC. Mgr. Markétě Kociánové děkuji za gramatickou a stylistickou úpravu a v neposlední řadě děkuji MUDr. Janě Doležalové, lékařům a sestřám z FN Brno za jejich podporu a rady. Děkuji také své rodině, že mě po dobu studia a psaní této práce podporovali.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 ONKOLOGIE, HEMATOONKOLOGIE A HEMATOONKOLOGICKÝ PACIENT .....</b>	<b>11</b>
1.1 NÁDOROVÁ A HEMATOONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ .....	11
1.2 ŽIVOT PACIENTA S HEMATOONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM .....	14
1.3 PROBLÉMY HEMATOONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ.....	18
1.4 ZAČLENĚNÍ LIDÍ S HEMATOONKOLOGICKOU DIAGNÓZOU ZPÁTKY DO AKTIVNÍHO ŽIVOTA.....	21
<b>2 AKTIVIZACE HEMATOONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ.....</b>	<b>23</b>
2.1 AKTIVIZACE V RÁMCI SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉHO POHLEDU .....	23
2.2 POSKYTOVATELÉ AKTIVIZAČNÍCH METOD.....	25
2.3 AKTIVIZAČNÍ METODY A TECHNIKY .....	28
2.4 SOCIÁLNÍ PEDAGOG V ROLI REALIZÁTORA AKTIVIZAČNÍCH METOD.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>3 FORMULACE PROBLÉMU.....</b>	<b>36</b>
3.1 CÍL VÝZKUMU .....	37
3.2 METODY VÝZKUMU – ANALÝZA – ROZHOVORY .....	37
3.3 VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	39
3.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ .....	42
3.5 ZÁVĚR = DESIGN AKTIVIZAČNÍCH SLUŽEB PRO HEMATOONKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ ZE SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉHO POHLEDU .....	50
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

Již sama myšlenka na rakovinu je zatěžující. Svou důležitou roli hrají také mýty, tabu a stereotypní myšlení o průběhu léčby a dalšího života s touto diagnózou. Je druhou nejčastější diagnózou vedoucí k úmrtí, léčba probíhá v řádu měsíců či roků a mnoha pacientům vzniká nárok na pobírání invalidního důchodu.

Můj vztah k onkologii, resp. k hematookologii je vzhledem k vlastnímu prodělanému hematookologickému onemocnění životní zkušeností, jež ovlivnila a stále ovlivňuje můj život, a proto bych se chtěla ve své práci věnovat hematookologickým pacientům, jejichž problematika je mi nejbližší.

Onkologické onemocnění se dotýká jednotlivce, který se vyrovnává s náhlou situací, jež nedává příliš mnoho možností na postupnou adaptaci. Mění jeho běžné aktivity a možnosti přístupu k nim, zvyšuje nároky na pomoc od okolí. Stejná situace nutně dopadá i na blízké osoby, přičemž může dojít k rozkolísání vztahů a to může vést k narušení obvyklé úrovně komunikace. Harmonie a opora v těchto těžkých chvílích je ze strany nejbližších hodně důležitá.

Vývojové trendy onkologických onemocnění nejsou pozitivní, zvyšuje se jak výskyt onemocnění (přibližně každý třetí v průběhu života onemocní rakovinou), tak počet osob žijících s onkologickým onemocněním a prodlužuje se i délka života s onemocněním. Úspěšnost medicíny v diagnostice a léčbě pomalu překlápí problém z oblasti zdravotní, nově, i do oblasti sociální.

Onkologické onemocnění nepostihuje jen tělo, ale i duši (psychiku) pacienta. Bere dosavadní jistoty, „pevnou půdu pod nohama“, vede k bilančním úvahám a ke změně žebříčku hodnot. Když pacient přijme tuto životní situaci jako výzvu a vytrvá, zvyšuje se schopnost aktivní spolupráce při léčbě. Zjištění onkologického nebo hematookologického onemocnění vede k výrazné pasivitě většiny pacientů, dostava ho do situace pasivního konzumenta zdravotní péče, ve které se těžko orientuje. Jednou z pomocných metod v tomto procesu je aktivizace pacientů. Aktivizace by ho měla vrátit k činnostem.

Mezi nejčastější aktivity člověka patří práce, hra a učení. Aktivita jako edukační pojem pak představuje skupinu činností, při nichž musí člověk projevit svoji iniciativu, samostatnost, vynaložit větší úsilí a energii a celkově být výkonnější a efektivnější.

Aktivizace – je proces, který vede k pozitivnímu postoji pacienta v těžké životní situaci. Znamená pozitivní zaujetí člověka jakoukoliv činností, která dovolí vytěsnit negativnost



nastalého stavu. Nejedná se o slepé nabízení stále stejných skupinových činností, ale je procesem hledání individuální motivace, kterou máme každý z nás v sobě ukrytou. Vede jedince nebo i skupiny k činorodosti, tedy ke stavu, kdy má člověk dobrý pocit z toho, že něco dělá (ať už sám pro sebe nebo pro své okolí).

Pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké není nijak organizovaná, její vývoj je ponecháván nahodilosti. To také odráží současný stav, kdy se pomoc mimo nemocnice odehrává v patientských sdruženích, několika málo profesionalizovaných neziskových organizacích či ji okrajově supluje jiní odborníci. Potřeba aktivizační pomoci pro onkologicky nemocné a jejich blízké je stále podceňována jak laickou, tak odbornou veřejností. Avšak já v aktivizaci pacientů vidím smysl a potenciál vedoucí k přeladění z negativního na pozitivní myšlení, a pokud by program aktivizace nějakým způsobem pacienty zaujal, tak se pro ně vlastně může stát smyslem cesta a nejenom cíl se vyléčit.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti aktivizace onkologicky nemocného pacienta.

Cílem praktické části je zjistit názor odborného zdravotnického personálu a pacientů na zřízení „aktivizační služby“ do čekárny na hematoonkologickém oddělení.

Teoretická část je zaměřena na popis nádorových a hematoonkologických onemocnění, na přiblížení pojmů souvisejících s touto tematikou, dále na život a problémy hematoonkologických pacientů a jejich začlenění zpátky do aktivního života. Zároveň se zabývá aktivizačními metodami a technikami, jejich využitím u onkologických a hematoonkologických pacientů. V rámci použití aktivizačních technik řeší situace při komplikacích hematoonkologických pacientů, jako jsou infekce, únava, deprese atd. V současné době využívají aktivizační programy např.: některá onkologická centra, dobrovolnické organizace apod.

V praktické části je proveden kvalitativní výzkum. Použitou metodou je polostrukturovaný rozhovor s informanty (lékaři, psychologem, sestrou a pacienty IHOK DTC FN Brno), jeho přepis a vyhodnocení. Výzkum je zaměřen na zjištění názorů zdravotnického personálu a pacientů na zřízení aktivizační služby. Na základě mnou zjištěných informací se pokusím o Design aktivizačních služeb, které budou mít za úkol naplnit „nevyužitý čas“ pacientů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ONKOLOGIE, HEMATOONKOLOGIE A HEMATOONKOLOGICKÝ PACIENT

V prvním oddíle teoretické části této práce se budeme věnovat nádorovým a hematoonkologickým onemocněním, životem a problémy hematoonkologických pacientů a jejich začleněním zpátky do aktivního života.

## 1.1 Nádorová a hematoonkologická onemocnění

Problematice nádorových onemocnění se věnuje řada autorů odborných medicínských publikací. V úvodu zpravidla definují obor onkologie jako jedno z odvětví medicíny a charakterizují pojem onkologické onemocnění.

**Onkologie** je „*nauka o nádorech a nemocech jimi způsobených (onkos řec. nádor). Nádor (lat. tumor) je pojem označující zduření, opuchnutí, zvětšení orgánu otokem, ale i termín zdůrazňující abnormální lokální zmnožení tkáně. Je to vlastnost charakteristická pro většinu nádorů, i když lokální zmnožení bývá i při jiných chorobných procesech (zánět, patologická proliferace, malformace).*“ (Ondruš, 2006, s. 32).

Jiné prameny uvádějí: „*Onkologie – lékařský obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou nádorových onemocnění [onko-; -logie].*“ (Vokurka, 2007, s. 684)

„*Onkologie je vědní obor, který se zabývá nádory a vším, co s nimi souvisí.*“ Onkologie tedy zahrnuje jak diagnostické činnosti, tak i léčebné postupy. (Slovníček pojmů, 2015)

Mezi pacienty je pojem onkologie vžit také jako označení místa, kde probíhá léčba: „*V lidové mluvě se pod pojmem onkologie obvykle myslí ambulance či lůžkové nemocniční oddělení, které se zabývá léčbou nádorů.*“ (Slovníček pojmů, 2015)

Pojem nádorové onemocnění je v odborné literatuře charakterizován zpravidla takto: „*Nádorové onemocnění je celkové onemocnění organismu způsobené růstem a diseminací maligního nádoru.*“ (Ondruš, 2006, s. 17)

Charakteristickými rysy maligního nádoru jsou nadměrný, nekoordinovaný a nepřestávající růst společně s invazivností a metastazováním. Důsledky maligního onemocnění se postupně projevují lokálními a celkovými příznaky, jejichž intenzita stoupá v závislosti na agresivitě nádoru a bez terapeutického zásahu vedou spontánně k smrti jedince. Podle Ondruše (2006, s. 17) se výskyt nádorových onemocnění zvyšuje s narůstajícím věkem jedince, četnost nádorových onemocnění roste se stárnutím populace.

Nádorová onemocnění jsou známa od pravěku. Provázejí lidstvo od jeho vzniku. Důkazy přinesly archeologické nálezy, a to jak u mumií, tak v záznamech egyptských papyrů (Ondruš, 2006, s. 17)

Laická veřejnost o onkologických onemocněních hovoří nejčastěji jako o rakovině, což je termín vžitý již od počátku identifikace výskytu této choroby. „*U nás je v neoborných kruzích pro nádorové onemocnění vžitý název rakovina. Léčba zhoubných nádoru - rakoviny se datuje od 19. století, kdy se začali o problematiku zajímat patologové, internisté a gynekologové.*“ (Dienstbier, Stáhalová, 2009, s. 9)

V odborné literatuře také nalezneme vysvětlení pojmu onkologický pacient.

**Onkologický pacient** – „*obecně lze říci, že onkologickým pacientem je každý, u koho byl zjištěn zhoubný nádor, a to bez ohledu na způsob léčení. Onkologickým pacientem je na jedné straně člověk, který nemá žádné známky nádoru a ve svém životě není nijak omezen, na druhé straně člověk umírající na pokročilý nádor. Podobně je tomu s léčbou a jejím snášením, od pouhého sledování po úspěšné léčbě až po léčbě vysoce náročnou a nemocného zatěžující.*“ (Linkos.cz, Slovníček, 2015)

Existuje celá řada nádorových onemocnění, které dělíme na dvě velké skupiny. První skupinou jsou **solidní nádory**, které vznikají v různých orgánech (např.: v plicích, prsou, ve střevech atd.) nebo tkáních (např.: ve vazivech, v kostech atd.), kde tvoří ložiska viditelná při zobrazovacích vyšetřeních jako je rentgen, ultrazvuk aj. Zároveň mohou být viditelná pouhým okem, případně je lze nahmatat. (Linkos.cz, Slovníček, 2015)

Opakem a tedy druhou skupinou jsou **hematologické nádory**, které „*vznikají v kostní dřeni z krvetvorných buněk nebo v lymfatickém systému. Na rozdíl od solidních nádorů nevytvářejí jasná ložiska, ale jednotlivé nádorové buňky infiltrují kostní dřeň, lymfatický systém nebo i různé orgány. Nádorové buňky mohou být ve velkém počtu přítomny v periferní krvi.*“ (Linkos.cz, Slovníček, 2015)

Léčbou nádorových onemocnění krve se zabývá hematoonkologie.

**Hematoonkologie** je nauka, věda, lékařský obor o nádorovém bujení v krvi, které se může dotýkat červených a bílých krvinek anebo krevních destiček. Tento typ nádorového onemocnění předznamenávají či doprovázejí celotělové projevy jako je únava, noční pocení, dlouhodobě zvýšená teplota, nechutenství, ztráta hmotnosti atd. Mohou se objevit

bolesti kloubu, kosti, bolestivé a nebolestivé zvětšení uzlin, sleziny, jater, petechie, červené pupínky a další příznaky.

Mezi hematologická onemocnění řadíme všechny typy **leukemií, lymfomů**, ale i **myelodysplastické syndromy, mnohočetný myelom** a další onemocnění.

Zastavme se nyní krátce u těchto hematologických onemocnění.

**Leukemie**, pod tímto pojmem si mnoho lidí představí pouze jediné onemocnění. Ale není tomu tak. Doubek (2012, s. 26) uvádí, že se jedná o celou skupinu nemocí s různou prognózou, které se projevují poruchou funkce kostní dřeně a krve. V 19. století se leukemii říkalo bělokrevnost, protože se jedná o rakovinu bílých krvinek, jedné složky imunitního systému člověka.

Leukemie je tedy nádorové onemocnění kostní dřeně, které je charakteristické přítomností takzvaných leukemických buněk. Jednak v kostní dřeni a také v periferní krvi.

Máme několik typů leukemií. Základní dělení je na akutní a chronické. Pro akutní leukemii je typický rychlý nástup onemocnění a velmi rychlý a závažný průběh. Pro chronické leukemie je zase typické spíše dlouhodobější trvání onemocnění, často pacienti na začátku nemají žádné klinické potíže. Ty pak vznikají, až když se toto onemocnění dostane do pokročilejší fáze.

Leukemie vzniká nádorovou transformací, tj. přeměnou bílých krvinek nebo jejich prekurzorů, tj. kmenových buněk, ze kterých se vyvíjejí bílé krvinky, na leukemické buňky. V případě velkého množství leukemických buněk v kostní dřeni dochází k úbytku tvorby zdravých krvinek, pacienti mají často nedostatek červených krvinek, krevních destiček anebo zdravých bílých krvinek.

Nejčastější způsob léčby leukemií je stále chemoterapie, účinnost léčby je vysoká. Jiným způsobem léčby je transplantace kostní dřeně, ta však není vhodná pro některé typy leukemií. (Janíková, Doubek, 2012, s. 34)

I s touto nemocí mohou pacienti vést plnohodnotný život a často se zcela vyléčí.

**Lymfom** je nádorové onemocnění lymfatické tkáně. Charakteristická je transformace lymfocytů do nádorových buněk a nejčastěji bývají postiženy lymfatické uzliny, ale mohou být také postiženy i jiné orgány, protože lymfatická tkáň se kromě lymfatických uzlin nachází i v jiných orgánech.

Janíková (2012, s. 17) uvádí, že „slovo *lymfom* pochází z řečtiny. Základ tvoří „*lymf*“, což je označení pro bezbarvou tělní tekutinu proudící v mízních (lymfatických) cévách organismu, koncovka „-oma“ nemá žádný ekvivalent, avšak v medicíně se jí obecně využívá pro označení nádoru.“

Dále Janíková (2012, s. 23 – 24) uvádí, že „*lymfomy* patří mezi nádory, které jsou obvykle velmi dobře citlivé k cytostatikům (chemoterapii) i ozáření (radioterapii). Chemoterapie a radioterapie se využívají buď samostatně, nebo i v kombinaci. V posledních asi deseti letech se v léčbě lymfomů uplatňují monoklonální protilátky. Jsou to uměle vykonstruované protilátky proti některému prvku na povrchu nádorových buněk.“

**Myelodysplastický syndrom** je onkologické onemocnění kostní dřeně, které je charakteristické přítomností dysplastických změn v kmenových buňkách (prekurzorech) bílých a červených krvinek anebo krevních destiček. Toto onemocnění, jak uvádí Červinek (2015), může vést až k akutní myeloidní leukemii. Jedná se o onemocnění hlavně starších pacientů.

Obvyklou léčbou je transplantace kostní dřeně nebo krvetvorných buněk. V současné chvíli je základní léčbou transplantace kostní dřeně.

**Mnohočetný myelom (plasmocytom / Kahlerova nemoc)** je nádorové onemocnění, které vychází z plazmocytů, což je určitý typ B-lymfocytů. Je způsobeno nádorovou transformací těchto plazmocytů. Pro mnohočetný myelom je typická celá řada komplikací, které jsou způsobeny přítomností abnormálních bílkovin – imunoglobulinů produkovaných nádorovými plazmocyty, například: patologické zlomeniny nebo selhaní ledvin atd.

U některých typů myelomů lze léčebně využít transplantace kostní dřeně, dále se využívají některé typy chemoterapií a zkouší se léčba pomocí monoklonálních protilátek. (Tomášek a kol., 2015, s. 409)

## 1.2 Život pacienta s hematoonkologickým onemocněním

Hematoonkologické onemocnění je jedno z nejtěžších onemocnění, které může člověka potkat. Léčba maligních onemocnění je „*běh na dlouhou trať*“. Je spojeno s velkým nárokem kladeným nejenom na samotného nemocného, ale také na jeho rodinu. Tato nelehká situace přináší velké změny do života všech, kterých se tato nemoc dotýká.

Pro lékaře je onkologické onemocnění velkou výzvou, ačkoliv jsou si vědomi skutečnosti, že ne vždy jsou lékařské prostředky garancí zdárné léčby. Ze svého pohledu mohou říci, že o žádném jiném onemocnění není tolik různých názorů či teorií, vyvolávajících v lidech představu o dlouhodobém a těžkém umírání. Díky tomu má rakovina téměř tajemný rozměr. Aniž si to lidé uvědomují, vyskytují se i jiné nemoci devastující lidský organizmus a rovněž končící smrtí. Rakovina je pojem zahrnující mnoho forem zhoubného buněčného růstu. Mnoho pacientů dokáže popírat realitu své nemoci, pokud jim lékař nemoc přímo nepotvrdí. (Zemanová, 2008, s. 249)

Zhoubný buněčný růst, jak to nazývá Zemanová (2008, s. 249), je pro většinu lidí pojmem představujícím zlo, kde nejednou jsou pro pacienta řešením i alternativní způsoby léčby.

Nejen Zemanová (2008, s. 249) ve svém článku *Psychoterapie v onkologii* vychází z tzv. Model Kübler-Ross, ale daleko podrobněji je tento model přiblížen kolektivem autorů v článku nazvaném *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu*. Popisují zde fáze prožívání, jimiž onkologický pacient prochází: **šok, odmítání, agrese, smlouvání, deprese a smíření**. (Kalvodová a kol., 2010)

**Šok** – nemocný po vyslechnutí nepříznivé zprávy upadá do obrovského šoku provázeného pláčem, těžce dýchá, je překvapený, ptá se: „Proč právě já? Proč právě teď?“, setrvává v bludném kruhu myšlenek: rakovina znamená ohrožení, bolest a posléze smrt.

**Odmítání, popření** – pacient čelí výsledkům vyšetření a řadě lékařských doporučení, popírá samotnou nemoc a hledá příčiny jejího vzniku u sebe i ve svém okolí.

**Agrese** – pacient propadá bezmoci, cítí se v pasti, má velký odpor ke své nemoci, je našťvaný na své tělo. Toto vše se projevuje agresí ke zdravým lidem kolem něho a k terapii, kterou podstupuje. Tato fáze je psychicky velmi nebezpečná a někteří nemocní v ní mohou zůstat po celou dobu léčby.

**Smlouvání** – pacient v této fázi smlouvá, slibuje a prosí o svůj život a o čas, který mu zbývá. Obrací se při tom na Boha nebo jinou sílu. Nevědomky se tím vrací do dětství, kdy věřil, že může vládnout magickým myšlením.

**Deprese** – je stav, který velmi vážně ohrožuje duševní zdraví, léčbu a samotný život pacienta. Tato fáze se během onemocnění u některých pacientů může opakovat i několikrát. V nezbytných případech musí lékař nasadit léčbu antidepresivy.

**Smíření** – fáze psychického uvolnění, pacient je schopen myslet logicky a rozumně přistupovat ke své nemoci a nabízené léčbě. Pacient je přístupný komunikaci o svém

zdravotním stavu s lékaři i sestrami. Krize sice pominula, není však bohužel vyloučeno, že se se zhoršením zdravotního stavu nevrátí. (Kalvodová, 2010)

Zemanová (2008, s. 249) dodává, že pacient přitom nemusí nutně projít všemi výše zmíněnými fázemi, ty ani nemusí následovat v uvedeném pořadí, některé se také mohou opakovat. Obdobnými fázemi procházejí i rodinní příslušníci nemocného.

V první fázi musí pacient přijmout samotnou informaci o tom, že je nemocný. Lidé často ještě před odhalením příčiny jejich měnícího se zdravotního stavu prožívají úzkost, často doufají, že jejich obtíže přejdou. Mnohdy, ještě než navštíví lékaře a dozví se samotnou diagnózu, s obavami spekulují o svém dalším osudu, v představách čerpají ze svých životních zkušeností. I když do jisté míry předpokládají, že je jejich nemoc vážná, zároveň každý do posledního okamžiku doufá, že se domněnka nepotvrdí. Stanovení diagnózy často nesprávně vnímají jako rozsudek, protože jsou v tu chvíli v šoku a mají zúžené vnímání. V tuto dobu si nejsou schopni zapamatovat nic, co jim lékař řekl. Je to přirozená reakce člověka, který se tím uzavře, vytvoří si obrannou ulitu, svůj štít. Proto na hematologických odděleních při kontrolách lékaři doporučují pacientům, aby s nimi přišel doprovod. Doprovodem může být jakákoliv osoba, které pacient důvěřuje – rodinný příslušník, známý, kamarád, přítel atd. Tato osoba dokáže v tu chvíli vnímat realitu střízlivěji než pacient.

*„Pacient je, kromě ohrožení života, vystaven ještě mnoha dalším ztrátám. Jeho tělesná integrita je ohrožena a často i narušena. Musí se přizpůsobit režimu léčby, tedy ztrácí svoji autonomii. Bývá často vyřazen ze svých běžných aktivit. Hrozí mu sociální izolace a často i stigmatizace. Tím se mění jeho sociální identita a pocit vlastní hodnoty.“* (Zemanová, 2008, s. 249)

Pacientovi chvíli trvá, než se adaptuje na nově vzniklou situaci. Někdo se adaptuje rychle, někomu to trvá déle. Po adaptaci je nemocný schopný aktivně spolupracovat s lékařem, přičemž součástí léčby je otevřený a rovnocenný vztah mezi nimi. Bohužel, u některých pacientů může nastat posttraumatická stresová porucha<sup>1</sup>. (Zemanová, 2008, s. 250)

---

<sup>1</sup> **Posttraumatická stresová porucha** – duševní porucha, která vzniká jako opožděná a déle trvající odpověď na silnou stresovou událost. Objevují se typické a neodbytné epizody „znovuprožívání“ události živé vzpomínky, sny, noční můry, vyhýbání okolnostem atd.  
(Velký lékařský slovník – <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/posttraumaticka-stresova-porucha>)



Nyní si pojdme blíže přiblížit jednotlivá stádia nemoci, jak je popisují Raudenská a Javůrková (2011, s. 192) ve své knize *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

Autorky píší, že během diagnózy a léčby nádorového onemocnění prochází nemocný několika stadii: **obdobím prediagnostickým, diagnostickým, léčebným**, a posléze **obdobím po léčbě**.

V **prediagnostickém období** doporučuje a navrhuje praktický lékař, nebo již přímo onkolog, diagnostická vyšetření, které by měl pacient podstoupit. Toto období je pro pacienta dobou velké nejistoty, úzkosti, zoufání, doufání, bagatelizace i popírání. Aniž si však mnozí uvědomují podobnou nejistotu má i lékař, protože si musí s pacientem vybudovat hlubší a důvěrnější vztah. A ani on v tomto období o zdravotním stavu pacienta neví ještě nic přesného. Zcela pochopitelnou reakcí otřeseného pacienta je jeho zvýšené pozorování sebe samého a nepřiměřené obavy z výsledků vyšetření. (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 192)

V **období stanovené diagnózy (diagnostické období)** lékař pacientovi sdělí konečnou diagnózu, již potvrzenou výsledky vyšetření. Lékař komunikuje na úrovni, která je pacientovi srozumitelná. Pacient vidí v lékaři naději a doufá v odbornou pomoc, protože oba, již zhruba ví, s čím se potýkají. Nemocný je konfrontován s eventualitou smrti. Jeho úzkost však může v této fázi zablokovat jeho vnímání, takže není schopen porozumět, co mu lékař sděluje. Proto je na lékaři, aby se ujistil, že pacient vše správně chápe. Je běžnou praxí, že lékaři doporučují, aby s nemocným přišel doprovod. Nemusí to být nutně člen rodiny, i když většinou bývá. Z vlastní zkušenosti vím, že jako psychická podpora může přijít například dobrý přítel, kolega z práce nebo spolužačka. Lékař tedy navrhne terapii, se kterou většina pacientů souhlasí a podřídí se jí. Toto je právě ukázka již výše zmíněné důvěry mezi pacientem a lékařem.

V tomto období jsou pro pacienta zcela přirozené pocity zlosti, popírání a šoku, prožívá úzkost a depresivní nálady. Normální psychologická reakce je charakterizována třemi fázemi: 1. popření, 2. aktivní fáze zmatku a neklidu, 3. adaptace. V některých případech nemocný zcela popře diagnózu a odmítne onkologickou léčbu. Opírá se o tvrzení, že smrt je tak jako tak nevyhnutelná. Propadá hněvu, který mnohdy přechází v agresi končící těžkou depresí. Často vidí východisko pouze v alternativním způsobu léčby a samoléčby.

Důsledkem je narušení mezilidských vztahů a normálního fungování. (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 192)

Ve třetím období, **období léčebném**, je již nemocný postaven před fakt reálného omezení doby života a nevyhnutelné smrti. Tyto dvě skutečnosti prožívá odděleně.

S prvním z nich mu pomáhá onkolog a samotná léčba, kterou podstupuje. Samotný pacient pak zařizuje nutné záležitosti, které se týkají rodiny, zaměstnání, a nezbytnosti, související se změnou jeho životní situace.

Druhý problém je psychologický. Pacient prožívá existenciální dilema a prožívá řadu obav z bolesti, samoty, ztráty kontroly, závislosti na druhých, ztráty kontaktu s blízkými, a v neposlední řadě ze samotného procesu umírání. Pro každého člověka je přirozená určitá obava ze smrti, neboť každý si přeje žít co nejdéle.

Právě v toto období se musí pacient vyrovnat se změnami nejen psychickými, ale také fyzickými. Onkologické nebo hematoonkologické onemocnění je provázáno bolestí, která bývá tlumena léky, nemocnému ubývá sil a díky tomu je pacient nucen rozloučit se s řadou aktivit, které pokládal za naprosto samozřejmé. Problémy mnohdy dělá už jen samotná chůze a pohyb. Nemoci je nutno přizpůsobit zaměstnání a koníčky. Právě v této fázi je důležitá podpora pacienta i jeho rodiny, aby vše společně a důstojně zvládli. (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 192). Na druhou stranu, podle Zemanové (2008, s. 250), někteří pacienti naopak po čase vnímají změnu svého životního stylu jako pozitivní. Vidí svůj život plnější a snaží se žít smysluplněji.

V posledním námi rozebíraném období, **období po léčbě**, z mé vlastní zkušenosti vím, že nejhorší je strach a úzkost z návratu nemoci, který přebije vše ostatní. Někdy pacienti nejsou schopni uvěřit lékařům, že jim řekl celou pravdu, a že jsou opravdu vyléčení. Někteří přecitlivělí pacienti pak vnímají každý sebemenší signál v těle (bolest, tlak, píchání) jako možný návrat obávané nemoci. Kvůli těmto obavám pak často celé noci nespí. (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 192 – 193)

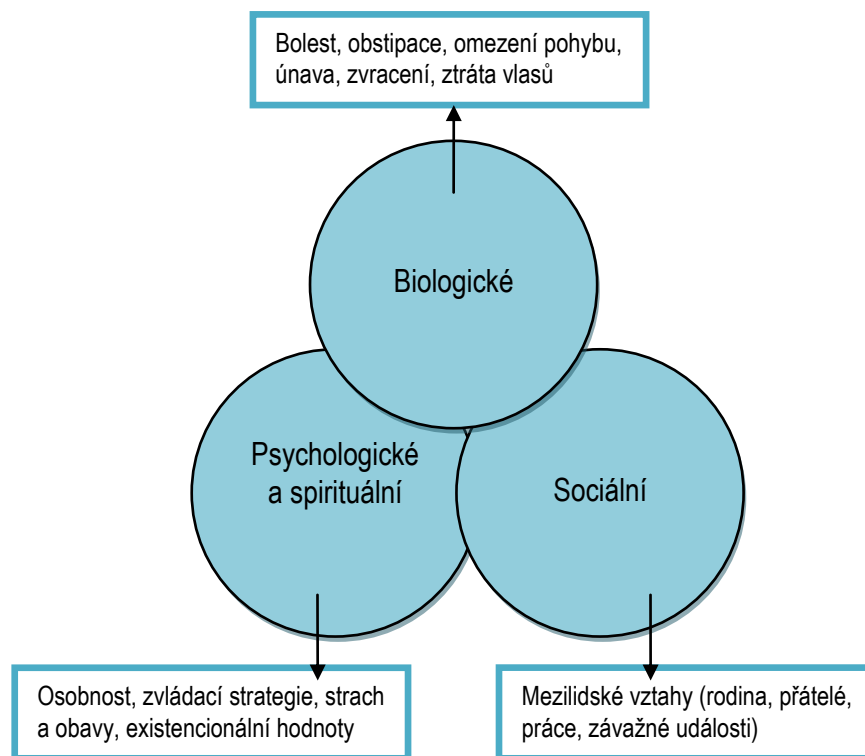
### 1.3 Problémy hematoonkologických pacientů

Obdobně jako všichni ostatní onkologičtí pacienti potýkají se i hematoonkologičtí pacienti s řadou problémů. Odborníci dnes již mluví o tzv. biopsychosociálním modelu.

„Na základě biopsychosociálního modelu má na vznik, průběh, léčbu, přežití a komorbiditu onkologických pacientů vliv individuální souhrn faktorů.“ (Raudenská, 2011, s. 244)

Model počítá s **faktory biologickými, psychologickými a sociálními** – jejich součástí je také oblast **spirituální**. Při léčbě se musí brát zřetel na všechny tyto tři složky současně. Nelze k nim přistupovat jednotlivě. (Biopsychosociální model nemoci, 2008)

Obr. č. 1 – Vzájemné ovlivnění důsledků rakoviny podle biopsychosociálního přístupu



Zdroj: *Biopsychosociální model onkologického onemocnění* (Raudenská, 2011, s. 245)

Podle tohoto modelu (viz Obr. č. 1), který ve své práci Raudenská zmiňuje, se mezi **biologickými faktory** vyskytují somatická poškození, bolest, zvracení, ztráta vlasů, únava apod. (Raudenská, 2011, s. 245)

Všechny tyto problémy souvisí se skutečnými zdravotními obtížemi vyplývajícími z podstaty onemocnění a jeho léčby; pacient se musí vyrovnat s důsledky léčebných metod, např. chemoterapie, radioterapie (ozařování), imunoterapie, kortikoterapie, transplantace kostní dřeně. Zmíněné formy léčby se provádí buď ambulantně, nebo za hospitalizace. V obou případech však s sebou přináší velkou řadu nepříjemných problémů. Mezi nejčastější vedlejší účinky, které se projeví v této oblasti, patří např. nevolnost, zvracení, průjemy, vypadávání vlasů, hubnutí, poškození sliznic (afty, syndrom suchého oka, potíže při polykání apod.) a infekce (virové, bakteriální nebo plísňové), při transplantaci může dojít k reakci štěpu proti hostiteli.

Současně se pacient potýká s celou řadou **psychologických problémů**, které souvisí s faktickým a emočním zpracováním nové "kritické situace". V této oblasti člověk ztrácí jistoty, prožívá emoční vypětí, pocity strachu, úzkosti, smutku atd. Mění se jeho plány do budoucna. Budoucnost a jeho život najednou získává úplně jiný rozměr. Začíná jinak chápat hodnotu sebe samého, zamýšlí se nad plynutím času a bytím samotným. Zde se již pohybujeme v **oblasti spirituální**, která, jak již víme, je velmi úzce spojena s oblastí psychologickou. (Raudenská, 2011, s. 245)

Raudenská (2011, s. 245) ve svém článku v neposlední řadě poukazuje na problémy v **oblasti třetí**, tedy **sociální**, která je však stejně podstatná jako obě dvě oblasti předchozí. Jak říká: „*Nádorovým onemocněním a jeho léčbou je ovlivněna i úroveň sociální: mění se význam sounáležitosti v rodině (patřit k někomu, něčemu, komunikovat s někým, chápat a být pochopen druhými), mění se i úroveň blízkých vztahů a vztahů ve společnosti (zaměstnání, sociální aktivity, komunita, společnost, politika).*“ (Raudenská, 2011, s. 245) V knize Raudenská a Javůrková (2011, s. 195) dále uvádějí, že onkologický pacient se musí „*vyrovnat v průběhu nemoci s možnými pocity osamocení, opuštění, přehlížení, nebo dokonce stigmatizace<sup>2</sup>. Všechny výše uvedené potíže kolísají a mění se během stadií nemoci.*“

---

<sup>2</sup> **Stigmatizace** – objevování se stigmat (na těle náb. mystiků)

**Stigma** – znak, stopa o něčem svědčící (Akademický slovník cizích slov, 1998, s. 359)

Např.: označení něčeho, někoho. Lidé mohou označovat: „To je ten nemocný.“

V této chvíli velmi záleží na rodinném a sociálním zázemí. Nemoc je samozřejmě velkou zkouškou pro všechny, na každého zúčastněného je vyvinut jistý emoční tlak. Naprosto nepřipravenému pacientovi v hlavě koluje pro něj v tu chvíli mnoho podstatných otázek, na které však nezná odpověď: „Proč zrovna já?“, „Mám si ostříhat vlasy teď, nebo počkat, až mi po chemoterapii samy vypadají?“, „Mám říct rodičům nebo dětem, že mám leukémii?“, „Měl bych sepsat poslední vůli, nebo ještě počkat?“, „Co když nepřežiju a zemřu?“

Tento námi přiblížený biopsychosociální model podle mého názoru v současné době asi nejlépe vystihuje propojení problémů, se kterými se hematologický pacient potýká.

#### **1.4 Začlenění lidí s hematologickou diagnózou zpátky do aktivního života**

Hematologické onemocnění, ale nejen to, je velkým zásahem do života pacienta. Nejenže pacient musí opustit zaměstnání, ale také samotná nemoc je pro něho velmi fyzicky vyčerpávající. I člověk před onemocněním velmi sportovně založený a aktivní, musí své aktivity změnit, mnohdy i úplně opustit. Najednou se také díky psychickému otřesu jeho život stává jakoby prázdným a on se pomalu „utápí ve své nemoci“, která se mění ve středobod jeho života. Ale to je, dle mého názoru, špatný přístup. Zásadní roli totiž hraje kvalita života v průběhu léčby. Jisté je, že toto období je pro nemocného nesmírně těžké, nemocný člověk má různou individuální orientaci hodnot, kterou se snaží uchovat i v průběhu nemoci. Přestože nerad opouští své zvyky, sociální postavení a společenské vazby, společně s psychickými potížemi jdou ruku v ruce fyzická omezení, která nutí pacienta změnit a často zásadně přebudovat svůj žebříček hodnot. Pacient nesmí v této situaci zůstat sám a uzavřený. Z vlastní životní zkušenosti mi vyplývá poznatek, že výrazný negativní podíl na psychickém stavu pacienta má chybějící aktuální náplň života, která mu dává pocit užitečnosti a plnosti. Člověk musí ztracené aktivity a mnoho volného času, který má, vyplnit jinou činností, na kterou stačí.

Různými aktivitami by měl být vyplněn nejen volný čas nemocného, ale velmi žádoucí by podle mého názoru bylo umožnit pacientům vykonávat nějakou tvůrčí (tedy aktivizační) činnost, která by byla užitečná během zdlouhavých a mnohdy několikahodinových čekání na kontrolu nebo zdravotní výkon. Čekání je totiž velmi stresující, člověk se nudí a má sklon zaobírat se negativními myšlenkami. Tuto situaci jsem sama zažila a nejen já, mohu

potvrdit, ale také moji spolupacienti, se kterými jsem o tom v čekárně diskutovala, že by pro ně bylo velkým přínosem, kdyby se dal „nevyužitý“ čas zaplnit nějakou aktivitou.

Nemocní by se zde tudíž více realizovali, nedělali složité a náročné věci. Uvědomuji si, že je to finančně náročné a otázka peněz je zásadní. Výrobky, které by takto vznikaly, by se mohly prodávat a výtěžek by se použil k nákupu dalšího materiálu.

Opusťme nyní čekárnu a zaměřme se na aktivizační činnost mimo ni. Jak jsem již zmínila výše, je vhodné, aby nemocný člověk také něčím zaplnil prázdný čas, který mu zůstal po zaměstnání (nemůže-li ho dále vykonávat) nebo jiných činnostech, které třeba dělal, když byl zdravý.

Kromě různých kreativních činností (výtvarných nebo hudebních), které většinou nejsou fyzicky příliš náročné, je dobré zařadit také vhodný pohyb. Hematoonkologický pacient se musí smířit s tím, že vzhledem ke svému onemocnění, již nebude moci dělat fyzicky náročné sporty, které dělal dříve. Svou plánovanou pohybovou aktivitu musí zkontrolovat se svým lékařem, protože ne všechny fyzické aktivity jsou vzhledem k druhu onemocnění pro nemocného vhodné, některé mohou naopak vážně uškodit. Ale jak tvrdí mnozí odborníci, například docentka Janíková (2012, s. 72 – 73): „*Existují nezvratné důkazy o pozitivním vlivu fyzické aktivity na celkový průběh onkologického onemocnění.*“ Z předchozích sdělení vyplývá, že například samotná chůze (třeba pravidelné procházky alespoň 30 minut denně) je vhodná pro všechny druhy onemocnění. Na rychlosti nezáleží, jde spíše o znovuzískání fyzické kondice, kterou pacienti v důsledku léčby ztratili. Měli by mít hlavně dobrý pocit z pohybu na čerstvém vzduchu. Je dokázáno, že pohyb příznivě působí na imunitu.

Jako další vhodné aktivity odborníci doporučují například plavání, jízdu na rotopedu, lehčí varianty jógy nebo čchi-kung, případně některé druhy cvičení ve fitness centrech.

V každém případě, ať už se nemocný člověk rozhodne dělat jakoukoliv aktivizační činnost, měl by ji dělat z vlastního rozhodnutí, s radostí. Pacient by si měl uvědomit, že jeho touha vrátit se k původnímu stylu života, kterým žil před nemocí, se nemusí uskutečnit, a snažit se to přijmout; vytvořit si nové cíle, které jsou v jeho možnostech.

## 2 AKTIVIZACE HEMATOONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

V druhém oddíle teoretické části této práce se budeme věnovat vysvětlení pojmu aktivizace, jejím metodám a technikám a to hlavně z pohledu sociálního pedagoga.

### 2.1 Aktivizace v rámci sociálně pedagogického pohledu

Pojem aktivizace, jak uvádí Wehner (2013, s. 11), je odvozen od výrazu „aktivovat“, tj. uvést něco do pohybu, do činnosti; přimět ke (zvýšené) činnosti, zintenzivnit působení něčeho, vyvolat působení něčeho; pomoci něčeho dosáhnout vyšší účinnosti.

Průcha a Veteška (2014, s. 26 – 27) v jejich Andragogickém slovníku vysvětlují, že pojem „**aktivita**“ vyjadřuje nejen pohyb a činnost, ale i chování živých organismů. Jak dále tvrdí: „*U živočichů je aktivita zaměřena na uspokojování potřeb.*“ U lidí se pak rozlišuje, zda je tato aktivita ovlivněna, nebo neovlivněna vůlí (tj. uvědomovaná, či neuvědomovaná). Nejčastější aktivitou člověka je podle autorů práce, hra a učení. Aktivita jako edukační pojem pak představuje skupinu činností, při nichž musí člověk projevit svoji iniciativu, samostatnost, vynaložit větší úsilí a energii a celkově být výkonnější a efektivnější.

Aktivizace je tedy „*proces, kterým jsou lidé (jedinci nebo i skupiny) vedeny k činorodosti*“. (Kohoutek, 2015)

Z tohoto Kohoutkova tvrzení dále vychází Vojířová (2012) a ve svém článku charakterizuje „činorodost“ jako stav člověka, kdy má dobrý pocit z toho, že něco dělá sám pro sebe nebo pro své okolí. Dělí aktivizační činnost na dva typy. První z nich, vedou k získání něčeho nového, jsou pro člověka výzvou, vedou ho k nové zkušenosti, která jej aktivizuje. Druhé, vedou k udržení stávajících dovedností. Člověk, který byl aktivní dříve, nyní část schopností ztratil, potřebuje je udržovat a cítit při nich jistou podporu okolí. (Vojířová, 2012)

Pokud si položíme otázku, co nás samotné aktivizuje, přijdeme na to, že je to mnoho rozličných činností, které vykonáváme. Navíc, si myslím, že každého aktivizuje něco jiného.

„*Zda je člověk aktivizován určuje a vyhodnotí pouze on sám. Aktivizace ve svém významu tedy nemusí vždy znamenat aktivní způsob života.*“ (Vojířová, 2012) Pokud chce někdo takovému člověku opravdu pomoci, musí se snažit najít různorodé aktivity, a tím tohoto člověka motivovat.

Motivovat znamená, jak uvádí Svobodová (2010, s. 81), dodat energii organizmu, usměrnit naše chování tak, aby bylo dosaženo určitého cíle. Jak píše: „*Motivovat dokáže ten, kdo je sám motivován, je nadšený pro věc a vidí v tom smysl.*“ (Svobodová, 2010, s. 81)

Je třeba si uvědomit, že pro nemocného je velmi důležitá přiměřeně dávkovaná fyzická aktivita a příznivá psychická stimulace. Nemocný (v našem případě hematologický pacient) má spoustu nevyužitého času, které by bylo dobré organizovaně a účelně vyplnit. (Svobodová, 2010, s. 81)

A to je, dle mého názoru, také úlohou sociálního pedagoga. Snažit se v rámci svého sociálně pedagogického působení motivovat a hledat možnosti k aktivizaci i v oblasti hematologického pacienta.

Co se samotné aktivizace týká, neexistuje na ni podle Svobodové (2010, s. 81) přesný návod. Záleží jen na vynalézavosti toho, který tyto aktivizační metody poskytuje, jaké z nich zvolí, aby pacienta sice pozitivně stimuloval, ale zároveň nepřetěžoval.

Aktivizace se opírá o psychologii, pedagogiku i sociální vědy. (Kamanová, Tokovská 2014)

Sociální pedagogika je podle autorů považována za transdisciplinární obor, který sleduje roli prostředí ve výchově. Klíčovým momentem je záměr sledovat zvládání životních situací, bere ohled na sladění potřeb jednotlivce i společnosti a snaží se podporovat utváření optimálního životního způsobu. Důležité je, že se sociální pedagogika dá velmi dobře aplikovat do praxe právě jako snaha pomoci jedincům v jejich životní situaci. (Procházka, 2012, s. 65)

Bakošová (1994 In Procházka, 2012, s. 65) vnímá sociální pedagogiku jako hraniční disciplínu mezi pedagogikou a sociologií. Klade důraz na fakt, že sociální pedagogika „*zkoumá vztahy mezi sociálním prostředím a výchovou, formy sociální pomoci a péče o děti, mládež a dospělé, tedy člověka v sociálním prostředí.*“ (Procházka, 2012, s. 65)

Podle Procházky (2012, s. 66) Bakošová spojuje úkol sociálního pedagoga s pojmem „životní pomoc“ tj. pomoci člověku v různých situacích na jeho životní cestě. Předmětem zájmu sociální pedagogiky je promýšlet konkrétní postupy optimalizace a usměrnění životních situací a procesů s důrazem na vnitřní možnosti a schopnosti konkrétního člověka a jeho aktivitu. (Procházka, 2012, s. 66)

Sociální pedagogika je jednou z věd o člověku s prioritou životní pomoci zaměřující se na hledání optimálních forem, věnující dostatečnou pozornost a vyvážení nedostatků. Nabízí také komplexní péči a zajištění pomoci všem věkovým skupinám v různém



prostředí. Sociálně pedagogickým přístupem je snaha přesvědčit člověka (klienta) o jeho osobní zodpovědnosti za svůj život. (Vážanský, 2015, s. 36)

*„Umění přesvědčování, dokonalého získání sympatií, porozumění a důvěry znamená jistou nadstavbu sociálně pedagogického mistrovství.“ (Vážanský, 2015, s. 257)*

Aktivizace v rámci sociálně pedagogického pohledu by se tedy, dle mého názoru, dala chápat jako snaha pomoci potřebným (těm, kteří ztratili možnost aktivního využití volného času, tedy i nemocným) v tom smyslu, že jim nabídne možnost aktivity v rámci léčebného procesu pomoc naplnit „nevyužitý čas“.

## 2.2 Poskytovatelé aktivizačních metod

Po celé České republice existuje mnoho neziskových organizací a různých dobrovolnických center, která se věnují právě dlouhodobě nemocným, pomáhají jim zvládat různé aspekty a obtíže spojené s jejich onemocněním a potřebami (psychickými, sociálními, ekonomickými atd.). Mnohé z nich se přímo specializují na konkrétní typ onemocnění a nabízí všeobecnou pomoc. Většina takových center svou činnost koordinuje ve spolupráci s nemocnicí. Mnohdy spolupracují s nadačními fondy, které jim pomáhají s finančním a provozním zajištěním, organizací různých sbírek. Většina organizací, fondů a nadací je závislá hlavně na pomoci sponzorů.

Také hematoonkologický pacient se v různých fázích své nemoci může obrátit na některé z těchto organizací, které rozumí přímo jeho onemocnění. Většina z těchto organizací se zaměřuje vedle řešení řady problémů hematoonkologického pacienta i na aktivizaci, která je, jak jsem již napsala výše, v této situaci také velmi důležitá.

V následující části nastíním několik konkrétních příkladů neziskových organizací a dobrovolnických center. Soustředíme se právě na ty, jejichž cílem je aktivizace a různé aktivizační metody.

Jednou z těchto organizací je i nezisková organizace Amelie, která u nás funguje již od roku 2005. Zaměřuje se přímo na pomoc lidem s rakovinou. Ať už těm, kteří s ní bojují, nebo těm, kteří jsou v remisi<sup>3</sup>, a pomáhá jim žít aktivně. Zabývá se řadou projektů a aktivit,

---

<sup>3</sup> Remise – vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé. (Vokurka, Hugo, 2007)

jejichž společným cílem je, jak sama organizace na svých stránkách<sup>4</sup> uvádí: „*Pomoc onkologicky nemocným a jejich blízkým; cílem je snížit negativní dopady onkologického onemocnění na nemocného i jeho blízké.*“ Tato organizace se snaží být dostupná po celé republice, mít pobočku – Centrum Amelie – v každém kraji. Na poli aktivizace nabízí svým klientům individuální i skupinové aktivity, podporuje dobrovolnickou činnost. Provozuje také telefonickou linku – Linku Amelie, která občas nahrazuje chybějící centra Amelie a volajícím pomáhá s jejich problémy i touto cestou. Vedle informačního servisu a poradenství ve všech oblastech se zaměřuje na seberozvoj a fyzickou aktivizaci. Jedná se o relaxaci a dechová cvičení, arteterapii, nabízí možnost setkání a posezení v příjemném prostředí nad čajem či kávou. Mezi konkrétní programy, které tato organizace zdarma a pod vedením odborníků nabízí, patří například trénink paměti, podpůrná skupina, základy tajči, relaxací proti stresu, výtvarná dílna, pilates nebo čajovna. (Amelie, 2016)

Dále existuje občanské sdružení Lymfom Help<sup>5</sup>, které u nás také působí již od roku 2005. Vzniklo z iniciativy několika bývalých pacientů ve snaze pomoci dalším lidem, kteří trpí hematoonkologickým onemocněním – maligním lymfomem. Navazuje na práci lékařů a snaží se o vytvoření komplexní podpůrné péče a zázemí pro nemocné. Kromě obvyklých aktivit jako je setkávání pacientů, poskytování informací o tomto onemocnění, pořádají různé přednášky a semináře pro nemocné a jejich blízké. Protože je pro toto onemocnění nesmírně důležitý pohyb pro udržení svalové hmoty a kondice, organizace nabízí hlavně pohybové aktivity a cvičení (například jógu). (Lymfom Help, 2016)

Velmi podobné aktivizační služby poskytuje i nezávislé občanské sdružení Klub pacientů mnohočetný myelom<sup>6</sup>, které původně vzniklo v Praze v květnu 2006, nyní působí v Brně a má již pět regionálních skupin (Klubů), které postupně vznikaly v Brně, Praze, Hradci Králové, Plzni a Olomouci. Toto sdružení se zaměřilo na pomoc pacientům s hematoonkologickým onemocněním – mnohočetný myelom. I zde je velmi důležitý pohyb, sdružení proto doporučuje jógu či chůzi (velmi vhodná je podle nich chůze

---

<sup>4</sup> Dostupné z: <http://www.amelie-zs.cz/cz/o-nas/poslani>

<sup>5</sup> Dostupné z: <http://www.lymfomhelp.cz/>

<sup>6</sup> Dostupné z: <http://www.mnohocetnymyelom.cz/>

s nordickými turistickými holemi, neboli nordic walking, protože se zde do pohybu zapojí celé tělo, nejen ruce a nohy, ale i plíce). (Mnohočetný myelom, 2016)

Velmi potřebná jsou v této oblasti také dobrovolnická centra. „*Dobrovolníkem je každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí.*“ (Novotný, Stará 2002, s. 7)

Dobrovolníci se věnují nemocným v nemocnicích, starým lidem v domovech důchodců, docházejí do dětských domovů atd. Navštěvují je a pomáhají jim vyplnit jejich „volný čas“. Působí jako pomyslný „most“, spojnice mezi pacientem a „světem tam venku“. (Novotný, Stará 2002, s. 7 – 8)

Při Fakultní nemoci v Brně působí jedno z těchto center, Dobrovolnické centrum Motýlek<sup>7</sup>. Již od roku 2002 zajišťuje dobrovolnickou službu a poradenství. V současné době realizuje tři projekty: „Dobrovolníci dětem“ (v brněnské dětské nemocnici), „Dobrovolníci seniorům“ (v Léčebně pro dlouhodobě nemocné), „Lidská tvář“ (na Interní hematologické klinice FN Brno). V rámci těchto projektů se snaží nabídnout aktivity, které jsou vhodné vzhledem k onemocnění. (DC Motýlek, 2016)

Za pomoci dobrovolníků si tak mohou i pacienti na lůžkovém oddělení zahrát deskové a stolní hry, kreslit či navlékat korálky. Organizují se besedy, promítají filmy, poslouchá hudba. Když pacient požádá, dobrovolníci mu rádi přečtou knihu, článek v časopise či novinách, nebo ho doprovodí na vycházku. Vše samozřejmě s dovořením ošetřujícího lékaře a aktuálního zdravotního stavu pacienta. Dobrovolník také může po domluvě obstarat drobné nákupy. (Velebová, 2010)

Taktéž při Masarykově onkologickém ústavu na Žlutém kopci v Brně je již od roku 1995 v provozu Výtvarná dílna<sup>8</sup>. Její aktivizační činnost mohou využít jak pacienti lůžkové části tak ambulantní. (Výtvarná dílna, 2016)

Vedle výše popsaných center a neziskových organizací, fungují mnohá další stejně důležitá centra a dobrovolnické organizace, více či méně specializované.

---

<sup>7</sup> Dostupné z: <http://www.dc-motylek.cz>

<sup>8</sup> Dostupné z: <https://www.mou.cz/vytvarna-dilna/t4070>

### 2.3 Aktivizační metody a techniky

V první podkapitole této části jsem se zabývala samotnými pojmy aktivita a aktivizace, nyní popíši některé metody a techniky, které se podle mě zdají vhodné právě pro onkologické a hematoonkologické pacienty.

Při hledání materiálů o této problematice, ze kterých by se dalo vycházet, jsem narazila na zajímavý poznatek. V diskuzích odborníků panuje nejednotnost už v samotném vymezení základních pojmů aktivizace a jejich metod. Mnozí autoři se sice věnují aktivizaci žáků (třeba i s mentálním postižením) při výuce, další popisují aktivizaci seniorů, ale nepodařilo se nalézt publikace, které by se věnovaly přímo aktivizaci onkologických a už vůbec ne hematoonkologických pacientů. Přitom i v této oblasti je aktivizace velmi důležitá. Co víc, vypadá to, že zatím není k dispozici ani žádná obecně ucelená příručka aktivizačních metod a technik.

Neexistuje tedy proto ani nějaký konkrétní ucelený seznam aktivizačních metod, které by byly vhodné přímo pro hematoonkologické pacienty. A zároveň si musíme uvědomit, že pro každý typ hematoonkologického onemocnění je některá metoda vhodnější než jiná. Roli zde hraje také slovo ošetřujícího lékaře a zaujetí a motivace pacienta pro danou aktivitu. Bez ní to nejde.

V jedné z nejnovějších publikací spoluautorek Kamanové a Tokovské (2014, s. 62), které se zabývají tématem aktivizace seniorů s demencí, je několik vhodných postřehů, ze kterých lze vycházet a aplikovat je také na nemocných s onkologickým onemocněním krve.

Autorky nejprve nabízí členění aktivizačních metod podle Jurečkové z roku 2003, která tyto metody dělí následovně:

- 1. Aktivity uspokojující fyzické potřeby:** jsou zaměřeny na sport, pohyb, hudbu (s důrazem na sluch a dýchání), výtvarné práce (rozvoj jemné motoriky), péče o faunu a flóru
- 2. Aktivity uspokojující psychické potřeby:** hudba (relaxace), společenské (hry), informační, duchovní, procvičování paměti a vzdělávací aktivity, ruční a výtvarné práce (rozvíjí kreativitu), petterapie (věnování pozornosti)
- 3. Aktivity uspokojující sociální potřeby:** všestranné kolektivní aktivity (podporují kontakt s druhými), kulturní, společenské, participační (umožňují samostatně se rozhodovat), duchovní, ruční a výtvarné (dodávají pocit uznání a užitečnosti)

**4. Aktivity uspokojující duchovní potřeby:** duchovní (hledání smyslu života)  
(Kamanová, Tokovská, 2014, s. 62)

Jak je vidět, je zde nepochybně souvislost s výše popsaným biopsychosociálním dělením. Vhodnými aktivizačními metodami se pro hematoonkologické pacienty zdají být: **muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, canisterapie, pohybová aktivita, aktivity procvičující paměť.**

**Muzikoterapie** je léčba pomocí hudby. Jedná se o spontánní vytváření hudebních improvizací hrou na tělo, na hudební nástroje, zpěvem a pohybem. Tato metoda má diagnostické i terapeutické využití. Člověk při hudbě odhaluje svůj vnitřní svět, lze při ní vyjádřit pocity, které jsou jinak těžko sdělitelné. Klient dostane příležitost poznat sám sebe, rozvíjet svou kreativitu a sociální interakci, terapie pomáhá člověku dostat se z ustrnulého stereotypu.

V muzikoterapii rozlišujeme několik výrazových prostředků: **Hudební interpretace** (spočívá v reprodukci předem známého hudebního díla); **zpěv písní** (slouží k posílení dechu, pomáhá klientovi vzpomenout si na významné okamžiky jeho života); **poslech hudby** (nabízí relaxaci, vyvolává vzpomínky). Mezi další podpůrné metody patří **hudební vystoupení; pohybové aktivity při hudbě** (jsou významným prvkem v rozvoji kondice, svalové síly a přináší pozitivní prožitek) nebo **dechová cvičení**. (Muzikoterapie, 2016)

**Arteterapie** je aktivizační metoda, která využívá výtvarné techniky. Nejenže rozvíjí tvořivost, zároveň pomáhá člověku zmírnit úzkost, mění stereotyp, kladně ovlivňuje psychiku, dochází k harmonizaci osobnosti.

Tyto výtvarné techniky podporují zdraví a napomáhají k léčbě. Arteterapie je tedy na všech těchto úrovních léčebným procesem a lze ji uplatnit individuálně nebo ve skupině. Důležitý je zde především proces tvorby před samotným dílem.

Rozlišujeme receptivní a produktivní arteterapii. Receptivní, vnímá výtvarné dílo a vychází z toho, že umělecké dílo na jedince nějakým způsobem působí a umožňuje mu do něj promítnout své emoce a zážitky. Produktivní, využívá konkrétní výtvarnou činnost jedincem nebo skupinou. (Šicková-Fabrice, 2002)

**Ergoterapie** si klade za cíl podporovat zdraví a duševní pohodu člověka prostřednictvím smysluplné aktivity. Pomáhá mu zlepšit schopnosti, které potřebuje pro zvládnání běžných denních činností (pracovních nebo aktivit volného času). Usiluje o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života. Respektuje jejich osobnost, zdravotní stav a možnosti.

*„Ergoterapie je založena na předpokladu, že zapojení člověka do cílené a smysluplné činnosti podporuje jeho mentální a fyzické funkce, celkovou pohodu a vede ke zlepšení zdravotního stavu.“* (Ergoterapie, 2016)

Mezi oblíbené ergoterapeutické techniky patří například výroba a zdobení keramiky, malování na sklo, malování obrázků různými technikami, výroba ručního papíru, ubrousková technika, linoryt, práce s drátkem, perokresba, výroba svíček, mýdel, ruční práce (háčkování, šití, vyšívání, práce s bavlnkou atd.). (Co je ergoterapie?, 2016)

**Canisterapie**, neboli práce se psy, se využívá jako podpůrná léčba nejen pohybového ústrojí, ale kladně působí i na psychiku pacienta. Zabývá se duševní i fyzickou stránkou klienta. Přítomnost psa dokáže u většiny lidí vyvolat dobrou náladu a úsměv na rtech a jak je známo, úsměv léčí. Tato terapie může být jak individuální, tak kolektivní. (Canisterapie, 2016)

**Pohybová aktivita** je jako aktivizační technika pro některá hematologická onemocnění prospěšná. V této oblasti existuje mnoho různorodých, nenáročných a spíše relaxačních metod. Můžeme si vybrat mezi tajči, jógou, pilates nebo třeba taneční terapií.

**Tajči** - základy tajči nabízí jednoduchá relaxační cvičení pomáhající dostat tělo a mysl do stavu harmonie, sjednotit tak fyzickou a duševní oblast. Zlepšuje cirkulaci duševní síly.

**Jóga** – toto slovo můžeme přeložit jako „spojení – jednotu“. Jóga zahrnuje fyzické pozice, dechové cvičení a meditace. Pomocí jógy lze napravit různé části těla, které jsou poraněné nebo chronicky nemocné a tím podpořit jejich léčbu a regeneraci. (Reifenauer, 2016)

**Pilates** – je metoda zaměřena na posílení svalů celého těla, jeho flexibilitu, sílu a dýchání. Efektivní uplatnění nachází při obnově pohyblivosti po zlomeninách nebo úrazech svalů. Jedinci se učí vnímat své tělo, nacházet souvislosti v jeho fungování a zároveň ho zbytečně nezatěžovat. (O metodě Pilates, 2016)

**Taneční terapie** – je psychoterapeutická metoda s využitím pohybu v procesu podporující emoční, sociální, kognitivní a fyzické začlenění jedince. Jedná se o pohybovou aktivitu, při níž je možné setkat se s ostatními a zároveň se o sobě i něco dozvědět. Tato aktivita bezpodmínečně nevyžaduje, aby jedinec uměl tančit. (TANTER, 2016)

Další skupinou metod jsou interaktivní techniky a postupy, které pomáhají s tréninkem paměti. Patří sem různé netradiční křížovky, puzzle, hry atd., které zaměstnávají mysl. Některé z nich si níže přiblížíme:

**Křížovka:** Pacient se zabaví buď klasickou křížovkou, nebo křížovkou postavenou jinak než je obvyklé (přeházená písmena, tajenka napsaná pozpátku), čímž se stává složitější.

**Dvojice:** Pojmy napsané na kartičkách spojujeme podle různých souvislostí (např. k názvu písničky hledáme její text)

**Puzzle:** Tato technika pomáhá překonat únavu a zbystřit pozornost. Existují různé varianty skládaček, mnohé si můžeme vyrobit sami.

**Domino:** Vedle klasického domina, které všichni známe, můžeme tuto hru opět mírně pozměnit. Tato obměna vychází z techniky **dvojice**. Vyhotovíme kartičky s výrazy na jedné straně a na druhé straně s vysvětlením. Kartičky jsou ve tvaru domina, tudíž je třeba logicky poskládat v jisté návaznosti.

**Hledání chyb:** Principem je najít na obrázku nebo v textu chyby, které byly vytvořeny záměrně (např. na slepé mapě doplníme či opravíme špatně označená města či jiná zeměpisná místa). (Trdá, 2011, s. 74 – 96)

**Myšlenkové mapy:** Podstatou myšlenkových map je zapojení obou mozkových hemisfér, Podporují paměť, soustředění, kreativitu a aktivitu. Jejich podstatou je kombinace písemného a výtvarného zpodobnění myšlenek pomocí barev. Informace takto zaznačené si lépe zapamatujeme a vybavíme. Hodí se k plánování a organizaci myšlenek, napomáhají při zvládnutí problémů a koncentraci na věc (např. naučit se pomocí myšlenkové mapy naplánovat den). (Matysová, 2016)

Mezi aktivizačními metodami a technikami nalezneme také **metodu léčby prostředím**. Skálová a Škrla (2016) ve svém článku odkazují na mnohé studie, které dokládají, že velmi podstatnou roli v procesu uzdravování hraje také prostředí, ve kterém se tato léčba provádí

(např. většinou bude v lepší psychické pohodě pacient v místnosti, která nebude tolik připomínat „holé zdi nemocnice“, ale bude navozovat dojem „domácí útulné pohody“).

Mnozí odborníci zastávají názor, že metody jako muzikoterapie, arteterapie, canisterapie a ergoterapie je třeba dělat pouze s vyškoleným terapeutem, který je do jisté míry psycholog a dokáže snažení klienta zhodnotit. Souhlasím s tím, že pokud budeme snažení klienta hodnotit, je opravdu potřeba vystudovaný odborník (psycholog). Ovšem mnohé techniky jsou léčebné už jen proto, že je pacient dělá. Pokud výstupem nebude hodnocení, ale samotný proces práce, jehož přínos je nezpochybnitelný, domnívám se, že tehdy takový odborník není zapotřebí. Právě zde by ho mohl zastoupit sociální pedagog.

Něco podobného tvrdí Sekera (2012, s. 12), který upozorňuje na aspekty, jež hrají roli ve vnímání sociálně pedagogické práce jako činnosti terapeutické. Říká, že na pojem terapie nelze nahlížet pouze z pohledu medicíny, ale jako na prvek multidisciplinární.

Existuje tedy řada metod, které lze realizovat pod vedením „v oboru medicíny a psychologie nestudovaného“ sociálního pedagoga přímo na hematologickém oddělení (v čekárnách či na lůžkové části). Jejich cílem je hlavně zabavit pacienta aktivitami podporující léčbu a zdraví pacienta.

## 2.4 Sociální pedagog v roli realizátora aktivizačních metod

V této podkapitole se pokusíme zodpovědět otázku, jaké je vůbec postavení sociálního pedagoga, a také jaké jsou jeho možnosti coby realizátora aktivizačních metod u hematologických pacientů.

Pokud se v současnosti, jak popisuje ve své publikaci Bakošová (2008, s. 199 – 201), setkáváme s profesí sociálního pedagoga v rezortech jako je školství, vnějšková správa, kultura, spravedlnost, práce, sociální věci, rodina nebo jiné dobrovolnické a neziskové organizace, jestliže dokonce i v rezortu zdravotnictví se s nimi počítá v oblasti dětského lékařství a psychiatrických klinik, tak proč by se sociální pedagogové nemohli se svým vzděláním (pokud se ukázalo jako dostatečné při práci s nemocnými dětmi) zařadit také mezi pomocníky hematologických pacientů? Jak se totiž ukázalo, zdá se, že v literatuře se tomuto tématu autoři věnují minimálně, spíše vůbec ne.

Vážanský (2015, s. 256 – 257) dělí základní vlastnosti sociálního pedagoga na tzv. funkcionální a instrumentální. Mezi ty první řadí například citlivost k lidským



problémům, nezaujatost a poctivost, nestrannost a podporu člověka, ochotu pomoci, úsilí o aktivizaci klientů a rozvoj jejich osobního podílu na řešení vlastních problémů, komunikativnost. Do druhé skupiny patří například organizační dovednosti, rozhodování a cílevědomost při řešení problémů, věcnost a opravdovost, svědomitost, nápaditost, aktivita a kreativita, vnímavost a sociální představitost, duševní pohoda. (Vážanský 2015, s. 256 – 257)

Mezi stěžejní profesní kompetence Vážanský (2015, s. 256 – 257) řadí například poradenství, sociální diagnostiku, (re)edukaci, dovednosti terapeutické, organizačně manažerské, administrační, komunikační, sociální a výchovně rehabilitační a v neposlední řadě kompetence k aktivizaci.

Vážanský (2015, s. 258) také říká, že každá pozitivní snaha ze strany sociálního pedagoga se vrátí jako bumerang a vyvolá adekvátní reakci u nemocného, která se projeví ochotou pokračovat ve spolupráci, a tudíž motivuje obě strany.

Přídavné jméno „sociální“ v chápání pedagoga se vysvětluje, podle Němce (2002, s. 9), jako pomoc poskytovaná potřebným. Potřebnost pak má různý původ a příčinu.

Zauvažujme nad realizací konkrétních aktivizačních metod, které by mohl poskytnout právě sociální pedagog hematologickému pacientovi v jednotlivých obdobích jeho onemocnění. Jak jsem již výše popsala<sup>9</sup>, rozlišujeme čtyři stádia nemoci: **období prediagnostické, období stanovení diagnózy, období léčebné a období po léčbě.**

V prvním období, **prediagnostickém**, kdy se pacient potýká s nejistotou a úzkostí, protože neví, co ho čeká, a teprve lékařskou pomoc hledá, je důležité, aby ho lékař, ke kterému pacient přijde poprvé, odkázal na možnou pomoc sociálního pedagoga jako jednoho z odborníků (např. psychologa apod.). V tomto období ještě není pomoc sociálního pedagoga tolik podstatná, přesto však může pomoci například rozhovorem.

Během druhého období, **stanovení diagnózy**, může sociální pedagog kromě rozhovoru nabídnout pacientovi při jeho nekonečném pobytu v čekárně již konkrétní aktivizační

---

<sup>9</sup> Viz kapitola 1.2.

metody, které by mu zpříjemnily čekání a uvedly ho do rovnováhy a z části mu zaměstnaly mysl, aby nepřemýšlel nad svým zdravotním problémem.

Stejně možnosti jako v období předešlém má pacient i ve třetím stadiu, **období léčebném**. Právě zde, si myslím, je zapojení sociálního pedagoga do procesu klíčové. Pacient je již nějakým způsobem „smířený“ se svou diagnózou, dochází na pravidelné kontroly a má tedy čas, může, pokud chce, začlenit některou z aktivizačních metod do svého rozvrhu.

Ve čtvrtém období, **po léčbě**, již nedochází hematologický pacient na kontroly pravidelně, ale právě aktivizační metody ho mohou nasměrovat a ukázat mu, jak plodně využít svůj volný čas, aniž by se stresoval z možného návratu nemoci.

Co se právě hematologických pacientů (a onkologicky nemocných pacientů obecně) týká, pro všechna čtyři období je snad nejpodstatnější fází, která celou aktivizaci započne, rozhovor. Ten lze považovat také za jednu (ne-li hlavní) aktivizační metodu, kterou by mohl sociální pedagog poskytnout. Je vhodnější než „obyčejný“ dobrovolník bez sociálního vzdělání, protože v sobě spojuje tři základní složky nutné pro pochopení takto nemocného. Je zároveň sociologem, pedagogem i psychologem.

To dokazuje, že sociální pedagog, nemá dosud jednoznačně vymezen svůj předmět zkoumání. Jeho možnosti uplatnění se stále rozšiřují. Zkušený sociální pedagog by mohl pacienta inspirovat, naznačit mu jeho další směřování v životě. Může ho dovést k pochopení a pomoci mu změnit jeho životní podmínky. (Procházka 2012, s. 68, 76, 78)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 FORMULACE PROBLÉMU

Při své práci v dobrovolnickém centru jsem si uvědomila, že aktivizační služba by ve velké míře mohla pomoci pacientům v době mezi odběrem, vyšetřením a vlastní léčbou a zároveň by také mohla vést k odlehčení odborně specializovaného nemocničního personálu, který zajišťuje právě jejich léčbu a to využitím služeb sociálního pedagoga.

V praktické části jsem se proto rozhodla zjistit a popsat za pomoci kvalitativního výzkumu názor na tuto problematiku z různých úhlů pohledu. Svůj výzkum jsem zaměřila na čekárnu hematologického oddělení. Ze zjištěných informací bych se chtěla pokusit o sestavení designu aktivizační služby.

Tato kapitola je věnovaná zjišťování názorů a návrhu, jehož uskutečnění si lze představit zejména ve větším nemocničním zařízení. Tímto zařízením se mi jeví, jako nejvhodnější a mně dobře známe nemocniční pracoviště FN Brno.

Fakultní nemocnice Brno je největším zdravotnickým zařízením na Moravě a rozkládá se ve třech různých areálech – Bohunicích, Černých Polích a na Obilním trhu, má 56 medicínských útvarů (klinik a oddělení). Poskytují pacientům různých věkových kategorií specializovanou péči ve všech oborech medicíny. Tyto zařízení disponují moderním vybavením, týmy vzdělaných a zkušených odborníků, komplexním diagnosticko-léčebným zázemím a rovněž zde probíhá úzká vědecko-výzkumná spolupráce s Masarykovou univerzitou v Brně. Díky tomu se Fakultní nemocnice Brno řadí na jedno z předních míst českého zdravotnictví. Zároveň je FN Brno držitelem certifikátu kvality ISO 9001:2008 a prvním zdravotnickým zařízením v Evropě od roku 2011, které získalo certifikát NIAHOSM (pomáhá nemocnicím zkvalitnit péči o pacienty a jejich bezpečnost). (FN Brno, 2016)

Součástí FN Brno je Interní hematologická a onkologická klinika, kde se na vysoké úrovni realizuje komplexní péče o pacienty s nádorovými onemocněními krvetvorné tkáně a mízních uzlin (leukemie, lymfo, mnohočetný myelom atd.). Ke klinice patří řada specializovaných ambulancí. (FN Brno, 2016)

### 3.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je (A) zjistit názor odborného zdravotnického personálu a pacientů na zřízení „aktivizační služby“ do čekárny na hematologickém oddělení a (B) zachytit pohled jakou by tato „aktivizační služba“ měla mít reálnou podobu, tedy jak by měla vypadat v praxi. Na základě mnou zjištěných informací se pokusím o Design aktivizačních služeb, které budou mít za úkol naplnit „nevyužitý čas“ pacientů.

#### Dvě výzkumné otázky:

1. Jaký je názor odborného zdravotnického personálu a pacientů na umístění „aktivizační služby“ do čekárny na hematologickém oddělení?
2. Jakou formu (v případě praktické realizace) by měla mít „aktivizační služba“ v čekárně hematologického oddělení?

#### Otázky pro rozhovor – operacionalizace:

Jelikož se výzkum uskutečnil na IHOK DTC FN Brno, z toho důvodu se ve svých otázkách ptám:

- 1) *Jak podle Vás má vypadat „aktivizační služba“ na IHOK DTC FN Brno – co si pod tímto pojmem představíte?*
- 2) *Jaké aktivizační služby (typy aktivit), podle Vašich představ, by měly být poskytovány?*
- 3) *Kdo podle Vás by je měl zajišťovat z hlediska pracovní obsazenosti?*
- 4) *Kde by měla být aktivizační služba umístěna a jaké prostory by měla mít k dispozici?*
- 5) *Jakým přínosem pro pacienty podle Vás bude mít zřízení aktivizační služby?*

### 3.2 Metody výzkumu – analýza – rozhovory

Pro svoji práci jsem si vybrala **kvalitativní výzkum**. Strauss a Corbinová (1999, s. 10) uvádí, že „*termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“

Ve kvalitativním výzkumu lze zkoumat život lidí, příběhy, chování, chod organizace, společenské hnutí nebo vzájemné vztahy. (Strauss, Corbinová 1999, s. 10)

Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 10) je pojem kvalitativní výzkum zavádějící, neboť pro každého tento pojem může mít jiný význam.

Jako metodu sběru dat jsem si zvolila **rozhovor**. Jak uvádějí Švaříček a Šedová (2007, s. 159) je „nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu“. Dále uvádějí, že pomocí rozhovoru lze „zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu“. (Švaříček, Šedová, 2007, s. 160)

Použila jsem **polostrukurovaný rozhovor**, který se mi jevil jako nejvhodnější. Jak se uvádí v literatuře polostrukurovaný rozhovor „vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek“. (Švaříček, Šedová, 2007, s. 160) Výběr slov, vytváření a pořadí otázek během rozhovoru lze měnit.

### **Záznam a transkripce**

Záznam rozhovoru jsem pořizovala za pomoci využití diktafonu. Tento postup se mi jevil jako nejlepší, protože si člověk nemusí stihnout vše zapamatovat a může se stát, že si nestačí v rychlosti vše poznamenat, aniž by se musel opětovně zeptat a při tom tak nenarušit tok myšlenek daného informanta. Rovněž v případě zapisování poznámek by mohlo dojít ke ztrátě očního kontaktu, který si myslím, že je při rozhovoru hodně důležitý. Každému z informantů jsem individuálně přiblížila, čím se zabývám a jaký je cíl mého výzkumu. Před započtím rozhovoru bylo nutné jim vysvětlit, aby na pokládané otázky nahlíželi z pohledu „ideálního, dokonalého“ stavu a to z toho důvodu, že v současné době je situace na oddělení, co se týká prostoru značně stísněná, pacienti si nemají kam sednout a není tedy místa nazbyt, proto bylo třeba si představit „ideální a dokonalý“ stav a dosáhnout tedy jejich názoru neovlivněného reálnými faktory.

V literatuře kvalitativního výzkumu se píše o třech fázích, kterými by měli oba účastníci při rozhovoru projít, jedná se o fáze: úvodní, hlavní a ukončovací.

Fáze **úvodní**: Tato fáze probíhá před rozhovorem. Pro lepší orientaci jsem měla napsané na papíře téma své bakalářské práce, cíl výzkumu a otázky, které jim budou pokládány, protože jsem považovala za vhodné, aby informanti tyto otázky dopředu znali. Zároveň jsem jim nabídla možnost, pokud by si informant potřeboval „srovnat své myšlenky“, aby mi dal pokyn, a já diktafon pozastavím na pauzu a po „srovnání svých myšlenek“ budeme

pokračovat v nahrávání. Je známo, že nahrávání na diktafon nebo na jakékoliv zařízení vede k nervozitě jak informanta, tak i badatele a můžeme to označit jako oboustrannou nervozitu. Před začátkem rozhovoru bylo nutné se každého informanta individuálně zeptat na souhlas s nahráváním a rovněž ho ujistit, že bude dodržena důvěrnost a jeho anonymita. Informant byl poučen o ochraně osobních údajů, byl mu předložen informovaný souhlas k podpisu a jména, která jsou v práci použita, jsou smyšlená a nevedou tedy k odhalení skutečné totožnosti. Na vzor informovaného souhlasu pod označením PI se lze podívat v příloze.

Fáze **hlavní**: V této fázi proběhl samotný rozhovor a byla pořízena nahrávka na diktafon. V průběhu nahrávání využili někteří informanti možnost číst si otázky sami.

Fáze **ukončovací**: Poděkovala jsem informantovi a domluvili jsme se, kdy informantovi přinesu přepis rozhovoru, aby si ho mohl přečíst a popřípadě si ho uschovat.

### 3.3 Volba výzkumného souboru

Při výběru svého výzkumného souboru jsem zvolila **metodu záměrného výběru**, která byla zaměřena na informanty z Interní hematologické a onkologické kliniky Fakultní nemocnice Brno. Interní hematologická a onkologická klinika (IHOK) se zabývá diagnostikou a léčbou interních onemocnění. Jejich hlavní specializací jsou onemocnění krve a nádorová onemocnění krevetvorného systému. Jelikož Interní hematologická a onkologická klinika má široký záběr, soustředila jsem se ve svém výzkumu jen na hematologickou ambulanci IHOK, která se nachází v 5. patře Diagnosticko-terapeutického centra (DTC).

Náplní hematologických ambulančí IHOK je diagnostika, ambulantní léčba a sledování pacientů s hematologickými onemocněními.

Před zahájením výzkumu jsem se obrátila na oddělení organizace řízení FN Brno s žádostí a po jejím schválení mi bylo umožněno realizovat rozhovory ve Fakultní nemocnici Brno v ambulantní části IHOK, Diagnosticko-terapeutického centra (DTC).

Celkem bylo osloveno šest osob: lékař, lékařka, psycholog, všeobecná sestra, pacient a pacientka. Toto složení informantů bylo zvoleno z důvodu, aby se mi podařilo zaznamenat více úhlů pohledu.

S každým jsem se předem domluvila, zdali souhlasí být mým informantem a zároveň jsme si stanovili i datum rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněné během jednoho měsíce,

probíhaly zcela dobrovolně a individuálně s každým informantem. Výběr místa, pro uskutečnění rozhovoru, jsem ponechala na informantovi. Měla jsem pro rozhovor připravených 5 otázek a v případě potřeby jsem se informantů doptávala pomocí otázek doplňujících.

Na začátku svého výzkumu jsem měla záměr oslovit 5 informantů. Avšak při oslovení jednoho z informantů s žádostí o rozhovor jsem se „zalekla“, neboť mi paní lékařka sice rozhovor přislíbila, a dokonce jsme se domluvily i na termínu nahrávání, ale zároveň zastávala názor, že je to nesmysl, protože na oddělení není místo a jsou zde jiné problémy, které je potřeba řešit. Chtěla bych podotknout, že tuto paní lékařku znám už mnoho let a nesmírně si jí vážím. Přiznám se, že na základě mého „zaleknutí“, že její odpovědi budou jen negativního charakteru, jsem od ní odešla s tím, že oslovím jiného lékaře, ale nakonec jsem si uvědomila, že ve výzkumu nemusí být jen odpovědi „pozitivní“. „Negativní“ odpověď je také odpověď. Za touto lékařkou jsem tedy šla a udělaly jsme rozhovor. Přesto jsem nakonec oslovila ještě jednoho lékaře a jsem za to moc ráda, protože do mého výzkumu přispěl zajímavým názorem.

Jak jsem už výše poznamenala, nakonec bylo do mého výzkumného souboru osloveno celkem šest osob. Tento výzkumný soubor byl poskládán tak, abych získala názor od obou pohlaví tedy např. lékař/lékařka, pacient/pacientka. Zbývající dva názory a to jak od všeobecné sestry, tak od psychologa jsou pro můj výzkum rovněž důležité, jelikož mi dodávají jiný úhel pohledu.

### **Výzkumný soubor**

Rozhovor s informanty byl předem domluvený. S odborným zdravotnickým personálem se uskutečnil buď před pracovní dobou, nebo hned po době pracovní, s pacienty se uskutečnil v dopoledních nebo odpoledních hodinách. Všichni informanti si dopředu prostředí sami zvolili. Rozhovory probíhaly v příjemné a přátelské atmosféře.

Pro zachování anonymity neuvádím informace o informantech a informanti vystupují pod označením I1, I2, I3, ... , I6. Toto označení jsem informantům přiřadila podle pořadí, jak se uskutečňovaly rozhovory a nadále je tak budu pojmenovávat.



**Informant č. 1 (I1):**

*Všeobecná sestra*, která působí na DTC Interní hematologické a onkologické klinice FN Brno. Rozhovor se uskutečnil 9. 03. 2016.

**Informant č. 2 (I2):**

*Psycholog*, je klinickým psychologem Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno. Specializace: psychoonkologie, psychosomatická péče. Rozhovor se uskutečnil 9. 03. 2016.

**Informant č. 3 (I3):**

*Lékařka*, Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno. Rozhovor se uskutečnil 9. 03. 2016.

**Informant č. 4 (I4):**

*Lékař*, Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno. Rozhovor se uskutečnil 15. 03. 2016.

**Informant č. 5 (I5):**

*Pacientka*, Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno. Onemocnění – mnohočetný myelom. Pacientka pravidelně dochází každý týden na léčbu. Rozhovor se uskutečnil 16. 03. 2016.

**Informant č. 6 (I6):**

*Pacient*, Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno. Onemocnění – mnohočetný myelom. Pacient pravidelně dochází každý týden na léčbu. Rozhovor se uskutečnil 17. 03. 2016.

**Analýza dat**

Analýzu dat jsem provedla pomocí **otevřeného kódování**. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 43) jedná se o „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ V průběhu otevřeného kódování jsou informace rozloženy na samostatné části, posléze jsou podrobně prozkoumány, porovnáním jsou zjištěny shody a rozdíly. Během tohoto postupu jsou posuzovány a zkoumány naše vlastní i cizí domněnky o jevu, a to vede k novým objevům.

Jako techniku, kterou považuji za nejvhodnější, jsem zvolila tzv. **techniku vyložení karet**. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 226) tuto techniku nazývají „*tou nejjednodušší nadstavbou nad otevřené kódování, jakou si lze představit*“. Výzkumník vezme kategorizovaný seznam

*kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.“*

### 3.4 Analýza výsledků rozhovorů

Na základě proběhlých analýz (rozbor, rozdělení jevů) z přepisů rozhovorů s odborným zdravotnickým personálem a pacienty Interní hematologické a onkologické kliniky, Diagnosticko-terapeutického centra mi vzniklo pět **kategorií**.

#### **Kategorie:**

1. Představa a podoba aktivizační služby
2. Typy a druhy aktivit
3. Personální zajištění
4. Prostorové a materiální zajištění
5. Vliv na pacienty

#### **1. Představa a podoba aktivizační služby**

Z těchto odpovědí bylo vidět, že všichni informanti zapřemýšleli o pacientech, o době strávené v čekárně při čekání na výsledky, při čekání na chemoterapii nebo na nějakou léčbu a o situaci na oddělení. Všichni informanti v rozhovoru zmínili, že na tomto oddělení je doba čekání dlouhá.

Informanti si uměli představit, co znamená pojem aktivizační služba.

Informant I1 při rozhovoru řekl, že aktivizační služba znamená: „*zapojení nějaké aktivity u pacientů*“ [I1/6] a představuje si pod tím „*činnost pacientů, zapojení nějaké manuální práce, anebo třeba naopak nějakou hru*“. [I1/10] Jeho názor je: „*vyplnit jim volný čas*“. [I1/7]

Informant I2 uvedl, že „*by to měla být nějaká možnost*“ [I2/3], „*možnost pro ty pacienty*“ [I2/4], která by se uskutečňovala v mezičase. Mezitím jak pacientům vezmou krev a potom než jdou k doktorovi na vyšetření nebo na kapačku. Myšlení informantů I1 a I2, bylo ohledně dlouhé doby čekání shodné. Informant I2 si myslí, že mezi touto dlouhou dobou čekání by měla být „*možnost, čím se ti lidi můžou zabavit, ale zároveň odvést pozornost*“.

[I2/7] „Zaktivizovat se, prostě pobavit se“. [I2/8] Dále dodává „aby dostali do jisté míry možnost si to vlastně užít“. [I2/9] „Užít nějak jinak“. [I2/12] „Důležité, aby to nebylo povinné, aby to nebylo, teď všichni jdeme stříhat hvězdičky, ale aby každý měl jakousi míru volnosti“. [I2/13] „Takže dobrovolná záležitost, dostupná“ [I2/15] a zároveň, aby to mělo nějaké vedení, aby „tam byl někdo, kdo s pár lidmi něco dělá“. [I2/16] Taktéž, aby ti lidi měli možnost okamžitého přerušování činnosti a odchodu od rozdělané práce nebo možnost si dělat něco sami.

Informant I3, kterému současná situace na oddělení trochu překážela v představitosti, k aktivizační službě na ambulanci řekl, že „by mohla být, ale určitě si myslím, je to relativně obtížná problematika, protože ten prostor, který lze využít je relativně malý. Myslím, tím opravdu prostor, ne čas, času je hodně“. [I3/6]

Informant I4 vyjádřil názor, co se týká této kategorie, že aktivizační služba by měla být „nenáročná na pacienta“ [I4/1], měla by být zajímavá nebo „atraktivní pro pacienta a něco mu určitě přinést i kromě toho, že se aktivizuje“. [I4/3] Podle informanta I4 aktivizační služba znamená změnu. Změnu toho, že „pacient sedí v čekárně na to [I4/33]; že tam vytváří nějakou činnost, která mu jednak zkrátí čekání na ambulanci a jednak ho nějakým způsobem i dokáže informovat o nějakých dalších záležitostech, buď které souvisí s nemocí, anebo i nějakých jiných zajímavostech, které s tou nemocí nesouvisí. Že nějaká taková činnost, která dokáže řekněme pacienty dostat ze sedaček, do nějaké činnosti, aktivity. Z pasivního sezení do nějaké činnosti“. Dále informant I4 uvedl, že si dokáže v čekárně představit uskutečnění přednášek nebo seminářů pro pacienty od odborníka nebo od člověka, který se zabývá zajímavou činností. Říká, že by tam „bylo nějaké plátno a nějaký člověk by tam vykládal o nějaké zajímavé činnosti“ [I4/45]; „o nějaké třeba záležitosti, která souvisí se zdravotnictvím“ [I4/46]; „anebo o nějaké záležitosti jiné“ [I4/47]; „Cestovatel například, který prošel nějakým onemocněním, vyléčil se a procestoval potom nějakou zemi, tak by tam například mohl ukazovat nějaké fotky, jako třeba nějakou reportáž z té jeho cesty“. [I4/48]

Představa o aktivizační službě informanta I5 je taková, že si představuje „něco tak, aby ti pacienti, co čekají na kontrolu, tak aby se neřvali nečinně na sebe, aby se nějak mohli zapojit do nějaké činnosti“. [I5/4] Vyjádřil názor, že by to mohly být ruční práce, hry nebo možnost si jen tak povykládat, jednoduše řečeno prostě si ulevit. „Také aby se nemuseli přemýšlet o těch nemocích, co mají“. [I5/6] „Aby si ti pacienti, kteří teda nechtěli se

*zúčastnit nebo dát do kolektivu, tak ... zůstali v čekárně a ti co chtějí, tak by si zahráli nebo si povykládali a ulevili si a nebylo by to tak dlouhé“.* [I5/14]

Poslední můj informant I6 v tomto výzkumu uvedl, že si myslí, že by aktivizační služba měla „*splňovat smysluplné vyplnění čekacího času*“. [I6/11] Informant I6 na otázku, co si představí, říká: „*psychickou, psychologickou pomoc, ale i nalezení nových možností*“. [I6/14]

## **2. Typy a druhy aktivit**

Tato kategorie pro většinu informantů, co se týká odpovědí, složitá nebyla. Informanti sem zařadili aktivity různých typů a druhů. Uvedli různé příklady, proč je dobře dělat „to nebo ono“. Sdíleli své postřehy. Byly zmíněny aktivity, jako například společenské a myšlenkové hry, hry na počítači, manuální práce atd.

Informant I2 uvedl zajímavý případ jedné pacientky, která nemohla dělat skoro nic, přesto našli společné řešení a to, že bude dělat origami. Podle informanta I2 by mohlo být v této kategorii: „*tvoření třeba s papírem, s barvami*“. [I2/26] Dále „*myšlenkové věci*“, [I2/28] „*věci, které jsou kognitivně, vlastně náročné*“. [I2/29] „*Doplňovačky, nebo nějaký hlavolamy*“ [I2/18] „*Tvořivé vyrábění, stříhání*“. [I2/24]

Podle informanta I1 by se mohlo jednat o „*karetní hry, jak je to pexeso, karty, to domino*“, [I1/27] dále výroba „*obrázků, lepení třeba nějakých korálků na nějaký karton* [I1/36]; výrobky, třeba i z papírů, z barevných papírů, špejle různé, různé vlny, bavlnky“. [I1/40] Aktivity, u kterých člověk přemýšlí, jako například: „*na počítači různé hry, třeba i křížovky, sudoku nebo nějaký ten slovní fotbal*“ [I1/29] nebo manuální práce, které informant I1 dále vyjmenovává: „*navlékání nějakých korálků, pletení, háčkování* [I1/19]; výroba třeba nějakých okrasných deček“. [I1/35]

Informant I3 považuje za vhodné aktivity například: „*nějaké společenské hry*“. [I3/35] Zároveň si myslí, že by část lidí v čekárně „*přivítali už jenom to, že by tady byly časopisy nebo by byla možnost třeba sledovat v televizi nebo na obrazovce nějaký pozitivní program*“. [I3/38] Avšak vidí trochu problém v různých věkových skupinách, jelikož jednu skupinu by zajímal sport, druhou skupinu spíše romantika a někoho naopak soutěž a dokumenty.

Informant I4 si dokáže představit, jako druhy aktivit např. semináře, manuální práci, arteterapii nebo ukázkou výroby něčeho, co by si pacienti potom sami zkusili. Dalšími

variantami by mohly být: „malování na sklo, navlékání korálků, výroba nějakých drobných záležitostí“ [I4/57] nebo by tam podle informanta I4 mohla být ukázka, prezentace, jak se jednotlivé techniky dělají. Pro mladší pacienty by jednou z možností aktivit mohly být „kompjútry“. [I4/66]

Co se týká informanta I5, do této kategorie by zařadil ruční práce, hry, sudoku, háčkování nebo hru „Člověče, nezlob se“. Při zmínce o této hře se informant usmál.

Z rozhovoru a z informací od informanta I6 sem lze zařadit například jednoduchou rukodělnou výrobu, stolní hry. Jako samozřejmost považuje záležitost Wi-Fi, avšak dodal, že tato záležitost může být i za poplatek. Dále uvedl, že by tam mohl být „počítač“. [I6/74]

### 3. Personální zajištění

Personální zajištění je jedním z důležitých faktorů při fungování „aktivizační služby“. Informanti na mnou položenou otázku ohledně aktivizační služby, kdo by ji měl zajišťovat z hlediska pracovní obsazenosti, neměli jednoznačnou odpověď. Většina si myslí, že by to měli být dobrovolníci.

Informant I1 si myslí, že by to měl být „tým dobrovolníků“ [I1/45], „dva, tři lidi“ [I1/96], z jeho pohledu „určitě nějaký studovaný, kteří mají nějakou praxi s poskytováním těchto služeb, aby vlastně věděli, co těm lidem mají nabízet“ [I1/46], a že by tu „práci měli znát a umět“. [I1/49]

Informant I2 mi sdělil, že se v této oblasti nevyzná a neví, kdo poskytuje volnočasové zajištění. Řekl: „Určitě by bylo dobře, aby to byl někdo v téhle oblasti vzdělaný“. [I2/36] „Bylo by fajn, kdyby to bylo namixované, kdyby to byl někdo, kdo je odborník, kdyby u toho byl student, který by to měl v rámci praxe, a kdyby to byli dobrovolníci, kteří sami jsou pacienti“ [I2/38]

Informant I3, I4 a I5 si také myslí, že by to měli být dobrovolníci. Zároveň informant I3 zauvažoval nad tím, jak získávat tu správnou skupinu dobrovolníků.

Informant I4 si myslí, že by to mohli být dobrovolníci, kteří pracují v dílnách pro jiné klienty a současně by docházeli na ambulanci, kde by s pacienty vyvíjeli nějakou činnost. Informant I5 si myslí, že by to mohli být tři až čtyři lidi. Řekl: „Dobrovolníci, anebo studenti, kteří dělají nějakou tu psychologickou nebo pedagogickou školu“. [I5/18] Po této

věť mi informant I5 začal vyprávět o své vnučce, která studuje pedagogickou školu a chodí za dětmi na onkologii.

Informant I6 si myslí, že by to v ideálním případě měl být dobrovolník, po uvážení doplnil: „*Nejlépe dva, kteří by se vlastně věnovali nějaké té činnosti, té rukodělné ... prostě nějakým takovým těm záležitostem, hrám atd.*“ [I6/45]; „*Potom by to měl být člověk, který by tam to třeba zastřešoval a dělal by nějakou tu pomoc, tu psychologickou nebo já nevím, jak to přesně nazvat* [I6/46]; *případně by tam mohl být vyšší specialista, psycholog, který by tam třeba na to oddělení nebo do té aktivizační služby docházel v nějaké periodě časové*“. [I6/48] Na odbornost pracovního zajištění informant I6 ve svém rozhovoru poukazuje několikrát. Říká, že by bylo dobré, kdyby na oddělení byla možnost „*promluvit si tady s nějakým tím odborníkem, případně psychologem, kde by spoustu otázek pomohl těm lidem vysvětlit, pomohl by třeba i změnit náhled na nemoc, na život, aktivizovat je k tomu, aby s touto nelehkou životní situací nebo s touto životní situací se dokázali vyrovnat, bojovat*“. [I6/35]

Na závěr bych k této kategorii chtěla uvést poznámku, kterou na konci svého rozhovoru poznamenal informant I1, že pro něho by bylo hrozně důležité „*aby to byli lidi, kteří mají nějaký vztah k lidem, a aby se k těm lidem chovali hezky*“. [I1/115] Protože si myslí, že se jedná o hematookologii, kde pacienti bojují o život, a je od personálního zajištění očekáváno, že ten „*přístup, k těm pacientům musí být kladný a krásný*“. [I1/118]

#### **4. Prostorové a materiální zajištění**

V kategorii prostorového a materiálního zajištění, která je hodně obsírná, jsou zahrnuté různé stránky pohledů informantů. Jako například: kde by se měla „aktivizační služba“ nacházet, co by tam mělo být, jak by to mělo být zajištěno atd. Tyto pohledy se u informantů ne vždy shodují. Většina mluvila o nedostatečném prostoru. Všichni informanti neustále naráželi na to, že si pacienti v současné době nemají kam sednout.

Informant I2 v této kategorii zdůrazňuje, že mluvíme čistě hypoteticky a řekl, že umístění aktivizační služby by mělo být „*součástí té čekárny*“ [I2/51]; „*kdyby to byl nějaký kout*“. [I2/52] Zajímavé je to, že myšlenky informanta I1 jsou stejné jako u informanta I2, protože vidí jako jednu z možností čekárnu a „*vymezený nějaký prostor, koutek*“. [I1/61] Líbí se mi nápad informanta I1, že by se tam nacházely skládací stoly anebo stoly přimontované na zdi, které by se v případě potřeby spustily, kolem toho by se dali židle a pacienti by si

mohli například zahrát hry nebo něco vyrábět a kdyby zájem nebyl, tak by se ty stoly složily, čímž by se ušetřilo místo. Pro uložení materiálů by byly k dispozici „skřínky, bedýnky, košíčky“. [I1/65] Informant I1 si myslí, že v čekárně pro pacienty by mohly být k dispozici počítače, tablety nebo notebooky, které by byly „uloženy na místa, která budou pod zámkem“. [I1/82] Klíče by měla zodpovědná osoba. „Ostatní pomůcky, jako jsou třeba karty a pexeso a různé takové materiály“ [I1/86] by se daly do „krabiček, košíčků a dat do nějakých skříněk, které by byly třeba vysunovací, aby k tomu i pacienti potom měli volný přístup, kdyby chtěli něco vytvářet“. [I1/88] Podle informanta I1 by to mohly být „regály s nějakými krabičkami“. [I1/92]

Informantu I3 dělalo problém si něco takového představit, jelikož současný stav na oddělení ovlivňoval jeho úsudek, i když jeho názor pro tento výzkum měl být za „ideálních“ podmínek. Jelikož se v ranních hodinách sejde v čekárně velké množství lidí, uvažovala spíše realisticky o velikosti prostoru, a řekla, že by to měl být „minimálně ten sál, který má k dispozici nemocnice a bývají tam prostě nějaké přednášky a mítinky“. [I3/63]

Podle informanta I4 by aktivizační služba měla být umístění, jak sám říká: „bud' teda v blízkosti čekárny, že by tam byl vyhrazený nějaký koutek“ [I4/96], kde by byly stoly, na kterých by se ukazovaly nějaké ukázky těch činností anebo „v nějaké mírně oddělené místnosti“ [I4/98], kde by mohlo být plátno, sedačky a pódium. V čekárně by měl být dopředu vyvěšen program, buď na ten den, nebo na týden, anebo na měsíc. Říká: „Bude tam třeba seminář pacienta, který prodělal akutní leukemii a uzdraven, anebo bude tady ukázka výroby malování na sklo“. [I4/103]

Názor informanta I5, co se týká prostoru je: „Aby byla na to nějaká místnost zvlášť“. [I5/13] A dodává: „Kdo bude chtít, tak at' si zůstane v čekárně, všichni nejsme na to, aby se zapojili do nějakého kolektivu, ale kdo bude chtít, tak at' si zajde do té místnosti, kde na to bude vyhrazena ta místnost“. [I5/32] Dále uvedl, že by tam měla být nějaká křesla, do kterých by si pacienti „pohodlně sedli, kdo bude chtít, takže si tam může třeba vyšívát, plést pohodlně v tom křesílku a kdo bude chtít třeba zahrát karty nebo nějakou tu hru, tak zase nějaký stoleček, a aby si takhle se k tomu sedli a zahráli si u toho stolu“. [I5/39]

Odpověď informanta I6 se v něčem shodovala s odpovědí informanta I5. Informant I6 řekl, že umístění aktivizační služby by mělo „navazovat na prostor čekárny“ [I6/57], a nemělo by být „přímo součástí té čekárny“. [I6/57] Dále dodal stejně jako informant I5, že kdo bude chtít, tak využije aktivizační službu, a kdo nebude chtít, tak zůstane v čekárně

se svým problémem, ale zároveň ten člověk bude mít možnost „krajem oka“ vidět, že je nějaká možnost k zapojení. O prostoru informant I6 řekl, že ten prostor by „*tím pádem umožňoval rychlé pokračování v navazující léčbě, přechodu do ambulance, neměla být nikde vzdálená, ale současně si nemyslím, že by měla být součástí čekárny. Myslím si, že by měla být třeba oddělená nějakou příčkou jednodušší*“. [I6/63] Dodal, že by tam byly stoly, lavice, skřínky na uzavření materiálů.

Na závěr kategorie **prostorové a materiální zajištění** bych chtěla dodat ještě část z rozhovoru informanta I2, který hovořil o tom, jak by to mělo vypadat. Říká: „*Aby do jisté míry si to ti lidi sami mohli vybrat nebo na to aspoň viděli, nějak, tak si myslím, už to je by motivovalo, že by se podívali. Minimálně i ti, kteří by třeba na začátku nevěděli, že to chtějí, tak už tím, že by to viděli, některý ty výrobky nebo by viděli, že vlastně tam někdo, něco dělá, tak by tohle samotný je namotivovalo, anebo už by se jenom dívali na to, jak ti druzí něco dělají. Připadá mi, že to je vlastně stejný mechanismus, jako je reklama velké výlohy. Kde vlastně ty činnosti sami přitahují nebo ty aktivity samy by přitahovaly. Takže by to mělo být něco, co nebude schované ve skříni za pultem a někdo si musí říct, ale optimální by bylo, kdyby ti lidi aspoň tušili, co je možného vybrat nebo nabídnout*“. [I2/53]

## 5. Vliv na pacienty

Tato kategorie je ze všech výše uvedených kategorií nejdůležitější.

Informant I1 si myslí, že přínosem „*pro pacienty to bude obrovským*“ [I1/103], protože se domnívá, že dlouhá čekací doba, kterou zde pacienti tráví, je potřeba něčím vyplnit. Část pacientů po odběru krve někam odejde a vrátí se za několik hodin. Další část pacientů odejít nemůže a tak zůstává v čekárně. Informant I1 říká: „*Myslím, že ta hra, která je tady vlastně zabaví, je určitě obrovským přínosem*“ [I1/106]; „*zabavit se tady nějakou hrou nebo nějakým pletením, nebo nějakým výtvozem, který si třeba pak může i odnést domu a někomu ho darovat*.“ [I1/110] Dále ještě dodává, co se týká naučení nějakých manuálních prací, že si myslí, že tyto činnosti jsou dnes zapomenuté a říká: „*My tady máme pacienty mladé, takže si myslím, že by to bylo pro ně přínosem i potom vlastně na domácí prostředí, kde by si vlastně tuto činnost mohli třeba rozšiřovat, provozovat, mohli by to naučit i třeba své kamarádky nebo nějaké blízké v domácnosti*“. [I1/21]

Informant I3 vidí přínos aktivizační služby pro pacienty v tom, pokud „*žijí sami, nemají rodinu. Protože to určitě každý ze zdravotnických pracovníků potvrdí, že takový člověk je*



*velmi rád, když se ocitne ve společnosti a to mu naopak ani nevadí, že tady čeká tolik hodin“.* [I3/71] Dále uvedl, že si pacienti mohou navzájem sdělovat pozitivní a negativní zážitky a vzájemně si mezi sebou přenášet určité zkušenosti s komplikacemi léčby, s různými druhy vyšetření nebo i s různými lékaři a sestrami. *„Je to svým způsobem taková psychologická podpora“.* [I3/79] Informant I3 ještě doplňuje ohledně přínosu aktivizační služby pro pacienty: *„Já si myslím, že ta aktivizační služba, co by reálně mohla přinést, tak to je sociální kontakt [I3/92]; Sociální kontakt, kde opravdu člověk, třeba když přestane chodit do práce, protože je doma, tak to mu chybí“.* [I3/93]

Informant I4 v aktivizační službě pro pacienty vidí *„nejpraktičtější přínos“* [I4/110] v to, že to pacientům *„zkrátí tu dobu čekání na ambulanci nebo v té čekárně“.* [I4/110] Pacient se zde může setkat s nějakou činností, která ho bude zajímat, bude ji potom dál rozvíjet mimo čekárnu, mimo zdravotnické zařízení a bude to mít, jako svůj koníček. Získá novou zálibu například v malování nebo ve výrobě čehokoliv. Říká: *„Vím, že někteří pacienti často prostě jsou buď doma, anebo v nemocnici. Nic jiného je prostě nezajímá, nemají žádného koníčka. Tak je to prostě možnost se setkat s nějakou zajímavou činností“.* [I4/114] Vysvětluje, že to všechno dokáže působit na psychiku pacienta a doplňuje: *„často se stává nebo velmi často ti pacienti pokud přijdou potom dlouhém čekání do ordinace, tak jsou nervózní, často mají vysoký tlak, jsou takoví, jakože v napětí – Co je? Co je čeká? – a myslím si, že by tohle i dokázalo působit na tu psychiku, že by jim to, řekněme, snížilo tu tenzi, když čekají, tu psychickou tenzi, když čekají na výsledky a tak, jako nějak celkově je dostalo víc do pohody. To si myslím, že by byl, asi hlavní úkol, který by tohle mohlo přinést“.* [I4/118]

Do této kategorie jsem zařadila myšlenku informanta I5, kterou v našem rozhovoru několikrát použil a to, že zřízení aktivizační služby bude přínosem pro pacienty v tom, že by pacienti *„přišli na jiné myšlenky, nepřemýšleli by nad nemocemi“.* [I5/44]

Zřízení aktivizační služby pro pacienty podle informant I6 by *„přispělo, ke zklidnění atmosféry v čekárnách, zlepšení psychické pohody a zatížení pacientů“* [I6/82]; *„vyplnění čekacího času mezi odběrem, ambulantním vyšetřením a vlastním ošetřením“* [I6/11]; *„pacienti by při tomto, se snáze seznámili, vyměnili by si pocity, zkušenosti. Tím by vyplňovali čas“.* [I6/22] Přispělo by to k *„nalezení nových možností, výměnu zkušeností, jak být užitečný, jak se nevzdávat v této nejednoduché situaci, v té nemoci“.* [I6/15]

Odpověď informanta I2 jsem ponechala nakonec. Informant I2 si myslí, *„že by to bylo velmi přínosné“.* [I2/65] Dále dodává: *„co mně vypráví pacienti, kteří tímhle prochází je,*

že jsou tam trošku, se cítí v pasti a ta aktivizační služba by dala těm lidem možnost hrát si, možnost příjemně strávit doslova „nepříjemný čas“, který v spoustě těch lidí vytváří pocit hrůzy a strachu, a nejistoty a v tom kontextu toho velmi stísněného prostoru a nahloučených nemocných lidí, kteří všichni vypadají nemocně, a nikdo to prostě nezakryje, tak mnoho z nich mně vypráví o tom, že by si chtěli s někým povykládat, ale zároveň je jim nepříjemné nebo mají strach toho druhého oslovit. A kdyby tam byl někdo, kdo jim pomůže. Aby ti, kdo si chtějí povídat, tak ti si nějak povídají, a nějak tvoří a ti, kdo potřebují být sami, tak jsou si v klidu a jsou sami a jsou schováni někde v rohu, protože nechtějí se aktivizovat, tak já si myslím, že by strašně to těm lidem zkvalitnilo „ten čas“. A já když jsem se bavila s lidmi, kteří trpěli velkými úzkostmi, a ptala jsem se jich, co vlastně potřebují, když třeba mají fobii z toho jít tam zpátky do toho, tak říkali: „no tam není nic, co bych si mohl příjemně zažít, co bych si mohl užít“. Tak, kdyby tam bylo aspoň něco, co by z toho děsivého zážitku jim udělalo neutrální nebo dokonce příjemný zážitek a odvedlo tu pozornost od toho, že jsou nemocní, často se cítí jako odsouzenci na smrt, do toho, že jsou lidské bytosti, které si ten život aj umí užít a umí si hrát a můžou si najít místo, čas, nějaký prostor, ve kterém jsou spokojení, tak to by byla ohromná služba, kterou bych strašně ocenila“. [I2/65]

Na závěr bych chtěla uvést ještě jeden poznatek informanta I2 a to, že „ve své podstatě nejde o tu činnost samotnou, ta je jenom takovou, jakoby nosnou silou, ale to, co je zatím je právě sdílení, to užívání si té činnosti, to setkávání těch lidí nebo to je minimálně stejně důležité, jako ta výroba samotná“ [I2/41] a dodává, že nejde o výrobky jako takové, ale o samotný proces.

### **3.5 Závěr = Design aktivizačních služeb pro hematoonkologické oddělení ze sociálně pedagogického pohledu**

Co se samotné aktivizace týká, neexistuje na ni podle Svobodové (2010, s. 81) přesný návod. Záleží jen na vynalézavosti toho, kdo tyto aktivizační metody poskytuje, jaké z nich zvolí, aby pacienta pozitivně stimulovaly, ale zároveň nepřetěžovaly.

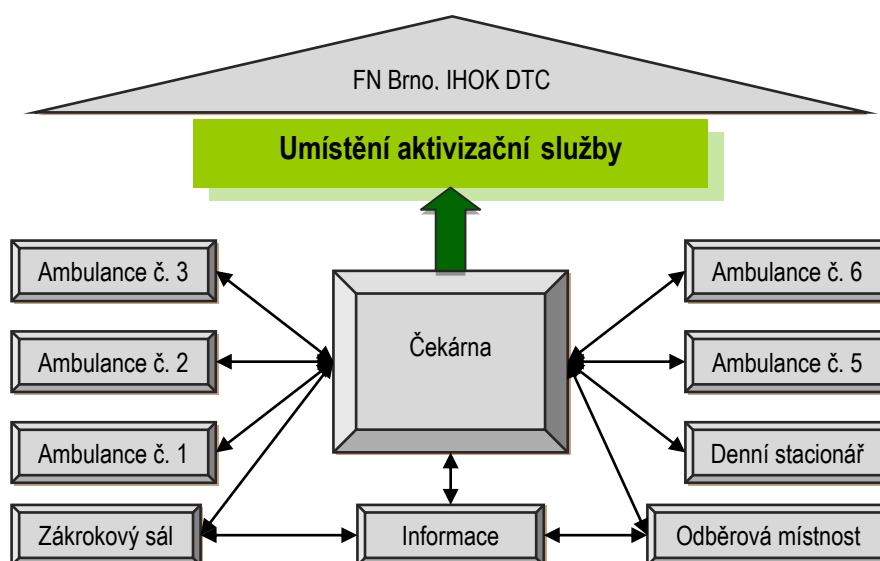
Cílem praktické části bylo zjistit názor odborného zdravotnického personálu a pacientů na zřízení „aktivizační služby“ v čekárně, a dále zachytit pohled jak by tato služba měla

vypadat v praxi. Na základě výsledků výzkumu se pokusím o „*Design aktivizačních služeb pro hematologické oddělení ze sociálně pedagogického pohledu*“, které budou mít za úkol, naplnit „nevyužitý čas“ pacientů.

Smyslem „aktivizační služby“ je motivovat a podněcovat jedince k činnosti. Vzhledem k tomu, že se zabýváme aktivizací pacientů, tedy nemocných lidí, mělo by se jednat o nenáročnou činnost, které přispívají ke snížení stresu, napětí, neklidu a podporují dobrou náladu a vyvolávají pocit užitečnosti.

Pro lepší přehled jsem vytvořila organizační schéma (obrázek č. 2), které znázorňuje umístění aktivizační služby na hematologickém oddělení.

Obr. č. 2 – Organizační schéma umístění aktivizační služby na ambulantní části hematologického oddělení



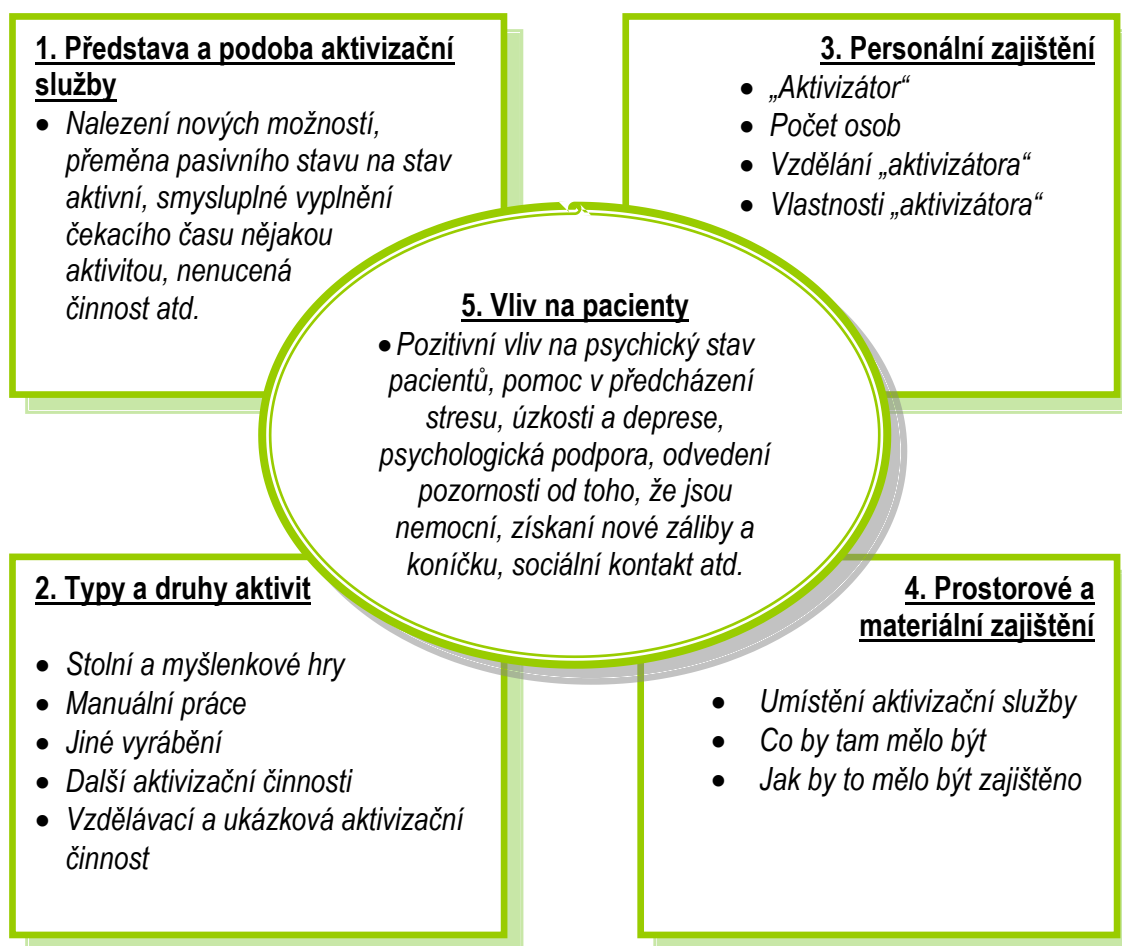
Zdroj: autor

Mnou sestavený návrh, vychází z informací, které mi poskytli informanti při rozhovorech. Z praktického hlediska a lepší vizualizaci místo, abych opakovaně uváděla, že mi informaci pověděl informant I1, I2, .... I6, bude tento údaj uveden ve zkrácené podobě, jako [I1], [I2] atd. a z toho bude patrné, že mi tuto informaci sdělil informant I1, I2 atd.

Design aktivizačních služeb vychází již z výše uvedených kategorií.

1. Představa a podoba aktivizační služby
2. Typy a druhy aktivit
3. Personální zajištění
4. Prostorové a materiální zajištění
5. Vliv na pacienty

Obr. č. 3 – Design aktivizačních služeb pro hematologické oddělení



Zdroj: autor

## **1. Představa a podoba aktivizační služby**

*Zapojení do činnosti, úleva a potlačení myšlenek na nemoc [I5];*

*Nalezení nových možností, psychická a psychologická pomoc [I6];*

*Měla by být: zajímavá, atraktivní, přínosná a nenáročná na pacienty [I4];*

*Změna, která přispívá k činnosti, zkracuje pomyslně dobu čekání a zároveň informuje o zajímavostech [I4];*

*Přeměna pasivního stavu na stav aktivní [I4];*

*Smysluplné vyplnění „nevyužitého času“ nějakou aktivitou [I6];*

*Možnost zabavení, odvedení pozornosti, zaktivizování, možnost si to užít jinak [I2];*

*Uskutečnění přednášek, seminářů, ukázka fotografií a reportáží z cest pro pacienty od odborníka, pacienta nebo od jiné osoby [I4];*

*Dobrovolná, dostupná, nepovinná záležitost s mírou volnosti, možnost okamžitého přerušování činnosti a odchodu od rozdělané práce [I2];*

*Aktivizační služba by měla být někým vedena [I2].*

Výše popsané je zkrácená představa o „aktivizační službě“. Nyní podrobněji rozepíší návrh první kategorie. Aktivizační službou rozumíme začlenění nějaké aktivity u pacientů, vedoucí k vyplnění jejich volného času např. manuální prací nebo hrou. [I1] Činnost, která dokáže pacienty dostat v podstatě ze sedaček, tj. z pasivity do aktivity. [I4] Aby se na sebe pacienti čekající na kontrolu jen tak nečinně neřvali a měli možnost se zapojit např. do ručních prací, her nebo si jen tak povykládat. Tímto způsobem by si mohli ulevit, a tím pádem by nepřemýšleli o nemocech, co mají. [I5] Aktivizační služba by mohla být psychickou a psychologickou pomocí a mohla by vést k nalezení nových možností. [I6] Měla by být: zajímavá, atraktivní a něco pacientovi přinést, kromě toho, že se aktivizuje. [I4] Činnost, kterou pacienti vykonávají v mezičase (mezi odběrem krve, kapačkou a vyšetřením u lékaře). Mezi touto dobou čekání by měla existovat možnost, čím se ti lidi můžou zabavit, ale zároveň odvést pozornost, zaktivizovat se, pobavit se, aby do jisté míry dostali možnost si to vlastně užít. Užít nějak jinak. [I2] Měla by být na pacienty nenáročná [I4] a měla by splňovat smysluplné vyplnění čekacího času. [I6] Takže nenucená záležitost, kdo by se nechtěl účastnit, zůstal by v čekárně, a kdo by chtěl, tak by si mohl zahrát, povykládat a ulevil by si. [I5] Mohli by se pořádat pro pacienty přednášky, semináře od odborníka nebo od člověka, který se zabývá zajímavou činností. Bylo by tam

plátno a nějaký člověk by tam vykládal o zajímavé činnosti, o nějaké záležitosti. Např. cestovatel, který prošel nějakým onemocněním, vyléčil se a procestoval potom nějakou zemi, tak by tam například mohl ukazovat nějaké fotky, nějakou reportáž z jeho cesty. [I4] Je důležité, aby to nebylo povinné (např. teď všichni jdeme stříhat hvězdičky), ale aby každý měl jakousi míru volnosti, takže dobrovolná a dostupná záležitost a zároveň, aby tuto službu někdo vedl, kdo bude s pár lidmi něco dělat. Současně, aby zde byla možnost samostatné práce nebo okamžitého přerušování činnosti a odchodu od rozdělané práce. [I2]

## **2. Typy a druhy aktivit**

**Stolní hry:** karetní hry, pexeso, karty, domino [I1], hra „Člověče, nezlob se“ [I5], společenské hry [I3];

**Různé myšlenkové hry:** věci myšlenkově a kognitivně náročné, doplňovačky, hlavolamy [I2], křížovky, sudoku, slovní fotbal [I1];

**Manuální práce:** ruční práce, vyšívání [I5], navlékání korálek, pletení, háčkování, výroba okrasných deček [I1] a jednoduchá rukodělná výroba [I6];

**Jiné vyrábění:** Origami a jiné tvořivé vyrábění z papíru, stříhání, práce s barvami [I2], výroba obrázků, lepení korálek na karton, výrobky z barevných papírů, špejle, vlny, bavlnky [I1], malování na sklo, navlékání korálek, výroba nějakých drobných záležitostí nebo tematická výroba [I4];

**Další aktivizační činnosti:** časopisy, sledování pozitivního programu v televizi [I3], arteterapie [I4], počítače, tablety, notebooky a různé počítačové hry [I1] a Wi-Fi záležitost [I6];

**Vzdělávací a ukázková aktivizační činnost:** semináře, přednášky, ukázka jednotlivých technik výroby [I4];

Tato kategorie je v procesu aktivizace hodně podstatná, jelikož lze těmito činnostmi pacientovi „zaměstnat myšlení“ [I1], aby neměl prostor přemýšlet nad negativními věcmi, které mohou ovlivňovat jeho psychiku. [I2] Pacienti se mohou rozptýlit, pobavit, něčemu se přiučit anebo něco z toho, co se naučí, mohou nadále mít jako koníček. [I4] Mohla by tam být ukázka výroby něčeho, co by si ti pacienti potom sami mohli zkusit vyrobit. [I1] Nebudu zde vypisovat všechno, co je popsáno výše, rozvedu jen několik názorů získaných

od informantů. Vhodnými aktivizačními činnostmi mohou být např. aktivity, u kterých člověk přemýšlí, v čekárně by pro pacienty mohly být k dispozici počítače [I1], záležitost Wi-Fi (případně i za poplatek). [I6] Bylo by dobře, aby tam byla možnost sledovat v televizi nějaký pozitivní program, přizpůsobený pro různé věkové skupiny – sport, romantika, soutěže a dokumenty. [I3]

### **3. Personální zajištění**

*„Aktivizátor“: vyšší specialista, psycholog [I6] – zastřešující tuto činnost a poskytující psychologickou pomoc, odborník [I2], dobrovolník [I1, I2, ... I6] nebo tým dobrovolníků [I1], student, v rámci praxe [I2], student studující psychologickou nebo pedagogickou školu [I5], pacienti [I2];*

***Počet osob:** cca 3 osoby (dva, tři lidi [I1], tři až čtyři lidi [I5], [I6]);*

***Vzdělání:** studovaný, s praxí v poskytování těchto služeb [I1], odborník, vzdělaný v této oblasti [I2];*

***Vlastnosti:** předpoklad hezkého chování a vztahu k lidem, kladný a krásný přístup [I1];*

Informanti zmínili, že dostačující by měly být asi 3 osoby, které by se věnovaly pacientům. Všichni se shodli, že by to měli být dobrovolníci, avšak jejich názory se ohledně zkušeností a vzdělání mírně lišily. Někdo říkal, že by měl být studovaný a s praxí v poskytování těchto služeb, aby věděl, co má lidem nabízet a svoji práci znal a uměl. [I1] Další názor byl, aby to bylo namixované – odborník [I2], student, studující psychologickou nebo pedagogickou školu [I3], který by to dělal v rámci praxe a dobrovolník, který by byl sám pacient. Někdo, kdo je v této oblasti vzdělaný a je odborníkem. [I2] Dále by zde mohl působit vyšší specialista, psycholog nebo jiný odborník [I6], který by to mohl všechno zastřešovat a nabízet psychologickou pomoc [I6], aby přímo na oddělení byla možnost promluvit si s odborníkem nebo s psychologem, který by pomohl nemocným vysvětlit spoustu otázek, které by mohly změnit náhled na jeho nemoc, na život a aktivizovat je k tomu, aby se s touto nelehkou životní situací dokázali vyrovnat a bojovat [I6].

Jako jednoho z odborníků, zde vidím právě osobu sociálního pedagoga, který by mohl motivovat pacienty k činnosti, pomoci jim se seberealizací. Tuto službu by měla vykonávat především osoba, která je nápomocná ne z pohledu lékařského, ale z pohledu lidského.

#### 4. Prostorové a materiální zajištění

*Umístění aktivizační služby: součástí čekárny [I2], vymezený prostor, koutek [I1], v blízkosti čekárny [I4], navazující na prostor čekárny [I6], místnost zvlášť [I5], neměla by být vzdálená, mohla by být od čekárny oddělena jednodušší příčkou [I6];*

*Co by tam mělo být: skládací stoly s možností jejich zavěšení na zeď [I1], židle, plátno, sedačky, pódium a program [I4], pohodlná křesla, stoleček [I5] lavice [I6], bedýnky, košíčky a krabičky by měly být uloženy, buď ve vysunovacích skříňkách, nebo uloženy na regálech, uložení hodnotnějšího materiálů: počítače, tablety nebo notebooky budou pod zámkem [I1];*

*Jak by to mělo být zajištěno: Klíče by měla mít zodpovědná osoba [I1].*

Do designu aktivizačních služeb neodmyslitelně patří prostorové a materiální zajištění. Co se týká prostoru lze zde navrhnout dvě možnosti, buď přímo v čekárně [I1,I2, I4], anebo zvlášť v místnosti [I3,I4,I5,I6]. Ideální by bylo, kdyby aktivizační služba byla součástí čekárny a přímo zde by se nacházel vyhrazený koutek určený k těmto účelům. [I1,I2,I4] To proto, aby se ti lidé mohli sami rozhodnout, jestli se budou chtít zapojit a zároveň měli možnost to vidět na vlastní oči, což by mohlo vést k jejich motivaci se zapojit nebo alespoň tento koutek navštívit. I ti, kteří by na začátku nevěděli, že to chtějí, tím že by viděli ty výrobky nebo, že tam někdo něco dělá, tak by je to mohlo motivovat, anebo by jenom pozorovali, jak ti druzí něco dělají. [I2]

Druhou možností je umístění aktivizační služby v místnosti zvlášť [I4,I5,I6]. Tato místnost by měla navazovat na prostor čekárny, kdo bude chtít, využije aktivizační službu, kdo nebude chtít, zůstane v čekárně se svým problémem, ale zároveň ten člověk bude mít možnost „krajem oka“ vidět, že existuje nějaká možnost zapojení. Tento prostor by neměl být vzdálený a měl by umožňovat rychlý přechod do ambulancí. Mohl by být vybudován jako součást čekárny, oddělen od ní jednodušší příčkou. [I6]

Nacházely by se zde lavice [I6], pohodlná křesla, stolečky [I5], skládací stoly s možností jejich zavěšení na zeď, které by se v případě potřeby spustily, kolem toho by se daly židle a pacienti by si mohli například zahrát hry nebo něco vyrábět a kdyby zájem nebyl, tak by se ty stoly složily, čímž by se ušetřilo místo. [I1] V místnosti by mohlo být umístěné plátno, sedačky a pódium. V čekárně by mohl být dopředu vyvěšen program s tím, co se bude dělat. [I4]



Dále by tam mohly být bedýnky, košíčky, krabičky, do kterých by se dal materiál „ne moc cenný“ a vše by bylo uloženo ve vysunovacích skříňkách nebo na regálech, aby k tomu pacienti měli volný přístup, kdyby chtěli něco vytvářet. „Cenné“ materiály, jako jsou počítače, tablety nebo notebooky, budou uloženy na místa, která budou pod zámek. Klíče by potom měla zodpovědná osoba. [I1]

## **5. Vliv na pacienty**

*Rozvíjení mimo čekárnu a zdravotnické zařízení, získání nové záliby a koníčku [I4];*

*Naplnění času i v „domácím prostředí“ [I1];*

*Pozitivní vliv na psychický stav pacientů, pomoc v předcházení stresu, úzkosti a deprese, psychologická podpora [I3];*

*Aktivizační služba jako pomoc strávit „nepříjemný čas“, nějak jinak [I2];*

*Odvedení pozornosti od toho, že jsou nemocní [I2];*

*Pomoc od nezdravotnického personálu [I2];*

*Vyplnění čekací doby [I6];*

*Sociální kontakt [I3];*

*Uvedení do větší pohody [I4] zklidnění atmosféry v čekárně a zlepšení psychické pohody pacientů [I6].*

Přínosem zřízení této aktivizační služby by mohl být pozitivní vliv na psychický stav pacientů. Což by mohlo pomoci v předcházení stresu, úzkosti a deprese. Je to svým způsobem taková psychologická podpora. [I3] Obrovským přínosem pro pacienty by bylo zabavit se nějakou hrou [I1], navzájem si sdělovat, jak pozitivní, tak i negativní informace a zkušenosti. [I3] Dlouhá čekací doba, která zde pacienty čeká, je potřeba něčím vyplnit. [I1]

Velký přínos by tato služba mohla přinášet i pacientům, kteří žijí sami a nemají rodinu, ti naopak společnost vyhledávají, a dlouhá doba čekání jim povětšinou nevádí. Další nápomocnou složkou aktivizační služby je sociální kontakt. Sociální kontakt, který pacient ztrácí ve chvíli, když třeba přestane chodit do práce a je doma, tak mu může chybět a tato služba by ho mohla částečně nahradit. [I3] Velmi často se stává, že při příchodu do ordinace po dlouhém čekání, že jsou pacienti nervózní, často mají vysoký tlak, jsou napjatí a tato služba by je mohla uvést do větší pohody, jelikož psychika člověka hraje

ve spoustě momentů důležitou roli. [I4] Přišli by na jiné myšlenky a nemuseli by přemýšlet nad svojí nemocí. [I5] Vyplnění čekacího času mezi odběrem, ambulantním vyšetřením a vlastním ošetřením, by mohlo vést ke zklidnění atmosféry v čekárně a zlepšení psychické pohody pacientů. [I6] Hematoonkologičtí pacienti často vypráví, že se v čekárně cítí jako v pasti a aktivizační služba by jim právě mohla poskytnout možnost strávit „nepříjemný čas“, nějak jinak. Prostor v čekárně ve spoustě lidí vytváří pocit hrůzy, strachu a nejistoty. Možná by proto stáli o možnost si s někým povykládat, ale zároveň je jim nepříjemné nebo mají strach oslovit někoho jiného. Bylo by dobře, aby tam byl někdo, kdo by jim v tom trochu pomohl. Pomohl by jim od velkých úzkostí, nepříjemných zážitků, fobií atd. tím, že by se tento děsivý zážitek stal neutrálním nebo dokonce příjemným zážitkem a mohlo by to vést k odvedení pozornosti od toho, že jsou nemocní, často se cítí jako odsouzení na smrt, do toho, že jsou to lidské bytosti, které si ten život aj umí užít a umí si hrát a můžou si najít místo, čas, nějaký prostor, ve kterém jsou spokojení, tím by se tento druh aktivizace pro ně mohl stát ohromnou službou. [I2]

Zřízení aktivizační služby by mohlo mít pozitivní vliv v tom, že by se pacient setkal s nějakou činností, která ho bude zajímat, bude ji potom dál rozvíjet mimo čekárnu, mimo zdravotnické zařízení a mohl by ji mít, jako svůj koníček. Získá novou zálibu. Někteří pacienti jsou často buď doma, anebo v nemocnici. Nic jiného je nezajímá a nemají žádné koníčky. [I4] Výrobek, který by si vytvořil, by si mohl odnést domů a mohl by ho někomu darovat. Zároveň by se zde mohl naučit nějakou techniku, která bude přínosem potom vlastně i v „domácím prostředí“, kde by si tuto činnost mohl rozšiřovat, provozovat, mohl by to naučit i své známe nebo nějaké blízké. [I1]

Ve své podstatě nejde o tu činnost samotnou, ta je jenom takovou, jakoby nosnou silou, ale to, co je zatím, je právě sdílení, užívání si té činnosti, setkávání těch lidí, to je stejně důležité, jako ta výroba samotná, nejde o výrobky jako takové, ale o ten proces. [I2]

Závěrem bych chtěla dodat, jak jsem již uvedla v bodě 2.1, aktivizace se opírá o psychologii, pedagogiku a sociální vědy, proto zde vidím jako jednu z nejvhodnějších osob odborníka a specialistu, který by rozuměl hematoonkologickým (onkologickým) pacientům sociálního pedagoga. Svými zkušenostmi by mohl fungovat jako prevence proti stresu, úzkostem, depresím atd.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název „*Aktivizace pacientů s onkologickým onemocněním*“. Toto téma jsem si vybrala na základě vlastních zkušeností, a to především z důvodu, že sama jsem již mnoho let pacientkou hematologického oddělení. Zároveň už šest let pracuji jako dobrovolnice v DC Motýlek a docházím za pacienty.

K aktivizaci jako takové existuje velké množství různých publikací zaměřených na žáky, seniory, postižené atd. Účelem mé práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti aktivizace hematologicky nemocného pacienta, jelikož tato problematika není doposud dostatečně zmapována. Tato nelehká životní situace, kdy se u nemocného mění běžné aktivity, sebou často nese i omezení přístupu k nim. Toto onemocnění tedy vede k částečnému postižení nejen těla, ale i psychiky pacienta.

V teoretické části této práce jsem vymezila pojmy onkologie, hematologie a hematologický pacient, ve stručnosti jsem popsala i některé druhy hematologických onemocnění. Dále jsem se věnovala změnám, které během tohoto procesu nastávají a fázím, kterými hematologický pacient v tomto období prochází a jeho následnému začlenění zpátky do aktivního života. Pozornost jsem rovněž věnovala vysvětlení pojmu aktivizace, zabývala jsem se jejími metodami a technikami a to hlavně z pohledu sociálního pedagoga a pokusila jsem se zodpovědět otázku, jaké jsou vůbec jeho možnosti, aby realizátor aktivizačních metod u hematologických pacientů.

V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum, sběr dat jsem realizovala formou polostrukturovaného rozhovoru a jeho analýzu jsem provedla pomocí otevřeného kódování. Cílem praktické části bylo zjistit názor odborného zdravotnického personálu a pacientů na zřízení „aktivizační služby“ do čekárny na hematologickém oddělení. Na základě zjištěných informací od informantů jsem se v závěru výzkumného šetření pokusila o návrh: *Design aktivizačních služeb pro hematologické oddělení ze sociálně pedagogického pohledu*. Úkolem těchto navržených aktivizačních služeb by mělo být naplnění „nevyužitého času“ pacientů. Z výzkumu vyplývá, že hematologicky nemocní pacienti potřebují aktivizaci, která by právě měla vést ke zvýšení kvality jejich života. Toho lze dosáhnout díky existujícím možnostem aktivizace hematologicky nemocného pacienta.

Na základě zjištěných názorů se ukázalo, že „aktivizační služba“ by měla mít na pacienty pozitivní vliv. Je známo, že zdlouhavá léčba tyto psychické potíže jen prohlubuje a pacienti mají tendence uzavírat se před společností, cítí nechuť až apatii.

Myslím si, že v tuto chvíli by mohl být nápomocný sociální pedagog a zde vidím právě jeho uplatnění. Sociální pedagog by mohl fungovat jako prevence proti rozvoji psychických potíží u pacientů, jako jsou deprese, úzkost, stres atd. a v oblasti socializace by se tak mohl stát velkou podporou.

Tato bakalářská práce, může být výzvou k dalším výzkumným aktivitám v této oblasti a zároveň doufám, že bude přínosem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAM, Z. a J. VORLÍČEK. 2004. *Obecná onkologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. s. 442. ISBN 80-210-3574-9.
- AKADEMICKÝ SLOVNÍK CIZÍCH SLOV: [A-Ž]. 1998. Dotisk. Praha: Academia, 1998. s. 834. ISBN 80-200-0607-9.
- BAKOŠOVÁ, Z. 2008. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 3. vydání. Bratislava: Public promotion, 2008. s. 251. ISBN 978-80-969944-0-3.
- DIENSTBIER, Z. a V. STÁHALOVÁ. 2009. *Onkologie pro laiky*. 1. vydání. Praha: Radix, spol. s. r. o., 2009. s. 128. ISBN 978-80-86031-86-6.
- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2008. s. 408. ISBN 978-80-262-0219-6.
- JANÍKOVÁ, A., M. DOUBEK, a kol. 2012. *Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve? Pomocník pro pacienty nejen s leukemií či lymfomem*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta a. s., 2012. s. 136. ISBN 978-80-204-2694-9.
- JANÍKOVÁ, A. 2012. Do jaké míry se mám šetřit aneb Pozitivní význam pohybu pro pacienty v léčbě i po ní. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Co je dobré vědět o maligním lymfomu*. Informační příručka pro pacienty. Praha: Lymfom Help, o.s., 2012, s. 92.
- KAMANOVÁ, I. a M. TOKOVSKÁ. 2014. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie: výskum v Banskobystrickom samosprávnom kraji na Slovensku*. V Tribun EU. 1. vydání. Brno: Tribun EU, 2014, s. 145. ISBN 978-80-263-0870-6.
- NĚMEC, J. 2002. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002, s. 119. ISBN 80-7315-012-3.
- NOVOTNÝ, M. a I. STARÁ. 2002. *Dobrovolníci v nemocnicích: metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení*. 2. vydání. 2. dopl. Praha: Hestia, 2002, s. 48. ISBN 80-238-8697-5.
- ONDRUŠ, D. a kol. 2006. *Všeobecná a špeciálna onkológia*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006. s. 281. ISBN 80-223-2207-5.
- PROCHÁZKA, M. 2012. *Sociální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, s. 203. ISBN 978-80-247-3470-5.
- PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA. 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vydání. Praha: Grada, 2014, s. 320. ISBN 978-80-247-4748-4.

- RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. s. 304. ISBN 978-80-247-2223-8.
- REIFENAUER, I. 2012. *Jóga a její význam při chronickém onemocnění*. Mnohočetný myelom klub pacientů. 2012, s. 19. Brno: EXPISTUDIO.
- SEKERA, O. 2012. *Potenciál humanistické terapie v přípravě sociálních pedagogů*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2012, s. 131. ISBN 978-80-7464-206-7.
- STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999, s. 228. ISBN 80-85834-60-X.
- SVOBODOVÁ, H. 2010. *Základy pedagogiky volného času*. In TOŠNEROVÁ, T. *Vzděláváním k profesionalitě v sociálních službách: kurs odborné způsobilosti pro pracovníky v sociálních službách: učební texty*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2010, s. 187. ISBN 978-80-254-5249-3.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 167. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 377. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOMÁŠEK, J. a kol. 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Axonite CZ, 2015, s. 445. ISBN 978-80-88046-01-1.
- TRDÁ, J. 2011. *Lektorské fínty: jak připravit a realizovat zajímavá školení*. 2., aktualiz. a rozš. vydání. Praha: Grada, 2011, s. 111. ISBN 978-80-247-3675-4.
- VÁŽANSKÝ, M. 2015. *Život jako dar: soubor přednášek*. 1. vydání. Brno: MSD, 2015, s. 326. ISBN 978-80-7392-243-6.
- VOKURKA, M., J. HUGO, a kol. 2007. *Velký lékařský slovník*. 7. vydání. Praha: MAXDORF s. r. o., 2007. s. 1069. ISBN 978-80-7345-130-1.
- WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER. 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. s. 144. ISBN 978-40-247-4423-0.

## Články

VELEBOVÁ, Z. 2010. *Dobrovolníci ve Fakultní nemocnici Brno*. Nemocniční listy. FN Brno, březen 2010, ročník XI, číslo 1, s. 28. ISSN 1802-0224.

VOJÍŘOVÁ, D. 2012. *AKTIVIZACE – proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti*. Sociální služby: odborný časopis, ročník: 14, říjen 2012. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012. ISBN: 9771803734003/ ISSN 1803-7348. Dostupné také z: <http://socialnisluzby.eu>.

## Internetové zdroje

AMELIE: *Občanské sdružení Amelie* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z:

<http://www.amelie-zs.cz>

ARTETERAPIE, Česká arteterapeutická asociace: *Definice a cíle arteterapie* [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z:

<http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL NEMOCI, 2008. [online]. [cit. 2015-11-30].

[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/biopsychosocialni-model-nemoci--466840](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/biopsychosocialni-model-nemoci--466840).

CANISTERAPIE: *Canisterapie aneb terapie za pomoci psů. Pomocné tlapky –*

*Canisterapie* [online]. [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/>

CO JE ERGOTERAPIE? *Klinika Eset* [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z:

[http://www.klinikaeset.cz/wp-zde/wp-content/uploads/2014/05/informace\\_ergoterapie.pdf](http://www.klinikaeset.cz/wp-zde/wp-content/uploads/2014/05/informace_ergoterapie.pdf)

ČERVINEK, L. *O myelodysplastickém syndromu* [online]. [cit. 2015-10-6]. Dostupné z:

[http://www.linkos.cz/myelodysplasticky-syndrom-2/o-myelodysplastickem-syndromu/;](http://www.linkos.cz/myelodysplasticky-syndrom-2/o-myelodysplastickem-syndromu/)

[http://www.linkos.cz/diagnozy/myelodysplasticky-syndrom-2/.](http://www.linkos.cz/diagnozy/myelodysplasticky-syndrom-2/)

DC Motýlek: *Dobrovolnické centrum Motýlek* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z:

<http://www.dc-motylek.cz>.

ERGOTERAPIE: *Co je ergoterapie? Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.

FN Brno. *Úvodní slovo* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z:

<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/interni-hematologicka-a-onkologicka->

klinika/uvodni-slovo/t1147; <http://www.fnbrno.cz/vitejte-ve-fakultni-nemocnici-brno/t1915>; <http://www.fnbrno.cz/kliniky-a-oddeleni/t1952>.

KALVODOVÁ, L., VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a P. SVAČINA. 2010. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu*. [článek online] [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologicky-pacientu-a-osestrujiciho-tymu-34569>.

KOHOUTEK, R. ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání. *Pojem aktivizace*. [online]. [cit. 2015-09-23] <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/aktivizace-aktivisace-aktyvizace>.

LINKOS, ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Slovníček* [online]. [cit. 2015-10-6]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/slovnicek/onkologicky-pacient/>;

<http://www.linkos.cz/slovnicek/solidni-nador/>;

<http://www.linkos.cz/slovnicek/hematologicke-nadory/>.

LYMFOM HELP: *Pacientské sdružení LYMFOM HELP, z.s.* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.lymfomhelp.cz>

MATYSOVÁ, T. *Myšlenkové mapy: Kreativní práce s informacemi* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: [https://www.mzk.cz/sites/mzk.cz/files/mentalni\\_mapy.pdf](https://www.mzk.cz/sites/mzk.cz/files/mentalni_mapy.pdf).

MNOHOČETNÝ MYELOM: *Klub pacientů mnohočetný myelom* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.mnohocetnymyelom.cz/>

MUZIKOTERAPIE: *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik* [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeuticky-technik>

O METODĚ PILATES: *my Pilates s.r.o.* [online]. [cit. 2016-01-05]. Dostupné z: <http://www.mypilates.cz/pilates/o-metode-pilates/%2022.%202.%202016%20-%20O%20metod%C4%9B%20Pilates/>.

RAUDENSKÁ, J. 2011. *Biopsychosociální model onkologického onemocnění*. 2011. Str. 244 - 246 [online] [cit. 2015-11-30]

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

SKÁLOVÁ, A. a P. ŠKRLA. *Optimální léčebné prostředí – mýtus, nebo naděje pro pacienty?* Zdravotnictví a medicína. [online]. Praha: MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o. [2006-12-15]. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada->



fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/optimalni-lecebne-prostredi-mytus-nebo-nadeje-pro-pacienty-282296.

SLOVNÍČEK POJMŮ. *Fakultní nemocnice brno*. [online]. [cit. 2015-10-06].

Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/slovnicek-pojmu/t1278#>.

TANTER: *Asociace tanečně pohybové terapie ČR* [online]. [cit. 2016-01-06].

Dostupné z: <http://www.tanter.cz/>.

VÝTVARNÁ DÍLNA: *Masarykův onkologický ústav* [online]. [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: <https://www.mou.cz/vytvarna-dilna/t4070>.

ZEMANOVÁ, M. *Psychoterapie v onkologii*. [online] 2008. [cit. 2015-10-6].

Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/10.pdf>. ISSN: 1802-4475; 1803-5345 (elektronická verze).

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
DTC	Diagnosticko-terapeutické centrum
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
IHOK	Interní hematologická a onkologická klinika
ISO	International Organization for Standardization – mezinárodní organizace zabývající se tvorbou norem
kol.	kolektiv
lat.	latinsky
LF MU	Lékařská fakulta Masarykovy univerzity
např.	například
NIAHOSM	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – Národní integrované akreditace pro organizace zdravotní péče
obr.	obrázek
resp.	respektive
řec.	řecky
s.	strana
tj.	to jest
tzv.	takzvaný
Wi-Fi	Bezdrátová komunikace v počítačových sítích

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1. Vzájemné ovlivnění důsledků rakoviny podle biopsychosociálního přístupu

Obrázek 2. Organizační schéma umístění aktivizační služby na ambulantní části  
hematoonkologického oddělení

Obrázek 3. Design aktivizačních služeb pro hematoonkologické oddělení

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Vzor informovaného souhlasu

Příloha P II: Ukázka přepisu (transkripce) interview

Příloha P III: Ukázka otevřeného kódování

## **PŘÍLOHA P I: VZOR INFORMOVANÉHO SOUHLASU**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Pro Olgu Kratochvílovou - studentku sociální pedagogiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, který je podkladem pro bakalářskou práci.

Téma bakalářské práce: **Aktivizace pacientů s onkologickým onemocněním**

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmito informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Kratochvílová Olga

Podpis: .....

V ..... dne ..... Podpis: .....

## **PŘÍLOHA P II: UKÁZKA PŘEPISU (TRANSKRIPCE) INTERVIEW**

### **INFORMANT č. 1**

*Takže mám prvního informanta a otázka mého výzkumu:*

*Jak podle Vás má vypadat aktivizační služba na IHOK DTC FN Brno a co si pod tímto pojmem představíte (pod pojmem aktivizační služba)?*

Takže podle mě aktivizační služba, což už vidíme z názvu, aktivita znamená nějaká činnost, to znamená zapojení nějaké aktivity u pacientů, kteří k nám chodí do nemocnice. Vyplnit jim volný čas v době čekání na výsledky, na chemoterapii, na nějakou léčbu, kterou my jim tady vlastně podáváme a co si pod tím pojmem představím? Představím si třeba nějakou činnost pacientů, zapojení nějaké manuální práce, anebo třeba naopak nějakou hru, třeba karetní, domino, pexeso, taková třeba, která trvá i delší dobu, protože na ty výsledky a na chemoterapii se u nás čeká dostatečně dlouhou dobu. A pacienti, určitě to je pro ně přínosem, protože určitě ten volný čas rádi stráví, pokud nemohou odejít někam ven touto příjemnou hrou, spřátelí se třeba tady s pacienty, anebo s dobrovolníky, kteří tuto službu tady budou vlastně poskytovat nebo by poskytovali. Potom třeba i nějaká manuální práce pro ženy, navlékání nějakých korálků, pletení, háčkování, třeba i naučení, protože tyto činnosti si myslím, že už dnes jsou zapomenuté a my tady máme pacienty mladé, takže si myslím, že by to bylo pro ně přínosem i potom vlastně na domácí prostředí, kde by si vlastně tuto činnost mohli třeba rozšiřovat, provozovat, mohli by to naučit i třeba své kamarádky nebo nějaké blízké v domácnosti.

Tak, aktivizační služby, jaké typy aktivit si já představuji?

Tak jak už jsem zmínila, mohly by to být nějaké karetní hry, jak je to pexeso, karty, to domino třeba a potom mě ještě třeba napadá na počítači různé hry, třeba i křížovky, sudoku nebo třeba nějaký ten slovní fotbal, kdy lidí musí zapojit vlastně jakoby hlavu, vymyslet z určitých písmen nějaké slovíčka, což také je vlastně výborné na vyplnění času, člověk hlavně u toho přemýšlí a zapojuje mozek. Takže toto mě ještě napadá a pak, co se týče těch manuálních prací, tak jak jsem již řekla, to háčkování, pletení, výroba třeba nějakých okrasných deček třeba nebo nějakých obrázků, lepení třeba nějakých korálků na nějaký karton, třeba by mohla být nějaká kniha, jak třeba bývá i v mateřských školkách nebo třeba na táborech se s tím setkáváme, kde podle toho vlastně instruktoři pomáhají vlastně těm

dětem vytvářet nějaké výrobky, třeba i z papírů, z barevných papírů, špejle různé, různé vlny, bavlnky.

*Kdo podle Vás by měl zajišťovat z hlediska pracovní obsazenosti?*

Můžu?

Ano

Tak určitě by to měl být nějaký tým dobrovolníků, ale z mého pohledu určitě nějaký studovaný, kteří mají nějakou praxi s poskytováním těchto služeb, aby vlastně věděli, co těm lidem mají nabízet, aby taky samozřejmě i ty práce ovládali. Když by někoho měli něco naučit, tak samozřejmě by tu práci měli znát a umět. Jo, nemůžete učit třeba někoho háčkovat, když jste třeba nikdy jehlice neměla v ruce, takže určitě tu práci, kterou budou poskytovat, budou muset samozřejmě sami manuálně znát. To znamená i třeba na tom počítači, aby uměli na PC pracovat. Najít třeba různé hry, které by tam pacientům mohli poskytnout, naučit, aby oni si mohli vlastně sami hrát. Představit jim to, ukázat jim to.

*Kde by měla být aktivizační služba umístěna a jaké prostory by měla mít k dispozici?*

Takže umístěna, by měla být, podle mě určitě někde v prostorách čekárny, aby ti pacienti nebyli úplně nějak zcela oddělení od všech pacientů. Měl by tam být podle mě vymezený nějaký prostor, koutek, kde by prostě byly stoly, na těch stolech by byly třeba umístěny i ty počítače nebo třeba nějaké tablety a samozřejmě materiál k dispozici, se kterým by se pracovalo. To znamená, že nějaké skříňky, bedýnky, košíčky, kde by byl materiál uložen a samozřejmě, aby tam byl dostatečný prostor u nějakého stolu, kde by se třeba daly zahrát i nějaké ty karetní hry. Rozložit třeba to pexeso, které zabere spoustu místa nebo i třeba to domino, aby si tam každý před sebe mohl postavit prostě nějaký balíček s těmi kartami, mohl si tam dat třeba nějaké pití, kávičku atd., tak aby tam měl dostatečné množství prostoru. Ten stůl bych si představovala třeba i nějaký skládací, který by se tam mohl kdykoliv třeba během dne rozložit nebo by byl třeba někde umístěn na stěně, a jen by se třeba spustil a kolem toho by se třeba daly židličky a pacienti by si mohli posedat jenom v okamžiku, kdyby třeba měli zájem třeba hrát a potom by to tam třeba nezavazelo zbytečně po dobu celé doby v té čekárně, kdyby třeba zájem žádný nebyl, tak by tam nemusel vůbec stát. Vlastně, tak bych si to představovala já.

V čekárně samozřejmě bude důležité, aby třeba počítače, tablety a všechny pomůcky pro pacienty byli dostatečně zabezpečeny a uloženy na místa, která budou pod zámkem. Myslím si, že dobré by bylo mít spíš nějaké notebooky, které se jen odpojí od sítě, dají se do skřínky a zamknou se. Klíčky budou samozřejmě uschovány tak, aby se k těmto počítačům nikdo nedostal, aby to bylo zabezpečeno. Ostatní pomůcky, jako jsou třeba karty a pexeso a různé takové materiály, které nejsou úplně až cenné, si myslím, že by stačilo do nějakých krabiček, košíčku a dát do nějakých skříněk, které by byly třeba vysunovací, aby k tomu i pacienti potom měli volný přístup, kdyby chtěli něco vytvářet, aby nemuseli zase žádat třeba různě o klíče atd. To si myslím, že by bylo vhodné takové nějaké regálky s nějakými krabičkami, které by se daly vysunovat. Bylo by to tam poskládané a z toho by se mohlo krásně pracovat.

Těch lidí, kteří by se o ty pacienty tady měli starat, si myslím, že dva, tři lidi by byli určitě vhodný podle mě. Protože si nemyslím, že by zas úplně všichni třeba ovládali veškeré věci. Někaká žena určitě třeba, která bude umět plést a naopak třeba nějaký muž, který bude umět dobře zacházet s technikou, jako jsou tablety a počítače.

*Jakým přínosem pro pacienty podle Vás bude mít zřízení aktivizační služby?*

Tak přínosem si myslím, že pro pacienty to bude obrovským. Myslím si, že totiž dlouhá doba čekání, která tady bohužel pacienty čeká je vhodným vyplněným tady tohoto volného času. Protože nikdo z nás rád dlouho nečeká, na nic, takže si myslím, že ta hra, která je tady vlastně zabaví, je určitě obrovským přínosem. Spousta pacientů třeba někam odejde a vrátí se třeba za několik hodin, ale spousta pacientů třeba tuto možnost nemá a nevyužívá a zůstává tady v čekárně. Takže si myslím, že zabavit se tady nějakou hrou nebo nějakým pletením, nebo nějakým výtvozem, který si třeba pak může i odnést domů a někomu ho darovat, si myslím, že je přínosem obrovským.

Pracovní obsazenost těch lidí, kteří by se o tyto pacienty měli starat. Pro mě ještě by bylo hrozně důležité, aby to byli lidi, kteří mají nějaký vztah k lidem, a aby se k těm lidem chovali hezky. Protože si myslím, že když jsme na hematologii, kde pacienti vlastně bojují o život, tak si myslím, že ten přístup, k těm pacientům musí být kladný a krásný. To je si myslím, že pro mě strašně důležitý, aby takoví lidé, kteří by se o tyto lidi starali, bylo nejdůležitější.



# PŘÍLOHA P III: UKÁZKA OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ

9. 03. 2016

## INFORMANT Č. 1

1. Takže mám prvního informanta a otázka mého výzkumu:
1. Jak podle Vás má vypadat aktivizační služba na IHOK DTC FN
  3. Brno a co si pod tímto pojmem představíte (pod pojmem
  4. aktivizační služba)?
  5. Takže podle mě aktivizační služba, což už vidíme z názvu,
  6. aktivita znamená nějaká činnost, to znamená zapojení nějaké
  7. aktivity u pacientů, kteří k nám chodí do nemocnice. Vyplnit jim
  8. volný čas v době čekání na výsledky, na chemoterapii, na nějakou
  9. léčbu, kterou my jim tady vlastně podáváme a co si pod tím
  10. pojmem představím? Představím si třeba nějakou činnost
  11. pacientů, zapojení nějaké manuální práce, anebo třeba naopak
  12. nějakou hru, třeba karetní, domino, pexeso, taková třeba, která
  13. trvá i delší dobu, protože na ty výsledky a na chemoterapii se u
  14. nás čeká dostatečně dlouhou dobu. A pacienti, určitě to je pro ně
  15. přínosem, protože určitě ten volný čas rádi stráví, pokud nemohou
  16. odejít někam ven, touto příjemnou hrou, spřátelí se třeba tady
  17. s pacienty, anebo s dobrovolníky, kteří tuto službu tady budou
  18. vlastně poskytovat nebo by poskytovali. Potom třeba i nějaká
  19. manuální práce pro ženy, navlékání nějakých korálků, pletení,
  20. háčkování, třeba i naučení, protože tyto činnosti, si myslím, že už
  21. dnes jsou zapomenuté a my tady máme pacienty mladé, takže si
  22. myslím, že by to bylo pro ně přínosem i potom vlastně na domácí
  23. prostředí, kde by si vlastně tuto činnost mohli třeba rozšiřovat,
  24. provozovat, mohli by to naučit i třeba své kamarádky nebo nějaké
  25. blízké v domácnosti.
  26. Tak, aktivizační služby, jaké typy aktivit si já představuji?
  27. Tak jak už jsem zmínila, mohly by to být nějaké karetní hry, jak
  28. je to pexeso, karty, to domino třeba a potom mě ještě třeba napadá
  29. na počítači různé hry, třeba i křížovky, sudoku nebo třeba nějaký
  30. ten slovní fotbal, kdy lidé musí zapojit vlastně jakoby hlavu,

významu pro pacienty  
něco, co je  
zvidne ze židle

kapitnění volného času

KOMUNIKACE,  
POHÁNÍ NĚJAKO  
NOVĚHO

MANUÁLNÍ  
PRÁCE

PŘÍJEMNÉ  
PŘEDÁNÍ  
+ MEZILIDSKÉ  
VZTAHY

BEZDNE  
MYŠLENKOVÉ  
HRY

PŘEDSTAVA A  
PODOBA AKTIVIZAČNÍ  
SLUŽBY

TYPY A DRUHY  
AKTIVIT

VLIV NA  
PACIENTY

TYPY A DRUHY  
AKTIVIT

ZAPOJENÍ  
mysli.

MANUÁLNÍ  
PRÁCE

MANUÁLNÍ  
PRÁCE

PŘEDPOKLAD  
VZDĚLÁNÍ

BÝT NÁPONOVANÝ

MÍSTO PRÁCE

PŘEDMĚT  
POTŘEBY

31. vymyslet z určitých písmen nějaké slovíčka, což také je vlastně
32. výborné na vyplnění času, člověk hlavně u toho přemýšlí
33. a zapojuje mozek. Takže toto mě ještě napadá a pak, co se týče
34. těch manuálních prací, tak jak jsem již řekla, to háčkování,
35. pletení, výroba třeba nějakých okrasných deček třeba nebo
36. nějakých obrázků, lepení třeba nějakých korálků na nějaký
37. karton, třeba by mohla být nějaká kniha, jak třeba bývá
38. i v mateřských školkách nebo třeba na táborech se s tím
39. setkáváme, kde podle toho vlastně instruktoři pomáhají vlastně
40. těm dětem vytvářet nějaké výrobky, třeba i z papírů, z barevných
41. papírů, špejle různé, různé vlny, bavlnky.
42. Kdo podle Vás by měl zajišťovat z hlediska pracovní obsazenosti?
43. Můžu?
44. Ano
45. Tak určitě by to měl být nějaký tým dobrovolníků, ale z mého
46. pohledu určitě nějaký studovaný, kteří mají nějakou praxi
47. s poskytováním těchto služeb, aby vlastně věděli, co těm lidem
48. mají nabízet, aby taky samozřejmě i ty práce ovládali. Když by
49. někoho měli něco naučit, tak samozřejmě by tu práci měli znát a
50. umět. Jo, nemůžete učit třeba někoho háčkovat, když jste třeba
51. nikdy jehlice neměla v ruce, takže určitě tu práci, kterou budou
52. poskytovat, budou muset samozřejmě sami manuálně znát. To
53. znamená i třeba na tom počítači, aby uměli na PC pracovat. Najít
54. třeba různé hry, které by tam pacientům mohli poskytnout, naučit,
55. aby oni si mohli vlastně sami hrát. Představit jim to, ukázat jim
56. to.
57. Kde by měla být aktivizační služba umístěna a jaké prostory by
58. měla mít k dispozici?
59. Takže umístěna, by měla být, podle mě určitě někde v prostorách
60. čekárny, aby ti pacienti nebyli úplně nějak zcela oddělení od
61. všech pacientů. Měl by tam být podle mě vymezený nějaký
62. prostor, koutek, kde by prostě byly stoly, na těch stolech by byly
63. třeba umístěny i ty počítače nebo třeba nějaké tablety a
64. samozřejmě materiál k dispozici, se kterým by se pracovalo. To

Typy a druhy  
aktivit

PERSONÁLNÍ  
ZAJIŠTĚNÍ

PROSTOROVÁ A  
MATERIÁLNÍ  
ZAJIŠTĚNÍ

UPOZORNĚNÍ  
PŘEDLUČENÍ

PROSTOROVÉ  
PŘEDLUČENÍ

NÁSTROJE K  
PRÁCI

ZABEZPEČENÍ

AKTIVIZACE  
NÁSTROJE

ZPŮSOB ZAJIŠTĚNÍ

POČET  
OSOB

65. znamená, že nějaké skříňky, bedýnky, košíčky, kde by byl  
66. materiál uložen a samozřejmě, aby tam byl dostatečný prostor u  
67. nějakého stolu, kde by se třeba daly zahrát i nějaké ty karetní hry.  
68. Rozložit třeba to pexeso, které zabere spoustu místa nebo i třeba  
69. to domino, aby si tam každý před sebe mohl postavit prostě  
70. nějaký balíček s těmi kartami, mohl si tam dat třeba nějaké pití,  
71. kávičku atd., tak aby tam měl dostatečné množství prostoru. Ten  
72. stůl bych si představovala třeba i nějaký skládací, který by se tam  
73. mohl kdykoliv třeba během dne rozložit nebo by byl třeba někde  
74. umístěn na stěně, a jen by se třeba spustil a kolem toho by se třeba  
75. daly židličky a pacienti by si mohli posadat jenom v okamžiku,  
76. kdyby třeba měli zájem třeba hrát a potom by to tam třeba  
77. nezavazelo zbytečně po dobu celé doby v té čekárně, kdyby třeba  
78. zájem žádný nebyl, tak by tam nemusel vůbec stát. Vlastně, tak  
79. bych si to představovala já.  
80. V čekárně samozřejmě bude důležité, aby třeba počítače, tablety,  
81. a všechny pomůcky pro pacienty byli dostatečně zabezpečeny a  
82. uložený na místa, která budou pod zámkem. Myslím si, že dobré  
83. by bylo mít spíš nějaké notebooky, které se jen odpojí od sítě, dají  
84. se do skříňky a zamknou se. Klíčky budou samozřejmě  
85. uschovány tak, aby se k těmto počítačům nikdo nedostal, aby to  
86. bylo zabezpečeno. Ostatní pomůcky, jako jsou třeba karty a  
87. pexeso a různé takové materiály, které nejsou úplně až cenné, si  
88. myslím, že by stačilo do nějakých krabiček, košíčku a dát do  
89. nějakých skříněk, které by byly třeba vysunovací, aby k tomu i  
90. pacienti potom měli volný přístup, kdyby chtěli něco vytvářet,  
91. aby nemuseli zase žádat třeba různě o klíče atd. To si myslím, že  
92. by bylo vhodné takové nějaké regálky s nějakými krabičkami,  
93. které by se daly vysunovat. Bylo by to tam poskládané a z toho  
94. by se mohlo krásně pracovat.  
95. Těch lidí, kteří by se o ty pacienty tady měli starat, si myslím, že  
96. dva, tři lidí by byli určitě vhodný podle mě. Protože si nemyslím,  
97. že by zas úplně všichni třeba ovládali veškeré věci. Někaká žena  
98. určitě třeba, která bude umět plést a naopak třeba nějaký muž,

PŘEDSTAVA A  
PODOBA OAS.

PROSTOROVÁ A  
MATERIÁLOVÁ  
ZAJIŠTĚNÍ

PROSTOROVÁ A  
MATERIÁLOVÁ  
ZAJIŠTĚNÍ

PERSONÁLNÍ  
ZAJIŠTĚNÍ

99. který bude umět dobře zacházet s technikou, jako jsou tablety a  
 100. počítače.
101. Jakým přínosem pro pacienty podle Vás bude mít zřízení  
 102. aktivizační služby?
103. Tak přínosem si myslím, že pro pacienty to bude obrovským.
104. Myslím si, že totiž dlouhá doba čekání, která tady bohužel  
 105. pacienty čeká je vhodným vyplněním tady tohoto volného času.
106. Protože nikdo z nás rád dlouho nečeká, na nic, takže si myslím,  
 107. že ta hra, která je tady vlastně zabaví, je určitě obrovským  
 108. přínosem. Spousta pacientů třeba někam odejde a vrátí se třeba za  
 109. několik hodin, ale spousta pacientů třeba tuto možnost nemá a  
 110. nevyužívá a zůstává tady v čekárně. Takže si myslím, že zabavit  
 111. se tady nějakou hrou nebo nějakým pletením, nebo nějakým  
 112. výtvozem, který si třeba pak může i odnést domů a někomu ho  
 113. darovat, si myslím, že je přínosem obrovským.
114. Pracovní obsazenost těch lidí, kteří by se o tyto pacienty měli  
 115. starat. Pro mě ještě by bylo hrozně důležité, aby to byli lidé, kteří  
 116. mají nějaký vztah k lidem, a aby se k těm lidem chovali hezky.
117. Protože si myslím, že když jsme na hematologii, kde pacienti  
 118. vlastně bojují o život, tak si myslím, že ten přístup, k těm  
 119. pacientům musí být kladný a krásný. To je si myslím, že pro mě  
 120. strašně důležitý, aby takoví lidé, kteří by se o tyto lidi starali, bylo  
 121. nejdůležitější.

zapřít leuť,  
 výřevny pro  
 pacienty

nepluť  
 zAS #  
 vidět  
 Prádel

VBFAH, POSTOJ,  
 OSOBNOST  
 AUFPIZATOPH

110 na pacienty

presoučest  
 zajisté