

Rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním

Bc. Jitka Fazourová

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jitka Fazourová**

Osobní číslo: **H160253**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti zdraví, zdravého životního stylu, pomoci rodiny a jejich blízkých a sociální opory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK ET AL. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

BAKOŠOVÁ, Zlatica, *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN-969944-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. ISBN 11-094-8503/1.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kolektiv. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Zlatica Bakošová, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2017

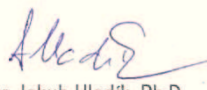
Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

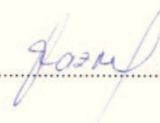
Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.9.2018



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výslovné obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se věnuje možnostem pomoci rodiny pacientům s onkologickým onemocněním. Teoretická část se zaměřuje na objasnění pojmů onkologického onemocnění, faktorů a životního stylu, které mohou toto onemocnění ovlivňovat, rodinu jako formu sociální pomoci a další možnosti pomoci pacientům s tímto onemocněním. Praktická část se formou výzkumného šetření zabývá změnami v rodinném a sociálním životě nemocných v důsledku onkologického onemocnění. Cílem práce je rovněž doporučení možnosti práce sociálního pedagoga s pacienty s onkologickým onemocněním.

Klíčová slova: onkologický pacient, rodina, zdraví, opora, sociální vztahy, sociální pedagog

ABSTRACT

The thesis deals with the possibilities of family help to patients with oncological diseases. Its theoretical part focuses on clarifying the concepts of an oncological disease, factors and lifestyles that the disease can be affected by, family as a form of social assistance, and other possibilities of help to the patients with such diseases. The practical part consists in a research dealing with the changes in both the family and social lives of the sick due to their oncological disease. The aim of the thesis is also to recommend the possibilities of social pedagogue work with oncological patients.

Keywords: oncology patient , family, health, support, social relations, social pedagogue

Chtěla bych zde poděkovat doc. PhDr. Zlatici Bakošové, CSc. Za odborné vedení, metodickou pomoc, cenné rady s vlídným a trpělivým přístupem, které mi poskytovala při zpracování mé diplomové práce.

PhDr. Aleně Plškové chci poděkovat za její čas a ochotu, potřebnou psychickou podporu a vstřícnost.

Poděkování patří i těm, kteří mi rozhovory poskytly. Za jejich čas, ochotu a sdílení cenných informací pro účely této diplomové práce.

Poděkování zde věnuji své rodině, která mi byla velkou oporou a trpělivě snášela celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
1.1 ZÁKLADNÍ POJMY	13
1.2 PŘEHLED PROBLEMATIKY V LITERATUŘE	18
1.3 CHARAKTERISTIKA ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	19
1.4 ŽIVOTNÍ STYL A FAKTORY OHROŽUJÍCÍ ZDRAVÍ.....	20
2 RODINA V ZÁTĚŽOVÉ SITUACI	31
2.1 RODINA JAKO SYSTÉM.....	31
2.2 ŽIVOTNÍ CYKLUS RODINY	33
2.3 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ OPORA	35
2.4 NEMOCNÝ ČLEN V RODINĚ	38
3 ONKOLOGICKÝ PACIENT	40
3.1 RAKOVINA JAKO SPECIFICKÁ NEMOC	40
3.2 ZÁVAŽNÁ NEMOC A POTŘEBY PACIENTA	41
3.3 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM	44
3.4 ZVLÁDÁNÍ NEMOCI V ČASE.....	48
4 MOŽNOSTI POMOCI PACIENTŮM S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	51
4.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE A MOŽNOSTI LÉČBY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	51
4.2 POMOC NEJBLIŽŠÍCH ČLENŮ RODINY	53
4.3 ODBORNÍCI POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	54
II PRAKTICKÁ ČÁST	59
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	60
5.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	60
5.2 CÍL VÝZKUMU	60
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	61
5.4 METODA SBĚRU DAT	62
5.5 ETICKÁ DIMENZE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	65
5.6 INFORMOVANÝ SOUHLAS	65
5.7 VÝZKUMNÝ SOUBOR	66
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	68

6.1	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	69
6.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	90
6.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	93
6.4	DISKUSE	96
6.5	SHRNUTÍ VÝZKUMU A PŘÍNOS SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY PRO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	97
	PRAKTICKÝ PŘÍNOS VÝZKUMU	98
	ZÁVĚR	100
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	101
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	106
	SEZNAM OBRÁZKŮ	107
	SEZNAM SCHÉMÁT	108
	SEZNAM PŘÍLOH.....	109

ÚVOD

„Co dává jeden člověk druhému? Dává sám sebe, dává nejcennějšího, co má, ze svého života. To neznamena nutně, že obětuje svůj život za druhého, ale dává mu z toho, co je v něm živé; dává mu ze své radosti, ze svého zájmu, ze svého pochopení, ze svých vědomostí, ze svého humoru, ze svého smutku – ze všech výrazů a projevů a toho, co je v něm živé. Když takto dává ze svého života, obohacuje druhého, zvyšuje jeho životní pocit tím, že zvyšuje svůj vlastní životní pocit“ (Fromm, 2015, s. 27).

Člověk je jedinečným, nedělitelným a neopakovatelným celkem. Je živou bytostí, která je součástí přírody, řídící se biologickými zákony. V životě člověka jsou nejdůležitější čtyři dimenze: biologická, psychická, sociální a spirituální. Každá z těchto dimenzí má v jeho bytí důležité místo, je nenahraditelná, nezastupitelná a je-li poškozena nebo narušena, je ovlivněn i celý život. Nemoc je negativním faktorem, který ovlivňuje existenci dynamické rovnováhy, harmonie a vyváženosti lidských rozměrů. Onkologické onemocnění patří v naší společnosti mezi nemoci vyvolávající rozporuplné reakce. Evokuje strach z konfrontace vlastní smrtelnosti, úzkost a pocit bezmoci. Výskyt onkologického onemocnění je v dnešní době čím dál častější, je to společenský problém, který se týká každého z nás. Je to onemocnění jak do šířky rozsahu, tak i do závažnosti stavu. Tento fenomén 21. století je dnes považován za chronické onemocnění, jehož léčba je „během na dlouhé trati“.

Nejenom pacient samotný, ale i jeho blízcí jsou nuceni svůj život přizpůsobit novým životním podmínkám, protože toto závažné onemocnění je zásadním zásahem do života člověka i celé rodiny. Péče o onkologicky nemocného je multidisciplinární nejenom z hlediska medicínského, ale i sociálního, jež do jisté míry může být i příčinou vyřazení ze společenského života.

Rakovina mění život a v boji s touto zákeřnou nemocí vedle kvalitní lékařské péče a využití veškerých léčebných postupů hraje velkou roli podpora rodiny. Silné interpersonální vztahy jsou nedílnou součástí při překonávání nejtěžších chvílí během onemocnění, ale jsou i potřebným faktorem ke zdárnému a úspěšnému průběhu primární léčby.

V souvislosti osobní zkušenosti s touto nemocí jsem se rozhodla psát závěrečnou práci na téma „Rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním“.

Cílem práce v teoretické rovině není zaměření na zdravotní stránku nemocného, která je jeho nedílnou součástí, ale na formy a možnosti pomoci rodiny pro svého nemocného člena, které mohou mít pozitivní vliv na kvalitu jeho života v průběhu onemocnění.

Teoretická část diplomové práce vychází z uvedené odborné a vědecké literatury. Zaměřuje se na charakteristiku onkologického onemocnění, na faktory ovlivňující jeho vznik a následně na formy pomoci onkologicky nemocným v jejich těžké životní situaci. Záměrem práce v rámci studia sociální pedagogiky je i vyzdvižení práce sociálního pedagoga ve vztahu k onkologickým pacientům, protože vycházím z předpokladu propojenosti oblastí sociální pedagogiky a sociální práce, řadící se mezi pedagogické a pomáhající profese. Oba tyto obory se zabývají „pomocí druhým“ v obtížných životních situacích.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na realizaci kvalitativního výzkumného šetření se snahou o získání co největšího množství informací přímo souvisejících s tématem diplomové práce. Cílem praktické části je zjistit, jaké má rodina možnosti pomoci svým onkologicky nemocným členům a zda dokáže poskytnout potřebnou sociální oporu.

Domnívám se, že diplomová práce může rozšířit vhléd do schopnosti rodiny ve zvládnutí zátěžové situace a její způsobilosti v poskytování potřebné efektivní sociální opory svému onkologicky nemocnému členovi. Výstupy této práce mohou být přínosné pro podrobnější pochopení dané problematiky rodinám vyskytujících se v podobné situaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Diplomová práce se zaměřuje na rodinu jako formu sociální pomoci svým onkologicky nemocným členům a na možnosti využití práce sociálního pedagoga s onkologickými pacienty, jako forma pomoci v náročné životní situaci. Pro lepší pochopení je podstatné objasnění základních pojmů, které se k danému tématu vztahují.

1.1 Základní pojmy

Zdraví

Jednoznačná odpověď na otázku, co to zdraví je, neexistuje. Všeobecně by se dalo říci, že již po tisíciletí je existenciálně nezbytnou nejvýznamnější hodnotou a podmínkou pro přežití a dosažení celkové životní spokojenosti a radosti.

Dle WHO je zdraví definováno stavem kompletní fyzické, duševní a sociální pohody („well being“) nikoli pouze nepřítomností nemoci nebo neduživosti (WHO, 1947). Avšak tato definice byla považována za nereálný idealismus a průběžně byla doplňována a zpřesňována, i když v podstatě se zásadně nezměnila. „Well being“ je konečně komplexní pojetí charakterizující zdraví, přičemž rozlišuje tělesné, duševní a sociální dimenze tohoto prožitku osobní pohody.

Křivohlavý pojem zdraví definuje: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

Jakékoli hodnocení zdraví je věcí velmi složitou, snad i nemožnou. Člověk se může často cítit zdrav, i když u něj probíhají chorobné procesy a naopak. Mezi zdravím a nemocí by neměla být vedena ostrá hranice. Těžce nemocní považují za štěstí být „lehce“ nemocnými a „lehce“ nemocní se mohou vůči zdravé osobě cítit nespravedlivě a nepřiměřeně postiženi (Haškovcová, 1985).

Nemoc

Lidové pojetí nemoci bylo chápáno jako stav, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí a něco je v nepořádku. Slovo „nemoc“ se považovalo za dialektický protiklad ke „zdraví“, tak jako je chápán například protiklad světla a tmy.

Křivohlavý nemoc označuje jako „zdravotní nepohodu“, která je stavem, kdy osobě není dobře s pociťováním bolesti a nepohody. Lze říci, že zdravotní nepohodu je možné

rozeznat na základě emocionálních projevů bolesti a emocionální rozladěnosti, když se člověk tzv. „necítí dobře“, „není ve své kůži“ (Křivohlavý, 2002, s. 15-18).

Onkologická nemoc

Nádorové onemocnění je vnitřním nepřítelem, který způsobuje „spoušť“ v jakékoli části lidského těla, ve které se vyskytne. Projevuje se nekontrolovaným růstem abnormálních buněk, které se vyvíjejí díky nefunkčnosti kontrolních mechanismů, jejichž funkcí je regulace dělení a množení jednotlivých buněk. Nádory tak vnášejí nežádoucí změny do dokonale fungujícího biologického soukolí. Nelze je nazvat „vetřelci“, protože vznikají ze stejných stavebních prvků, které tělo používá v tvorbě vlastních normálních tkání. Normální buňky jsou nádory zneužívány k tvorbě hmoty bez organizace, která po dosažení určité velikosti narušuje biologický řád a funkci tkání. Pokud se proti vzniku nádoru nezasáhne, vytváří kompaktní novotvar, schopný samostatného života, který může vést ke zhroucení celého organismu (Weinberg, 2003, s. 11 - 12).

Pomáhající profese

Přesnou definici tohoto termínu není snadné získat, i když se jedná o ustálený výraz v odborných kruzích. Jak již sám název napovídá, jedná se o soubor aktivit daných příslušníkům, kteří někomu a někde pomáhají.

Hartlův slovník tyto profese popisuje jako souhrnný název veškerým profesím, jejichž teorie, výzkumy a praxe jsou zaměřeny na pomoc druhým, identifikují a řeší jejich problémy a získávají nové poznatky o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby se pomoc mohla stát účinnější (Hartl 2015, s. 185).

Dle Gěrínkové je to skupina povolání, jejíž podstatou je profesní pomoc lidem. Představují systém vztahů mezi pomáhajícím na straně jedné a tím, komu má být pomoheno, na straně druhé. Vše na základně kvalitního profesního přístupu se schopností empatie, kde osobnost pomáhajícího je jedním z nejdůležitějších nástrojů. Patří mezi ně například zdravotnické profese, pedagogické profese, profese určené pro pomoc sociální i duchovní, psychologové a terapeuti (Gěrínková 2011, s. 18 – 54).

Sociální pedagogika

Sociální pedagogika je samostatnou vědní disciplínou v systému pedagogických věd a její význam a funkce se v praxi uplatňují v každodenním životě celé společnosti.

Dle Krause sociální pedagogika našla své vymezení jako speciální pedagogická disciplína s transdisciplinárním charakterem. Zaměřuje se na každodenní život jedince, analyzuje jeho životní situace a vyvolává takové změny v sociálním prostředí, které napomáhají optimálnímu rozvoji osobnosti a minimalizuje diference mezi jedincem a společností. V tomto širším pojetí je sociální pedagogika disciplínou zaměřující se nejen na problémy patologického charakteru, marginálních skupin a části populace, která je ohrožena ve svém zdravém vývoji, ale především na celou populaci ve smyslu vytváření harmonie mezi potřebami jedince a společnosti a na optimálním utváření způsobu života v dané společnosti (Kraus, 2001, s. 12).

Bakošová sociální pedagogiku považuje za hraniční disciplínu patřící do soustavy pedagogických věd, která zkoumá vztahy sociálního prostředí a výchovy, formy sociální pomoci a péče o děti, mládež i dospělé. Popisuje ji, jako životní pomoc, která hledá optimální formy pomoci člověku v rozličných životních situacích a v utváření vhodných výchovných podnětů a kompenzaci nedostatků prostředí. Vyzdvihuje přístupy k člověku a jeho výchově jako proces pomoci, ve kterém pozitivně formuje prvky jeho osobnosti, respektuje jeho potřeby, práva a individuální možnosti a schopnosti. Sociální pedagogika má být přítomna tam, kde rodina a škola neplní nebo ztratily svou funkci (Bakošová, 2008, s. 58 – 59).

Sociální pedagog

Dle Bakošové je sociální pedagog odborníkem, jehož všeobecné kompetence spočívají v pomoci a podpoře v oblastech sociálně-výchovného působení, převýchovy, intervence, poradenství, prevence dětí, mládeže a dospělých, a také ve výzkumné oblasti sociálních věd a věd o výchově a vzdělávání. Jeho osobnost má být oporou při hledání možností zlepšení kvality života prostřednictvím těchto kompetencí. Je odborníkem aktivně naslouchajícím s empatickou schopností.

Kraus uvádí sociálního pedagoga jako odborníka v oblasti integračních a rozvojových činností. Integrační činnosti se týkají osob s potřebou odborné pomoci a podpory. Jedná se především o osoby, které se nacházejí v krizových situacích, sociálním, psychickém nebo psychosociálním ohrožení a může u nich dojít k sociálnímu vyloučení ve společnosti. V rozvojových činnostech zajišťují žádoucí rozvoj osobnosti směrem ke správnému životnímu stylu, v hodnotném a užitečném naplňování volného času. Vše jako zdroj prevence, který lze uplatnit na celou populaci. Svou činnost zaměřuje

i na poradenskou činnost na základě diagnostiky a sociální analýzy daného problému nebo životní situace, ve které se vychovávaný nachází. Zabývá se reedukační a resocializační péčí, terénní prací. Veškeré jeho činnosti jsou zaměřeny na všechny věkové kategorie – děti, mládež, dospělí i staré lidi (Kraus, 2001, s. 34 – 35).

Sociální pracovník

Slovník sociálního zabezpečení uvádí sociálního pracovníka, který ve své kvalifikaci vykonává činnost přispívající k uskutečňování smyslu a účelu sociální práce, tj. k ochraně lidských práv a lidské důstojnosti a k podpoře sociálního bezpečí osob. Při své práci využívá metody sociální práce (například metody práce s drogově závislými osobami) a využívá poznatků z dalších oborů z oblasti psychologie, práva a sociologie. Předpokladem pro výkon práce sociálního pracovníka je bezúhonnost, svéprávnost, zdravotní způsobilost a jeho odborná způsobilost musí odpovídat požadavkům stanovených zákonem o sociálních službách a sociálně-právní ochraně dětí (slovník.mpsv.cz [online]. [cit. 2018-01-19]).

Dle Matouška, sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám v dosažení nebo navrácení způsobilosti k sociálnímu uplatnění. Mimo to, je nápomocen vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky (Matoušek, 2003, s. 213).

Kuzníková sociálního pracovníka definuje jako profesionála, který pomáhá řešit sociální problémy, zprostředkovává pomoc a snaží se eliminovat vznik těchto problémů a jejich vyhrocení. Jeho činnosti v rámci oboru zdravotně sociální péče jsou preventivní, diagnostické a rehabilitační. Podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta (Kuzníková, 2011, s. 18 - 24).

Sociální práce

Dle Matouška je sociální práce společenskovední disciplínou, ale i oblastí praktické činnosti, která si klade za cíl odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost aj. Sociální práce se opírá o rámec společenské solidarity a o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu (Matoušek, 2003, s. 213)

Kuzníková se zabývá sociální prací ve zdravotnictví, kde vidí smysl této práce zejména v pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině a širšímu okolí při odstraňování či zmírňování negativních sociálních důsledků nemoci. Úkolem sociální práce by mělo být využití vlivu

psychosociální oblasti na nemoc ke zlepšení adaptace, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a současně i ke kvalitnějšímu životu nemocného. Samotná realizace této práce se opírá o teoretický základ oboru a dle cílové skupiny se orientuje na pomoc ke svépomoci a podporu (Kuzníková, 2011, s. 18).

Sociální opora

Křivohlavý popisuje sociální oporu jako pomoc, poskytovanou druhými lidmi člověku, který se ocitnul nebo se nachází v zátěžové situaci, čímž mu ji ulehčuje. Jedná se o existenci blízkosti nebo činnosti osob, kterým jedinec věří, spoléhá na ně a v případě potřeby jsou mu ochotny poskytnout pomoc a péči (Křivohlavý, 2009, s. 94).

Tsuschke sociální oporou rozumí přítomnost významné vztahové osoby, která na postiženého působí příznivě a uspokojuje jeho sociální požadavky - jako jsou potřeba náklonnosti, jistoty, souhlasu a sociální interakce. Může se také jednat o pocit nevyřazenosti, hodnotové bytí, pomoc podpory při zvládnání nemoci či pocit smysluplného života, protože člověk je primárně sociální bytostí (Tschuschke, 2004, s. 107).

Komunikace

Vágnerová komunikaci definuje jako proces vzájemného sdělování a přijímání informací v sociální interakci pomocí různých prostředků, tj. prožívání a hodnocení této situace. Jedná se o vzájemný vztah mezi komunikujícími. Komunikace plní funkce na základě jejího zaměření: informační, instruktivní, přesvědčovací, podpůrnou, relaxační. Motivace ke komunikaci vychází ze základních potřeb člověka – potřeby sociálního kontaktu, uspokojení potřeby orientace, potřeby sebeuplatnění. Jejím prostřednictvím člověk potvrzuje svou konformitu k sociálním požadavkům mezilidských vztahů (Vágnerová, 2005, s. 297 – 298).

Ptáček uvádí komunikaci a komunikační schopnosti mezi lékařem a pacientem za významově zásadní interakci, neboť komunikační dovednosti lékaře přímo ovlivňují vytvoření důvěry mezi ním a pacientem. Jedná se o oboustranný proces, kde je stejně důležitá fáze komunikační jako fáze receptivní. Komunikace lékaře s pacientem by měla probíhat nejenom v rovině verbální, paraverbální a nonverbální, ale i v rovině emoční. Správná komunikace napomáhá rychlejší diagnostice a stanovení léčebného plánu i zkrácení doby léčby. Komunikační schopnosti lékaře přímo ovlivňují spokojenost pacienta a účinnost léčby (Ptáček, 2011, s. 59 – 60).

1.2 Přehled problematiky v literatuře

„**Onkologie pro laiky**“, autorů Dienstbiera a Stáhalové je podpůrnou publikací Ligy proti rakovině Praha, která je určena nejenom lidem nemocným, ale i zdravým a to ve všech věkových kategoriích. Zabývá se historií vzniku onkologie a onkologické odbornosti. Přináší základní informace o příčinách vzniku nemoci, o jejím výskytu (epidemiologie), o diagnostikování nádorového onemocnění a o způsobech léčby, ale i popisem jednotlivých druhů nádorů. Zabývá se hlavně možnostmi, jak rakovině předcházet v popisu rizikových faktorů a primární, sekundární i terciální prevencí.

Tschuschke svou knihou „**Psychoonkologie**“ přispívá odborným pohledem na onkologii. Ze samotného názvu knihy by se mohlo zdát, že se jedná o spojení onkologie a psychologie. Jde však o obor, který je mnohem komplexnější. Psychoonkologie se stala novým interdisciplinárním oborem, odborným rozhraním mezi onkologií, imunologií, endokrinologií, psychologií a sociologií. Propojení lékařských a humanitních disciplín ukazuje, že problematika onkologického onemocnění je multikauzální a je na ni nutné pohlížet zorným úhlem mnoha oborů. Psychoonkologie se zaměřuje na osoby s onkologickým onemocněním, ale také na jejich rodinné příslušníky a lékaře a sestry na onkologických klinikách. Jedním z hlavních cílů tohoto vědního oboru je zjistit oblasti, ve kterých lze pacientům pomoci při překonání potíží spojených s jejich onemocněním. Jedná se o všechny duševní faktory, které s onkologickým onemocněním mohou souviset, ale především o ty, které mohou napomáhat zdárnému překonání této zákeřné choroby.

Haškovcová se ve své knize „**Spoutaný život**“ systematicky zabývá psychologickou problematikou nemocných trpících chronickými a nevléčitelnými nemocemi a problematikou umírání a smrti. Kniha je o lidech, kteří žijí se svou zákeřnou nemocí, jsou jí omezení a spoutaní. Stěžejní téma je hluboce všelidské. Pokrok lékařské vědy umožnil prodloužení lidského života i v případech, kdy je pacient ohrožen na životě nebo je nevléčitelně nemocný. Jak unést tak složitý psychický stav a jak přistupovat k člověku, kterého takový osud potkal, pojímá v tomto díle autorka v širokých souvislostech a předkládá nám konkrétní informace, které nashromáždila svou mnohaletou intenzivní prací s těmito pacienty. Kniha nabízí laikům, současným i potencionálním pacientům pohled do oblasti medicíny, které se považují za tabu. Dovoluje nahlédnout do života lidí, kteří jsou nuceni žít se svou nevléčitelnou nemocí i s jeho kritickými okamžiky. Ukazuje na velikost lidského života a jeho pravé hodnoty. S vyobrazeným

staroegyptským symbolem života a smrti „ANCH“ se pojí hluboké poselství, které se dotýká každého z nás, jak jednotlivce, tak i rodiny.

Machová a Kubátová jsou autorky knihy „**Výchova ke zdraví**“, kterou jsem pojala jako další zdroj pro svoji diplomovou práci. Zde jsem čerpala zejména z oblasti kapitol o zdraví, životního stylu, psychické zátěže a pohybové aktivity. Kniha je popisem výchovy ke zdraví, která patří k prioritám základního vzdělávání promítajícího se do celého školního života a je zakotvena ve vzdělávacích programech všech stupňů škol. Cílem této výchovy je postupné rozvíjení klíčových kompetencí zdravého života ve třech dimenzích – tělesné, duševní a sociální. Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám lidského života. Zdraví patří také k hodnotám společenským, jako základní zdroj hospodářského a sociálního rozvoje společnosti. Publikace vychází z programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“ a z „Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR“. Příručka má být pro učitele zprostředkovatelem aktuálních informací týkajících se zdraví a zdravého životního stylu.

Dalším zdrojem literatury, ze které jsem čerpala informace pro diplomovou práci z oblasti sociální pedagogiky je kniha Bakošové „**Sociální pedagogika ako životná pomoc**“. Kniha je vysokoškolskou učebnicí studentům oboru sociální pedagogiky, sociální práce a dalších příbuzných oborů. Cílem této publikace je v průběhu sedmi kapitol poukázat na pomáhající charakter sociální pedagogiky. Obsah je podložen výzkumnými zjištěními a sekundární analýzou případových studií z praxe. Jedná se o výsledek utváření postojů, hledání optimálních forem pomoci a v kompenzaci nedostatků k uvedené problematice. Celá práce je provázena nejdůležitější myšlenkou – pomoci prostřednictvím výchovy, kterou v průběhu svého života potřebuje každý člověk.

1.3 Charakteristika onkologického onemocnění

Onkologické onemocnění neboli rakovina je přeměna zdravé buňky v nádorovou. Lze ji definovat jako soubor nemocí. Jejich společným aspektem je nekontrolovatelný růst buněk vymykajících se koordinačním dějům v živém organismu. Z odborného hlediska se jedná o zhoubné nádory, kdy se primární buňky nádoru šíří do okolí a utlačují tak sousední tkáně a prorůstají do cévního a mízního oběhu a zakládají další nová ložiska ve zdravých tkáních a orgánech. Příčiny jejího vzniku jsou předmětem soustavného výzkumu, ale její primární příčina zatím nebyla odhalena. Jedná se o součinné působení

více aspektů. Mnohé z nich vyvolává nebo podporuje sám zdravý jedinec nesprávným životním stylem. Rakovina je onemocnění genů. Nádorové onemocnění je možné označit jako neregulovaný nárůst buněk, které mají autonomní povahu dělení spolu se selháním kontrolních mechanismů živého organismu. Vznik a zánik buněk u zdravého člověka probíhá v rovnováze, pokud ale dojde k vývojovým poruchám uvnitř buňky, organismus přestává proces zvládat a vzniká tak shluk maligních buněk zvaných nádor (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 15 – 17).

Fáze vzniku nádoru:

- **Iniciace** – tato fáze je počátkem vzniku genetické poruchy
- **Promoce** – působením dalších podnětů dochází k vývojovým poruchám vzniku buňky
- **Transformace** – též konverze, je fází vzniku shluku maligních buněk, kdy selhaly obranné mechanismy organismu
- **Progrese** – lokální růst nádoru (transformace buňky se vymkla regulaci organismu)
- **Metastázování** – šíření buněk do okolních tkání a orgánů (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 16).

1.4 Životní styl a faktory ohrožující zdraví

Žijeme v náročné době, ve které máme všechno na dlani, ale i přesto jsme stejnými otroky jako v době feudalismu. Rozdílný je pouze bič, který nás stále více stresuje. Tím bičem jsme my samotní a moderní technologie. Doba, která je protkaná moderními technologiemi, technickým pokrokem, změnami stylu a bydlení, nárůstem automobilové a jiné dopravy, prochází zásadní změnou i životní styl obyvatel vyspělých zemí. Doba sociálních sítí a „chytrých“ telefonů je příčinou zhoršujících se mezilidských vztahů. Přátele a mnohdy i rodinu měníme za Facebook, Skype či smartphone. Masové rozšíření „chytrých“ telefonů je odpovědné za vznik nové kulturní nemoci zvané FoMO (Fear of Missing Out) – je to strach z toho, že něco propásneme, o něco přijdeme. Jde o pocit člověka, že promešká něco zajímavějšího a impozantnějšího, než je to, co zrovna prožívá, sleduje nebo čeho se právě účastní (rozhlas.cz. [online]. [2018-04-03]). Tato „masová digitální demence“ je metlou dnešní doby, která napomáhá duchovnímu rozkladu osobnosti. Přetechnizovanost člověka donutila k praktikování převážně sedavého způsobu života. Jak v zaměstnání, tak i v domácnosti do pracovního procesu zasahuje mnohem více techniky a zbavuje tak člověka pohybu. Dnešní doba má dynamický

charakter, který je příčinou neustálého pohybu a posunu kupředu. Život mnoha jedinců je orientován na neustálou honbu za úspěchem, penězi, moci, prestiže a ziskem nových věcí. Pracovní zatíženost vyplývající z této honby, poznamenává život celé rodiny, což se také odráží do života celé společnosti. Neustálý spěch, nedostatek času na sebe, ale i na ostatní členy rodiny a hlavně na děti, jsou příčinou vzniku stresových situací, které mohou vést k rozkladu rodiny. Člověk je neustále konfrontován s problémy dnešní doby, které jsou příčinou zhoršující se kvality života a napomáhají progresi civilizačních nemocí, ke kterým patří i onkologické onemocnění. To vše je zapříčiněno důsledkem změny životního stylu (protiproud.cz [online]. [2018-04-03]).

Faktory ovlivňující zdraví

Determinanty jsou činitele určující kladný nebo záporný vliv. Kladné (pozitivní) determinanty podporující zdraví člověka, záporné (negativní) zapříčiňující poruchy zdraví a vznik onemocnění. Z hlediska jejich ovlivnitelnosti se rozlišují na determinanty vnitřní, tzv. genetické, ke kterým patří pohlaví, věk, vrozené předpoklady a genetické dispozice a nelze je ovlivnit, jedná se vrozené dispozice. Determinanty vnější - životní prostředí, podmínky, způsob života a jeho styl. Je nutné zmínit i další faktory nazývané zdravotně významné vlivy – fyzikální (teplota, tlak, hluk, vibrace, elektromagnetické záření), chemické (kyslík, voda, živiny, různé sloučeniny), biologické (mikrobi, viry, paraziti, ekologické podmínky), sociální (životní úroveň, sociální status člověka ve společnosti). Škála faktorů je velmi široká a podílí se na utváření zdravotního stavu jedince, na pocitu jeho pohody nebo nepohody a určuje délku a kvalitu jeho života (Nováková, 2011, s. 23 – 24).

Zdravotní stav společnosti se hodnotí zejména na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z analýzy příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že determinanty, které nejvíce poškozují zdraví, jsou následující:

- Kouření
- Nadměrná konzumace alkoholu
- Zneužívání drog
- Nesprávná výživa
- Nízká pohybová aktivita
- Nadměrná psychická zátěž

- Rizikové sexuální chování

Žádný z uvedených rizikových faktorů však nepůsobí odděleně, ale spíše komplexně ve vazbě na jiné faktory životního stylu (Machová, 2009, s. 16).

Kouření – jedno z nejvýznamnějších karcinogenních rizik. Neexistuje žádný jiný jednotlivý činitel, který by měl tak rozsáhlý škodlivý charakter.

Výživa – velmi účinně se podílí na vzniku a ochraně před nádorovým onemocněním. Působí na mnoha místech v organismu prakticky nepřetržitě po celý život.

Alkohol – sám o sobě není tak silným karcinogenem, ale ve spojení s kouřením se stává velmi rizikovým, protože alkohol karcinogeny se velmi dobře rozpouští a tak usnadňuje jejich pronikání ke kmenovým buňkám sliznic. Ve vyspělých zemích má podíl na úmrtnosti 3 – 12 %. U nás se uvádí jako příčina smrti u 18000 osob ročně.

Tělesný pohyb – považuje se za ochrannou funkci, která ještě není dokonale prozkoumaná, ale je prokázáno, že jako ochranný prvek se uplatňuje při snižování nadváhy, pozitivně působí na střevní pohyb a tím i příznivý vliv na obranyschopnost organismu.

Ultrafialové záření - je odpovědné za téměř všechny karcinomy kůže. Rizikové je zejména nadměrné slunění v jarní době, kdy kůže není ještě dostatečně pigmentovaná. Snižováním intenzity opalování a používání ochranných krémů s vysokým faktorem může toto riziko radikálně snížit.

Infekce – na prvním místě je lidský papilomavirus (HPV – human papilomavirus), který se podílí na vzniku karcinomu děložního čípku. Jeho riziko roste mírou promiskuitního chování (rizikové sexuální chování) a počtem sexuálních partnerů, protože se přenáší pohlavním stykem. Virus hepatitidy B (HBV) a podle posledních průzkumů i virus hepatitidy C (HCV). Po prodělání infekčního onemocnění přetrvávají tyto viry v těle ve formě chronické infekce a karcinogenně se mohou projevit za velmi dlouhou dobu 30 – 40 let. Za karcinogenní je považován i virus HIV, především v důsledku poruchy imunitního systému (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 19 - 23).

Stres – je reakce celku na vlivy podmíněné okolím, které mají náchylnost zatěžovat imunitní funkci organismu tím, že stresor je příčinou abnormální fyziologické reakce. I když stresové životní události evidentně způsobují potlačování imunitních funkcí,

je vztah mezi stresem a onkologickým onemocněním stále ještě nejasný a nadále se zkoumá v rámci komplexních výzkumů (Tschuschke, 2004, s. 147 – 148).

Podpora zdraví a prevence

Podpora a prevence zdraví je v současném moderním pojetí jedním z nejdůležitějších prvků v životě člověka. Prevence zahrnuje komplexní zvýšení úrovně zdraví v oblasti tělesné, duševní i sociální pohody i vyšší odolnost vůči nemocem. Podpora zdraví nezávisí na množství finančních prostředků, technických a materiálních vymoženostech, ale na nejdůležitějším činiteli, kterým je člověk samotný. Závisí to na tom, jak žije a na jeho ochotě starat se o zdraví své i ostatních. Na podporu zdraví úzce navazuje prevence, která se svou podstatou zaměřuje na boj proti nemocem se snahou jim předcházet. Prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Rozlišení prevence od podpory zdraví je v jejich zaměření. Na rozdíl od prevence je podpora zdraví plánovaná jako aktivita pro zdraví, nikoli jako aktivita proti nemocem (Machová, 2009, s. 14).

Dle Machové je možné prevenci zdraví rozdělit do tří skupin:

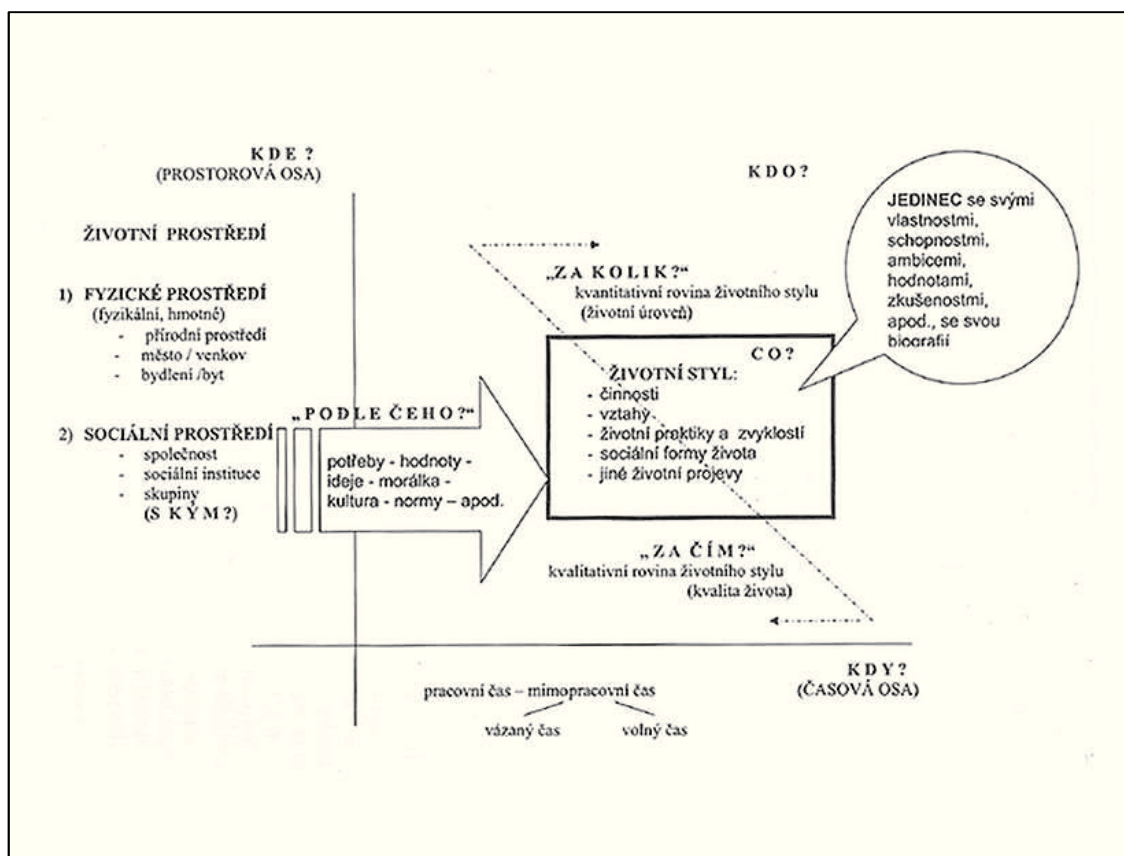
- **Primární prevence** – cílem je zabránit vzniku nemoci. Tato oblast prevence zahrnuje aktivity proti kouření, alkoholu, ale zabývá se i očkováním proti nemocem.
- **Sekundární prevence** – včasné diagnostikování nemoci a její účinná léčba. Snaha o předcházení nežádoucím účinkům v průběhu léčby.
- **Terciární prevence** – snaha o zaměření se na prevenci následků nemoci, handicapů, které by mohly vést k invaliditě nebo jiné imobilitě jedince (Machová, 2009, s. 14 – 16).

Zdravý životní styl

Životní styl je velmi širokým pojmem, o kterém si každý člověk vytváří svou vlastní představu. Do zdravého životního stylu je zařazen pravidelný životní rytmus, dostatečný pohybový režim, psychická aktivita, duševní hygiena, správná životospráva. Tento styl vede k uchování zdraví a tělesné kondice a zvládání zátěžových situací (Nováková, 2011, s. 29).

Dle Machové je hlavním determinantem zdraví – zdravý životní styl, protože má největší vliv na způsob života. Životní styl vymezuje jako formu dobrovolného chování v konkrétních situacích založených na individuálním výběru z rozličných možností. Vždy je možné rozhodnout se pro zdravé alternativy z možností, které jsou nabízeny, a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Rozhodování jedince vždy nemusí být svobodné, protože je v harmonii s rodinnými zvyklostmi a tradice společnosti a je ohraničeno ekonomickou situací společnosti i vlastní. V neposlední řadě také s jeho sociálním statutem. Je závislé také na věku, vzdělání, temperamentu, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k určité rase, pohlaví a hodnotové orientaci a postojích každého jedince. Lze tedy říci, že zdravý životní styl si každý z nás vybírá sám a pouze na něm záleží, jakou cestu si zvolí (Machová, 2009, s. 16).

Životní styl je multidisciplinární problematika, ale lze ho chápat i jako interdisciplinární, na kterou je nutné se zaměřovat z více hledisek. Životní styl je způsob jak lidé žijí, bydlí, jak se stravují, vzdělávají, závisí na jejich chování v různých situacích, zábava, zaměstnání a dodržování určitých hodnot a dalších okolnostech, obrázek č. 1.



Obr. 1. Schéma problematiky životního stylu jedince (zdroj Duffková, 2008, s. 54)

„Žít zdravě“, tento princip je v současnosti chápán často spíše intuitivně. Základem zdravého životního stylu je dodržování a respektování určitých pravidel a norem, které směřují k udržení a upevnění zdraví, přičemž je nutné vycházet jak z konkrétních exogenních podmínek (podmínky okolního prostředí), tak i z endogenních (podmínky organismu jedince). Pokud budeme vycházet z oficiální definice zdraví dle Mezinárodní zdravotnické organizace, že zdraví je stavem optimální tělesné, duševní a sociální pohody, pravidla, normy a doporučení se budou týkat tří podstatných oblastí, které se navzájem prolínají.

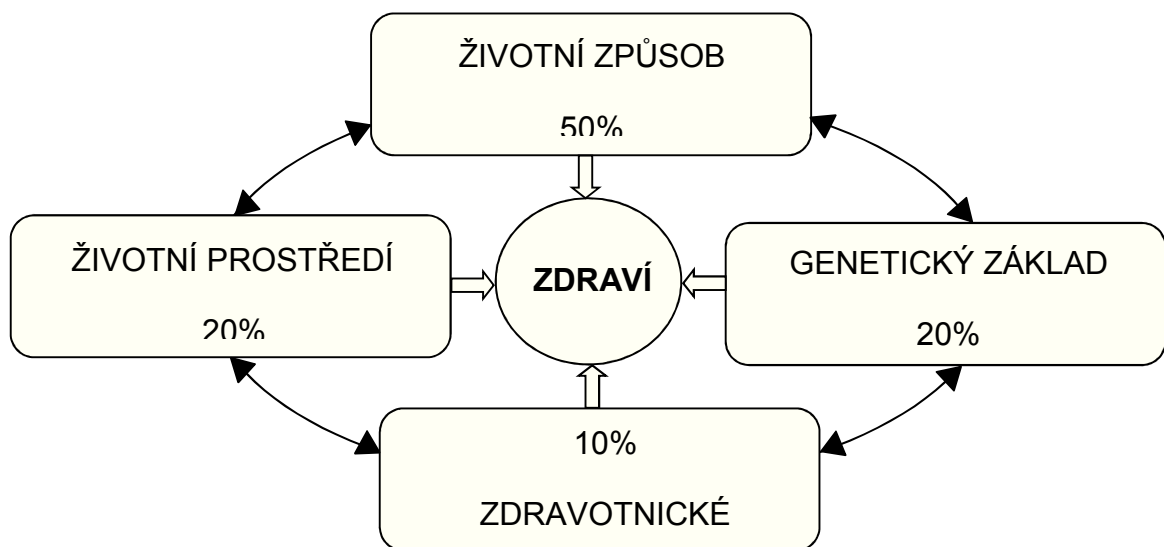
- Zásada týkající se biologického organismu – hygienická pravidla, výživa, pohybové aktivity, návykové látky.
- Zásada týkající se psychického zdraví – duševní rovnováha, její upevňování a dodržování. Za hlavní příčinu se považuje stres.
- Zásady týkající se sociálního života člověka – souvislost mezi zdravím a sociálním životem jedince (Duffková, 2008, s. 118 – 119).

V postoji ke zdraví se odrážejí osobní postoje k medicíně, léčení, ale i myšlenkové dění celé naší společnosti. V současné době se mění dřívější postoj ke zdraví jako k něčemu, co je automatické, jisté a nevyžaduje zvláštní péči. Zdraví nelze zajistit medicínou a lepšími technickými přístroji nebo léky, i když se povedlo některé nemoci vymýtit či zadržet, stále se objevují nemoci nové, které zjevně souvisejí s naším postojem k životu. Stále více lidí si uvědomuje, že zdraví je efektem aktivního přístupu každého člověka k sobě a vyžaduje zdravý způsob života, zdravý životní styl (Petrásek, 2004, s. 11 – 12).

Z již uvedeného vyplývá, že nejpodstatnějším prostředkem ochrany před bezprostředním vznikem jakéhokoliv onemocnění by neměly být pouze postupy preventivní medicíny, ale i soubor prostředků aktivní osobní sebeobrany, jejímž obsahem je výživa, pravidelná fyzická aktivita a pohyb s psychickou relaxací. Jedná se o nalezení vlastního řešení, které by bylo vhodným kompromisem najít si svůj vlastní systém, který máme možnost změnit, kdykoliv nám přestane vyhovovat. V současnosti má mnoho lidí snahu o změnu svého životního stylu k lepšímu, zdravějšímu, chtějí žít a cítit se lépe. K nejčastějším důvodům ke změně životního stylu patří: nemoc (nutnost změnit stávající styl), cítit se lépe (vnitřní pohnutka, pokud budu žít jinak, budu se cítit lépe), rada odborníka (s problémem se obracíme na odborníka, který nám poradí jak změnit svůj životní styl k lepšímu), chtít se odlišit (snaha žít jinak než ostatní lidé, řada takových změn se považuje

za pozitivní, tedy prospěšné zdraví), snaha změnit svůj život k lepšímu. Nesčetné důvody a příčiny lze zobecnit na zájem o svou tělesnou schránku (Fořt, 2001, s. 9 – 21).

Zdravý životní styl prezentuje vyrovnaný a pravidelný denní režim, ke kterému patří životospráva, dostatek pohybové aktivity, zásady osobní hygieny, duševní pohoda, eliminace styku s návykovými látkami, odolnost proti patologickým vlivům a návykům (kouření, alkohol, drogy) a naopak dostatek pohody v mezilidských vztazích. Do základních atributů je možné zahrnout způsob života, životní prostředí a zdravotní péči. Způsob života z 50% podílí na zdraví a zahrnuje v sobě tělesnou aktivitu, výživu, schopnost jedince vyrovnávat se stresem a boj proti negativním vlivům v životním stylu. Z 20% se pak na zdraví podílí životní prostředí s přírodními i sociálními faktory, 10% podílu má zdravotní péče a dalších 20% vlivu na zdraví má dědičnost. Tyto čtyři zmíněné determinanty zdraví je možné znázornit jednoduchým schématem na obrázku č. 2 (Zdraví 21, 2004, s. 32).



Obr. 2. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Zdraví 21, 2004, s. 33)

Pohybová aktivita

Pohyb patří k základním projevům existence, protože lidské tělo je vyvinuto k pohybu a aktivitě. I když je tělo zdánlivě v klidu, dochází stále k nějakému pohybu – dechové pohyby, cirkulace krve, srdeční stahy, pohyby střev a dalších orgánů i buněk. Pro zachování a upevňování zdraví je nepostradatelnou a nejpřirozenější podmínkou aktivní pohyb. Pohyb byl odjakživa nejzákladnějším výrazovým prostředkem člověka.

Vyjadřuje pocity i nálady, je prvotní formou lidské komunikace. Kromě komunikačních schopností se oceňuje fyzická síla, obratnost, vytrvalost a kondice.

Význam pohybu:

- Zvyšuje tělesnou zdatnost
- Snižuje hladinu cholesterolu
- Přispívá k duševní svěžesti, zvyšuje pocit duševní pohody a odolnosti vůči stresu, napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku
- Pomáhá proti bolestem zad
- Zpevňuje kosti a zmenšuje tak riziko zlomenin, zvláště u lidí ve vyšším věku
- Zlepšuje prokrvení kůže a tím i fyzický vzhled
- Je prevencí chronických neinfekčních (civilizačních) chorob

Na pohyb nelze pohlížet pouze jako na prostředek, který ovlivňuje fyzické zdraví, ale je nutné si uvědomit i jeho další hodnoty. Kromě socializačních a komunikačních účinků jsou to účinky psychogenerační, psychoregulační a psychorelaxační. Příznivě působící na duševní stav jedince, protože jsou prevencí stresu, negativních emocí a dalších nežádoucích jevů. Cíleně prováděný pohyb by se měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka (Kubátová, 2009, s. 30 - 58).

Pohybová aktivita a volný čas

Aktivní trávení volného času by mělo být součástí zdravého životního stylu moderního člověka. Čas, který strávíme v zaměstnání nebo ve škole lze označit jako čas pracovní. Čas strávený spánkem, stravou, hygienou, ale i cestou do práce nebo do školy je časem vázaným. Volný čas se bude potom týkat doby, kdy nejsou vykonávány žádné aktivity spojené s uvedenými činnostmi. To je období, kdy člověk může vládnout svým činnostem dle své vůle. Věnovat se zábavě, odpočinku, relaxaci, studiu nebo i pohybovým aktivitám. Za pohybovou aktivitu se považuje jakákoli fyzická činnost, která v organismu aktivuje zvýšenou kalorickou spotřebu oproti kalorické spotřebě při běžných činnostech. Pravidelná tělesná aktivita napomáhá změně životního stylu, podílí se na prevenci stresu a může podpořit i prevenci kouření (Plevová, 2011, s. 173 – 174).

Výživa

Organismus potřebuje energii pro zajištění své činnosti a stavební látky pro tvorbu tkání a orgánů. Obojí člověk získává potravou. Výživa by měla být vyvážená po stránce

kvalitativní i kvantitativní. Kvantitativní složka by měla zajišťovat příjem energie, který odpovídá výdeji. Kvalitativní složka by měla být vyvážená, rozmanitá s dostatečným přísunem živin, minerál a vitamínů. Mezi zdravotním stavem a výživou jedince existuje úzká souvislost (Kubátová, 2009, s. 18).

Zdravá výživa

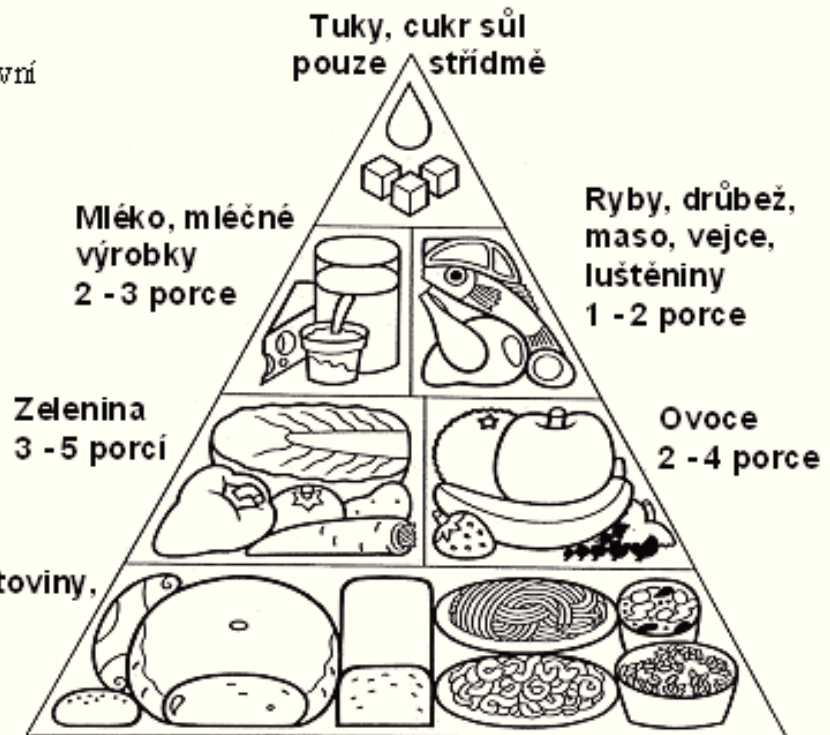
Pod pojmem zdravá, racionální výživa je možné chápat vyvážené stravování a dostatečnou kvalitní výživu. Vhodná výživa je prostředkem k posílení obranyschopnosti organismu a předcházení civilizačním nemocem, neboť v současné době choroby, které způsobují nejvíce úmrtí, jsou zapříčiněny nesprávným životním stylem. Mezi jednu z hlavních příčin vzniku civilizačních chorob dnešní doby je průmyslová velkovýroba a příjem potravin bohatých na kalorie, soli, tuky a cukry. Racionálně složená strava by měla obsahovat přiměřené množství bílkovin, tuků, cukrů, minerálních látek, vitamínů, vlákniny a vody (Marádová, 1992, s. 5 - 8).

Pyramida zdravé výživy

Potravinová pyramida obrázek č. 3, není návodem k přesnému sestavení denního jídelníčku, je základním aktuálním doporučením o skladbě výživy. Pyramida není řešením extrémů ve stravování (vegetariánství), ale je konstituován pro průměrného člověka. Nejedná se ani o striktně doporučené dávky, nicméně by měla být vodítkem k sestavení zdravé stravy. Stále je platné, že příjem by neměl převyšovat výdej (med.muni.cz [online]. [cit. 2018-03-18].

Výživová doporučení ve formě potravinové pyramidy

Každodenní strava má obsahovat všechny hlavní potravinové skupiny v určitém poměru, vyjádřeném graficky pyramidou a rovněž numericky doporučeným počtem porcí.



Obr. 3 Potravinová pyramida (med.muni.cz [online]. [cit. 2018-03-18])

Duševní zdraví - stres

Stres je reakce organismu, která nás připravuje na náročné situace a pomáhá nám přežít v nepříznivých a ohrožujících podmínkách. Kdyby stres neexistoval, jako mechanismus stresové akce, zahynuli bychom při prvním nebezpečí. Stres tedy nelze ze života odstranit, ale je třeba se s ním naučit správně zacházet, protože ho potřebujeme. Soustavně je uplatňováno nervové napětí, které vyplývá ze systému přesně plánované a časované práce, tempu a nutnosti podřizovat se denně po řadu hodin požadavkům školní i pracovní kázně, z hodnocení výsledků práce, ale i z tlaku kolektivu. Stres je tedy neoddelitelnou součástí lidského života. Míra s jakou ovlivní život jedince, závisí na tom, jak je schopen mu čelit a vyrovnávat se s ním (Kotulán, 2002, s. 148).

Odpocinek

Mezi základní požadavky zdravého životního stylu se považuje harmonická vyváženost mezi činnostmi a odpočinkem. Duševní i tělesná aktivita zabezpečuje neustálou stimulaci vývojových procesů a je nezbytnou podmínkou. Znamená však i zvýšené čerpání energetických zdrojů a funkční kapacity organismu. Aktivita by měla být střídána s fázemi odpočinku. Jednou z nejzákladnějších forem odpočinku je spánek, který regeneruje funkční rezervy čerpané tělesnými i duševními činnostmi (Kotulán, 2002, s. 150).

2 RODINA V ZÁTĚŽOVÉ SITUACI

Vývoj rodiny kopíruje vývoj společnosti. Rodina vzniklá manželstvím a je základním článkem naší společnosti. Všeobecná deklarace lidských práv uvádí, že „rodina je přirozený a základní prvek společnosti“. Roku 450 před Kristem byla vůbec poprvé rodina prohlášena za základ společnosti a zanesena v římském zákoníku Dvanácti desek. Pojem „rodina“ tedy existuje od nepaměti, i když v průběhu dějin byl tento pojem naplňován různým obsahem, který se měnil v závislosti na čase a místě (Možný, 1990, s. 17 - 18).

Nedokážeme si tedy představit společnost, která by byla lidská a nebyla zároveň organizovaná a neměla koordinované role jednotlivců. Rodina je nepostradatelná v každém typu společnosti, i když je nejmenší a nejintimnější společenskou jednotkou. Reprodukuje člověka nejen jako živočicha, ale zprostředkovává mu vrůstání do kultury a společnosti. Je to první závazný společenský model, se kterým se dítě v životě setkává. Předurčuje jeho osobnostní vývoj a vztahy k jiným skupinám, orientuje ho na určité hodnoty, připravuje na konflikty a poskytuje mu zázemí, určitou podporu a předávání sociálních dovedností. V tomto smyslu se mluví o její socializační funkci. Rodina je i těžko postradatelnou institucí pro dospělého člověka, protože k jedné z nejvyšších hodnot lidského života patří mít stálého partnera a děti – rodinu. Dospělý člověk o ně opírá pocit vlastní hodnoty, smysluplnosti své existence, a právě na nich závisí jeho psychická pohoda a zdraví. Pokud někdo z rodiny vážně onemocní nebo prochází nějakou zátěžovou situací, je rodina schopna mobilizovat nemalé rezervy, aby svému členovi poskytla podporu, a všemi možnými způsoby bude usilovat o jeho návrat do původního stavu. Dobrá rodina dává tomu, kdo do ní patří, pocit bezpečného zázemí (Matoušek, 2003, s. 9 – 47).

2.1 Rodina jako systém

Původně byla rodina chápána jako systém s pokrevními vztahy, a to především ve šlechtických rodech a vyšších třídách, kde pokrevní příbuzenství zajišťovalo udržení moci a majetku rodu. U prostých lidí byl členem rodiny každý, kdo žil pod stejnou střechou.

Dle Sobotkové je rodina elementárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob. Lze ji vymezit jako zpětnovazební systém fungující na principu koloběhu. Pokud budeme

rodinu definovat jako systém, je možné ji definovat jako soubor částí ve vzájemném interakčním vztahu (Sobotková, 2007, s. 9 – 22).

Prvky rodinného systému nejsou tedy pouze jednotliví lidé sami o sobě, ale i vzájemná interakce a vztahy. Jedná se o síť vztahů. Procesy, které se v rodině odehrávají, jsou tedy vzájemně propojené a dynamické. To znamená, že setká-li se jeden člen rodiny se zátěžovou situací, promítne se tato zátěž v působení na rodinu jako na celek. Ke způsobeným změnám může docházet buď kontinuálně – tzv. životní cykly rodiny, které jsou pozvolné, dané vývojem a stárnutím systému, nebo působením diskontinuálních změn, což jsou tzv. životní nebo kritické události. Většinou bývají náhlé, nečekané a vyžadují vyvinutí zvláštního adaptačního úsilí, protože jejich přínosem jsou zátěž, nároky a stres (Matějček, 2005, s. 359).

Rodinný systém se nachází v prostoru a čase, v biologickém a sociálně-historickém kontextu. Nepoznáme ho rozložením na jednotlivé části, protože v jeho obsahu je něco navíc, něco unikátního, co je produktem vnitřního uspořádání a funkční organizace částí do jednoho celku. Lze vycházet z toho, že rodinný systém je organizačně složitý, otevřený, adaptabilní a je systémem průběžné informační výměny. Jeho základy stojí na třech nejvýznamnějších faktorech – **organizace** – například hranice, které z rodiny činí samostatnou skupinu oddělenou od okolí a jednotlivých subsystémů. **Morfofáze** – živý systém ve formě kontrolních a regulačních mechanismů a **morfogeneze** – charakteristické způsoby změn a vývoje rodinného systému v průběhu času (rodinný životní cyklus). V důsledku to znamená, že rodinné systémy jsou produktem dynamické hry morfogenetických (růstových) a morfostatických (kontrolních) sil. To znamená, že rodiny se musí přizpůsobit změnám v rámci rodinného cyklu, aby byly schopny zvládat různé životní úkoly a řešení problémů. Velmi podstatná součást rodinného systému je míra jeho otevřenosti a uzavřenosti. V uzavřenějším systému se členové cítí bezpečněji, ale časem se vytváří ztuhlost (rigidita), což ovlivňuje nižší schopnost snášení stresu. Otevřený systém je adaptabilnější, lépe přijímá nové zkušenosti a změny, a to díky výměně informací s okolní podpůrnou sítí, která umožňuje kompenzaci dočasné slabosti ve fungování rodiny. Každý rodinný systém je složen z několika subsystémů. Manželský subsystém je nejzákladnější a hraje hlavní roli ve všech vývojových fázích životního cyklu rodiny (Sobotková, 2007, s. 22 – 28).

2.2 Životní cyklus rodiny

Rodina odedávna existuje především proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že má rodina biologicky významnou funkci reprodukce člověka k udržení lidstva, je také základní jednotkou lidské společnosti. Rodina též propojuje generace a vytváří jejich vzájemnou kontinuitu a pouta solidarity (Matoušek, 2003, s. 9)

Aby rodina byla schopna zvládat různé životní úkoly, musí se přizpůsobit změnám, přičemž způsoby zvládání a řešení nastalých problémů jsou specifická pro každou rodinu. Jedná se o po sobě jdoucí období, kterými rodina prochází, a to ve smyslu jejich strukturálních změn, způsobených příchodem, růstem a odchodem potomků. Není zcela snadné vymezit jednotný vzorec chápání tohoto konceptu, ale jedná se o hodnotu, která se mění v čase i kultuře. **Funkční rodina** – je rodina zdravá s absencí patologického chování. Rodina, která se ztotožňuje s ideálem optimálního fungování – rodina je vztahová k určitým hodnotám (např. vzájemnému porozumění, toleranci, věrnosti, naplňování potřeb druhých) a k plnění úkolů zdravého vývoje dětí. Existuje zde harmonický vztah jejich jednotlivých členů mezi sebou. **Dysfunkční rodina** – zde jeden nebo více členů rodiny vytváří nezdravé, maladaptivní chování. Jedná se například o popírání či neřešení problémů, absence intimity, vzájemné obviňování, potlačování osobní identity na úkor rodinné identity, nejasná komunikace, užívání návykových látek, asociální nebo neurotické chování. Uvedené psychopatologie jednotlivých členů zpětně negativně působí na fungování rodiny jako celku (Sobotková, 2007, s. 33 – 40).

Každá rodina prochází několika fázemi z hlediska historického vývoje celé společnosti, ale i z hlediska svého vlastního života během společného soužití. Pojem vývojového cyklu rodiny lze také chápat jako životní dráhu nebo cestu rodiny, rodinnou a manželskou historii. Běžný rodinný život je bojištěm lidských vášní, které postupem času prochází procesem vývoje. Každé vývojové období je specifické velkými změnami, které jednotlivým obdobím dávají charakter a vedou ke změnám v organizování rodinného života, ale i ke změně chování jednotlivých členů rodiny (Matoušek, 2003, s. 9).

Matoušek vymezil celkem sedm základních vývojových cyklů rodiny: volba partnera, sňatek, orientační a prokreační rodina, transgenerační tradice, rodina s předškolním dítětem, rodina se školními a dospívajícími dětmi, rodina ve fázi opuštěného hnízda.

Volba partnera - vznik rodinného systému je závislý na první základní fázi namlouvání, pro kterou je podstatné, aby se mladý člověk dokázal emocionálně odpoutat

od své orientační rodiny. Pro odpoutání se od původního rodinného systému má každá kultura v časové ose své věkové rozmezí. Každý mladý člověk, většinou v období adolescence, si mezi vrstevníky hledá svého partnera a společně s ním prochází rituálem namlouvání. Volba partnera je založena na biologických, sociálních a kulturních činitelích. Obecně je upřednostňován jedinec stejné rasy, stejné sociální vrstvy a stejného náboženství. U mužů je při výběru kladen důraz především na vzhled a mládí, ženy kladou důraz na potenciál muže ekonomicky zajistit rodinu. Hlavní podmínkou partnerství je zamilovanost, což je zvláštní stav vědomí, ve kterém jsme partnerem fascinováni a idealizujeme si ho. Stav intenzivní zamilovanosti trvá několik měsíců, ale usnadňuje sblížení i rozhodování o sňatku (Matoušek, 2003, s. 58 – 59).

Sňatek – svatební rituál již od pradávna pro člověka znamenal magické zajištění zdaru této významné akce. S některými formami magie je sňatek spjat až do dnešní doby. Z psychologického hlediska je považován za přechodový rituál, který spojujícím se rodinám i jednotlivcům napomáhá zvládnout významné změny – ekonomické, vztahové i psychologické. Současný svatební obřad zaznamenal řadu změn, které mají vesměs reduktivní charakter. Formální námluvy téměř zanikly, partneři se seznamují sami a rozhodnutí o uzavření manželství je pouze na nich samotných. Ke sňatku není třeba souhlasu rodičů. Věno a majetek nejsou veřejnou záležitostí, i když ekonomická podpora ze strany rodičů je i dnes nutností (Matoušek, 2003, s. 60 – 62).

Orientační a prokreační rodina – každý z nás, aniž by si to jakkoli uvědomoval, si do své nové rodiny přináší vlastnosti a zvyky ze své orientační rodiny. Vliv rodiny orientační na rodinu prokreační je nepochybný, protože dítě se chová dle rodičovského vzoru. V případě harmonického vztahu rodičů dochází k přirozené nápodobě rodiče stejného pohlaví jako obrazu rodičovského vzoru. Důležitým vlivem je i sourozenecká pozice v rodině orientační. Ve vztahu je však rozhodující, jak se svými vzory dovedou potomci nakládat a jak si postupně vytvoří vlastní životní styl (Matoušek, 2003, s. 62 – 63).

Transgenerační tradice – předávání rodinných tradic zvyšuje stabilitu rodiny a posiluje i její odolnost vůči stresům. Téměř každá rodina udržuje své tradice ve formě vyprávění starých legend, které mají spojitost s jejich předky, uchováváním starých fotografií nebo památných předmětů. Jako hodnotové měřítko jsou tradice předávány a ožívány při slavnostních příležitostech, kdy se na předky nejčastěji vzpomíná (Matoušek, 2003, s. 64 – 66).

Rodina s předškolním dítětem – příchodem dítěte do rodiny je manželské pouto obohaceno další dimenzí vztahu. Manželé sdílí společnou radost, péči i starost o dítě a rodina je tak jeho příchodem zcela ovlivněna. Narozením dítěte rodiče ztrácí výlučnost a intimitu vztahu. Může dojít k první manželské krizi, protože fungující stereotypy ustupují do pozadí, rodina je vystavena zátěžové situaci, kterou v některých případech může zvládat velmi špatně a může se tak stát i příčinou manželského rozvratu (Matoušek, 2003, s. 66 – 70).

Rodina se školními a dospívajícími dětmi – toto období se vyznačuje nejnižší spokojeností s rodinným životem, protože je obtížné skloubit nároky školy, zaměstnání a domácnosti. Důležitý je postoj rodičů ke školním výsledkům dítěte. Nástupem do školy se od některých dětí očekává co nejlepší prospěch. Řada rodin je ochotna všemi prostředky těchto výsledků dosáhnout. Jsou ale i takové rodiny, které předáním dítěte do péče školského zařízení více či méně rezignují na jeho kontrolu a doufají, že škola na sebe převezme výchovnou a vzdělávací funkci. Děti jsou tak největším zdrojem rodinných konfliktů. Pokud však rodina žije v harmonickém vztahu, tak ani složité období dospívání dítěte nenaruší mezigenerační pouta (Matoušek, 2003, s. 70 – 71).

Rodina ve fázi opuštěného hnízda – je posledním vývojovým cyklem rodiny. Rodičovské břemeno se postupně odlehčuje, když děti začínají opouštět rodinu. Manželé se tak mohou věnovat více svým koníčkům a sobě navzájem, intenzivněji se zaměřit na svoji profesi a sociální kontakty. Někdy však zdravotní stav může začít tyto aktivity limitovat. Může však nastat i vztahová krize, která vede k rozpadu manželství. Příchozí nemoci se mohou také stát faktorem, který průběh manželství ovlivňuje. I náhlá smrt jednoho z partnerů je hlubokým zásahem do života rodiny (Matoušek, 2003, s. 71 – 72).

2.3 Rodina jako sociální opora

Sociální opora

V širším slova smyslu lze sociální oporu chápat jako pomoc poskytovanou druhými lidmi člověku, který se ocitl nebo se nachází v zátěžové situaci. Z obecného hlediska se jedná o činnost, která člověku nastalou zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. O sociální opoře hovoříme nejčastěji v momentě, kdy se jedná o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v zátěžové situaci nejbližší (Křivohlavý, 2009, s. 94 - 95).

Širší pojetí sociální opory lze rozdělit do tří úrovní:

Makroúroveň – kdy se jedná o celospolečenskou formu pomoci potřebným, např. sociální a ekonomická pomoc potřebným, v celostátním měřítku nebo pomoc přes hranice státu do oblastí postižených zemětřesením, záplavami a podobně.

Mezoúroveň – pomoc určité sociální skupiny jednomu ze svých členů nebo lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, ale nacházejí se v určité krizové situaci, např. pomoc spolupracovníků jejich kolegovi.

Mikroúroveň – pomoc a opora, kterou poskytuje osoba, která je danému člověku nejbližší, např. sociální opora v rámci dyády – pomoc jednoho manžela druhému (Křivohlavý, 2009, s. 95).

Sociální podporou jsou i podpůrné sociální vztahy (supportive social relationships) jako taková „mezilidská pouta“, ze kterých může člověk nabýt zdroje, pro využití v případě pomoci při zvládnutí těžké životní situace (Křivohlavý, 2009, s. 96).

Sociální izolace je protipólem sociální opory. Izolace, čili osamocení člověka, opuštění nejbližšími lidmi, jeho ostrakizace někdy až výrazné sociální zavržení (Křivohlavý, 2009, s. 96).

O disponovatelnosti sociální opory lze hovořit tehdy, kdy se jedná o formu sociální opory, kterou daný člověk podle zákona dostat musí, nebo tehdy, kdy jde o sociální oporu, která vychází z dobré vůle, vlastní iniciativy a ochoty poskytovatele (Křivohlavý, 2009, s. 97).

Přiměřenost sociální opory je velmi složitým jevem, jedinec v tísní si může být vědom, že mu chce někdo něčím pomoci, ale to ještě neznamená, že z toho má užitek. Potřeba dané osoby může být něčím jiným než to, co jí druhá osoba nabízí či poskytuje. Zhodnocení adekvátnosti sociální opory je zcela osobní věcí jejího příjemce. Při hodnocení významu sociální opory pro adresáta, je nutné brát v úvahu interpretaci (výklad, chápání, porozumění) činnosti a typu sociální opory příjemcem. V očích příjemce může mít určitá činnost třeba jen symbolickou hodnotu. Interpretace přijímané sociální opory je závislá v mnoha případech na tom, co daná osoba v tísní v předešlém čase zažila, co očekávala a co dostala. Dosažitelnost sociální opory (social support availability) lze chápat jako subjektivní představu daného jedince v tísní o tom, jaký druh sociální opory by mu byl poskytnut, kdyby se dostal do těžké situace. Efekt sociální opory vyjadřuje,

jaký užitek má ten, komu je sociální opora poskytována, z toho, že mu tato opora byla poskytnuta. Co je možné z ní získat, vytěžit a co z ní načerpá (Křivohlavý, 2009, s. 97).

Sociální opora má v životě člověka svůj význam. Je důležitým momentem v procesu zvládnání životních zátěží zvláště tam, kde jedinec onemocní, kde se dostává do nějaké životní krize, byl postižen nehodou, kde byl chodem událostí hluboce zklamán a kde stojí před závažným rozhodnutím. V mnoha případech se v takových situacích jedná o sociální opoře jako o určitém „nárazníku“ (buffer) nebo o tlumiči nárazů (buffering effect). Funkci sociální opory lze pochopit na základě klíčového významu tzv. teorie připoutání, kde termín připoutání (attachment) vyjadřuje pevnou a trvalou vazbu jednoho jedince k druhému a z tohoto sociálního sepětí plyne i lpění jednoho na druhém (Křivohlavý, 2009, s. 100).

Jednou z teorií sociální opory je specifická podpora sociálních vztahů a to mezi lidmi v rodině tzv. rodinná sociální atmosféra, která je charakterizována třemi hlavními rysy:

- Míra pomoci – do jaké míry se daná osoba může spolehnout na druhou osobu v rodině a nakolik důvěřuje tomu, že jí v případě potřeby skutečně pomůže.
- Hloubka vzájemných vztahů – jak moc je osoba oddána druhé osobě a jak moc se může „svěřit do jejích rukou“.
- Míra mezilidských konfliktů – jedná se o zjištění negativních faktorů, které daného jedince ve styku s druhou osobou iritují (Křivohlavý, 2009, s. 101).

V průběhu života se potýkáme se zátěžovými situacemi, které je nutné řešit. Některé věci nám mohou pomáhat, jsou přímo v nás – naše schopnost řešit těžké situace, znalost strategií zvládnání nebo i naše zranitelnost. Jiné jsou oproti tomu mimo nás – to jak budeme zátěžovou situací řešit, může být závislé na sociálně-ekonomickém stavu, ve kterém se nacházíme nejenom my, ale i společnost, ve které žijeme. Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů, které modifikují a moderují nepříznivé vlivy různých negativních životních situací na psychický a fyzický stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu života (Křivohlavý, 2009, s. 104).

Rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou umožňující dostupnou a zvladatelnou sociální integraci, emoční zázemí a oporu. Stává se jediným prostředím, ve kterém nemocný není anonymizován a rodina se stává alternativou sociální izolace. Přesto nemocný může mít pocit osamělosti a izolovanosti, protože život zdravých členů

rodiny má jiný obsah a perspektivu, a utrpení nemocného s ním nemohou sdílet. Může tak odcházet k postupnému odcizení i v rámci rodiny, jehož příčinu nemocný ani zdraví členové zcela nechápou. Závažná nemoc nebývá záležitostí pouze jedince, ale ovlivňuje život celé rodiny. Nemění pouze postavení nemocného, ale mění i obsah rolí ostatních členů rodiny a vztahy mezi nimi. Závažné onemocnění blízké osoby je ohrožením hodnot, které vztah k tomuto jedinci představuje. Vyrovnávání se se stresem z toho vyplývajícím, vyžaduje čas a jeho průběh je podobný jako reakce na vlastní chorobu. Nemoc se stává primárním problémem pro všechny a je testem soudržnosti rodiny, nebo je důsledkem jejího rozpadu (Vágnerová, 2004, 2008, s. 90 – 92).

2.4 Nemocný člen v rodině

Všeobecně je známo, že nemocný i jeho rodina se adaptují se zátěžovou situací nemoci tím hůře, čím rychleji nebo neočekávaněji vznikla. Stres je jeden z aspektů, který by se měl vyvíjet postupně, protože pak má postupné i tendence vývoje adaptačních pochodů. I při náhlých změnách stavu k horšímu, nepředstavuje primární reakce rodiny potíže. Rodina uvede své síly a prostředky do pohotovosti, všichni mají tendenci pomoci či poskytnout podporu. Současně rodina zčásti omezí své vnější kontakty, případně zesílí selektivně ty, které by nemocnému mohly přímo pomoci. Situace je přesto velmi náročná. Čím delší dobu se projevuje, tím náročnější se stává. Zhoršování nemoci vyvolává u členů rodiny frustrující pocit. V mnoha směrech se jí dotýká a může měnit jejich životní styl i perspektivy. Nepříznivé pocity jsou filtrovány z obavy, že by jejich otevřené projednávání mohlo nemocnému přitížit. Pokud je možnost ventilace pocitů někde jinde, ukazuje se, že členové rodiny jsou naplněni pocitem smutku, zlosti, viny (že sami nejsou postiženi) i úzkosti (nemoc představuje hrozbu do blíže nespecifikované budoucnosti). Tato zátěžová situace, jejíž důsledky se projevily na blízkém člověku, jim připadají nespravedlivé, nezasloužené. Průběh adaptace na nemoc je závislý i na faktoru, jak se ke změně svého stavu staví sám nemocný. Nejpodstatnější je fakt, nakolik je schopen přebírat odpovědnost za sebe a svůj stav, natolik je potom sám schopen kompenzovat svůj handicap. Nemocný se může díky traumatu ze zátěžové situace vrátit až na úroveň dítěte a pozornost si podmiňovat naříkáním, smutkem, záchvaty vzteku, odmítáním léčby nebo i suicidálním chováním. V prvopočátku je rodina ochotna tyto pocity tolerovat, bez pocitu svého ohrožení. Při dlouhodobém setrvání těchto komunikačních prostředků je nemocný začne občas i neuvědoměle zneužívat

a regulovat jimi dění okolo sebe, zhoršuje atmosféru a vynucuje si „chození po špičkách“ kolem své osoby a tím blokuje souměrné komunikování. Adaptace na zátěžovou situaci je determinována i rodinným stylem reakce na stres, jak je rodina zvyklá řešit konflikty, jak umí nakládat s emocemi a vyjadřovat postoje (Matoušek, 2003, s. 116 – 118).

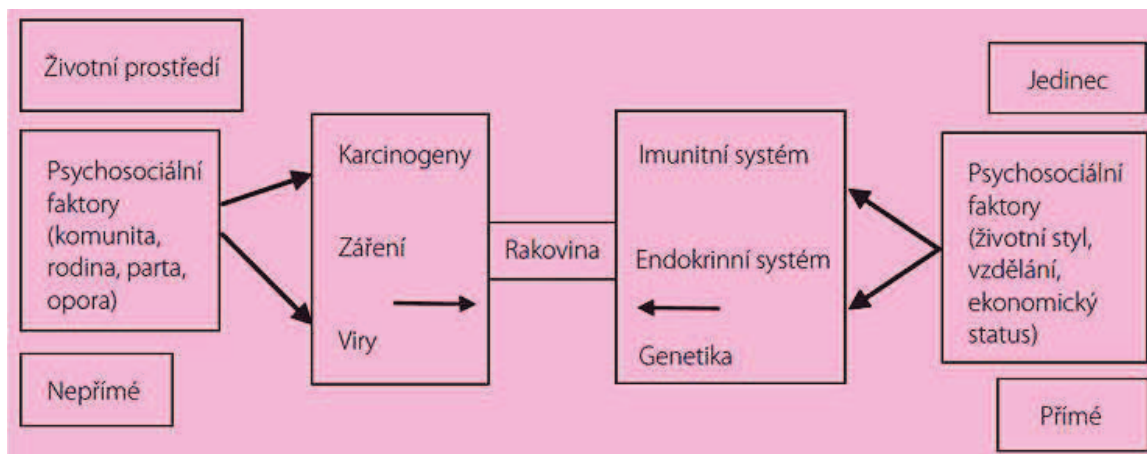
3 ONKOLOGICKÝ PACIENT

Deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů, přijatá na valném shromáždění „Asociací evropských lig proti rakovině“ v Oslu 29. června 2002 definuje onkologického pacienta jako uživatele zdravotní péče, který je postižen nádorovým onemocněním nebo má obtíže spojené s tímto onemocněním (Osobní asistence [online]. [cit. 2018-03-17].

3.1 Rakovina jako specifická nemoc

Za onkologickou diagnózou je skryt jeden velký model, který je možné vyjadřovat v množství obrazů nemoci. Každý z nich se dotýká člověka v jeho celistvosti, lhostejno ze kterých orgánů původně vzešel. Jako hrozba dnešní doby se tato nemoc netýká pouze přímo postižených, ale celé společnosti, která ji stále tabuizuje, než kterýkoliv jiný obraz nemoci. Existence nemoci je zaznamenána již odnepaměti. Na světě není známa žádná kultura, kromě kultury Hunzů, kterou by rakovina od své zhoubnosti ušetřila. Přes všeobecné povědomí se rakovina stala zvláštním charakteristickým znakem moderních průmyslových národů. Onkologické onemocnění je stěžejním zdravotním ohrožením naší doby, což dokládá i skutečnost, že všechny její obrazy nám nahání největší hrůzu. Již název a označení nemoci s sebou nese pečeť naší klasifikace – zhoubná. Rakovina nás konfrontuje s tématem, které se schovává ve stínu ještě hlouběji než bolest, dokonce než smrt. Žádná jiná nemoc neukazuje na souvislost mezi tělem, duší, duchem a společností tak jasně jako rakovina. Tato nemoc nám nastavuje zrcadlo, ztělesňuje obrácení ctihodných ideálů podřízeného v jejich protipól, v absolutní princip ega. Buňky této nemoci chtějí dobýt celý Svět (tělo) a vše přizpůsobit k obrazu svému. Proto proniká všude, popřípadě vysílá své agresivní misionáře (metastázy) i do nejvzdálenějších oblastí země (těla). Rakovina překonává všechny hranice i překážky, rozšiřuje se a proniká do všeho, podílí se na všem, před ničím se nezastaví, je téměř nesmrtelná a nebojí se ani smrti (Dahlke, 1992, s. 55 – 75).

V rozvinutých zemích je rakovina druhou nejčastější příčinou úmrtí. Objevuje se u lidí různého věku. Psychologické, sociální a behaviorální faktory hrají důležitou roli v etiologii onkologického onemocnění a jeho léčby a slouží i jako účinný prostředek při jejich zvládnutí. Biopsychosociální nemoc je komplexní a utříděný pohled na vztahy ovlivňující zdraví i nemoc, vně i uvnitř jedince, obrázek č. 4.



Obr. č. 4 Faktory ovlivňující vznik rakoviny, /www.onkologiecs.cz [online].

[cit. 2018 03 18]

Nemoc způsobuje více faktorů a zdraví je udržitelné díky rovnováze biologických, psychologických, sociálních a faktory prostředí. Biologické fungování se vztahuje k automatickým procesům vně nevědomého uvědomování. Psychologické fungování je ve vztahu s vnitřním stavem jedince, který řídí informační procesy a komunikaci s vnějším světem. Obsahuje vnitřní reprezentaci sebe sama, světa, osobních cílů, ideálů, potřeb, poznávacích strategií a procesů, které determinují chování. Sociální fungování se integruje k jedincovu chování v rodině, k přátelům, profesi a dalším podstatným mezilidským vztahům, zařazuje kulturní očekávání a vztah ke společenským institucím. V celostním pohledu fungování jedince v systému prevence, diagnostiky a léčby je podstatná i spirituální úroveň. Model vysvětluje komplexní vztah mezi duševními a somatickými aspekty zdraví, víceúčelovou léčbu včetně psychosociálních intervencí a vztah lékaře a pacienta (*Onkologie*: [online]. [cit. 2018-03-29]).

3.2 Závažná nemoc a potřeby pacienta

Nemoc je možné definovat mnoha způsoby, které se vztahují jak ke smyslu jejího vzniku, tak k hodnotám měnícím se v důsledku její vlády nad člověkem. Určit pevnou hranici mezi zdravím a nemocí je prakticky nemožné. Stav, který vypovídá o zdraví, je možné pokládat za štěstí až tehdy, když zdraví pozbydeme. Těžce nemocný považuje za štěstí být lehce nemocným. Lehce nemocný může vůči zdravému jedinci pociťovat nespravedlnost a nepřiměřenost postižení. Díky těmto důvodům lze zdraví a nemoc považovat do jisté míry za relativní. Každá nemoc je představitelem určitých omezení vzhledem

k dosavadním možnostem zdravého, nebo spíše zdravotně neproblematického průběhu života (Haškovcová, 1985, s. 20 - 22).

Pokud bychom měli pojmenovat, vyjádřit nebo stanovit lidské potřeby, je nutné, abychom vycházeli z obecných, osobních, společenských nebo normativních standardů. Pod pojmem standard lze chápat určitou úroveň, k jejímuž dosažení je nutné naše konání a jednání při naplňování osobních potřeb. Rozlišujeme kvalitu a úroveň obecného standardu (jde o obecně uznávaný standard pro řešení určité situace; například obecně respektovaná snaha o pomoc nemocným lidem), osobního standardu (je v primární souvislosti s vyspělostí jedince), a normativního standardu (reprezentuje normu, která je závazná pro určitou skupinu jedinců). Standardy tak vyjadřují uspokojivý a dostatečný stupeň a rozsah naplnění každé z potřeb toho kterého jedince. Nedostatečnou saturací hodnot dochází ke změnám v chování jedince. Obecnými příznaky jsou psychické potíže (neklid, úzkost, nesoustředění, nervozita), somatické potíže (spánek, výživa, poruchy srdečního rytmu). Pocity nenaplněných potřeb mohou vyústit ve stres, zátěž, distres, pocit frustrace, deprivace, deprese. Pro naplňování potřeb je nutná síla motivace, která vyúsťuje ve schopnost jedince překonávat překážky. Motivace je procesem vedoucím k energetizaci organismu. Lidské chování bývá téměř vždy něčím motivováno. Na základě motivace vznikají motivy, které jsou osobními příčinami určitého chování, tzv. pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činnosti a jednání člověka zaměřené na uspokojení určitých potřeb. Základní formou motivace jsou potřeby, ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Způsob jejich naplňování je většinou ovlivněn následujícími činiteli:

- Individuální vlastnosti jedince – například temperament
- Sociální prostředí jedince – rodina, vzdělání, ekonomické zabezpečení
- Pocit zdraví nebo nemoci
- Okolnosti vzniku nemoci – onemocnění akutní nebo chronické

Proces naplňování potřeb je chápán jako dynamický, měnící se dle rozvoje společnosti (politické a společenské klima). Probíhá cyklicky, v určitých periodách. Proces uspokojování lidských potřeb je jednou ze složek kvality života. Specifická podoba potřeb závisí především na charakteru onemocnění, na pacientu samotném, ale i na sociálních poměrech. Pacient je v určitém pohledu neschopen plnit běžné společenské funkce, jeho sociální svět je egocentrický, což je v určitém rozsahu potřebné k pokrytí jeho nejzákladnějších potřeb – být uzdraven.

Proto je nutné rozlišovat jejich členění na:

- Potřeby, které se nemocí nemění
- Potřeby modifikované nemocí
- Potřeby vzniklé z nemoci

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné u zdravého i nemocného jedince. Tyto potřeby souvisí s nemocí. Potřeba vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, vyprazdňování, pocit čistoty, pohodlí, bezpečí.

Potřeby modifikované nemocí jsou nejsložitější skupinou potřeb vyplývajících ze samotného onemocnění. Biologicky modifikované potřeby v podobě dietní stravy. Důležitou roli zde mají společenské faktory – věk, pohlaví, zaměstnání. Velkou míru pozornosti je nutno věnovat modifikovaným sociálním potřebám (těžce nemocný pacient upřednostňuje potřebu sociálního kontaktu oproti potřebě aktivity).

Potřeby vzniklé nemocí, jejich uspokojování je součástí léčebného procesu. Vznikají i nové potřeby, vzniklé změnou vnějšího prostředí (pobyt v nemocnici), změnou společenských a materiálních podmínek života a postupnou změnou osobnosti pod vlivem poznání. Potřeby se projektují do tří rovin – potřeba navrátit zdraví, potřeba zbavení či zmenšení bolesti a utrpení, potřeba obnovení a udržení způsobilosti plnění dřívějších sociálních funkcí nebo příprava na funkce nové (Bártlová, 2005, s. 90 – 96).

Na základě vlivu onemocnění se mění základní psychické potřeby a hodnoty s nimi související. Dochází ke změně jejich hierarchie, preference způsobu uspokojení, převažují aktuální motivace. Zdraví se stává hlavní potřebou. Mezi další potřeby patří:

- **Potřeba stimulace a nových zkušeností** – v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje. Pacient nemívá příliš velkou potřebu nových podnětů z hlediska nedostatku energie a vyčerpanosti z nemoci.
- **Potřeba orientace ve vlastní situaci** – nemocný jedinec chce znát svůj zdravotní stav, vědět, co má očekávat a z jakého důvodu je to důležité. Bez znalosti alespoň rámcového charakteru svého onemocnění by narůstal pocit nejistoty a ohrožení a zvyšovalo by se tak riziko případné nespolupráce pacienta díky jeho neznalosti, k čemu má léčebný postup sloužit.
- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** – v závislosti s nemocí tato potřeba narůstá. Závažné onemocnění je velkou zátěží, která vede ke zvýšení úsilí získání podpory.

Pacient zažívá více nepříjemností a méně uspokojení. Úzkost a nejistota narůstají při odloučení od rodiny a z toho faktu vyplývá větší potřeba citové podpory, která by mohla nastalé problémy kompenzovat.

- **Potřeba sociálního kontaktu** – pokud je pacient více izolován, může být tato potřeba obtížněji uspokojována, neboť je v kontaktu pouze s omezenou skupinou lidí. Sociální svět nemocného by se mohl zúžit na nejbližší členy rodiny, zdravotnický personál a spolupacienty.
- **Potřeba seberealizace** – díky vlivu nemoci se mění, její dosahování je obtížnější a s přihlédnutím ke změně významných hodnot může ztrácet význam. Nemocný opouští původní ambice z důvodu jejich nedostupnosti či ztráty dřívější hodnoty následkem nemoci. Naopak může dojít i k akcentaci této potřeby, kdy se nemocný snaží dosáhnout cíle proto, že jeho čas i možnosti jsou omezeny a on si dané omezení uvědomuje. Tento motiv je vyjadřován potřebou dokončení určitého životního plánu, který byl smyslem jeho života.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – pozitivní prognózy, které díky závažnému onemocnění bývají více či méně negovány. Závažné onemocnění je omezující i v této oblasti, protože choroba není nikdy zcela vyléčitelná a vlastní budoucnost se tak může jevit nepříznivě. Pacient je tak nucen slevovat ze svých původních představ. Anticipace negativní budoucnosti je zcela logickým důsledkem takového onemocnění. V této souvislosti se objevují obranné reakce, které mají charakter úsilí o dožití určitého mezníku – svatba dcery, narození vnoučete (Vágnerová, 2004, 2008, s. 82 – 84).

3.3 Komunikace s onkologickým pacientem

Člověk je na komunikaci závislý již od dětství a je tedy nedílnou součástí jeho základních potřeb. Je nejdůležitějším nástrojem lidského soužití. Jedno z mnoha pravidel správné komunikace říká, že komunikace se odehrává v několika rovinách, její selhání se však odehrává pouze v jedné rovině. Nejdůležitějším aspektem slov je jejich význam. Jazyk je srozumitelný tehdy, pokud dobře známe význam slov, frází a vět (Atkinson, 2003, s. 306).

Verbální komunikací neboli slovní, se dorozumíváme pomocí slov prostřednictvím příslušného jazyka. V širším pojetí se jedná o komunikaci ústní i písemnou, přímou či zprostředkovanou, živou nebo reprodukovanou (Vybíral, 2000, s. 87).

Neverbální komunikaci lze definovat jako řeč těla, kam řadíme všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili a kterými řeč doprovázíme. Řeč těla má několik funkcí a používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili nebo nahradili, vyjadřujeme s ní emoce a své interpersonální postoje. Používáme ji především jako sebe prezentaci, která je považována za upřímnější než projev verbální (Vybíral, 2000, s. 70).

Zdravá komunikace – takto lze pojmenovat komunikaci funkční a také si lze označit jako kvalitní. Kvalitní komunikace je součástí vytváření kvality života. Psychologové zdravou komunikaci považují za důležitou podmínku osobnostního optima. Je známo, že zdravá komunikace působí pozitivně na průběh většiny tělesných onemocnění a u některých je považována za rozhodující vliv na stabilizaci zdravotního stavu nemocného (Vybíral, 2000, s. 212 - 213).

Komunikace pacienta a zdravotního pracovníka

Komunikovat znamená poskytovat a sdílet informace, vyměňovat myšlenky a vyjadřovat se způsobem, kterému účastníci komunikace rozumějí. Lékařská komunikace je výměnou informací týkajících se zdraví, nemoci a péče mezi pacientem, sestrou a lékařem. Komunikace je kontinuální a dynamický proces, ve kterém pacient a zdravotnický pracovník sdílejí a interpretují určité informace, ale také zároveň budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Patří do nedílné součásti ošetrovatelského procesu – je jejím základem. Ošetrovatelský proces je procesem, kde se setkává člověk s člověkem. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou, lékařem a pacientem. Tento vzájemný komunikační vztah by měl být lidsky rovnocenný, ale po profesionální stránce je přirozeně nevyvážený z hlediska odbornosti a autority lékaře a sestry. Ze své pozice by měli komunikaci s pacientem do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě a obsahu (Špatenková, Králová, 2006, s. 9 - 10).

Komunikaci je třeba chápat jako výměnu signálů a informací mezi dvěma či více jedinci. Prvotním předpokladem vzájemného porozumění mezi lékařem a pacientem je lékařova empatie, tedy vcítění se do pacientovy situace. Pokud je zdravotník s pacientem v dobrém kontaktu, nemocný má pocit důvěry a s ní spojené zlepšení spolupráce. Právě komunikace se zpětnou vazbou pomáhá v utvrzení, že pacient rozuměl všemu, co mu lékař sdělil (Honzák, 1999, s. 19 - 27).

Dle požadavků Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu (Evropská norma komunikačních dovedností pro lékaře), by měl lékař dodržovat následující postupy:

- Objasnit důvod pacientovy návštěvy
- Shromáždit anamnestické údaje
- Navrhnout řešení
- Strukturovat rozhovor
- Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu
- Zvládnout komunikační dovednosti

Nemocný má ze zákona právo na svoji plnou informovanost (Honzák, 1999, s. 19 - 26).

Slovo je mocné, má schopnost uzdravovat i ničit. Pacient potřebuje rozmlouvat se svým lékařem nebo sestrou a svěřit se jim, žádat o pomoc, radu nebo ochranu. Touží porozumět všemu, co se dotýká jeho těla a duše. Zkušený lékař rozmlouvá a poslouchá vždy tváří v tvář pacientovi, v klidu a soukromý, ne na veřejnosti. Lékař rozmlouvá pomalu, zřetelně bez latinských názvů a zkratk. Vysvětluje, uklidňuje, ubezpečuje a upozorňuje na naděje, které pacient má. Lékař s pacientem komunikuje o jeho nemoci a léčbě natolik, nakolik si pacient přeje znát pravdu o svém zdravotním stavu. Pacient očekává od lékaře odbornost a pozitivní přístup, aby mu svěřil svoje tělo i duši a dovolil je léčit. Lékař profesionálním přístupem ve svém pacientovi ctí partnera (Kelnarová, 2008, s. 94).

Rozhovor s pacientem je nejčastěji veden technikou aktivního naslouchání. Rozhovor je veden v několika fázích:

- **Úvod** – zahájení. Pozdrav a představení se, podání ruky, odstranění nevhodných bariér (např. stůl mezi zdravotníkem a pacientem) a stručné sdělení účelu rozhovoru. To vše přispívá k navození přátelské atmosféry a důvěry.
- **Vzestup a pokračování** – je nutné zajistit soukromý a diskrétnost k získání potřebných informací. Začátek rozhovoru se odvíjí od obecnějších otázek k otázkám osobním a nepříjemným.
- **Vrchol a rozuzlení** – rozhovor vrcholí v okamžiku, kdy je odkryto jádro problému.
- **Závěr** – rozhovor je nutné vhodně ukončit. Tato fáze by měla být pro pacienta uklidněním a mělo by být jasné, že je sblížen společným cílem se zdravotnickým pracovníkem, který o něj jeví zájmem (Špatenková, Králová, 2009, s. 59 – 60).

Možné bariéry v komunikaci

- **Osobní bariéra** – ostych, pocit nedůvěry, obavy ze zklamání, choulostivá a velmi osobní sdělení, podceňování.
- **Psychická bariéra** – neschopnost přijmout pomoc pro naplnění potřeb (např. sympatie, antipatie).
- **Fyziologická bariéra** – tělesný diskomfort (nepříjemný pocit), který pokud je odstraněn, napomáhá i k odstranění bariéry.
- **Jazyková bariéra** – možné nepochopení vzájemné komunikaci, informační šum.
- **Bariéra prostředí** – neútluné prostředí, nemocniční prostředí, chladno, ponuré světlo.
- **Výjimečné, ale přesto možné bariéry** – vyslovení a přijímání omluvy, vyslovení a přijímání kritiky či pochvaly, řeč těla, zpětná vazba (Šamánková, 2011, s. 77).

Tschuchke popisuje i neochotu pacienta ke spolupráci způsobenou nedostatkem komunikace mezi pacientem a ošetřující osobou (Tschuschke, 2004, s. 81).

Sdělování onkologické diagnózy

Seznámení s diagnózou je nejdůležitějším prvkem zájmu pacienta. Prodlužující se doba čekání na sdělení diagnózy zhoršují pacientovu psychiku a jeho obavy rostou. Pokud nemocnému není diagnóza sdělena, bude po ní sám pátrat a získané informace, které nejsou lékařsky podložené, mohou nabýt milné úvahy o podstatě jeho nemoci. Sdělení diagnózy přísluší výhradně lékaři. Je dobré, aby se prvního rozhovoru s pacientem zúčastnil i psycholog a zdravotní sestra. Úkolem lékaře je seznámit pacienta a jeho příbuzné se zdravotním stavem. Otevřená komunikace s rodinou je považována za nedílnou součást péče o onkologického pacienta. Podstatu choroby, její pravděpodobný další vývoj a případně možné následky by měl vysvětlit srozumitelně. Být o své nemoci informován, není pro pacienta pouze tím, aby věděl název svého onemocnění, ale jsou to i praktické důsledky nemoci a léčby na jeho osobní i společenský život. Nejobtížnější je sdělování závažné diagnózy s nepříznivou prognózou. Sdělení by mělo být přiměřené pacientovu chápání. I když bývá rozhovor lékaře s pacientem veden taktně a ohleduplně, pro samotného pacienta vzniká velmi náročný stav, se kterým se bude pravděpodobně delší dobu vyrovnávat. Podstatný je vztah ostatních členů rodiny a blízkých osob k pacientovi a hlavně na tom, jak mu v dané situaci dokáží poskytnout pomoc (Zacharová, 2013, s. 34 – 35).

3.4 Zvládání nemoci v čase

Člověk se pacientem obvykle nerodí, ale stává se jím. To, že se někdo stane pacientem, s sebou přináší řadu fyzických, ale také i psychických a sociálních změn. Nemoc není pouze záležitostí pacienta, ale také jeho rodiny, přátel, spolupracovníků a dalších lidí, kteří s ním jsou v sociální interakci. Role pacienta je spojena s jistým očekáváním. Od nemocného se očekává, že se svojí nemocí bude bojovat a napomáhat tak ke zlepšení svého zdravotního stavu. Někdy se můžeme u pacienta setkat s pocitem viny z vlastního onemocnění. Sebeobviňování nemusí působit pouze negativně, může se změnit i na působení pozitivní - jedinec, který má pocit viny za vlastní zdravotní stav, se může o to více snažit o jeho zlepšení. Nemoc člověka zbavuje určitých povinností, ale zároveň je také spojena s řadou nároků, kladených na jeho osobu. Od nemocného se očekává míra odhodlání s optimismem k boji s nemocí (Křivohlavý, 2002, s. 31).

Vlastní boj s nemocí

V údobí vlastního boje s nemocí je nutné, aby si v první řadě pacient uvědomil soubor postupů, kterými je daný problém možné řešit. Jedná se o strategie zvládání nemoci, které je možné rozdělit do dvou skupin. Strategie aktivní a strategie pasivní. Aktivní strategie je založena na vlastní snaze pacienta řešit problém – rozhodnutím navštívit lékaře nebo podstoupení operace. Pasivní strategie zvládání nemoci jsou označovány za únikové či vyhýbavé, které se vyznačují snahou jedince vyhnout se řešení problému (Křivohlavý, 2002, s. 35).

Shontz (1975; in Křivohlavý 2002) rozlišil etapy zvládání nemoci následovně:

- **Šok** – tato reakce se objevuje u mnoha pacientů, kteří se dozvídají o svém závažném onemocnění. Šok se projevuje ve formě ustrnutí nebo jako zděšené chování. Obě tyto formy šoku se mohou v čase prostřídat. Cílem je mentální odpoutání jedince od reality.
- **Usebrání** – u pacienta dochází, po relativně krátké době, k psychickému návratu do reality. Nejedná se však o zcela normální mentální stav, pacient má do určité míry disorganizované myšlení a jeho emoce jsou výrazně negativní. Objevuje se strach, zármutek, žal, pocity bezmoci.
- **Stažení se ze hry** – tato fáze je uvědomělým únikem před situací – únikové mentální osamění, kde má nemocný možnost popřít všechno a ulehčit duchovní tíže, která nastala s objevem závažné onemocnění. Tato fáze umožňuje pacientovi

reorientaci – změnu pohledu na jeho danou situaci a příležitost vypracovat skriptum dalšího postupu.

- **Tvorba programu k řešení krize** – nemoc je vždy chápána jako narušení rovnováhy v životě jedince, což je nutné odstranit a stav opět narovnat (Křivohlavý, 2002, s. 36 – 37).

Pro pacienta je podstatné, aby našel smysl své nemoci. Pacient se často ptá, proč onemocněl zrovna on a jaké změny mu nemoc přinese. Hledání určité definovatelné příčiny napomáhá vyrovnání se s krizovou situací (Křivohlavý, 2002, s. 39).

Zajímavou otázkou pro pacienta i rodinu je zejména to, zda může určitý způsob zvládnání nemoci ovlivnit její průběh. Snaha eliminování pozornosti od samotného problému, omezuje možnost konfrontace se zátěží a tím znemožňuje způsoby zvládnání nemoci (Faller, 1998; in Tschuschke, 2004, s. 36 - 37).

Copingová strategie

Coping je ekvivalentem českého slova **zvládnání**. Jeho kořeny pocházejí z řeckého slova „colaphos“, označujícím v zápasnické terminologii přímý úder na ucho. Ve shodě s tímto výrazem je zvládnání pojímáno jako přímý boj s mimořádně těžkou zátěžovou situací. Jedná se o souboj kognitivních a behaviorálních úsilí zaměřených zvládnout nebo tolerovat vnitřní a vnější požadavky, které ohrožují nebo přesahují zdroje jedince (Bratská, 2001, s. 109 - 110).

Emoce a fyzická aktivace vyvolané stresovými situacemi, jsou většinou velice nepříjemné a tím motivují jedince, aby něco udělal pro zmírnění nebo odstranění nepříjemného stavu. Proces, kterým se jedinec snaží vyrovnat se se stresovou situací je zvládnání – coping, a ten má dvě formy:

- Zvládnání zaměřené na problém
- Zvládnání zaměřené na emoce.

Zvládnání zaměřené na problém (na stresor) – hlavní zásadou této strategie je formulace problému, hledání alternativního řešení, jeho zvolení a realizace. Tato strategie může směřovat dovnitř, kdy jedinec mění něco v sobě, nikoli prostředí okolo sebe.

Zvládnání zaměřené na emoce, na zmírnění emocí spojených se stresovou situací. Tato forma zvládnání se používá v případě, kdy je problém neovlivnitelný. Existuje mnoho způsobů, jak zvládnout negativní emoce a obvykle se rozdělují na behaviorální,

kteře ke zmírnění problému používají různé prostředky, například tělesní cvičení a kognitivní strategie zahrnující dočasné odsunutí problému z vědomí. Jednou ze strategií je také vyhledání emoční opory u druhých lidí. Její využívání se pozitivně projevilo na vyšší obranyschopnosti organismu u žen, které prodělaly operaci v důsledku rakoviny prsu. Díky této strategii jejich imunitní systém lépe bojoval s rakovinou (Atkinson, 1995, s. 509 - 511)

Copingové strategie jsou významné z hlediska jejich vlivu na zvládání stresových situací, emoční pohodu a psychické i fyzické zdraví člověka. Způsob, jakým se lidé vyrovnávají s náročnými situacemi, ovlivňuje zvládání stresu a následně jeho působení na lidské zdraví. Používání efektivních a copingových strategií může usnadnit lepšímu porozumění problému, zahrnují snahu o zmírnění prožívaného strachu, obav, úzkosti a dalších negativních emocí. Přednost v používání těchto strategií je do určité míry vrozená, ale významnou roli má také rodinná výchova a společenské prostředí. Cílem strategií zvládání je omezení toho, co člověka ohrožuje a zachování pozitivního obrazu sama sebe a udržení si duševní rovnováhy s pokračující sociální interakcí (Křivohlavý, 2002, s. 97 – 105).

4 MOŽNOSTI POMOCI PACIENTŮM S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Onkologická diagnóza je stále vnímána jako zničující a smrtelná. Je však nutné zohlednit, že v posledních desítkách let prošly možnosti onkologické léčby značným vývojem a nové trendy umožňují úplné vyléčení, nebo alespoň prodloužení období remise, kdy je pacient schopen žít běžným životem. Využití konkrétních metod nebo jejich kombinace je však závislá na mnoha faktorech týkajících se zdravotního stavu pacienta a na rozsahu a typu onkologického onemocnění.

4.1 Zdravotní péče a možnosti léčby onkologických pacientů

Onkologická léčba většinou vyžaduje multioborovou účast lékařů. Léčebný plán se odvíjí od stanovené diagnózy s jejím rozsahem, která je vždy individuální.

Dva základní charaktery léčby:

- **Léčba kurativní** – slouží k odstranění nádoru a vyléčení pacienta nebo alespoň k dosažení dlouhodobé remise, kdy žádné diagnostické prostředky neprokazují nádor.
- **Léčba paliativní** – hovoří se o ní v případě, kdy vyléčení není již možné předpokládat a cílem je prodloužení a zachování kvality života pacienta (Opatrná, 2008, s.).

Moderní medicína využívá několik léčebných metod – chirurgickou, radioterapeutickou, chemoterapeutickou. Hormonální, biologickou, imunologickou.

Chirurgická léčba – je integrální součástí komplexní péče o onkologického pacienta. U většiny nádorů představuje základní léčebný postup. Úplné odstranění samotného nádoru bývá předpokladem úspěšného vyléčení (Linkos: [online]. [cit. 2018-02-21]).

Radioterapeutická léčba – patří do nedílné součásti komplexní péče o onkologického pacienta, kterou během své léčby absolvuje přibližně polovina pacientů. Radioterapie se využívá k léčbě některých nádorových onemocnění a může být použita samostatně, častěji ale společně s ostatními léčebnými způsoby. Radioterapie využívá elektromagnetické záření – gama záření radioaktivních prvků, X-záření lineárního urychlovače nebo částicové (korpuskulární). Zdroj záření se uskutečňuje buď mimo tělo nemocného ve vzdálenosti desítek centimetrů (teleterapie), nebo přímo na kožní

povrch či zavedením do tělních dutin nebo tkání (brachyterapie, kontaktní rentgenová terapie), (Linkos: [online]. [cit. 2018-02-21]).

Chemoterapeutická léčba – je označením pro systémovou léčbu nádorového onemocnění, pomocí cytostatik, která jsou určena k nitrožilnímu podávání. Cytostatika zasahují a porušují u nádorových, ale i u zdravých buněk životně důležité struktury a tím ničí jak nemocné, tak i zdravé buňky. Jsou velmi účinným lékem, který dokáže kontrolovat růst nádoru, množení již existujících nádorových buněk a zabránit recidivě. U vybraných zhoubných nádorů se využívá kombinace léčby ionizujícího záření a chemoterapie. Tento kombinovaný záměr se využívá pro zvýšení léčebného účinku na nádorovou tkáň při ještě snesitelných vedlejších účincích léčby na tkáň zdravé. Systémově do celého těla podanou chemoterapii je možné zesílit lokálním účinkem záření. Kombinovaná léčba je toxická pro nádor, ale i pro zdravé buňky a tkáň v oblasti, která byla zasažena oběma léčebnými modalitami. Specializované onkologické pracoviště musí znát výhody a rizika kombinovaného přístupu, znát obecné indikace a zvažovat také individuální okolnosti (Linkos: [online]. [cit. 2018-02-21]).

Hormonální léčba – využívá se k léčbě hormonálně závislých nádorů (karcinomy prsu a prostaty). Léčba probíhá podávání přípravků, které snižují hladinu pohlavních hormonů nebo snižují vazbu pohlavních hormonů na nádorové buňky. Léčba je velmi účinná a ve srovnání s chemoterapií má menší projev vedlejších účinků (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 37).

Biologická léčba – biologické léky mají především funkci blokovat molekuly, které jsou životně důležité pro nádorovou buňku, ale mají menší význam pro zdravou buňku. Vedlejší účinky léčby jsou menší než u léčby chemoterapií. Biologické léky jsou děleny na dvě skupiny – monoklonální protilátky a malé molekuly. Jejich léčebný efekt je vyhraněn k nádorovým buňkám a z menší části na buňku zdravou. Tato léčba se může uskutečňovat samostatně nebo i v kombinaci s chemoterapií (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 37).

Imunologická léčba – jedná se o preparáty zlepšující imunitní odpověď organismu, který je pak schopen nádor změnit nebo eliminovat. Léčba se uskutečňuje buď samostatně, nebo i v kombinaci s chemoterapií (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 38).

Alternativní medicína – je nevhodným názvem pro léčebné metody, které mají nahradit základní postup léčby nádorového onemocnění. V léčbě nádorového onemocnění nelze

vybírat mezi oficiální medicínou, která má svoje metody vědecky ověřené a léčitelstvími praktikami, aniž by se riskovalo zdraví či dokonce život. Léčitel je přesvědčen o své pravdě, ale za svoje výsledky nenesou žádnou odpovědnost. Léčba je mnohdy finančně velmi náročná a některé z forem léčby zakazují aplikaci ověřených způsobů léčby. Následkem ztráty času, kterou pacient věnoval neúčinné léčbě, je možnost promarnění léčby ověřenými metodami a tím následné vyléčení nádoru. Jako jsou například neprokázané efekty žraločích chrupavky nebo Jurkovičovy metody, mumio a další (Liga proti rakovině Brno: [online]. [cit. 2018-02-21]).

4.2 Pomoc nejbližších členů rodiny

Existuje málo lidí, kteří by se nesetkali ve své rodině či blízkém okolí s někým, u koho bylo diagnostikováno onkologické onemocnění. Při kontaktu s nemocným se zcela logicky vynořuje celá řada otázek – Zda sním o tom mluvit? Čím a jak mu mohu prospět? Jak se k němu mám chovat? Není to nakažlivé? Jak tím utrpí naše finanční situace? Neopustí mě partner? (Karešová, 2011, s. 10).

Pokud chce být rodina svým blízkým nemocným nápomocná, měli by se její jednotliví členové naučit poskytovat pomoc v nových těžkých podmínkách. Mnoho věcí bude jiných s jiným dopadem, nežli byli dříve zvyklí. Jednou z nejdůležitějších věcí bude co nejdříve se seznámit se zdravotním stavem blízké osoby, aby nedocházelo ke zkreslení situace a předcházelo se tak nedorozumění. Tyto informace jim poskytne lékař. Vhodné je povzbuzování partnera v jakékoli aktivitě, kterou je schopen vykonávat. Nemělo by se zapomínat na tělesný kontakt a blízkost, které jsou v těchto chvílích velmi potřebné, a že i po vyléčení zůstává dotyčnému pocit strachu z návratu nemoci. Pokud nemocný propadá beznaději nebo úzkostným náladám, je nutné vyhledat pomoc psychologa, psychiatra nebo psychoterapeuta (Karešová, 2011, s. 113 – 115).

To, jak rodina jako celek zvládá náročné zátěžové situace, ovlivňuje okamžitou reakci i dlouhodobou adaptaci všech členů rodiny, atmosféru i míru pohody v rodině. V souvislosti se zvládáním běžných i mimořádných stresorů v rodině se hovoří o rodinné resilienci, která zahrnuje potenciál pro růst a rozvoj osobnosti každého jejího člena, změny vztahů v rodině a také změnu priorit v hodnotové orientaci jednotlivých členů rodiny. Jedná se tedy o pozitivní vzorce chování, interakce a funkční kompetence, ovlivňující schopnost rodiny k udržení její integrity v zátěži, umožňující obnovení harmonie

a rovnováhy v rodině. Jde o schopnost rodiny rychle se zotavit z krize, která v ní vyvolala změny. Z uvedeného vyplývá, že resilienci je možné chápat jako dostatek sil a zdrojů rodiny na zvládnutí problému. Je ovšem důležité uvést i odvrácenou stranu rodiny, kterou je její vulnerabilita – její zranitelnost a náchylnost ke zhoršení rodinného fungování důsledkem nedostatku sil a zdrojů k řešení zátěžové situace. Závisí na souhře aktuálních nároků kladených na rodinu a požadavků vyplývajících z jejího životního cyklu (Sobotková, 2007, s. 84 – 91).

Člověk se stává člověkem díky druhým lidem. Sociální opora rodiny je definována jako komponent nádorového onemocnění, který by se neměl podceňovat. Stejně tak, jako ve všech životních krizích je i zde velmi podstatná vztahová osoba. Lidé jsou primárně sociálními bytostmi s potřebou pocitu nevyřazenosti, hodnotného bytí, podpory při zvládnání nemoci, smysluplného života a k tomu všemu potřebují někoho dalšího, blízkého. Sociální a emocionální potřeba poskytovaná nejbližšími rodinnými příslušníky působí pozitivně proti prožívání stresu. Opakem však může být averzivní opora, což je minimální nebo nedostatečná opora od vztahové osoby. Bez této přirozené a paralelně se odehrávající pomoci a podpory by nemohla být pravděpodobně profesionální pomoc příliš úspěšná (Tschuske, 2004, s. 107).

4.3 Odborníci pomáhajících profesí

Pomáhající profese

Role pomáhajících pracovníků mají svá jasná očekávání a zásady, ale i vytyčené ideální vlastnosti. Pomáhající se při výkonu svého povolání pohybují v roli. Role je sociálně definované očekávání, kterým se osoba s určitým statutem nebo sociálním postavením řídí. Hraní role je úzce propojeno s potřebou vytvoření dojmu, který odpovídá naší senzitivitě, jak nás vnímají druzí. Některé role jsou omezené časově i místně, jiné jsou trvalou součástí našeho života. Role se vzájemně směšují a vytvářejí tak pestrou mozaiku naší osobnosti. (Gérinková, 2011, s. 35 - 36).

Osobnost pomáhajícího

Osobnost pomáhajícího patří mezi jeden z nejdůležitějších nástrojů, které používá při své práci a má velký vliv i na kvalitu práce ve zdravotnictví, školství, psychologii a psychoterapii. Každé z pomáhajících povolání klade důraz na specifické části osobnosti. Ideální pracovník pomáhajících profesí by měl být ochotný, vlídný, klidný a vyrovnaný,

empatický člověk s entuziasmem pro danou věc, citlivý, oplývající organizačními schopnostmi, sociálními a komunikačními schopnostmi při jednání a manipulování s klienty. V neposlední řadě by měl mít rád svoji profesi (Gérinková, 2011, s. 25).

Sociální pracovník

Profesionální sociální pracovník poskytuje rady a informace klientům. Odbornost sociálního pracovníka vychází z daných znalostí ze základů sociologie, psychologie, zdravotní vědy, práv a sociální politiky. Na základě těchto znalostí specifikuje potřeby konkrétního klienta a navrhuje postup v řešení problému. Z výše uvedených oborů však sám odborné služby neposkytuje (Smutková, 2007, s. 25 - 27).

Aby se mohl pacient a pracovník pomáhajících profesí správně pochopit, je zásadním a nejdůležitějším komunikačním hlediskem informovanost. Pokud je nejistota z nastalé situace nahrazena informacemi, je možné tak předejít tápání ze strany klienta. Za zdroje informací jsou zpravidla považováni lékaři, knihovny, edukační centra, vědecké časopisy a publikace a v neposlední řadě internet. Veškeré poznatky může pacient konzultovat s lékařem. Někteří pacienti se dokáží s nemocí vyrovnat sami, i když je to velmi náročný úkol. V případě, kdy se pacient dostane do stavu, kde je nutná pomoc specialisty, jsou v řadě případů důležití psychologové, sociální pracovníci nebo duchovní rádci (Romáňáková, 2003, s. 9 - 10).

Sociální pracovník ve zdravotnictví svou úlohou patří do složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace klienta. Tato rehabilitace má vést k udržení reálně dosažitelné kvality jeho života a stejně tak působit i jako preventivní faktor, který snižuje možnost návratu do zdravotnického zařízení. Za činnosti sociálního pracovníka lze považovat činnosti preventivní, diagnostickou a rehabilitační péči v oboru zdravotně sociální péče, dále se sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Potřeba sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních dle výše uvedených potřeb pacienta je zřejmá, přesto pozice těchto pracovníků v týmu specialistů není dostatečně vyjasněna a obvykle dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezování kompetencí a pracovních náplní. Výjimečnost pozice sociálních pracovníků v onkologii je v budování sítí pro pacienty a jejich rodiny, zahrnující zdravotní péči zdravotnických zařízení, komunitní agentury a zájmové onkologické skupiny. Jedná se o úlohu zaměřenou

na zabezpečení kontinuity služeb onkologickým pacientům a jejich pečovatelům po celou dobu léčby, ale i po jejím ukončení (Kuzníková, 2011, s. 50 - 53).

Praktické činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví by měly vycházet z důkladné sociální anamnézy. Mezi tyto praktické činnosti se řadí:

- **Psychosociální opora** – zahrnuje zajištění sociální opory, pomoc při řešení finančních, ale i existenčních situací, zajištění krizové intervence, pomoc širším vztahům klienta, následné plánování kontinuální péče, pokud je potřeba.
- **Edukace** – pomoc klientům a jejich blízkým pochopit nemoc, její léčbu a důsledky s tím spojené. Orientaci v možnostech sociální péče a služeb. Edukaci klienta v rámci komunity a v legislativě.
- **Poradentství** – při řešení nepříznivé sociální situace a seznámení o postupech řešení. Pomoc klientům přizpůsobit se nové roli. Poradentství při řešení finančních problémů klienta a zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.
- **Komunikace** – rozhovor s klientem, jeho rodinou, ale i v rámci skupiny či komunity. Terapeutický rozhovor včetně supervize. Rozhovor s pracovním týmem. Telefonická a elektronická forma komunikace, sociální šetření. Spolupráce se zdravotními pojišťovkami, policií, soudy, notáři nebo školami.

Onkologicky nemocní pacienti tvoří početnou skupinu v populaci. Toto závažné onemocnění je nositelem mnoha problémů po stránce zdravotní, psychické i sociální a nemocný se s ním musí vypořádat. Pomáhající úloha sociálního pracovníka na onkologických klinikách je proto velmi potřebná. Pro onkologicky nemocného je také důležité, aby se naučil akceptovat změněnou zdravotní situaci jako svoji budoucí normalitu (Kuzníková, 2011, s. 50).

Sociální pedagog

Profesní charakter sociálního pedagoga je využíván v interakci k druhým lidem, klientům. Je vždy spojován s konkrétní organizační jednotkou, ve které své profesní aktivity uplatňuje. Podstatou celého procesu je pro zvládnutí těchto činností oborově vzdělaný a zkušený sociální pedagog a poučený klient.

Specifické kompetence sociálního pedagoga tkví v pěti oblastech:

- **Kompetence výchovně vzdělávací** – jak již sám název napovídá, jedná se schopnost výchovně působit na klienta v oblasti výchovy, sebevýchovy

a vzdělávání. Sociální pedagog by měl chápat pravidla výchovného procesu, popisy jednotlivých prostředí formujících osobnost. Podstatou je, aby sám sociální pedagog byl vzorem při zdolávání překážek a byl nápomocen ostatním při sebevýchově.

- **Kompetence poradenská** – vztah na úrovni poradenství se odráží v dobře vedeném rozhovoru a v řešení konkrétních situací společně s klientem. Příprava jednání s klientem, volba správného cíle a prostředků, kterými je vedena konkrétní pomoc. Patří mezi důležitá hlediska jak klientův problém řešit.
- **Kompetence preventivní** – sociální pedagog je uplatnitelný v oblasti primární a sekundární prevence. V oblasti primární prevence se stará o nejvhodnější rozvoj jedince a to zejména vhodným organizováním volnočasových aktivit. Svou pozici má i v přímé poradenské a edukační činnosti. V oblasti sekundární prevence sociální pedagog pracuje s jedinci a skupinami s rizikovým chováním.
- **Kompetence manažerská** – sociální pedagog by měl být schopný poskytovat a správně uvádět v soulad efektivní pomoc těm, kteří ji potřebují. Jeho přístup k problémům by měl být pojatý interdisciplinárně a měl by umět spolupracovat s jinými odborníky a institucemi, organizovat činnost svou i kolegů.
- **Kompetence reedukační** – je cílenou pomocí, uměním zasáhnout a být sociální oporou pro jedince v rámci schopností sociálního pedagoga. V praxi je sociální pedagog schopen rozeznat i tu nejmenší odchylku od normy a zahájit tak potřebnou intervenci s využitím zejména nepřímého (funkcionálního) působení, postaveného na podpoře a pomoci vzhledem k efektivnosti nepřímé výchovy nad výchovou přímou.

Výše popsané kompetence se však neobejdou bez vědomostí, dovedností a osobních vlastností sociálního pedagoga uplatňujících se ve výchovném a sociálním poradenství (Bakošová, 2008, s. 192 - 195).

Sociální pedagog jako součást multidisciplinárního týmu

Sociální pedagog by v resortu školství mohl vykonávat povolání „zdravotně – sociální pracovník“. Funkce, náplň práce a nezbytné vzdělání sociálního pracovníka jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., (Zákony pro lidi: [online]. [cit. 2018-02-21]).

Odborná způsobilost k výkonu tohoto povolání je podmíněna absolvováním studia na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální

pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a absolvováním akreditovaného kurzu pro zdravotně sociální pracovníky zahrnující v sobě teoretickou a odbornou práci, zajištěnou ve zdravotnickém zařízení. Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost preventivní, diagnostická a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta., řešení sociální situace klientů vzniklých v souvislosti s onemocněním nebo zdravotním postižením.

Mareš (2002) se zabývá myšlenkou užšího propojení medicíny se sociální pedagogikou, kde by sociální pedagog mohl být součástí multidisciplinárního týmu specialistů. Ve své přehledové studii se zabývá působením, vzájemným ovlivňováním, průnikem medicíny a pedagogiky. Zohledňuje, že medicína a pedagogika jsou obory, které sice požívají různé vážnosti, jejich vztahy jsou asymetrické oborově i osobnostně, ale dotýkají se všech lidí, tedy celé společnosti. A přesto medicína ovlivňuje pedagogiku a naopak. Možnou inspiraci pro pedagogiku vidí ve vzájemném průniku obou věd označovanou jako „medical education“ – edukace ve zdravotnictví, která se nejrychleji rozvíjí v USA, Velké Británii a Nizozemsku. Lze konstatovat, že tento obor v sobě koncipuje filozofii výchovy a teorii výchovy zdravotnických pracovníků, část lékařské etiky, didaktiku vzdělávání zdravotnických pracovníků a specifickou část vysokoškolské pedagogiky – lékařskou pedagogiku, obor postgraduálního vědeckého studia, který se zabývá výzkumem výchovy a vzděláváním zdravotnických pracovníků. Medical education by bylo možné do české terminologie přeložit jako lékařská pedagogika a obsahově ji lze chápat jako pedagogiku v lékařství (Pedagogika: [online]. [cit. 2018-03-29]).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na rodinu jako formu sociální opory pro své onkologicky nemocné členy a na možnosti využití práce sociálního pedagoga s onkologicky nemocnými pacienty, jako formu pomoci v náročné životní situaci. Onkologické onemocnění vnáší do života jedince, ale i rodiny nečekané změny a nároky, jejichž zvládnutí závisí na individuálních možnostech každého jedince.

Praktická část je zaměřena na souhrn potřebných informací formou kvalitativního výzkumného šetření s cílem zjistit, jaké má rodina možnosti pomoci svým onkologicky nemocným členům a zda dokáže poskytnout potřebnou sociální oporu. Poukázat na možnosti sociálního pedagoga v tomto procesu.

5.1 Vymezení výzkumného problému

Problematika onkologického onemocnění a jejího řešení je celospolečenským problémem, který se dotýká rovnocenného sociálního přístupu zdravých s nemocnými. Životní změny následkem onkologického onemocnění jsou obrovské a velmi zdrcující, obzvláště tehdy, pokud se týkají těch, kteří jsou nám nejbližší. Onkologické onemocnění zasahuje člověka nepřipraveného, v plném proudu života. Problematika rodiny s onkologicky nemocným členem zůstává v pozadí, mimo pole zájmu. Rodina však nese většinu zátěže a je chápána jako instituce, která může pomoci a usnadnit nemocnému celý léčebný proces. Důležitou roli ve zvládnutí onkologického onemocnění hraje nejenom osobnost nemocného, ale i rodina a nejbližší sociální okolí. Ti se stávají oporou pro nemocného v boji proti nemoci. Morální postulát člověka, tedy to, co je pro něj v životě důležité a co ne, je hodnotou, která ovlivňuje sociální oporu. Člověk je neopakovatelnou jedinečnou bytostí a je nezbytné ho tak i chápat. Je nutné si také uvědomit, že bolest dotýkající se celého člověka a k ní patřící strach ze smrti, úzkost s odloučením, osamělost, existenční otázky, vnímání sebe sama jako zátěže pro ostatní následkem nemoci, nelze léčit pouze medicínskými prostředky.

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je v souladu s teoretickými východisky zjistit jaké má rodina možnosti pomoci svým onkologicky nemocným členům.

Dílčí cíle výzkumu

- 1) Zjistit jak rodina přijímá informaci o onkologickém onemocnění svého člena a zda dokáže poskytnout potřebnou sociální oporu.
- 2) Zjištění jak pacient přijímá skutečnost o svém onkologickém onemocnění.
- 3) Vhled do možností zdravotní péče a léčby onkologického pacienta z institucionálního hlediska.
- 4) Objasnit jaké jsou jiné možnosti pomoci onkologickým pacientům od odborníků pomáhajících profesí.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky tvoří podstatu každého výzkumu. Pomáhají směřovat výzkum tak, aby výsledky byly korespondující se stanoveným cílem, a jsou ukazatelem cesty, jak má být výzkum veden. Jsou v podobě tázacích vět s potřebou jasného formulování, aby na konci výzkumu bylo možné rozpoznat, zda na otázku bylo odpovězeno či nikoli. Otázky kvalitativního výzkumu by měly splňovat určitá kritéria, do kterých patří dostatečná šířkost, neboť úzce vymezené otázky mohou vést k vynechání důležitých, avšak nepředpokládaných jevů v analýze. Pracuje se s obecnějšími koncepty než s proměnnými, které jsou nalézány až v průběhu výzkumu. Otázky se neptají na četnost jevů, ale detailně zkoumají povahu určitých jevů z perspektivy aktéra, neboť se nejedná o podání objektivního popisu daného fenoménu, ale o popis toho, jak je tento fenomén vnímán a prožíván lidmi, kteří se jej účastní. Nedefinují předpoklady (Švaříček, Šed'ová, 2005, s. 69).

Výzkumné otázky

- 1) Jaké byly reakce rodiny na sdělení onkologické diagnózy?
- 2) Jaké byly reakce a způsoby vyrovnávání se jedince s onkologickou diagnózou?
- 3) Jaké jsou zkušenosti onkologického pacienta s komplexním systémem poskytované péče a pomoci?
- 4) Jak vnímají onkologičtí pacienti působení sociálního pedagoga, jako možnou formu pomoci?

5.4 Metoda sběru dat

Téma diplomové práce je velmi osobní, citlivé až intimní a individuálně subjektivní pro každého jedince. Jak pacient a jeho rodina zvládá sdělení onkologické diagnózy, jak se vypořádává s léčbou a jejími následky je těžké objektivizovat kvantitativním šetřením, jež by mohlo působit neosobním dojmem. Proto pro tuto práci byla zvolena forma kvalitativního šetření, které je nenumerické, ale interpretuje sociální realitu u malé skupiny klientů s cílem zachytit přímé souvislosti s tématem diplomové práce. Pro sběr dat byla využita metoda případové studie s otázkami polostrukturovaného rozhovoru pro získání nejcennějších informací „intimního“ charakteru problematiky onkologického pacienta a jeho blízkých. Tato metoda je vždy přínosem osobitých a jedinečných odpovědí, které jsou zkoumány v přirozeném prostředí. Pomocí polostrukturovaných otázek lze plynule vést rozhovor a v případě potřeby je možné vkládat mezi předem stanovené otázky další, podle toho, jak se daný rozhovor individuálním způsobem odvíjí. Každý rozhovor je svým způsobem odlišný a zcela osobitý. Hlavním výzkumným nástrojem je sám výzkumník.

Kvalitativní výzkum byl ještě v 70. letech 20. století vnímán jako doplněk kvantitativních postupů. Dnes však platí, že oba přístupy jsou rovnocenné a vzájemně se doplňují. Podle použité metody sběru dat je nástrojem kvalitativního výzkumu rozhovor. Pracuje se slovy a textem, což je hlavní rozlišovací znak kvalitativního výzkumu oproti kvantitativnímu, který pracuje s numerickými hodnotami. Podstatou kvalitativního výzkumu je širokouhlý sběr dat bez počátečního stanovení základní proměnné, bez předem stanovených hypotéz a výzkumný projekt nemá závislost na teorii, kterou již předem někdo stanovil. Jedná se především o hloubkové a kontextuálně zakotvené prozkoumání určitých široce zakotvených jevů a získání co největšího množství informací o něm. Následnou indukci nasbíraných dat výzkumník tvoří komplexní holistický obraz, ve kterém pátrá po pravidelnostech analýzou různých textů v těchto datech a formuje předběžné závěry. Metoda kvalitativního přístupu se tedy užívá k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevu, o kterém toho ještě mnoho nevíme. Může také sloužit k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o kterých již něco víme. Teorie vzniklé na základě kvalitativního výzkumu však nelze zobecňovat na celou populaci, platí právě jen pro ten vzorek, na kterém byla data získána (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 13 – 21).

Případová studie se v pedagogických vědách podobně jako v ostatních společenskovědních disciplínách zabývá detailním studiem jednoho nebo několika případů a řadí se k jednomu z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Mezi silné stránky případové studie patří konstrukční platnost, nápomoc ve zkoumání sociálně-vědních konceptů, které jsou těžce měřitelné. Dobrá případová studie by se měla soustředit na několik aspektů: Významnost – musí objevovat něco dosud neznámého nebo neobvyklého s významem pro teorii (falzifikace nebo dokumentace teorie). Úplnost – explicitně vymezené hranice případu s dostatečným obsahem dat, aby bylo možné dovést výzkum do přirozeného závěru. Alternativní pohled – každá případová studie musí poukazovat na omezení studie, různé řešení a perspektivy. Dostatek dat – musí obsahovat dostatek relevantních a kritických dat s prokázáním validity a hodnověrnosti použitých dat. Čtivost zprávy – přitažlivost, zajímavá struktura a vyjadřování (Hendl, 2005, s. 101 – 114).

Rozhovor pro tento výzkum byl veden s každým informantem samostatně. Nejprve bylo informantům vysvětleno, za jakým účelem budou data získávána. Délka a průběh rozhovoru nebyl nikterak stanoven. Informanti byli ujištěni o anonymitě rozhovoru a o použití získaných dat pouze pro účely tohoto výzkumu. Rozhovory se uskutečnily v domácím prostředí, které informanti považovali za sobě vyhovující, a měly přátelský průběh. Šetření probíhalo v období leden – únor 2018, kdy vybraní informanti s onkologickou diagnózou, jsou již v období remise, po úspěšném ukončení léčby.

Fixace kvalitativních dat byla provedena záznamem na diktafon a následným doslovným přepsáním, kdy vznikl potřebný materiál pro další zpracování pro účely tohoto výzkumu. Při transkripci dat samotných jsem rozhovory vnímala daleko intenzivněji, než při osobním setkání. Vnímala jsem více zabarvení hlasů, smutek, který se v hlase promítal, ironické zabarvení některých odpovědí a dlouhé pauzy emočního charakteru. Všechny rozhovory v reálném uskutečnění byly doprovázeny neverbálními projevy v podobě slz, smíchu, zavřených očí, pohledů upřených někam do nekonečna. Nervozita se projevovala sváním rukou v pěstí nebo prsty pohrávajícími si s vlasy.

Do polostrukturovaného rozhovoru byly zvoleny otázky, které informantky obdržely předem, aby si je měly čas promyslet. Vzhledem ke skutečnosti, že se známe osobně, jsou otázky ve formě tykání.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru:

- Kolik Ti bylo let, když jsi onemocněla?
- Co tě přimělo, abys navštívila lékaře?
- Napadlo Tě, že by se mohlo jednat o onkologické onemocnění?
- Můžeš mě popsat, jak jsi reagoval/a na sdělení diagnózy?
- Kdo byl první, s kým jsi o tom mluvil/a?
- Co Tě napadlo jako první, na co jsi myslel/a? Jaké Tě provázely pocity na začátku nemoci?
- Jak se vyrovnával/a s onkologickou diagnózou. Kdo nebo co Ti pomáhalo ve zvládnání situace?
- Jak Ti onemocnění ovlivnilo život?
- Jak jsi zvládal/a léčbu samotnou, její nežádoucí účinky?
- Kdo byl pro Tebe nejbližší fyzickou a psychickou oporou?
- Bylo něco, s čím jsi nebyl/a v průběhu léčby spokojený/á?
- Pociťoval/a jsi nějaké psychické problémy v období léčby?
- Důvěřoval/a jsi svému lékaři a jaký byl váš vztah?
- Byly pro Tebe informace, které jsi dostával/a v průběhu onemocnění a léčby srozumitelné?
- Co je z Tvého pohledu nejdůležitější při sdělování diagnózy?
- Jaký jsi pociťovala přístup ze strany lékaře, zdravotního personálu?
- Zdála se Ti péče a pomoc lékaře, zdravotního personálu dostatečná?
- Bylo něco, z čeho jsi měl/a největší strach?
- Co bylo Tvou největší motivací pro uzdravení?
- Jak Tvoje onemocnění vnímala rodina?
- Jak Ti nemoc ovlivnila vztah sama k sobě?
- Jak Ti nemoc ovlivnila vztah s partnerem, dětmi, s rodiči?
- Ovlivnila nemoc i Tvůj intimní život? A jak?
- Jak jsi pociťoval/a přístup ze strany přátel po zjištění onkologické diagnózy?
- Ptali se Tě přátelé a blízcí jak mají k Tobě přistupovat?

- Došlo ke změnám v rodinných či přátelských vztazích?
- Co pro Tebe bylo obtěžující ze strany druhých v oblasti nemoci?
- Měl/a jsi někdy pocit, že ostatní nezajímáš, že pro Tebe nejsou oporou?
- Změnily se Tvoje životní postoje a hodnoty?
- Jak se změnil Tvůj pohled na svět?
- Ovlivnila nemoc Tvoje chování? Jak?
- Co Ti nemoc vzala a co Ti naopak dala?
- Jaký dopad nemoci jsi pocíťoval/a ohledně finanční situace?
- Jak bys reagoval/a, kdyby Ti někdo řekl, že onkologickou nemocí trpíš?
- Setkal/a jsi se v průběhu svého onemocnění a léčby s pojmem sociální pedagog nebo pomáhající profese? Pokud ano, tak která z forem poradenské činnosti jím poskytována by byla pro Tebe přínosná?

5.5 Etická dimenze kvalitativního výzkumu

V rámci každého výzkumu je nutné řešení určité etické otázky, kterými by se výzkumník měl zabírat v souvislosti se svým výzkumem. Jedná se zejména o uveřejnění závěrů. Etická dimenze souvisí s obecnými principy, jež jsou v jednotlivých vědách formulovány v podobě etických zásad. Důvěrnost, poučený souhlas, zpřístupnění práce účastníkům výzkumu. Důvěrností se myslí, že zveřejňovaná data nepovedou širokou veřejnost k jakékoli identifikaci účastníka výzkumu. Účastníky je nutné ubezpečit o zachování důvěrnosti, kterou výzkumník musí důsledně dodržovat. Základním předpokladem je, aby nedošlo k žádné újmě účastníků výzkumu a s tím i související nakládání se získanými daty (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 43 – 50).

5.6 Informovaný souhlas

Vyjma principu důvěrnosti je dalším principem sociálního výzkumu získání souhlasu jeho účastníka. Tento informovaný souhlas by měl být specifickým způsobem zdokumentován. Informovaný souhlas znamená, že účastníci budou dobrovolně souhlasit a budou obeznámeni s povahou a případnými důsledky své účasti na daném výzkumu. Pokud je účastníkům dán příslib zpřístupnění výsledků práce a jejich předání, měl by tak výzkumník učinit. V opačném případě by se nedodržení příslibu stalo nezdvořilým (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 50).

Pro účely této diplomové práce byl získán informovaný souhlas na základě poskytnutí informací, za jakým účelem byli účastníci osloveni, jak se získanými daty bude naloženo a ujištění o jejich naprosté anonymitě a obecném označení.

5.7 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena forma prostého záměrného výběru. S ohledem na vybrané téma diplomové práce se jedná o informanty, kteří mají s danou problematikou vlastní zkušenosti a souhlasili s poskytnutím informací. Výzkumný soubor tvoří tři ženy, které prodělaly onkologické onemocnění a nyní jsou v remisi. Čtvrtý přislíbený rozhovor, který měl být s mužem, se bohužel neuskutečnil, protože si to informant rozmyslel. Informanti výzkumného souboru byli vyhledáváni z řad mých známých. Vzhledem k důvěrné povaze informací a citlivosti rozhovorů zůstanou informanti v naprosté anonymitě a jejich označení bude obecné.

Informantka - R1

Žena, 36 let, vdaná, 1 dítě

Bydlí v rodinném domě s rodinou

Anamnéza: genetickým vyšetřením zjištěna predispozice k rakovině prsu. Příčina onemocnění antionkogen BRCA1 a BRCA2.

Matka pacientky zdravá, otec trpí cukrovkou a vysokým tlakem.

Bratr a sestra bez zdravotních potíží.

Diagnóza: karcinom v pravém prsu.

Prognóza: prognóza nebyla pacientce sdělena.

Katamnéza: pacientka je nadále v péči MOU v Brně, sledována je čtvrtletně, nadále užívá hormonální léčbu. Po úspěšné léčbě prodělala rekonstrukci prsu. V současnosti se nachází v remisi.

Informantka - R2

Žena, 43 let, vdaná, 2 děti

Bydlí v rodinném domě s rodinou

Anamnéza: při běžném chirurgickém byl zjištěn karcinom štítné žlázy.

Pacientka byla od dětství sledována na endokrinologii se štítnou žlázou.

Matka rakovina kostí, otec bez zdravotních potíží.

Diagnóza: papilární karcinom štítné žlázy.

Prognóza: prognóza nebyla pacientce sdělena.

Katamnéza: pacientka je nadále v péči MOU v Brně, sledována v ročním intervalu, celoživotní terapie hormonů štítné žlázy. V současnosti se nachází v remisi.

Informantka - R3

Žena, 43 let, vdaná, 2 děti

Bydlí v rodinném domě s rodinou

Anamnéza: genetickým vyšetřením zjištěna predispozice k rakovině prsu ze strany otce. Příčina onemocnění antionkogen BRCA1 a BRCA2.

Matka i otec bez zdravotních potíží.

Diagnóza: karcinom v levém prsu.

Prognóza: prognóza nebyla pacientce sdělena.

Katamnéza: pacientka je nadále v péči MOU v Brně, sledována je čtvrtletně, užívá hormonální léčbu. Po úspěšné léčbě prodělala rekonstrukci prsu. V současnosti se nachází v remisi.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Pro tuto diplomovou práci byla zvolena výzkumná technika zakotvené teorie. Teorie je odvozená induktivně ze zkoumaného fenoménu, který reprezentuje. Znamená to, že je odhalena, vytvořena a předběžně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném fenoménu. Analýzou těchto údajů je výsledek výzkumu - spíše teoretické vyjádření zkoumané reality (Strausse a Corbinová, 1999, s. 14 – 15).

Dle Hendla se tato výzkumná technika používá v případech, kdy chceme zkoumat skupinu osob vyznačující se určitým společným charakteristickým znakem. Techniku lze uplatnit i na zkoumání určitého časového úseku, popřípadě místa (Hendl, 2005, s. 243).

Analýza dat byla provedena kódováním – otevřeným, axiálním a selektivním. Otevřené kódování je charakteristické důkladným rozkrytím textu, opakovaným a velmi důsledným pročitáním, přiřazováním kódů a zjišťováním možných souvislostí či protikladů, které zpočátku nemusí být viditelné. Při kódování je velké množství kódů podle shodného významu a závislosti slučováno do určité kategorie (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 222).

Kategorie mají určitý pojmový rozsah, který určuje, jaké skupiny pojmů – subkategorií pod danou kategorií spadají. Kategorie obsahují vlastnosti jako charakteristický znak a dimenzi jako ukazatel umístění těchto vlastností na nějaké škále (Strausse a Corbinová, 1999, s. 45 – 48).

Pro axiální kódování bylo využito paradigmatického modelu, jehož cílem je hledání dalších souvislostí mezi získanými daty, nalézání nových kategorií, vzájemného prolínání vztahů, kde je zapotřebí pokládat další otázky a snažit se o jiný pohled (Hendl, 2005, s. 248 – 250).

Paradigmatický model tvoří:

Příčinné podmínky – fenomén – kontext – intervenující proměnné – strategie jednání - následky.

Fenomén je centrální částí, ke které se vztahují ostatní části paradigmatického modelu. Příčinné podmínky jsou představitelem důvodu fenoménu. Kontext je úzce propojen s příčinnými podmínkami, které mají vliv na činnosti oproti fenoménu. Intervenující proměnné svou návazností splývají s kontextem a je velmi obtížné je rozeznat. Strategie

jednání jsou představitelem činnosti, který má vliv na vznik následků, ať již jsou činnosti vědomé či nevědomé (Hendl, 2005, s. 250).

Selektivním kódováním se rozumí práce s centrální kategorií a ostatními kategoriemi. Zjišťují se vztahy mezi nimi za pomoci paradigmatického modelu (Strauss a Corbinová, 1999, s. 92).

6.1 Otevřené kódování

Stanovené kategorie:

- Razítko „Diagnóza“
- Život naruby
- Ochranná náruč
- Sociální vztahy
- Varovná stopka
- Současný stav
- Pomáhající profese

Kategorie Razítko „Diagnóza“

Vlastnosti	Dimenze
Nemoc	Vážná
Léčba	Různorodá
Následky	Dlouhodobé
Omezení	Značná
Vyléčení	Nejisté
Psychika	Zatěžovaná

Subkategorie

Sdělení onkologické diagnózy, způsob léčby, zvládání léčby, omezení, psychika, zdravotní komplikace, obranné mechanismy, změna vzhledu, informace, přístup lékařů a personálu.

Subkategorie: Sdělení onkologické diagnózy

Z rozhovorů vyplývá, že jak pacientky, tak jejich rodinní příslušníci uváděli velmi negativní vnímání sdělení onkologické diagnózy. Toto sdělení provázely pocity šoku, strachu, beznaděje, zloby a obavy o děti. Po sdělení diagnózy následovalo seznámení s možnou variantou léčby.

R1:... *“když mně řekli, že mám rakovinu prsu, tak jsem vůbec nevěděla, co mě čeká do budoucna. Úplně se mně zatemnilo...jestli to přežiju nebo umřu... jak dlouho to bude trvat, rok dva nebo jen pár měsíců...si ani nepamatuju, jak jsem z té nemocnice dostala dom...v hlavě jsem měla takové temno...jenom jsem přemýšlela, co budu dělat...bezmocný pocit, že umřu...“*

R2:... *“tak určitě to byl šok...pro mě, pro všechny, šla jsem jenom na banální operaci...“*

R3:... *“no, když mně to řekl, tak jsem tam seděla jak pětka a nic... ještě poslal na rentgen plic...čekali jsme na výsledky a mně to nedocházelo...zavolali si mě dovnitř, podíval se na ten rentgen a řekl: „,Tak plíce jsou dobrý, tam to není...ani mě nenapadlo, že by to mohlo být ještě jinde...hlava jako kdybych neměla mozek...prostě mně to nepřemýšlelo...“*

Subkategorie – Způsob léčby

Pro všechny ženy byla jedním ze způsobů léčby radioterapie. Ve dvou případech byla radioterapie kombinovaná s chemoterapií - vzhledem k odlišnosti operačního zákroku na jiném tělesném orgánu. V případě nutnosti podstoupení operačního zákroku byla provedena ablace prsu s axiální dissekcí uzlin.

R1:... *“ mně tu rakovinu diagnostikovali na sonu...nemohla jsem se na jizvu ani podívat...jak jsem měla tu chemoterapii...byla jsem po plastice... ozařování bylo docela v pohodě“*

R2:... *“po operaci... po ozárku se ke mně děcka nemohly týden ani přiblížit...“*

R3:... *“ operoval mně ty prsa...jsem po chemu... ozařování jsem snášela v pohodě...“*

Subkategorie – Zvládání léčby

Možných vedlejších účinků léčby je mnoho, ale to vcelku neznamená, že se musí všechny projevit. Snášlivost léčby je individuální. Všechny ženy shodně odpověděly, že se u nich projeví nežádoucí účinky léčby v menším či větším měřítku. Projevovaly se únavou, pocitem na zvracení, samotným zvracením a jedna z žen prodělala alergickou reakci na chemoterapii.

R1:...“ *po operaci jsem byla celá bolavá...unavená...ozařování bylo docela v pohodě...z chema jsem měla strach...nezvracela jsem, ale žaludek byl na vodě...*“

R2:...“ *jsem byla pořád unavená a nebylo mně dobře ...bolest ani tak ne...dobré bylo i to, že jsem ani nezvracela...*“

R3:...“*ozařování jsem snášela v pohodě...divila jsem se, proč s tím lidmi nadělají...s chemoterapií přišly komplikace, měla jsem alergickou reakci...vyrážku,...zvracela jsem...ale po čase se všechno upravilo*“

Subkategorie – Omezení

Všechny ženy shodně vypověděly, že omezení pociťovaly v mnoha směrech. Omezoval je pobyt v nemocnici, pocit izolace, úbytek fyzických sil, kdy se nemohly o sebe postarat a byly závislé na rodině. Omezení pociťovaly i v sociálních kontaktech následkem radioterapie, kdy bylo nutné nesdílet blízké okolí a tím vznikla izolovanost od dětí. Nemožnost vykonávat práci, tak jak byly zvyklé před onemocněním.

R1:...“ *jak jsem měla tu chemoterapii a nevěděla jsem, co mě čeká...jak mně bude...jestli mně bude špatně nebo to budu snášet... potřebovala jsem, aby mně pomohli vstát z postele třeba...čas trávil v nemocnici...jsem musela bydlet u rodičů...*“

R2:...“*byla jsem tam v úplné izolaci...nemohla jsem opustit oddělení...po ozáření se ke mně děcka nemohly týden ani přiblížit... nějakou větší fyzickou zátěž...to jsem vlastně nemohla...*“

R3:...“ *nemohla jsem pracovat...čtyři roky jsem měla omezené aktivity...jsem hrozně zpomalila...byla jsem unavenější...*“

Subkategorie – Psychika

Sdělení onkologické diagnózy a průběh léčby jsou časovým rozmezím, kdy se pacientky vyrovnávaly s psychickými stavy jako je počáteční šok, smutek, strach z konce života, stres, deprese, lítost. V případě úspěšného ukončení léčby - strach z recidivy nemoci, ale i strach z finanční situace. Mezi další aspekty působící na psychiku patřily - nejistota ve vyléčení, nejistota z délky a průběhu léčby, ale také z možných komplikací. Ke zhoršení psychického stavu přispěla i dlouhá doba čekání v čekárnách při návštěvách lékaře, vysilující vyřizování potřebných věcí a v neposlední řadě i změny tělesného vzhledu spojené s operací, což ovlivnilo jejich vztah k sobě samotné.

R1:... *“Sesypala jsem se, bylo mně hodně smutno... Jestli to přežiju nebo umřu... Jak dlouho to bude trvat, rok dva nebo jen pár měsíců...samotná nemoc je tak ponižující...připadla jsem si tak degradovaná...”*

R2:... *“šok pro všechny...museli vydržet ty moje nálady a stavy...ted’ se třeba spíš i víc lituju...”*

R3:... *“ tak jsem tam seděla jak pětka a nic...mě zajímaly ty vlasy...”*

Subkategorie – Zdravotní komplikace

Zdravotní problémy se vyskytovaly u všech žen a projevovaly se bolestmi, nevolnostmi a omezenou hybností částí těla. Ženy byly nuceny se vyrovnávat s poklesem fyzických sil následkem chirurgického zákroku a způsobu léčby.

R1:... *“jak jsem měla tu chemoterapii a nevěděla jsem, co mě čeká...jak mě bude...jestli mně bude špatně nebo to budu snášet...v pravé ruce jsem měla lymfedém a vlastně s ní nemohla skoro nic dělat...potřebovala jsem, aby mně pomohli vstát z postele třeba...”*

R2:... *“nějakou větší fyzickou zátěž...to jsem vlastně nemohla...jsem byla pořád unavená a nebylo mně dobře...fyzické stavy, které nebyly moc dobré...”*

R3:... *“nemohla jsem pracovat.”*

Subkategorie – Obranné mechanismy

U žen se po prožití prvotního šoku a špatného psychického stavu začaly projevovat obranné mechanismy v podobě popírání, odmítání, že se jedná o závažnou nemoc a vytěsnění v podobě optimistické veselé nálady a smíchu.

R1:... *“brala jsem to jako normální nemoc...vytěsnila jsem tu rakovinu...no a že jsem byla pořád vysmátá...prostě pozitivní přístup...at’ se na to dívám jinak, jako na nějakou hru s cílem vyhrát...tak jsem se fakt k tomu tak postavila...”*

R2:... *“no ze začátku to pořád nechce přijmout...pořád si říkáš, že to není možný...ale nejlepší je se s tím smířit...”*

R3:... *“můj mozek i tělo si to nechtělo připustit...prostě si to nepřipouštíš a odmítáš...”*

Subkategorie – Změna vzhledu

Následkem chirurgických zákroků, chemoterapie a ozařování došlo k narušení tělesné integrity u všech žen. Byly v podobě ztráty vlasů, pooperačních jizev, nárůstu hmotnosti nebo ztráta části těla podstoupením ablace prsu.

R1:...*“nemohla jsem se na jizvu ani podívat...padat vlasy...byla jsem po plastice...připadáš si znetvořená a poznamenaná...”*

R2:...*“na krku budu mít jen malou jizvu...to se dá taky zvládnout...”*

R3:...*“operoval prsa...by ses musela stydět, že něco nemáš...když přijdeš o vlasy...seš nateklá, ztloustneš...”*

Subkategorie – Informace

Iniciace k léčbě byla u každé ženy individuální. Projevovala se důvěrou v ošetřujícího lékaře a následného dodržení jím podaných informací a doporučení. Ze strany lékařů zaznělo doporučení, aby ženy nevyhledávaly informace na internetu z hlediska jejich možného zkreslení, které by mohlo mít za následek rozrušení a nejistotu pacientek. Zaznělo i doporučení na onkologický portál, na kterém je dostatečné množství relevantních odpovědí.

R1:...*“v nemocnici jsem si pročetla hodně brožurek, abych se o té nemoci něco dozvěděla, protože jsem o ní neměla moc potuchy...na těch onkologických pracovištích mají spoustu brožurek a informační portály...když jsem něčemu nerozuměla, tak jsem se zeptala a oni mi to znova vysvětlili...internet jsem moc nestudovala...hodně informací bývá zkreslených...pak člověk neví, čemu má věřit...”*

R2:...*“doktor říkal, že na internetu nemám nic hledat...jestli, tak se mám podívat na stránky Motola...že tam najdu všechno...endokrinolog mi bez problémů na všechno odpověděl...”*

R3:...*“doktor se mě ptal, jestli mu věřím...co mně řekl, to jsem udělala, věřila jsem mu...na internet jsem se neměla dívat, protože bych z toho mohla být zmatená...je to tam na tom internetu zkreslené...”*

Subkategorie – Přístup lékařů a personálu

Přístup a péči ze strany lékařů a zdravotnického personálu ženy hodnotily pozitivně. Kladné hodnocení pozitivního přístupu se týkalo trpělivého vysvětlování, doporučení k úspěšnému uzdravení, doporučení při volbě vhodného místa k léčbě, opravdový zájem a projev úcty, kvalitní odborná a profesionální péče. Brněnský Masarykův onkologický ústav byl svou odbornou péčí a lidským přístupem lékařů i personálu všemi ženami vysoce hodnocen. Pouze v jednom případě se žena setkala s negativním přístupem lékaře.

R1:...*“mně tu rakovinu diagnostikovali na sonu tady v Jihlavě, ale od doktorky jsem dostala doporučení, abych jela do Brna, že tam mají tu onkologickou péči, hlavně na prsa na vysoké úrovni...když jsem slyšela, že Jihlava a Brno se nedají srovnat...v Brně jsem byla jako cizí člověk bez protekce, tak sestřička na příjmu mně hned normálně řekla, kterého operátora bych si měla zvolit...i když mě pan docent neznal, tak i přes vytíženost si zajistil záskok na jiné operaci, kterou měl dělat a šel operovat mě...když jsem se ptala doktora u nás na proplácení jízdného do Brna, tak mě do telefonu seřval, že proč jezdím do Brna, když máme onko centrum v Jihlavě...až se mně z toho chtělo brečet...v Brně se mnou všechno probírali, věnovali se mně tam naplno, fakt jsem získala hodně informací, jak všechno bude a co bude, že jsem skoro přestala mít strach...vždycky mě to tam uklidnilo...k informacím tam přistupovali hodně citlivě, ale řekli Ti všechno narovinu...“*

R2:...*“hodně mě povzbuzoval chirurg, co mě operoval...endokrinolog mně říkal, že nemusím mít obavy, že bych se nevyléčila, že je to dobře operovatelné a léčitelné...otevřenost doktorů, přístup sestřiček...otevřenost a výborný přístup doktorů...i v Praze, kde jsem byla v izolaci dva týdny, se sestřičky byly ochotné nám zajít třeba i nakoupit...doktoři odpovídali bez problémů na všechno, na co jsem se ptala...“*

R3:...*“pan primář, ten to s ženskejma ale umí...operoval mně ty prsa a měla jsem pocit, že se nemusím ani stydět, že mě něco chybí, že jsem jiná...on ti fakt dává pocit, že seš pořád ženská...“*

Shrnutí kategorie

Kategorie Razítko „Diagnóza“ vyjadřuje zasažené oblasti života jedince ovlivněného diagnózou onkologického onemocnění a vyjádřením nutnosti absolvování, prožívání a řešení všeho podstatného v rámci nemoci. Rozhovory prokazují, že již samotné informování o zjištěné nemoci je většinou doprovázeno šokem, výkyvy psychického stavu. Nevolnost, snížená fyzická aktivita, únava, fyzická bolest nebo omezení hybnosti jsou projevem chirurgických operačních zákroků a léčby chemoterapií a radioterapií. Narušení tělesné integrity bylo zapříčiněno chirurgickým zákrokem s nutností odejmutí části těla postiženého onkologickým onemocněním. Pacientkám s ablací prsu byla provedena plastika prsu. Na změně tělesného vzhledu se mimo operace podílela i pooperační léčba, která měla dopad na ztrátu vlasů žen. Ve změnách psychického stavu se promítal strach z úmrtí, který je s touto nemocí stále spojován, nejistota s průběhu nemoci, léčení a konečného výsledku. Masarykův onkologický ústav byl označen jako velice profesionální, kvalitní s pozitivním a vstřícným přístupem s možností výběru operátora. V hodnocení lékařského přístupu byli lékaři a zdravotní personál označovány za příjemný, vycházející vstříc, přístupní ke konzultacím s následným doporučením. V oblasti informovanosti se většina žen vyjádřila o důvěře k lékaři a informacím, které obdržely. Pokud byly informace nedostačující, byly ženy odkázány na příslušný elektronický portál nebo brožury. V jednom případě byl negativně hodnocen přístup lékaře v podávání informací po telefonu velice nevhodnou formou.

Kategorie - Život naruby

Vlastnosti	Dimenze
Emoce	Nestabilní
Strach	Velký
Nejistota	Přetrvávající
Vnímání nemoci	Různorodé
Hodnoty	Transformované
Změny	Podstatné

Subkategorie

Změna fyzických sil, tělesné změny, jako na houpačce, změna životního stylu, změna vztahu k sobě, změna ve vztazích, intimní život, změna životních plánů, změna finanční.

Subkategorie – Změna fyzických sil

Život žen v průběhu onemocnění a léčby byl poznamenán úbytkem fyzických sil způsobený následkem pooperačních problémů. Nevolností zapříčenu následkem léčby a celkovou slabostí organismu ve formě únavy.

R1:... *“člověku bylo špatně...celá domácnost byla na zbytku rodiny...člověkovi nezbyde nic jiného než tu pomoc přijmout, protože jsem byla v takových situacích, kdy jsem si sama opravdu pomoci nemohla... v pravé ruce jsem měla lymfedém a vlastně s ní nemohla skoro nic dělat...potřebovala jsem, aby mně pomohli vstát z postele třeba... “*

R2:... *“nějakou větší fyzickou zátěž...to jsem vlastně nemohla...jsem byla pořád unavená a nebylo mně dobře...fyzické stavy, které nebyly moc dobré...jsem pořád unavená...stavy fyzické, které nebyly teda moc dobré...nikdo mi nemohl pomoci, to jsem si tím musela projít sama... “*

R3:... *“nemohla jsem pracovat...čtyři roky jsem měla zákaz těch aktivit... “*

Subkategorie – Tělesné změny

Změna tělesného vzhledu byla u všech žen následkem chirurgického zákroku. Ve dvou případech se jednalo o odebrání prsa s následnou plastikou. V jednom případě byla následkem tělesné změny pouze pooperační jizva.

R1:... *“nemohla jsem se na jizvu ani podívat...to bylo to prso...šlo uřezat...začnou padat vlasy...byla jsem na plastice... “*

R2:... *“na krku budu mít jen malou jizvu... “*

R3:... *“operoval prsa...by ses musela stydět, že něco nemáš...když přijdeš o vlasy...seš nateklá, ztloustneš... “*

Subkategorie – Jako na houpačce

Jako na houpačce se cítily ženy, které si vyslechli svoji diagnózu onkologické nemoci, prodělaly operaci s následnou péčí a léčbou a to vše s následkem změn psychického stavu, kdy emocionálně prožívaly smutek, zlobu, strach ze smrti, výkyvy nálad. Zhoršený psychický stav byl v určitých okamžicích vyrovnáván změnou pohledu na život, kdy se radovaly z každého dne a z maličkostí. V jednom případě se aktivovaly obranné mechanismy v podobě plného optimismu a smíchu.

R1: ...*“v té době jsem chtěla druhé dítě...takže to už bylo úplně pasé...strašně mě to mrzelo...sesypala jsem se, bylo mě hodně smutno... Jestli to přežiju nebo umřu... Jak dlouho to bude trvat, rok dva nebo jen pár měsíců...tím trpěla celá rodina...byla jsem ráda za každý den, že tady su...když jsem viděla malýho, jak se naučil jezdit na kole, tak mě to skoro rozbrečelo, takovej cíťa jsem nebyvala...prostě jsem šťastná, že to vidím...“*

R2: ...*“ museli vydržet ty moje nálady a stavy...ted' se třeba spíš i lituju...“*

R3: ...*“ no, když mně to řekl, tak jsem tam seděla jak pětka a nic ...říkáš si, že zítra bych tady nemusela být, tak prostě si ten den užiješ, všechno si užíváš...já jsem byla optimistická...až jsem je tím doma možná někdy deptala...oni z toho byli hotoví a já jsem byla optimistická...“*

Subkategorie – Změna životního stylu

Ženy akceptovaly doporučení lékařů, ale jejich vlastní iniciativa vedla ke změně životosprávy a úpravě aktivit. Největší změny se uskutečnily ve stravovacích návycích v rámci celé rodiny s eliminováním potenciálně škodlivých látek. Vyzdvíženy byly prvky zdravé stravy.

R1: ...*“od doktora jsem nějaká doporučení dostala...hlavně jsem se zajímala o potraviny...zredukovala jsem uzeniny...maso hodně libové a menší množství...hodně zeleniny...stravování jsem změnila pro celou rodinu...pomalu se vracím ke sportu, jezdím na kole, plavu, chodíme na procházky...“*

R2: ...*“byla jsem hlídaná na štítnou žlázu, tak jsem si musela některé věci hlídat vždycky...po operaci jsem upravila jídelníček...zvýšila jsem přísun ryb a bílého masa...přestali jsme grilovat...snažím se míň stresovat, adekvátně odpočívat a každý večer chodím na zdravotní procházky...“*

R3: ...*“prevenci až tolik nikdy neřešila...dneska jsem obezřetnější...dávám na sebe větší pozor, už kvůli děckám...doktor říkal, že se mám šetřit...když si moje tělo chce odpočinout, tak mu to dopřeju...s jídlem, jsem to upravila pro celou rodinu...zdravější stravování, míň cukru, tuku a soli...do vaření jsem přidala i jídla vegetariánská...jak mi to doktor dovolil, tak jsem se vrátila ke sportu...jezdím na kole, lyžuju, hraju badminton už normálně...“*

Subkategorie – Změna vztahu k sobě

Prodělané onkologické onemocnění ženy vnímaly jako ohrožení, které jim napomohlo ke změně ve vztahu k sobě samotným. Změny se týkaly zvýšeného projevu lásky a úcty ke svému tělu, ve snaze svoje tělo poslouchat a dopřát mu odpočinku, mírnění stresových situací a být více obezřetnější. Větší užívání a prožívání věcí, které dříve byly považované za malicherné.

R1: ... *“víc poslouchám svoje tělo...víc ho jakože vnímám...snažím se být na sebe hodná...snažím se všechno si víc užít a prožít i maličkosti, i když jsou dny, kdy se cítím na provaz nebo naopak...dívám se na sebe jako na hrdinu...jsem to dokázala zvládnout...”*

R2: ... *“teď se třeba spíš i lituju...snažím se míň stresovat, adekvátně odpočívat...sama se sebou jsem se musela vyrovnat stejně sama...probojovat se tím vším...kdo to neprožil, ten stejně nepochopí...”*

R3: ... *“myslela jsem, že jsem nenahraditelná...je to zvláštní, ale asi nijak...nemám sice to prso, ale беру to tak jak to je...jen dávám na sebe větší pozor...chovám se víc spontánně...”*

Subkategorie – Změna ve vztazích

Sociální vztahy byly následkem nemoci také zasaženy. Ženy prožívaly změny v přístupu partnerů, dětí i přátel, ať v pozitivním či negativním směru. U přátel docházelo k bariérám v komunikaci díky neznalosti, jak v této situaci k nemocnému přistupovat, ale přátelství na základě toho nezavrhli. Ze strany partnera a dětí naopak s překvapením pociťovaly zintenzivnění vztahu.

R1: ... *“řekla bych, že nám to vztah ještě víc upevnilo...spousta ženských, co jsem s nima byla v nemocnici, říkaly, že jak to partner nezvládá a prostě ty ženský opouští a ty pak jsou samy...i přátelé se se mnou víc semkli...byl to fojr a všichni chodili na návštěvu...nejvíc zapojená byla rodina...my jsem tak nějak té situaci automaticky přizpůsobili...celá rodina se tak jakoby semkla...začala jsem si té rodiny jakoby víc vážit a taky přátel...s malým jsem to neřešila...děcka jsou bezprostřední...bral to normálně...”*

R2: ... *“byla taková spíš odtazitá...děcka byly, jak se říká přítulnější...přátelé, že přijeli na návštěvu...”*

R3: ... *“jeho přístup ke mně se změnil...začal se o mě starat...myslela jsem si, že to beze mě nejde, že oni se beze mě neobejdou, a on všechno fakt zvládnul...přátel nijak, zůstali mi...i když někteří se vyhýbali kontaktu se mnou, protože nevěděli, jak se se mnou mají bavit...”*

Subkategorie – Změna životních plánů

Nemoc byla u jedné z žen příčinou změny v plánování druhého dítěte. Nejpodstatnější vizí do budoucna pro všechny ženy bylo udržet si stávající zdravotní stav. Plánování budoucnosti nevyzdvihovaly jako podstatnou.

R1: ... *“hlavně být zdravá...vychovat dobře malýho...to je asi to nejpodstatnější...chtěli jsme druhé dítě...ale teď nevím...jako šlo by to, ale já už se bojím”*

R2: ... *“hlavně abych tady ještě nějakou chvíli vydržela zdravá...plánujeme běžně, nemáme nějaké desetiletky...”*

R3: ... *“ke všemu se snažím přistupovat pořád s humorem...o plánech do budoucna jsem nijak moc nepřemýšlela...ale asi být zdravá a být tady pro rodinu”*

Subkategorie – Intimní život

Došlo i ke změnám intimního života a fyzických kontaktů. Ženy po ablaci prsu určitou dobu nepociťovaly potřebu fyzického kontaktu, spíše naopak tyto kontakty pocíťovaly jako nežádoucí. Intimní život se jim jevil spíše jako problematický. Po překonání nežádoucích účinků léčby se intimní život postupně vrátil do zajetých kolejí.

R1: ... *“je to zvláštní, ale teď nemám ráda, když mi někdo šáhne na prsa...jako v nich momentálně nemám žádný cit po té plastice...jako jinak s tím nemám problém...”*

R2: ... *“byla jsem spíš taková odtazítá...byl zakázaný fyzický kontakt...ale pak už se to vrátilo do normálních kolejí, nebyl problém”*

R3: ... *“když by ses stáhla a on tě chce...je to úžasný...”*

Subkategorie – Změna finanční

Nemoc byla v jednom z případů příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti. V dalších případech nemocných žen nemoc ovlivnila jejich mateřskou dovolenou. Většina žen přiznala menší nebo větší finanční zátěž pro rodinu. Pouze jedna žena finanční situaci nebyla nucena řešit.

R1:...*“jsme byli docela odkázáni na rodiče...hypotéka na dům a já na mateřské dovolené...nepočítali jsme s tím...”*

R2:...*“pět a půl měsíců jsem byla doma...ovlivnilo mě to určitě...”*

R3:...*“byla jsem na mateřské...nijak v pohodě...manžel nás uživil...”*

Shrnutí kategorie

Onkologické onemocnění je důvodem velkých změn v životě nemocného, ale i jejich blízkých. V jakékoli oblasti života žen s tímto onemocněním se vyskytují změny, které jsou někdy více, někdy méně odlišné od jejich dosavadního způsobu života. Z výsledků rozhovorů se změny týkají jak fyzického, tak i psychického stavu. Čas trávený v nemocnici a cestování s tím spojené. Plánování budoucnosti ženy neviděly jako nepodstatnou záležitost nynějšího života, omezily se pouze plán udržení si stávajícího zdravotního stavu. Změny tělesného vzhledu zapříčiněné nemocí nebo její léčbou, byly i příčinou kladného vztahu žen k sobě samotné v podobě větší péče a v některých oblastech života se snahou nejít proti sobě a spíše vykonávat jen to, co jedince těší. Oblast intimních vztahů se ženám jevila jako problematická, vadily jim doteky na operovaných částech těla. Přístup ve vztazích rodiny a přátel ženy zmiňovaly jako kladné i přes občasnou komunikační bariéru. Do svého života ženy musely zařadit i omezení sportovních a zájmových činností a celkové zpomalení. Následkem nemoci byla ovlivněna i finanční sféra některých žen. Jako pozitivní je možné vnímat změnu dosavadního životního stylu jak v životě žen, ale i celé jejich rodiny.

Kategorie - Ochranná náruč

Vlastnosti	Dimenze
Pomoc	Akceptovaná
Motivace	Různorodá
Porozumění	Důležité
Naslouchání	Významné
Komunikace	Nutná
Opora	Uklidňující
City	Potřebné

Subkategorie

Potřeba sociální opory, sociální opora a její vliv na psychiku.

Subkategorie – Potřeba sociální opory

Hlavním důvodem sociální opory byla zdravotní indispozice žen, která je omezovala na fyzické síle. Potřeba opory nastala i v případě finanční potřeby od rodičů, v době hospitalizace v hlídání dítěte. Důležitá role sociální opory se ukázala také v psychické oblasti, kdy ženy mohly svoje trápení někomu sdělit, měly potřebu o tom s někým mluvit a on, aby jim naslouchal. Motivací pro všechny ženy byly jejich děti.

R1: ... *“byla jsem určitou dobu v nemocnici a malý musel být na hlídání...když mně začaly padat vlasy, tak manžel prostě vzal ten strojek a hlavu mně oholil...vůbec nemohla podívat na jizvy...on byl prostě ten, který mi to prohlídl...jako já mám fakt manžela, který se k tomu postavil čelem...dojíždění do Brna...na mateřské...byli jsme odkázáni docela na rodiče...fyzická opora byla fakt potřeba...když jsem potřebovala, aby mně pomohli vstát...domácnost byla na rodině, když jsem nemohla nic dělat...ono ti nic jiného nezbyde, než tu pomoc přijmout...když seš v situaci, že si nemůžeš pomoc sama... když mu pořád dokola říkám to samý a on poslouchá a je tady...je to lehčí...jako motivace to byl hlavně malej...jo hlavně ten, ten mě potřeboval nejvíc... i když samozřejmě člověkovu po tom chemu je špatně, ale ta touha být s tím malým doma byla hodně silná...ale jinak mě motivovali určitě všichni...i ti doktoři si s náma o tom povídali...“*

R2: ... *“ fyzické stavy, které nebyly moc dobré...jsem pořád unavená...povzbuzování a útěcha...od blízkých to určitě potěšilo a udělalo dobře na duši...snažil se mně pomáhat... potřebovala jsem to někomu říct...seděl a poslouchal...motivace, děcka byly velkou motivací...někdy mně tak něco chybělo...má mě rád, ale ty city, spíš jsem si o ně musela říct...on je moc nahlas neříká...“*

R3: ... *“manžel absolvoval všechno se mnou...dělal mi velkou oporu, fakt jsem se o něho mohla opřít...chodily k nám hodně návštěvy, abych neměla čas myslet na to, že jsem nemocná...to pohlázení a popleskání...a on vás chce, je to úžasné...myslela jsem, že to všechno zvládnou sama, ale pak jsem byla ráda, když mi pomáhali...hnacím motorem pro mě byly děcka...a mně se taky ještě nechtělo umřít...“*

Subkategorie – Sociální opora a její vliv na psychiku

Rozhovory prokázaly, že poskytování sociální opory má pozitivní dopad na psychiku onkologicky nemocných žen. Vědomí pomoci s péčí o děti nebo o ženu samotnou, sdílení emocí a strachu, vedlo k jejich zklidnění a vědomí, že i přes nelehkou situaci je možné vše zvládnout.

R1: ... *“dokázal se o malého dobře postarat...pro mě to byl takovej duševní neklid, ale věděla jsem, že je jakoby dobře postaráno...přestala jsem tam mít takový strach...hodně tam se mnou probírali ty věci...strašně jsem se zklidnila...vždycky čekáš, že tě aspoň někdo pohladí...“*

R2: ... *“povzbuzování...útěchu... od blízkých to určitě potěšilo a udělalo dobře na duši...ale někdy jsem se cítila dost sama...měla jsem potřebu, aby mě někdo pohladil...“*

R3: ... *“změnil ke mně přístup...já jsem si ho začala víc vážit...dělal mi velkou oporu, fakt jsem se o něho mohla opřít... to pohlázení a popleskání...obrázek od malého mi udělal radost...když už se děcka mohly přijít pomazlit, tak na to jsem čekala...když jsem se mu mohla schoulit do náruče...“*

Shrnutí kategorie

Z této kategorie vyplývá, že poskytování přínosné sociální opory rodinou je závislé také na samotném přístupu žen k této poskytované opoře. Nutnost potřeby se projevovala u žen v oblastech povzbuzování a útěchy, která ženám přinášela zklidnění a potěšení. Potřeba bezpečí a sdílení emocí byly další skupinou jevů, které ženy upřednostňovaly k uspokojení. Uklidňujícím faktorem bylo i zabezpečení péče o děti. Ženy si uvědomovaly v individuálních rysech své psychické a fyzické hranice nemoci, které je omezují a navozují následnou potřebu pomoci. V důsledku toho docházelo k žádosti o pomoc v pravou chvíli, aby nenechaly druhé si domýšlet, jaký způsob pomoci potřebují. Pozitivní přístup druhých lidí byl přijímán od nemocných žen s povděkem. S vědomím sociální opory rodiny se u žen projevovala i motivace ke zlepšení jejich dosavadního zdravotního stavu, aby byly ony samy schopné se o sebe postarat. Zde se projevila problematika sociálního rozměru nemoci v potřebě komunikace s blízkým okolím. Ženy ve svém soukromém boji s nemocí potřebovaly někoho jiného, blízkého, kdo s nimi bude tyto pocity sdílet. Největším motivačním prvkem byly děti. V celkovém měřítku lze sociální oporu a pomoc hodnotit jako pozitivní k navození duševního klidu nemocných žen.

Kategorie - Sociální vztahy

Vlastnosti	Dimenze
Životní partner	Klíčová
Rodina a děti	Motivující
Přátelé	Důležitá
Zátěž rodiny	Velká
Vztahy	Intenzivnější

Subkategorie

Rodina a přátelé.

Subkategorie – Rodina a přátelé

Rozhovory poukázaly, že fungující rodinné vztahy jsou velmi důležité. Nejvyšší stupeň pomyslného žebříčku zaujala pozice manžela, který se stal v době onemocnění opěrným bodem a morální i psychickou oporou při zvládnání zátěžové situace. Přátelé jsou nemocí prověřováni do hloubky, Ti dobří vždy zůstávají po boku nemocného, což se prokázalo i v případě nemocných žen.

R1: ... *“manžel mi hrozně moc pomáhal...když nemohla hlídat mamka ani manžel, tak mi s malým pomohla kamarádka...domácnost byla na rodině, když nemohla nic dělat...celá rodina se tak jakoby semkla...i přátelé se se mnou víc semkli...když zjistili, že jsem nemocná...byl to fofr a všichni chodili na návštěvu...jsme tady o tom problému mluvili otevřeně...Ze začátku to pro rodinu byl šok, obrovské psychické napětí, ale potom, když už jsem měla po operaci, tak se všem tak nějak ulevilo...nejvíc zapojená byla rodina...no jako pevné rodinné zázemí si myslím je hodně důležité...máš kolem sebe lidi, kteří jsou tady pro tebe, jsou v pohodě a pomůžou ti...přemýšlím, jak bych to zvládala kdybych byla sama...všechny nás to víc zcelilo...“*

R2: ... *“manžel mě někdy povzbudil slovem...děcka, byly takový hodný...jsem ráda za svoji rodinu... od blízkých to určitě potěšilo a udělalo dobře na duši...mamka byla ráda, že to dobře dopadlo, protože ona sama je na tom špatně...byla spíš ráda, že je to jenom štítná žláza...i při své nemoci mě podporovala slovně i psychicky...Přátelé?...že přijeli na návštěvu...že jsme si povídali, teda nejenom o tom, ale i tak všeobecně...“*

R3: ... *“ manžel absolvoval všechno se mnou...dělal mi velkou oporu, fakt jsem se o něho mohla opřít...chodily k nám hodně návštěvy...ten pocit, když víš, že ti zavolá maminka, která se o tebe bojí...bylo pro něj automatické, že se postaral...je důležité fungovat jako*

rodina...maminka hlavně...abych se z toho dostala...abych nevyšla z kontaktu se známými, tak návštěvy chodily k nám...chtěl mně dát pocit, že nejsem nemocná...a já jsem neměla čas fakt čas na to myslet...tak aspoň ty návštěvy, měl pocit, že mě rozeberou...že se s tebou baví úplně normálně, žádná změna...“

Shrnutí kategorie

Dobré rodinné vztahy jsou předpokladem kladného vlivu na onkologicky nemocného člena rodiny v jakékoli fázi onemocnění. Manžel se stal nejenom největším opěrným bodem, ale i morální a psychickou oporou při zvládání zátěžové situace nemocných žen. Chvilé samoty či blízkost rodiny a přátel upevňovaly v nemocných ženách pocit, že na svou nemoc nejsou samy. Návštěvy zaměstnávaly mysl žen natolik, že nemyslely na svoji nemoc. Shodná, ve všech případech, se ukázala potřeba komunikace na běžné mezilidské úrovni, kterou ženy zažívaly před onemocněním. Komunikace však byla i takovým ventilem v rozebírání onemocnění samotného, kdy nemocné ženy svůj problém řešily přímo, bez skrytu s přáteli i rodinou. Sociální kontakt s rodinou a přáteli je pro nemocného pozitivním přínosem neboť nemocní nechtějí, aby je někdo litoval a tak jim připomínal jejich křehkost a bolest, kterou teď trpí.

Kategorie – Varovná stopka

Vlastnosti	Dimenze
Přístupy	Pesimistická, zlehčující
Psychický stav	Nedbalá
Empatie	Mrazící
Komunikace	Nedostatečná, necitlivá
Pomoc	Zatěžující

Subkategorie

Nedostatek empatie, kontaktní a komunikační bariéry, pesimistický přístup.

Subkategorie – Nedostatek empatie

Ženy negativně hodnotily nedostatečnou empatii, kterou projevovali lidé, nezasvěcení do situace typu jedna paní povídala. V některých případech se tento nedostatek projevoval i u blízkých členů rodiny, kdy pro ně bylo velmi těžké přijmout dlouhodobější skutečnost odlišnou od předchozího stavu. S nedostatkem empatie se ženy setkaly i v lékařských řadách.

R1:...*“tak mě seřval do telefonu...prostě se mi z toho chtělo až brečet...ani mi neodpověděl v tom vzteku...jsou takový ty lidi, že se to dozví a řeší to mezi sebou...na ulici je taky jedna taková...začne vykládat...jak jí umírala tetička na rakovinu prsu a bylo jí tolik, kolik mě...tak to je fakt strašný...rádi to probírají mezi sebou a tak jsem ze začátku fakt měla problém...aby mě cizí lidi litovali...“*

R2:...*“ofukoval, oprašoval...jak zjistil, že jsem schopná, tak to najelo zase do starých kolejí...no a pak si to zase uvědomil, ale to jsem si o to musela říct...to mně jako hodně vadilo...vyptávání a zvědavost...zvědavá tchyně...tak by nejraději ráno přišla návštěvu a vykládala mně všelijaké drby, na které jsem neměla náladu...tak jsem se zamykala a měla klid...“*

R3:...*“když si někdo nevidí do pusy...nechtěla jsem být jen nějaké pořadové číslo...když řeknu, že mi je dobře a oni mi odpoví, že si nemám hrát na hrdinku...taková ta soucitná lítost...“*

Subkategorie – Kontaktní a komunikační bariéry

Tato část vypovídá o chybějících dotazech ze stran blízkých a přátel, jak mají k ženám přistupovat, jak se mají chovat k jejich potřebám, spíše z hlediska neproblémového fungování sociálních vztahů. Pouze v jednom případě byl zaznamenán velmi striktní a přímočarý přístup lékařů, který však pramenil pouze z doslechu. Komunikační bariéry přátel pocházely z důvodů nesetkání se s takovou situací.

R1:...*“na to, jak ke mně mají přistupovat, se neptali...potřebovala jsem o tom s někým mluvit... některé ženy to hodně těžko snášely od těch onkologů a chirurgů, že s nima mluvili prostě narovinu... že prostě člověka nešetří...oni to berou jako chleba, jako něžný problém a nepřístupují tady k těm sdělováním informací někdy moc citlivě... spíš někteří mají ten pocit, jestli se na to můžou ptát, protože se nikdy s tím nesetkali...“*

Subkategorie – Pesimistický přístup

Zde je patrné, jak je onkologické onemocnění stále stigmatizováno koncem života. Pacientky se závažným onemocněním nechtějí poslouchat tyto pesimistické „povídáčky“ s ohledem na svou nelehkou životní situaci. Nechtěly ani, aby jim byla připomínána vážnost jejich onemocnění, se kterým bojují. Ženy nechtěly být litovány lidmi, které neznají.

R1: ... *“jsem fakt nechtěla, aby mě cizí lidi litovali... začne vykládat...jak jí umírala tetička na rakovinu prsu a bylo jí tolik, kolik mě...tak to je fakt strašný...”*

R3: ... *“pro nemocného je nejhorší lítost...”*

Shrnutí kategorie

Poskytování přínosné sociální opory je podmíněno vyvarováním se nevědomosti. Jak z výzkumu vyplynulo, mezi nedostatky v sociální i psychické opoře náleží necitlivé sdělování o nemoci ze strany lékaře. Mezi další nedostatky lze zařadit i nekontrolované zlostné verbální projevy, které negativně působí na emoční rozpoložení pacienta. Ženy negativně hodnotily i projevy lítosti od cizích lidí, kteří znali jejich problém pouze povrchově. Celkově ženy nechtěly být pesimisticky litovány z důvodu připomínání jejich závažné situace. V rámci nedostatečné empatie docházelo také k setkáním nevyžádaným, s obtěžujícím vyptáváním a nepřiměřenou zvědavostí. Díky bezproblémovému fungování sociálních vztahů žen nebyla negována komunikační bariéra s absencí otázek nejbližšího okolí, ohledně přístupů z hlediska jejich potřeb.

Kategorie – Současný stav

Vlastnosti	Dimenze
Změna osobnosti	Ovlivněná
Postoj	Neobjektivní
Psychika	Změněná
Vítězství	Relativní
Perspektiva	Méně vyhraněná
Ztráta x přínos nemoci	Vyhraněná

Subkategorie

Životní postoj, víra a naděje, změna pohledu na nemoc, co nemoc vzala, co nemoc dala.

Subkategorie – Životní postoj

Následkem setkání s nemocí si prošly všechny ženy většími či menšími změnami, ale žádná z této bitvy nevyšla stejná. Věci dříve podstatné se staly malichernými a to co bylo bráno jako automatické a tím i opomíjené stanulo na stupni vítězů. Tím opomíjeným byl míněn život, který je příliš krátký na to, aby byl pouze konzumován.

R1:...*“všechno se změnilo...jako když mávneš...nic není jako dřív, všechno je úplně jinak...asi je to dobře, mám pocit, že ten můj život je fakt bohatější...asi mě spíš víc naplňuje...stavím se k tomu tak, jak to je...”*

R2:...*“jsem vděčná za obyčejný život...vedle sebe mám chlapa, v pokoji vedle spí děcka...všechn čas, který máme je jenom náš...neřeším ptákoviny, ty ať si řeší ostatní...všichni mají své starosti...já rozlišuju, co jsou starosti...”*

R3:...*“tak jsem ráda, že jsem tady...možná o kousek těla chudší, ale o to šťastnější...žiju...stavím se k tomu pozitivně...už asi pořád tam někde vzadu bude schovaný ten rudý vykřičník...ale s tím se dá žít...”*

Subkategorie – Víra a naděje

Víra, ať osobní nebo spirituální, napomáhala ženám v překonávání jejich těžké životní situace způsobené onkologickým onemocněním. Projevoval se zvýšenou potřebou návštěvy kostela s modlitbou nebo vírou v „něco“ mezi nebem a zemí. Osobní víra v sebe sama aktivovala odhodlání do boje se zákeřnou nemocí. Víra byla i příčinou nového vzplanutí citů ke svému životnímu partnerovi.

R1:...*“moje osobní víra...prostě jsem věděla, že musím bojovat...”*

R2:...*“určitě jsem začala chodit častěji do kostela...zašla jsem do kostela a modlila se...jsem totiž věřící...modlila jsem se...”*

R3:...*“do kostela nechodím, ale v Boha věřím...nevěřím na človíčka na obláčku, ale vím, že jsou věci mezi nebem a zemí...věřím, že to bude dobrý...v určitém smyslu za tu nemoc děkuji...jsem se znovu zamilovala...”*

Subkategorie – Změna pohledu na nemoc

Ve změnách pohledu byla zachycena myšlenka o příčině vzniku nemoci s následnou rekapitulací a přehodnocováním dosavadního života. U žen docházelo k upuštění od honby za materiálními statky k nehmotnému životnímu a hlubokému citovému prožitku. Nemoc byla pojímána jako hra s určitým cílem.

R1:...*“taky jsem přemýšlela, kdy se mi to vlastně mohlo stát...prostě člověk rekapituluje a přemýšlí...prostě přehodnotila jsem život...nejednou jsem tu nemoc brala jako normální nemoc...to mi řekl i doktor, ať se na to dívám jinak, jako na nějakou hru s cílem vyhrát...dřív byla ta náplň, taková ta materiální, člověk chce mít dům, auto, dobrou práci a žene se za těma věcmi a spousta dalších věcí mu uniká...pak jsem si tak říkala, že mě tam*

snad někdo nahoře potrestal...začala jsem si vážit víc té rodiny, těch přátel a lidí, co jsou kolem mě... když ty běžné věci po té nemoci prožívám, tak jsem šťastná...“

R2: *...“ani ne...že bych na sobě pozorovala nějaké opravdu zásadní změny, tak to určitě ne...jako nevím, jak ti na to mám odpovědět...mě to přijde pořád stejně...možná manžel by ti řekl něco jiného, jak mě vnímal před nemocí, jak mě vnímá teďka...pro mě je základ rodina a jsem spokojená, hrozně...“*

R3: *...“užívám si každý den...žiju jen jednou...jsem ráda, že tady můžu být...to jsou ty věci mezi nebem a zemí“*

Subkategorie – Co nemoc vzala, co nemoc dala

Každá zátěžová situace v životě člověk zanechává následky negativní i pozitivní. Ženy z výzkumného vzorku vyzdvihovaly více pozitivních přínosů nemoci oproti negativním.

R1: *...“co mi vzala, asi hlavně čas...a dala mně to, že jsem si uvědomila, jak je důležité mít pevné zázemí...že mám být šťastná, že mám tak skvělé lidi okolo sebe...“*

R2: *...“neřekla bych, asi nic...že si má vážit toho, co mám...“*

R3: *...“od nemoci jsem dostala darem určitý nadhled...možnost přehodnotit žebříček...dneska už poznám, co je víc důležité a co počká...teď už se na svět dívám jen s úsměvem a optimismem...a to každý den...“*

Shrnutí kategorie

Jak vyplývá již z předchozích částí, následkem vzniku onkologického onemocnění, operací a léčbou, dochází u žen k zásadním změnám, které se projevily ve všech oblastech lidského života. Subjektivní vnímání těchto změn je u každého jedince individuálně odlišné. Nemoc byla tím, kdo dal ženám příležitost, se nad svým životem zamyslet, přehodnotit ho a zaujmout k němu nový postoj. Změny u žen proběhly osobitým způsobem, ve větší či menší míře. Z analýzy je patrné, že jejich nahlížení na život se změnilo. S nemocí je nutné bojovat, aby se člověk zocelil, což v případě těchto žen platí dvojnásobně. Rakovina a setkání s ní, je okamžikem, který nás všechny navždy změní. Není možné, aby člověk zůstal nedotčený po setkání s ní. Mění člověka jak fyzicky, tak i uvnitř a záleží jenom na něm, jak se rozhodne s touto změnou naložit.

Kategorie – Pomáhající profese

Vlastnosti	Dimenze
Sociální pedagog	Váhavá
Sociální pracovník	Různorodá

Subkategorie

Setkání s pojmem, existence tohoto povolání, povědomí o náplni jejich práce.

Subkategorie – Setkání s pojmem, existence tohoto povolání, povědomí náplni jejich práce

Profesi a působení sociálního pedagoga je od žen vnímáno jako neznámá oblast, o které nemají moc velké povědomí.

R1: ... *“no a kdo to je...v té nemocnici někdo...výraz jsem slyšela, ale kdo to je a co dělá, to fakt nevím...spíš si nejsem jistá, tak bych jeho služby asi nevyužila...”*

R2: ... *“s oborem sociální pedagogika jsem se nesečkala, ale podle názvu bych si myslela, že je to někdo ve školství, ne...a pomáhající profese...to si myslím, že je v těch domovech důchodců, takový ten asistent...”*

A jak bys vnímala pomoc od takového člověka, který by Ti mohl pomoci v řešení otázek sociálních záležitostí spojených s Tvým onemocněním?

„...asi nejspíš v tom informování, na co máš nebo nemáš nárok...protože jak je člověk, tak nějak psychicky mimo, nevíš ani o spoustě věcí, tak by ti měl někdo pomoci...v nemocnici jsem se s tím nesečkala...leďa od doktora, ale to se spíš týkalo neschopenky a tak...”

R3: ... *“ano, tento výraz znám...kamarádka má tento obor vystudovaný...ona dělá výchovné poradenství...kdybychom se o tom spolu nebavily, tak bych to povědomí moc neměla...nikde se o tom moc nepíše...v telce to trochu řešili...já jsem si do nedávna myslela, že je to práce na sociálce...pokud bych si měla vybrat nějakou jeho službu...tak bych asi přemýšlela nad poradenskou...protože informace jsou podstatné...když jsi po té operaci, jsi vyřízená i psychicky a nevíš, jak máš řešit některé věci...co ti neporadí dobrý doktor nebo známý, tak sama nevíš...”*

Analýza kategorie

Působení sociálního pedagoga v resortu zdravotnictví, jako jednu z možností pomoci pro onkologicky nemocné pacienty, bylo vnímáno jako neznámá oblast. Důraz byl především kladen na pomoc v oblasti informovanosti v podobě nároků, které by ženy mohly využít ke zmírnění dopadu svého onemocnění. Zhoršený psychický

stav po operaci byl uváděn jako prvek, který nedovoluje plnou soustředěnost k řešení nastalých problémů. S termínem sociální pedagog se ženy setkaly pouze okrajově nebo vůbec. Pojem sociální pedagog či pomáhající profese byl z pohledu žen spojován s domovem důchodců nebo se správou sociálního zabezpečení. Profese sociálního pedagoga byla vnímána jako pedagogická činnost v oblasti školství, ne však jako profese v resortu zdravotnictví.

6.2 Axiální kódování

Při analýze dat pomocí axiálního kódování byl zvolen postup závislý na vytvoření paradigmatického modelu. Data byla rozkrývána formou srovnávání a vyhledávání nových informací a nových souvislostí. Jako hlavní fenomén bylo zvoleno Poskytování sociální opory, ke kterému byly stanoveny tyto příčinné podmínky:

- Onkologické onemocnění
- Riziko úmrtí
- Operace
- Vyčerpávající léčba
- Změna vzhledu
- Strach, obava
- Pooperační komplikace
- Sociální kontakty
- Změna psychiky

Onkologické onemocnění je obrovským zásahem do všech oblastí lidského života. Následky vzniklé nemocí, operací či léčbou se vyskytují nejenom v oblasti fyzické a psychické, ale i finanční a sociální. Všechny tyto následky si vyžadují poskytování sociální opory. Sociální opora je nutná od počátku diagnózy onemocnění, neboť již samotná informace o onkologickém onemocnění je spouštěčem stresorů v podobě šoku a zhoršení psychického stavu. V důsledku onkologického onemocnění ženy procházely změnami ve všech oblastech jejich života. Prožívaly změny způsobené narušením tělesné integrity v podobě ablace prsu, zhoršením zdravotního stavu s pooperačními komplikacemi, zhoršeným stavem v psychické rovině, zesláblostí způsobenou operací a následnou léčbou. Byly omezeny v péči o dítě, rodinu a domácnost, ve sportovních a společenských aktivitách nebo ve své finanční nezávislosti.

Následkem nemoci nastaly problémy i v běžné komunikaci se sociálním okolím. Překážky se objevily i v negativně projevované empatii v rozhovoru, kterou ženy těžce snášely. V průběhu analýzy dat, se ukázalo, jak nepředvídatelný je průběh onemocnění a jeho léčby. Ať již se jednalo o pooperační komplikace po chirurgickém zákroku, nebo nejistoty z účinků léčby radioterapií a chemoterapií. I tato příčina ukázala nepostradatelnost sociální opory v životě onkologických pacientů, aby vždy byl na blízku někdo, kdo je schopen adekvátně zastoupit, pomoci a podpořit nemocného.

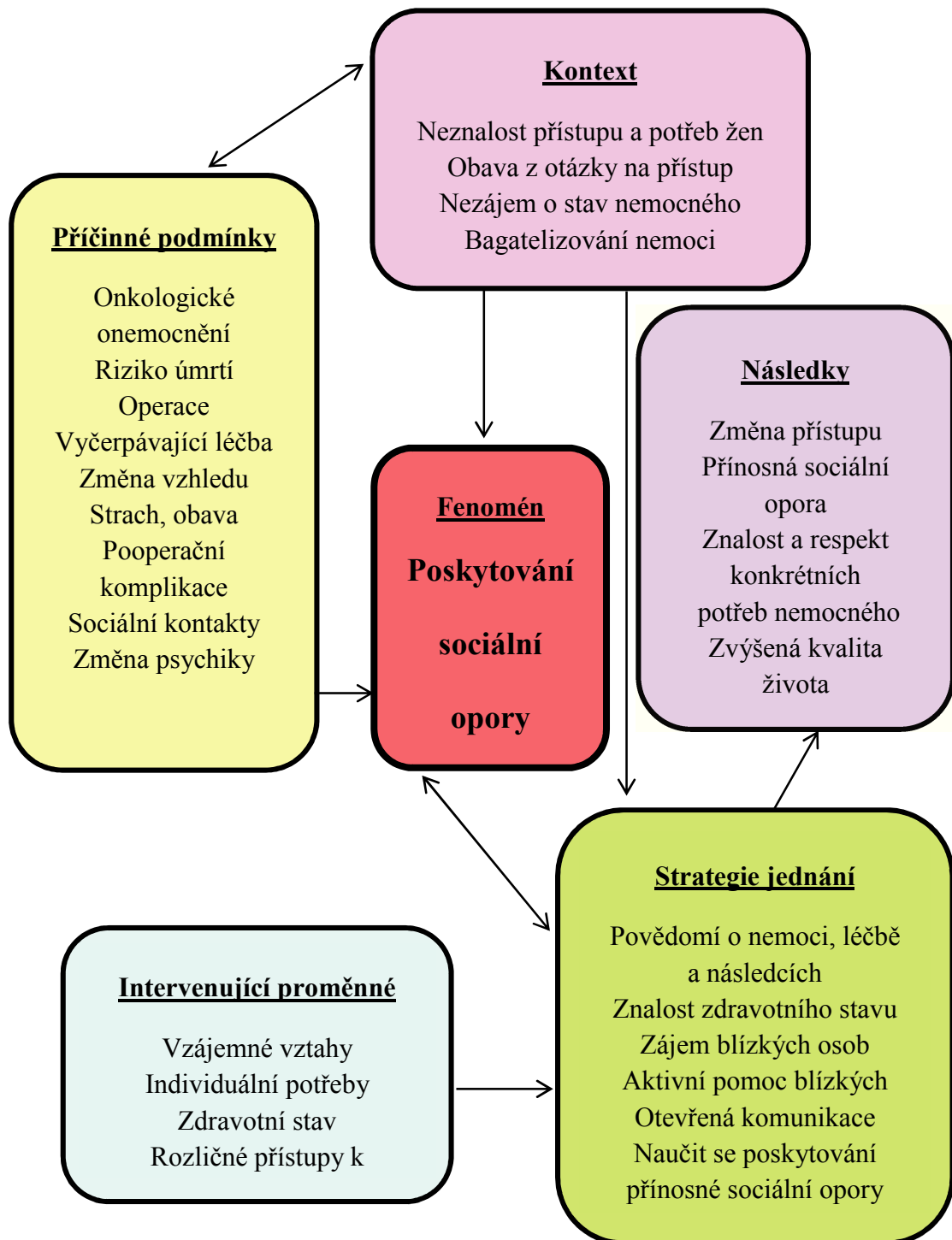
Kontextem bylo odhaleno a potvrzeno, stejně jako u předchozího otevřeného kódování, jak je ovlivněna sociální opora ze strany žen i pomáhajícího v neznalosti přístupu k jejich potřebám. Strachem, bagatelizací či nebýt druhým na obtíž. Strach byl příčinou bariéry v komunikaci, kde sociální okolí mělo obavu zeptat se nemocných, jak k nim mají přistupovat s pomocí a zda cítí potřebu o nemoci komunikovat. Strach byl spojen s neznalostí o nemoci, o potřebách žen a o nezbytném přístupu.

Jako intervenující podmínky byly zvoleny rozličné přístupy žen k onemocnění ve formě racionalizace nebo optimismu. Vzájemné vztahy se týkaly flexibility rodiny a blízkých ve formách pomoci psychické, fyzické, v péči o domácnost a děti či finanční. Nízká flexibilita a komunikační bariéry vznikly následkem nepřípravenosti na nastalou situaci. Výsledky však ve většině případů prokázaly opak ve formě vysoké flexibility rodiny a blízkého okolí a v rámci funkční kompatibility sociálních vztahů rodiny i blízkých. Individuální potřeby a zdravotní stav žen byly intervenujícími podmínkami z důvodu individuálně rozdílného zdravotního stavu s jeho specifickými potřebami každé z nich. Jednalo se o péči o ženy samotné, o pomoc s dětmi a domácností, styl komunikace a přístupu. Vzájemné vztahy a jejich vzájemná interakce byly jevy, které ovlivňovaly poskytování sociální opory. Výzkumem se prokázalo, že pozitivní vztah k danému člověku, jako poskytovateli sociální opory, je příčinou vstřícného a potřebného přijímání.

Axiální kódování odhalilo strategie jednání k postiženým nemocí. Jednalo se o povědomí o nemoci, její léčbě a možných následcích, znalost skutečného zdravotního stavu a pochycení poskytování přínosné sociální opory. Nezavírat oči před nemocí a s ní souvisejícími komplikacemi.

V důsledku výše uvedeného je, že v případě, kdy by pomáhající disponoval znalostí a respektem skutečného stavu po fyzické i psychické stránce nemocného, by tak následně mohl poskytnout přínosnou sociální oporu, která se může stát nosným pilířem pro pacienta v boji s jeho nemocí a následkem toho i ke zvýšení kvality života s vyšší spokojeností žen s onkologickým onemocněním.

Schéma č. 1 - Axiálního kódování – Paradigmatický model

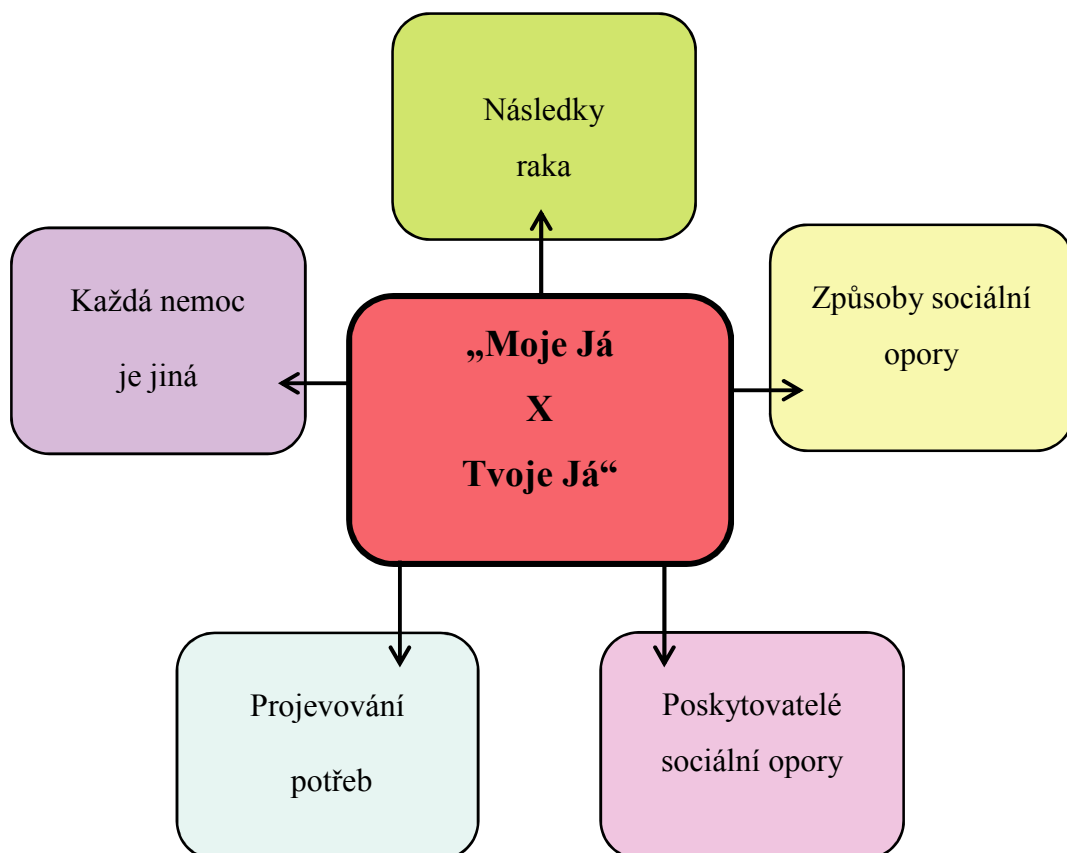


6.3 Selektivní kódování

„Moje já x Tvoje já“ je centrální kategorií selektivního kódování, která představuje individuální aspekty žen, odlišnost mezi nimi navzájem v kontextu nemoci, průběhu, následků a nezbytných způsobů léčby a chirurgických zákroků, odlišnosti v jejich potřebách a různosti vůči poskytovatelům sociální opory. Tato centrální kategorie je ve vzájemném vztahu s dalšími kategoriemi:

- Každá nemoc je jiná
- Následky raká
- Projevování potřeb
- Poskytovatelé sociální opory
- Způsoby sociální opory

Schéma č. 2 - Selektivní kódování



Shrnutí selektivního kódování

Rozbore vztahu selektivního kódování centrální kategorie „Moje Já x Tvoje Já“ s ostatními kategoriemi prokázal, jak je poskytování a přijímání sociální opory ovlivněno ze strany onkologicky nemocných žen. Z výzkumu vyplývá diferencovanost zasažených míst onkologickým onemocněním – nadra, lymfatické uzliny a štítná žláza. Nejednota stupňů závažnosti onemocnění, provedení chirurgických zákroků a rozdílnost následné léčby vedly k rozdílným potřebám sociální opory. Chirurgické zákroky – ablace prsu, odstranění lymfatických uzlin, plastická operace nebo operace papilárního karcinomu s odebráním štítné žlázy. Následná léčba – radioterapie, chemoterapie a zajišťovací léčba radiojódem. V důsledku nastalých změn svého těla – ablace prsu, pooperační jizvy, ztráta vlasů, se ženy musely vyrovnávat s tímto nepříjemným faktem. Následkem nemoci se v menší či větší míře projeví i změny v intimním životě žen, v podobě snížení sexuálního libida.

V rámci svého individuálního onemocnění ženy procházely podobnými nebo odlišnými formami chirurgických zákroků a následné léčby. Reakce fyzické stránky žen na nemoc, operační zákroky a léčba byly také individuální. Potýkaly s nevolností, fyzickou slabostí a bolestí, ztrátou vlasů nebo omezenou hybností části těla. Po stránce týkající se psychiky byly ženy nuceny vyrovnávat se se šokem, strachem z konečnosti svého života a nejistotou, pocitem samoty, smutkem a obavou péče o děti a domácnost. Naopak následkem stresové situace se u žen aktivovaly obranné mechanismy ve formě popírání, smíchu a optimistického přístupu k nemoci. Rozdílnost reakcí se objevila i na přístupy lékařů při sdělování onkologické diagnózy, kdy ženy upřednostňovaly buď přímočarý přístup, nebo spíše citlivý a empatický.

Osobité změny se projeví také v oblasti sociálních kontaktů ve formě zvýšené intenzity návštěv přátel a nejbližšího sociálního okolí nebo naopak v podobě nevyžádaných obtěžujících návštěv tchýně.

U žen nastala i změna v hodnotovém žebříčku, kde sebe, rodinu a přátele posunuly na jeho nejvyšší příčku v hierarchii hodnot. Svůj pozitivní vliv projevila i víra, ať již to bylo formou otevírání se duchovnímu světu častější návštěvou kostela, vírou v „něco“ mezi nebem a zemí nebo jen prostou osobní vírou. Smysl života se zaměřil na změnu pohledu na nemoc a změnu v prožívání současnosti.

V důsledku nemoci některé ženy řešily i finanční stránku, kdy byla jejich závislost odkázaná na rodiče. V jiných případech nebyla finanční oblast zasažena a změna tedy nebyla pociťována.

Rozdílné aspekty vyžadovaly i odlišnou sociální oporu, která byla poskytována bez nejmenších potíží nebo byla výslovně vyžádána. Umět si o pomoc říci, přijmout tuto pomoc nebo ji hodnotit, bylo závislé na vztazích s poskytovatelem sociální opory. Dle míry sympatie, citů nebo empatie byla pomoc přijímána nebo odmítána. Ženy nejvíce přijímaly pomoc od rodiny a nejbližších přátel. Nejsilnějším a pevným pilířem byl manžel.

Komunikační otevřenost týkající se nemoci nebo způsobu pomoci byla vyžadována od všech žen. Povzbuzování, útěcha, pomáhající přístup, ale i přístup jako ke zdravému člověku bylo ženami kvitováno s povděkem.

Selektivním kódování došlo k rozklíčování vztahu centrální kategorie s ostatními kategoriemi. Výsledky poukázaly, že na způsobech poskytování sociální opory se podílí zlehčování nebo podceňování sociální opory, individuální rozdíly v osobnosti žen, jejich potřeby, osobitý průběh nemoci, míra znalosti aktuálního zdravotního stavu, léčby a možných následků. Mezi další oblasti se řadí i míra znalosti vlivu sociální opory na fyzickou a psychickou stránku nemocných a rozsah znalostí způsobů přínosné sociální opory. Nepředvídatelnost průběhu onemocnění a jeho léčby je důležitým faktorem pro nutnou flexibilitu rodiny a přátel.

6.4 Diskuse

Hlavním cílem této práce bylo zjištění, jaké má rodina možnosti pomoci svému onkologicky nemocnému členovi. Její praktická část nás vede k pochopení potřeby přínosné sociální opory pro onkologicky nemocného člověka, který se jejím následkem dostal do tíživé životní situace.

Onkologické onemocnění vždy narušuje a zhoršuje běžný způsob života. Nemoc ohraničuje zvyklosti, mění stereotypy a každodenní režim nemocného, ale i jeho rodiny. Pro většinu lidí je tato nemoc stále představitelkou smrtelnosti člověka, který se díky ní ocitá v náročné životní situaci, která bývá obtížně zvladatelná. Nemocný bývá svazován omezeními, která intenzivně působí na jeho psychiku a vyžaduje i určitou míru adaptace na novou životní realitu, jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu a blízké. Všichni se neočekávaně ocitají v neznámé a zatěžující situaci.

Onkologické onemocnění a setkání s ním je okamžikem, který nás změní a je nemožné, aby člověk zůstal nedotčen po setkání s ním. Změní ho i uvnitř a je pouze na něm, jak se rozhodneme s touto změnou naložit. Jestli ji zavře doma v tom nejtemnějším koutě nebo ji vezme a začne s ní žít život, který dá více jemu, rodině a jeho blízkým. Neboť člověk je pouze malým zrnkem v přesýpacích hodinách svého života. Zamyslíme-li se nad tímto faktem, dojdeme k uvědomění, že denně se nám dostává tolik příležitostí vyrovnat se se sebou samotným a okolním světem. V jediném dni i hodině činíme bez rozmyšlení rozhodnutí, která utváří náš život. Rozhodujeme o hodnotách a možnostech. Je smutným faktem, že informantky si svoje skutečné hodnoty uvědomily až následkem nemoci.

„Teprve pod údery kladiva osudu, v bílém žáru utrpení z něho nabývá život formy a tváře. Osud, který člověk protrpí, má tedy za prvé ten smysl, aby byl utvářen - tam, kde je to možné - a za druhé, aby byl nesen - je-li to nutné“ (Frankl, 2006, s. 110).

S nemocí je nezbytné bojovat, rvát se za svůj život. Je také nutné nabídnout pomocnou ruku, která povede i pomůže. Tato pomocná ruka je sociální pedagogikou nazývána sociální oporou.

Sociální opora je tedy vědomou a adaptivní strategií založenou na sdílení toho, co prožíváme. Neboť co neprožijeme, to nepochopíme. Rodina a blízcí přátelé mohou onkologicky nemocnému nabídnout odlišný pohled na celou situaci a jsou tak důležitým

aspektem při zvládání zátěže s podporou v mnoha směrech. Cíl a podstata sociální opory, která má být poskytována, je citová a praktická, která směřuje k vyrovnání se s faktem onkologické diagnózy a k pozitivnímu povzbuzení v léčebném procesu.

„Každý z nás má jednu mimořádně vážnou potřebu: alespoň jedenkrát v životě, ve chvíli, kdy mu je nejtíže, zažít to, že se může na někoho na sto procent spolehnout.“

Howard Clinebell

6.5 Shrnutí výzkumu a přínos sociální pedagogiky pro onkologického pacienta

Poskytování sociální opory onkologicky nemocnému jedinci nepatří pouze do oblasti specializované zdravotní péče, avšak je záležitostí i v oblasti laické péče, kterou by mělo představovat rodinné zázemí, nejbližší sociální okolí, ale také i pomáhající profese. V péči o nemocného je stále více pokládán význam multidisciplinární týmové práce, která by měla vést k co nejlepšímu propojení s individuální péčí.

V návaznosti na dílčí cíle výzkumu bylo v této diplomové práci zjištěno, že sociální opora poskytovaná rodinou a blízkými, je nedílnou součástí léčebného procesu, od počátečního sdělení onkologické diagnózy, v průběhu zvládání léčby až po závěrečnou rekonvalescenci.

Rodina a přátelé onkologickému pacientovi poskytují přínosnou sociální oporu v oblasti fyzické a to z důvodu fyzického oslabení následkem nemoci a její léčby, která je zajišťovaná péčí o nemocného a o děti a domácnost. Většina žen, které se výzkumu zúčastnily, kvitovala fyzické doteky - pohlazení, objetí a intimní život, které jim umožňovaly cítit se stále jako žena a plnohodnotný člověk. V psychické oblasti se jako přínosné ženám ukázaly projevy podpory, pozitivního přístupu, otevřené komunikace, upřímného zájmu a udržování sociálních kontaktů s přáteli a jejich návštěvy. Změnu finanční zatíženosti vnímaly ženy rozdílně, neboť některé z nich se staly následkem nemoci v oblasti financí závislé na rodičích. Ostatní tuto situaci nebyly nuceny řešit. Výzkum také prokázal, že čím kladnější byl vztah k pomáhajícímu, tím lepší bylo hodnocení poskytované pomoci a ženy byly také mnohem otevřenější k možnostem nabízenou pomoc přijmout.

Mezi nedostatky, kterých se rodina a přátelé dopouštěly, při poskytování sociální opory, patřila komunikační bariéra vzniklá ze strachu zeptat se na aktuální zdravotní stav, přístup k pacientovi, na potřeby a na obavu hovořit o nemoci a věcech s ní souvisejících. Značně negativně se ženy stavěly k nežádoucím projevům lítosti cizích lidí, pesimismu, přemíry zvědavosti nebo povídání příběhů, které končily smrtí a identifikací s jejich současným onemocněním. Za nevídaný byl pokládán i projev zdůrazňování přítomnosti onkologické nemoci nebo její bagatelizování i přehnaná starostlivost a pomoc, kterou si nevyžádaly.

Působení žen na poskytování a přijímání sociální opory se projevovalo v mnoha úrovních. Prvořadou byla individuální forma nemoci, její průběh, následky chirurgického výkonu, způsob léčby a v neposlední řadě i fyzický a psychický stav. Přijímání a poskytování sociální opory bylo závislé na kladném či záporném vztahu k poskytovateli a na dovednosti umět si o pomoc říci. Rozdíly vyplynuly také z individuálních vztahů ke způsobům poskytování sociální opory, vítaných či nevídaných slovních projevů povzbuzování a útěchy. Aby docházelo k pozitivnímu uspokojování individuálních potřeb žen, byl z jejich strany kladen důraz na otevřenou interaktivní komunikaci.

Praktický přínos výzkumu

Veškeré výsledky výzkumu jsou pouze popisné, vztahují se výhradně na výzkumný soubor této diplomové práce a není možné je zobecňovat. Mohla by se však stát přínosem v pochopení nutnosti a důležitosti správného poskytování sociální opory rodinou, přáteli a blízkým sociálním okolím onkologicky nemocnému jedinci. Svým popisem by mohla být přínosná pro členy rodiny a blízké sociální okolí onkologicky nemocného jedince ke zvýšení kompetencí v poskytování sociální opory. Vzhled do možných druhů podpory a důležitosti rodiny v rámci zátěžové situace, je ukazatelem směru pro absolventy sociální pedagogiky k jejich zaměření poskytování sociální opory onkologicky nemocným v soukromém i státním sektoru.

Pro poskytovatele sociální opory jsou podstatné znalosti způsobů, jakými mají tuto pomoc poskytovat, jaké použít přístupy k onkologickému pacientovi a následně i to, jak se vyhnout jejímu neefektivnímu poskytování. Zároveň by tato práce měla pomoci k lepšímu pochopení a uvědomění si individualit a odlišností každého jedince, o kterého je pečováno.

V neposlední řadě je praktický přínos výzkumu této práce určen samotným onkologickým pacientům, ale i ostatním jedincům, kteří jsou dlouhodobě nemocní. Rozkrytím výzkumu se ukázalo, že přístup nemocných k poskytovatelům sociální opory je významným faktorem, který ovlivňuje její kvalitu.

Vzhledem k tomu, že onkologické onemocnění dnes již není žádnou vzácně ojedinělou chorobou a její nárůst je markantní u všech věkových kategoriích, bych viděla možnosti uplatnění sociálního pedagoga například v oblasti preventivní onkologie. Kde by se díky svým kompetencím stal tvůrcem a propagátorem preventivních programů. Na tomto základě by se mohl v resortu zdravotnictví začlenit do multidisciplinárního týmu, který o nemocné pečuje.

ZÁVĚR

Onkologické onemocnění se řadí mezi nejzávažnější onemocnění, které svými účinky negativně působí na celou osobnost člověka. Pro nemocného a jeho rodinu představuje náročnou životní situaci. Proto je zapotřebí klást důraz na dostatečnou a kvalitní formu pomoci onkologickým pacientům. Zvládání průběhu nemoci, její vnímání a prožívání je ryze individuální záležitostí. Mnozí z pacientů, podstupujících operaci s následně dlouhou a náročnou léčbou, se více či méně tak stávají závislými na pomoci druhých. Jsou vystaveni něčemu, o co nikdy v životě nestály a od nejbližších očekávají pomoc nejenom fyzickou, ale i psychickou. Spoluúcast a její realizaci předpokládá nejenom sám pacient, ale i společnost.

Z teoretické a praktické části této diplomové práce vyplynulo, že protektivní účinek sociální pomoci poskytované onkologickému pacientovi funkční rodinou, je nezastupitelným prvkem péče, který nenahradí žádná zdravotnická instituce.

Onkologický pacient se primárně zaměřuje na svůj zdravotní stav, ale v důsledku nemoci, která je pro něho velmi zatěžující by se mohl ocitnout v nepříznivé sociální situaci. Psychický stav je pro onkologického pacienta klíčovým kritériem na cestě k úspěšnému uzdravení. Na základě vhodné a dobře poskytované sociální opory a sociální péče je možné u pacientů k tomuto příznivému a pozitivnímu psychickému naladění dospět a umožnit tak zkvalitnění jejich života a setrvání duševní rovnováhy v jejich rodinách. Nelze tvrdit, že rodina a přátelé jsou pro nemocného jedinými poskytovateli sociální opory. Jako podstatné se jeví fakt, že nemocný člověk by měl vědět o existenci pracovníků pomáhajících profesí, jako o další dostupné možnosti poskytování, pro ně tak potřebné sociální opory v rámci onemocnění. Odborníci pomáhajících profesí jsou těmi, kteří mohou nemocnému pomoci k důstojnému překonávání náročného období léčby, ale i v době po ní. Ať již to bude formou pomoci informační, poradenské, terapeutické nebo aktivizační, které budou vždy adekvátně přizpůsobeny pacientovým možnostem a aktuálnímu zdravotnímu omezení. Na základě všech uvedených faktů si troufám konstatovat, že sociální pedagog by měl zaplnit ono chybějící místo v multidisciplinárním týmu, který pečuje o onkologického pacienta a podílet se tak na komplexní péči a pomoci nemocnému, jeho rodině a blízkým.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ATKINSON, Rita L., Richard C. Atkinson, Daryl J. BEM, Susan NOLEN-HOEKSEMA a Edward E. SMITH. Psychologie. Praha: Portál, 2003, 750 s. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BAKOŠOVÁ, Zlatica, Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Třetí rozšířené a aktualizované vydání. Bratislava: public promotion s. r. o., 2008, 252 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [3] BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha: Grada Publisching a.s., 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- [4] BRATSKÁ, Mária. Zisky a straty v záťažových situáciách alebo Príprava na život. Bratislava: Trade Leas, spol. s r.o., 2001, 325 s. ISBN 80-7094-292-4.
- [5] BUMBA, Jan; VOJTEK, Marián. ROZHLAS CZ: Nemoc dnešní doby se jmenuje FoMO – strach z toho, že něco propásneme. [online]. [cit. 2018-03-29]. Dostupné z:
- [6] DAHLKE, Rüdiger. Nemoc jako řeč duše: výklad chorobných příznaků. Praha: PRAGMA, 1992, 264 s. ISBN 80-7205-632-8.
- [7] DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. Onkologie pro laiky. Vyd. 2. Praha: Liga proti rakovině, 2012, 128 s. ISBN 978-80-86031-65-1
- [8] DUFFKOVÁ, Jana; URBAN, Lukáš; DUBSKÝ, Josef. Sociologie životního stylu. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o., 2008, 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
- [9] FOŘT, Petr. Co (ještě) nevíte o výživě (i ve sportu). Pardubice: Ivan Rudzinskyj, 2001, 190 s. ISBN 80-86462-02-1.
- [10] FRANKL, Viktor Emil. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 2006, s. 237. ISBN 80-7295-085-1.
- [11] FROMM, Erich. Umění milovat. Český klub. Praha: Simon and simon publishers, 2008, 125 s. ISBN 978-80-86922-07-2.
- [12] GÉRINGOVÁ, Jitka, Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Vydání první. Praha: Triton, 2011, 200 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

- [13] HALEY, Jan, Neobvyklá psychoterapie Miltona H. Ericksona. Praha: TRITON, 2003, s. 320. ISBN 80-7254-349-0.
- [14] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, Psychologický slovník. Třetí aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015, 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- [15] HAŠKOVCOVÁ, Helena. Spoutaný život. Praha: Panorama, 1985, 380 s. ISBN 11-094-8503/1.
- [16] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2005, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [17] HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [18] KAREŠOVÁ, Jana. Praktické rady pro onkologické pacienty: Aneb jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny. Praha: Maxford, 2010, 165 s. ISBN 978-80-7345-268-1.
- [19] KAYSER, K., WATSON, L. E., & ANDRADE, J. T. (2007). Cancer as a 'we-disease': Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4). doi:10.1037/1091-7527.25.4.404.
- [20] KELNAROVÁ, Jarmila. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. Praha: Grada, 2009, 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- [21] KOTULÁN, Jaroslav a kolektiv. Zdravotní nauka pro pedagogy. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 258 s. ISBN 80-210-3844-6.
- [22] KRAUS, Blahoslav, Věra POLÁČKOVÁ a kolektiv, Člověk – prostředí – výchova. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- [23] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [24] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [25] KUZNÍKOVÁ, Iva, Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [26] Liga proti rakovině. Onkologická léčba [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/lekar-onkologicka-lecba/>.

- [27] Linkos: Onkochirurgie [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/onkochirurgie/>.
- [28] MACHOVÁ, Jitka Dagmar KUBÁTOVÁ a kolektiv. Výchova ke zdraví. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [29] MARÁDOVÁ, Eva. Výživa a příprava pokrmů. Praha: Fortuna, 1992, 128 s. ISBN 176-221-92.
- [30] MAREŠ, Jiří. Pedagogika: Medicína a pedagogika: jejich vzájemné ovlivňování a vzájemný průnik [online]. 2002, LII (2) [cit. 2018-03-29]. ISSN 2336-2189. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=2054&lang=cs>.
- [31] MATĚJČEK, Zdeněk, Výbor z díla. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 80-246-1056-6
- [32] MATOUŠEK, Oldřich, Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2003, 161 s. ISBN 80-86-429-19-9.
- [33] MATOUŠEK, Oldřich, Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [34] Med.muni. Centrum preventivní medicíny, Výživa. [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/13-vyziva.html>.
- [35] MOŽNÝ, Ivo. Moderní rodina (mýty a skutečnost). Kalifornská univerzita: Blok, 1990, 184 s. ISBN 80-7029-018-8.
- [36] MPSV: Slovník.mpsv.cz [online]. [cit. 2018-01-19]. Dostupný z <http://slovník.mpsv.cz/socialni-pracovnik.html>.
- [37] MZ ČR. Zdraví 21 – Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Praha, 2004. ISBN 80-85047-33-0.
- [38] NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotnická nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 208. ISBN 978-80-247-3709-6.
- [39] OPATRNÁ, Marie. Etické problémy v Onkologii. Praha: Mladá fronta, 2008, 115 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- [40] Osobní asistence. Práva onkologických pacientů [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=7>.

- [41] PETRÁSEK, Richard. Co dělat, abychom žili zdravě. Praha: Vyšehrad, 2004, 128 s. ISBN 80-7021-711-1.
- [42] PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. Ošetřovatelství II. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 223 s. ISBN 978-80247-3558-0.
- [43] POLEDNÍK, Ivan. PROTIPROUD: Digitální demence: metla dnešní doby [online]. [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <http://www.protiproud.cz/zdravi/1946-digitalni-demence-metla-dnesni-doby-zakrnely-mozek-rozklad-osobnosti-emocni-poruchy-duchovni-zivot-v-troskach-trpime-skoro-vsichni-jak-vykrocit-z-neviditelných-sten-vezení-desatero-pro-zdravy-zivot.htm>.
- [44] PROCHÁZKA, Miroslav, Sociální pedagogika. Vydání první. Praha: Grada Publishing a. s., 2012, s. 203. ISBN 978-80-247-3470-5.
- [45] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kolektiv. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 528 s, 978-80-247-3976-2.
- [46] RAUDECKÁ, Jaroslava. Onkologie: Biopsychosociální model onkologického onemocnění. [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201104-0014_Biopsychosocialni_model_onkologickeho_onemocneni.php.
- [47] RAUDENSKÁ, Jaroslava. SOLEN MEDICAL EDUCATION. Onkologie: Biopsychosociální model onkologického onemocnění [online]. 2002, 5(4) [cit. 2018-03-29]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201104-0014_Biopsychosocialni_model_onkologickeho_onemocneni.php.
- [48] ROMAŇÁKOVÁ, Marta. Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003, 15 s.
- [49] SMUTKOVÁ, Lucie. Sociální práce s rodinou: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 107 s. ISBN 978-80-7041-069-1.
- [50] SOBOTKOVÁ, Irena, Psychologie rodiny. Praha: Portál, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8
- [51] STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. 1999. Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert, 1999, s. 196. ISBN 80-85834-60-X.

- [52] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [53] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [54] ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kolektiv. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [55] TSCHUSCHKE, Volker, Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnání rakoviny. Vydání první. Praha: Portál, 2004, 224 s. ISBN 80-7178-826-0.
- [56] VÁGENROVÁ, Marie, Základy psychologie. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- [57] VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [58] VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [59] VYBÍRAL, Jan. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2000, 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- [60] VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [61] ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Jaroslava. Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [62] ZACHAROVÁ, Eva. Základy zdravotnické psychologie. Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 100 s. ISBN 978-80-7464-275-3.
- [63] Zákony pro lidi. cz, Zákon č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization).

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Schéma problematiky životního stylu jedince

Obrázek č. 2: Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech

Obrázek č. 3: Potravinová pyramida

Obrázek č. 4: Faktory ovlivňující vznik rakoviny

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma č. 1: Axiálního kódování – Paradigmatický model

Schéma č. 2: Selektivní kódování

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Ukázka rozhovoru

PŘÍLOHA P II: Ukázka otevřeného kódování

PŘÍLOHA P I: Ukázka rozhovoru

Informantka R1

- **Kolik ti bylo let, když jsi onemocněla?**

„Bylo mně 31 let. Byla jsem rok a půl s malým na mateřské dovolené.“

- **Co tě přimělo k návštěvě lékaře?**

„Jak jsem malýho odstavila od kojení, tak mě pořád bolelo to pravé prso a měla jsem ho zatvrdlé. Myslela jsem si, že je to tím kojením, protože mně to už dělalo, když jsem ho ještě kojila. Když kojíš, tak to nepoznáš, protože to tak někdy dělává, že ti to zatvrdne, to mi říkala i doktorka. Ale když to bolelo i dva měsíce po tom odstavení, tak jsem šla za doktorkou. Ta mě poslala na ultrazvuk. Pak jsem ještě byla na dalším vyšetření, ale to už bylo tady onkocentru, kde mi to pak i diagnostikovali.“

- **Napadlo tě, že by se mohlo jedna o onkologické onemocnění?**

„Ze začátku ani ne, jsem kojila, ale po ultrazvuku jsem už měla takový divný tušení. Když mě pak hnali na onko, tak už mně v hlavě lítaly myšlenky.“

- **Jak jsi reagovala na sdělení diagnózy?**

„Když mně řekli, že mám rakovinu prsu, tak jsem vůbec nevěděla, co mě čeká do budoucna. Úplně se mně zatemnilo, měla jsem pocit, že špatně slyším. Tak jsem se zeptala, jestli to myslí vážně? Pak už jsem jenom přemýšlela, jestli to přežiju nebo umřu. Nevěděla jsem, jak dlouho to bude trvat, rok dva nebo pár měsíců, to všechno kolem toho. Byla jsem totálně v šoku, že už jsem se ani dál na nic neptala. Skoro si ani nepamatuju, jak jsem z té nemocnice dostala dom. Pamatuju si, jak jsem šla celou dobu pěšky a v hlavě jsem měla takové temno a jenom jsem přemýšlela, co budu dělat a jak to doma řeknu.“

- **Kdo byl první, s kým jsi o tom mluvil/a?**

„První byl samozřejmě manžel, protože ten čekal doma s malým. Musel ho hlídat, když jsem byla u doktora. Doma jsem mu to řekla, zůstal na mě koukat a dlouho mu trvalo, než něco řekl.“

- **Co Tě napadlo jako první, na co jsi myslel/a? Jaké Tě provázely pocity na začátku nemoci?**

„Takový ty bezmocný pocity, že umřu.“

- **Jak se vyrovnával/a s onkologickou diagnózou. Kdo nebo co Ti pomáhalo ve zvládnání situace?**

„Samotná nemoc je tak ponižující, připadala jsem si jak degradovaná a zaškatulkovaná do šuflete smrti. No tak jednoduché to nebylo. Myslím si, že nikdo by nad tím asi rukou nemávnul. V tom všem mně pomohla rodina, jo hlavně rodina a víra. „Mám spíš takovou vlastní víru. Možná tady ten přístup v té brněnské nemocnici, kdy opravdu mě došel operovat ten doktor, kterému jsem nebyla lhostejná a věděla jsem, že je to tam opravdu kapacita, tak jsem si říkala, že když jsem se dostala do ruk jemu, tak to nemůže jinak než dobře. Tam opravdu s člověkem strašně moc jakoby probírali tady tyto věci a hrozně se mně věnovali. Tady ti doktoři si fakt s náma o tom povídali a potom, co člověk tam získal ty informace různé o té nemoci, jak to probíhá, jak to bude probíhat, tak já jsem tam přestala mít takový ten strach, jsem se tam strašně zklidnila, jsem přijela domů prostě jako jiný člověk.“ Hm, ta moje víra mně pomohla překonat, tady ty všelijaké nástrahy, vlastně jsem fakt začala věřit, že se z toho dostanu a pokud budu mít pozitivní myšlení, tak že to fakt bude nějaké víc k úspěchu, takže já jsem si potom vsugerovala. A začala jsem tomu věřit a opravdu. Měla jsem tam paní, která byla strašná pesimistka, a já jsem si říkala, že takto teda nemůžu dopadnout, že toto nemůžu připustit, aby ze mě prostě byla taková troska a chodila a vykládala, že se mi to udělá zase tam. Ted'ka nedávno jsem ju potkala a ona opravdu má rakovinu, takže budu radši optimistka.“

- **Jak Ti onemocnění ovlivnilo Tvůj život?**

„Ovlivnilo mi to život v tom, že v době, kdy jsem onkologicky onemocněla, jsem byla na mateřské s malým, kterému bylo rok a půl, tak to byl jeden problém. A za druhý jsem chtěla druhé dítě, takže to už bylo úplně pasé. Strašně mě mrzelo, když z malýho začal být parťák na výlety a tak, to nám hrozně uteklo. Vlastně díky té nemoci a tomu, že jsem určitou dobu trávila v nemocnici, musel být na hlídání, když jsem byla v nemocnici a manžel nemohl, do té doby na to nebyl zvyklý. To jsem pak měla pocit časového deficitu k němu. Pak jak jsem se mu snažila všechno vynahradiť, tak jsem byla zase v pohodě. Měli jsme postavený nový dům do té operace, tři týdny jsem tam nemohla být, musela jsem bydlet u rodičů i s malým. Prostě jsem tam nemohla přijít, měla jsem takový pocit, že jak jsme ho budovali svépomocí, tak jsem tam nechala spoustu sil a všeho, a když mně řekli, jo máte rakovinu, tak jako člověk vůbec nevěděl so ho čeká do budoucna, jestli to bude rok, dva nebo jen pár měsíců, jestli to přežiju nebo ne. Toto

hodně ovlivnilo život. Zájmy a koníčky svým způsobem taky, hodně jsem sportovala a různé tady ty věci, což potom moc nešlo, omezovalo mě to.

- **Jak jsi zvládal/a léčbu samotnou, její nežádoucí účinky?**

„Po operaci jsem byla celá bolavá. Byla jsem unavená. Ozařování bylo docela v pohodě. Z chema jsem měla větší strach. Sice jsem z něho nezvracela, ale žaludek byl jak na vodě. Prostě jsem věděla, že musím bojovat a že to musím vybojovat. Tak třeba, když jsem brala tu chemoterapii a nevěděla jsem, co mě čeká, jak mi bude, jestli mi bude špatně nebo prostě co bude. Když jsem se ptala sestřičky, jak dlouho bývá špatně po té chemoterapii, ona mi na to řekla, že mám malé dítě doma, tak mi špatně ani moc nebude. Jakože vlastně člověk tím, že má touhu co nejdřív se za tím dítětem vrátit do toho normálního života, tak opravdu to kolem sebe - jako že se tak nepozoruje a nevnímá ty různé nepříznivé okolní vlivy, i když samozřejmě člověku špatně bylo, ale prostě ta touha být s tím malým byla tak silná, že opravdu, jsem se snažila, abych se z toho vždycky strašně rychle dostala.“

- **Kdo byl pro Tebe nejbližší fyzickou a psychickou oporou?**

„Manžel, rodina, přátelé a pak ta víra. Nejvíc pomáhal s tím, že se dokázal o to malé dítě jakoby postarat. V tom jsem věděla, třeba s tou rodinou, že je dobře postarané, ale pořád jsem v sobě měla takový duševní neklid. Jako fakt mě strašně pomáhal. Věci, které jsem řešila, co mě trápilo, třeba když mě začaly padat vlasy, tak manžel vzal ten strojek a hlavu mě oholil. Po operaci jsem se třeba vůbec nemohla podívat na jizvu, šla jsem do sprchy a on byl ten, který mi to prohlídl a řekl, že to nevypadá tak strašně, jak si myslím. Připadáš si znetvořená a poznamenaná a on to bere. Jako já mám fakt manžela, který se k tomu postavil čelem. Fyzická opora byla potřeba, díky lymfedému v té pravé ruce, jsem vlastně s tou pravou rukou nemohla skoro nic dělat. Veškerá domácnost byla na té rodině. Manžel i žehlil, pral (smích) a celá rodina se zapojovala do chodu domácnosti, abychom to zvládli (úsměv). A když jsem potřebovala třeba pomoct vstát, tak jsem si i řekla a oni se tomu přizpůsobili. Vždycky neví, co člověk teď potřebuje, tak jsem si o to řekla. Je to super, když máš kolem sebe lidi, kteří jsou tady pro tebe, jsou v pohodě a pomůžou ti. Fakt ta rodina byla velkej tahoun, velká opora na to si fakt stěžovat nemůžu. Bez nich bych to nezvládla a manžela můžu jenom chválit (úsměv). Nikdy jsem neměla pocit, že bych nikoho nezajímala nebo že by se na mě dívali skrz prsty.“

- **Bylo něco, s čím jsi nebyl/a v průběhu léčby spokojený/á?**

Tady ti chirurgové, co odstraňují tyto věci, někdy jako lidem, mně to teda zas tak nevadí, ale vím, že některé ženy to hodně těžko snášely od těch onkologů a chirurgů, že s nima mluvili prostě narovinu. Že prostě člověka nešetří. Mně třeba přijde, dojde patologie toho nádoru a oni to řeknou prostě natvrdo, tak jak to je. Máte ten a ten stupeň, takhle se vám to šíří, může se vám stát to a to, takže to je takové, že, člověk třeba na to není vůbec připravený, jako toto je takové tvrdé. Oni to berou jakoby chleba, jako běžný problém a nepřístupují tady k těm sdělováním informací někdy moc citlivě, ale jako já jsem s tím jako obrovský problém neměla. Pro mě bylo lepší, že jsem to věděla.“

- **Pocit'oval/a jsi nějaké psychické problémy v období léčby?**

„Sesypala jsem se, bylo mně hodně smutno. Bylo období, kdy jsem špatně spala, protože jsem pořád na to myslela, i když už ten nádor byl venku, tak pořád takové to hlodání, že co kdyby to blbě udělali.“

- **Důvěřoval/a jsi svému lékaři a jaký byl váš vztah?**

„Já díky tomu, že jsem jezdila do Brna, tak opravdu jsem neviděla lepší zdravotní zařízení tady v republice. S tím jsem se tady nikdy, když jsem měla jiné zdravotní problémy tady u nás, nesetkala. A jak už jsem říkala, měla jsem dobrého operátora, kapacitu a fakt jsem mu věřila“

- **Byly pro Tebe informace, které jsi dostával/a v průběhu onemocnění a léčby srozumitelné?**

„No asi jo, když jsem něčemu nerozuměla, tak jsem se zeptala a oni mi to znova vysvětlili. V tom jsem asi problém neviděla. A na těch onkologických pracovištích mají spoustu brožurek a informační portály a takové věci. V nemocnici jsem si pročetla hodně brožurek, abych se o té nemoci něco dozvěděla víc, protože jsem o ní neměla moc potuchy. Internet jsem moc nestudovala, protože tam hodně informací o všem bývá zkreslených. Pak člověk neví, čemu má věřit a čemu ne.“

- **Co je z Tvého pohledu nejdůležitější při sdělování diagnózy?**

„No co by mně vadilo, tak by bylo, kdyby mě to někdo řekl po telefonu, to by mně asi vadilo. Jinak jako podstatné si myslím, že je přístup toho doktora, aby nelhal, ale nevybalil to na tebe zase moc rychle.“

- **Jaký jsi pocívala přístup ze strany lékaře, zdravotního personálu?**

„To už jsem říkala, že v tom Brně se nám jako hodně věnovali a mluvili o tom. Byli fakt hodní, na špičkové úrovni. Ale jinak mám takovou dobrou zkušenost, protože vlastně mně to diagnostikovali na sonu v Jihlavě a vzhledem k tomu, že jsem mladá a ptali se mě, jestli mám děti a jak jsou staré, tak mi paní doktorka řekla, pokud mám možnost jezdit do Brna, tak mi doporučuje jedině Brno, protože ta onkologická péče, tady u té rakoviny prsu je tam opravdu na vysoké úrovni a úspěšnost je devadesátiprocentní, jako že se z toho člověk dostane. No, a když slyším o péči v Jihlavě a v tom Brně, tak to je úplně jiný přístup, opravdu neuvěřitelný. Je to neuvěřitelné opravdu jsem v životě nezažila přístup zdravotnického personálu, doktorů, prostě všech. V Brně jsem byla jako cizí člověk bez protekce, tak sestřička na příjmu mně hned normálně řekla, kterého operátéra bych si měla zvolit, že si můžu vybrat, ale ona mi doporučila pana docenta. I když mě pan docent neznal, tak i přes vytíženost si zajistil záskok na jiné operaci, kterou měl dělat a šel operovat mě. Tak jsem říkala, před takovou klinickou péčí smeknout klobouk dolů. No a tady, když jsem se doktora, jenom chtěla na proplácení jízdného do Brna, že když jezdím 2x týdně a je to pro nás finančně náročné, tak mě do telefonu seřval, že teda nemám jezdit do Brna, když máme onko centrum v Jihlavě. Tak jsem mu řekla, že tam je ta onkologie na špičkové úrovni a doktoři se ti tam věnují. No prostě se mi z toho až chtělo brečet, když jsem položila sluchátko. Ani mi neodpověděl v tom vzteku, tak jsme doma to zjišťovali na netu a pak jsem se na to ptala ještě doktora v Brně. A ten se na mě jenom usmíval a říkal, že určitě mám nárok a není to problém.“

- **Zdála se Ti péče a pomoc lékaře, zdravotního personálu dostatečná?**

„Tak to určitě, starali se dobře, opečovávali nás...to je můj pohled na Brno, tady u nás to jinak...byla jsem ráda, že mi doktorka doporučila to Brno, asi věděla proč.“

- **Bylo něco, z čeho jsi měl/a největší strach?**

„Tak to je teda divná otázka. Jo měla. Měla jsem strach, že umřu.“

- **Co bylo Tvou největší motivací pro uzdravení?**

„Jako motivace to byl hlavně malej...jo hlavně ten, ten mě potřeboval nejvíc. Pak ta moje osobní víra, prostě jsem věděla, že musím bojovat. Když jsem třeba brala tu chemoterapii a nevěděla jsem, co mě čeká, jak mně bude. Jestli mně bude špatně nebo co.“

- **Jak Ti nemoc ovlivnila vztah sama k sobě?**

„Dneska víc poslouchám svoje tělo, víc ho jakože vnímám. Dopřávám si odpočinek. Snažím se být na sebe hodná, mít se ráda, taková jaká jsem teď, s plastickým prsem (ironie a smích).“

- **Jak Ti nemoc ovlivnila vztah s partnerem, dětmi, rodiči?**

„Řekla bych, že nám to vztah ještě víc upevnilo...spousta ženských, co jsem s nima byla v nemocnici, říkaly, že jak to partner nezvládá a prostě ty ženský opouští a ty pak jsou samy. A ty víš, že toho chlapa tady máš, a když mu pořád dokola říkám to samý a on poslouchá a je tady, víš, jak se mně vždycky ulevilo. Je to lehčí, přemýšlím, jak bych to zvládala, kdybych byla sama, asi blbě. S malým jsem to neřešila, děcka jsou bezprostřední. Byl na mě zvyklý s vlasama, najednou tam vlasy nebyly, bral to, tak jako kdyby to tak bylo odjakživa. Problém jsem měla v tom, že jsem se s ním dřív chodila sprchovat, jakoby teď tam nebylo to prso, že to bude nějak řešit nebo tak. Vůbec, to děcko to neřeší, až jsem byla po plastice a bral to normálně, jako že tam to prso zase je. Fakt to neřešil. Tak jako většinou, když člověku bylo špatně, tak vždycky manžel říkal, že holt přežiju a zas bude dobře, že to zvládneme. Chemo jsem měla před Vánoce a pak až za tři týdny, tak jsme si Vánoce prožili v klidu a pohodě a to člověka vždycky potěší. Ale tak jako jsme si to užívali, tak jak to šlo a byla jsem ráda za každý den, že jsem tady. Vždycky čekáš, že tě někdo aspoň pohladí. Vztah s rodiči, řekla bych, že asi nijak, pořád v pohodě“

- **Ovlivnila nemoc i Tvůj intimní život?**

„Ano. Je to takové zvláštní, ale teď nemám ráda, když mi někdo sáhne na ta prsa, teda hlavně na to pravý, protože v něm nemám momentálně po té plastice žádný cit. Představ si, že když ti třeba opíchají injekcemi zub a máš to necitlivý, tak asi tak je to moje prso. Tak ten dotek mně fakt vadí.“

- **Jak jsi pocítoval/a přístup ze strany rodiny?**

„Fakt můžu říct, že rodina byla velká opora, velký tahoun, takže já si nemůžu stěžovat, tady na toto opravdu. Rodiče nám strašně moc pomáhali, takže nemůžu říct ani půl slova, že by to bylo tak či onak. Samozřejmě trpěla tím celá rodina, než se to prostě všechno, ale jak člověk dostal ty informace, jak co bude probíhat a tak, tak se to jakoby trochu zklidnilo. Ale viselo to ve vzduchu furt, bylo to pro ně fakt těžké. To prostě nejde ani popsat, do hlavy nikomu nevidím, ale jak je všechny znám, tak to prožívali hodně intenzivně. S malým jsem to neřešila, ten byl moc malej, to snad pochopíš (smích). Do

všeho byla spíš zapojená rodina jako i sourozenci, akorát u mě je největší prioritou a vždycky bylo, to dítě. Takže, když jsem měla po chemu a mamka ani manžel nemohli hlídat, tak kamarádka co byla taky na mateřské si malýho prostě přibrala na starost. Ale fakt taková ta psychická opora od manžela, a od rodičů, i brácha a ségra nebo i od tchánovců no fakt celá rodina. No jako pevné rodinné zázemí, si myslím, je hodně důležité.“

- **Jak jsi pociťoval/a přístup ze strany přátel po zjištění onkologické diagnózy?**

„S přáteli mě to život moc neovlivnilo, já mám spíš pocit, že ti přátelé se víc semkli, i když je fakt, že jak máme všichni ty svoje rodiny, tak toho vzájemného času moc nemáme, tak jako před tím a kolikrát s těma nejbližšíma kamarádkama jsme se sešly málokdy, a když zjistily, že jsem nemocná, tak prostě to bylo jako smršť a všichni chodili na návštěvy a měli pocit, že nám jako něco uteklo a každý to rekapituloval a dvě hodiny najednou byly pryč. Toto беру spíš jako pozitivní. Přátelé to bylo prostě v pohodě, ale na začátku jsem třeba moc nechtěla, aby to vědělo spíš to okolí. Teda spíš proto, aby to moc neřešili, kvůli malýmu. Však to znáš, jsou takový ty lidi, že se to dozví a řeší to mezi sebou. Na ulici je tady jedna taková, která vždycky začne vykládat, že její maminka si vzpomněla, když byla malá, jak jí jakási tetička umírala na rakovinu prsu a bylo jí tolik kolik mně a taky měla malé dítě. Tak to je fakt jako strašný, to máš pocit, že ti lidi jsou míň inteligentní a bez citu. Ale to je takový okruh přátel, no spíš sousedů, to nevím, jestli se dá nazvat přáteli. Jo, to jsou spíš takový ti známí, kteří to rádi probírají mezi sebou a tak jsem ze začátku fakt měla problém a nechtěla jsem, aby mě cizí lidi litovali a chtěli se mnou o tom mluvit. Já jsem to chtěla brát jako to je. S přáteli mi to nevadilo, s těma jsme se o tom bavili, úplně normálně narovinu jsme se o tom bavili.“

- **Ptali se Tě přátelé a blízcí jak mají k Tobě přistupovat?**

„Jak to myslíš? No my jsme tady o tom problému mluvili otevřeně, probírali jsme to, když na člověka přijde takový ten splín, byli jsme tou oporou jeden druhému. A když mně nebylo dobře, tak jsem dělala, že je to v pohodě, že to nevádí a tak, protože jsem je nechtěla zatěžovat ještě víc. Ale jestli tím myslíš, že se třeba jako někdo i vyhýbal? To ani ne, spíš někteří mají ten pocit, jestli se na to můžou ptát, protože se nikdy s tím nesetkali, ale já jsem jim řekla, že je to u mě normální věc a pak, když jsem s nima o tom začala mluvit otevřeně, tak spíš jakoby hledali nějakou tu cestu, protože to pro ně třeba taky bylo nepříjemné. Ale já, jak jsem o tom pořád mluvila, jsem to už brala jako

normální věc. Když pak viděli ten můj přístup, že se bavím normálně, tak pak byli taky v pohodě. Rodina se mě taky neptala, jak mají přístupovat. Ze začátku to pro rodinu byl šok, obrovské psychické napětí, ale potom, když už jsem měla po operaci, tak se všem tak nějak ulevilo. Že mě to prso vzali, že je to pryč a teď už budeme pomalu postupovat dál dopředu a už se nikdo nechtěl zaobírat tím, že by to mělo být nějak špatně nebo nějak jinak. Prostě už mně pomáhali k té metě, k tomu uzdravení. Přijímala jsem to s povděkem. Ono taky člověku nic jiného nezbyde, než tu pomoc přijmout, protože byly opravdu takové situace, kdy jsem si sama pomoci nemohla. Snažila jsem se hodně věci zvládnout sama, a kolikrát jsem se i překonávala a pak mi vyčítali, že dělám věci, který dělat nemám. Moc dobře jsem věděla, že se nesmím přepínat, že to nesmím namáhat a když, tak jsem si jim o tu pomoc řekla.“

- **Došlo ke změnám v rodinných či přátelských vztazích?**

„Všechny nás to víc zcelilo a utužilo. Jak rodinu, tak přátele. Aspoň teda z mého pohledu.“

- **Co pro Tebe bylo obtěžující ze strany druhých v oblasti nemoci?**

„To jsou ty sousedi, kteří na tebe koukají a litují tě a pak si o tobě povídají. Ale to už jsem říkala.“

- **Změnily se Tvoje životní postoje a hodnoty?**

„Změnily. Určitě, když jsem rekapitulovala ten svůj život, který, než se mi to stalo, byl vlastně dost ve velkém stresu v práci, otěhotněla jsem. I to byly ty myšlenky, které mě napadly, když mně to řekli. Taky jsem jako přemýšlela, kdy se mi to vlastně mohlo stát, zrovna mně. Ty stresy v té práci a i spousta lidí mi potvrdilo, že to mohlo z toho vzniknout, protože to tak většinou je a pak se to projevilo po tom kojení. Prostě fakt člověk rekapituluje a přemýšlí. Tak jsem si prostě přehodnotila ten život. Když jsem měla jít na mateřskou, tak jsem si tenkrát nedokázala představit, že budu tři roky doma, protože mě práce naplňovala a i hodně jsem se jí věnovala. Ty hodnoty se prostě všechny najednou změnily, na prvním místě je pro mě ta rodina a ta práce je až potom. Najednou tu nemoc jsem brala jako normální nemoc, z hlavy jsem vytěsnila tu rakovinu. No a taky to, že jsem byla pořád vysmátá, protože prostě pozitivní přístup je jeden z léků, to mi řekl i doktor, ať se na to dívám jinak, jako na nějakou hru s cílem vyhrát. Udělat si mety s horizontem. A když už jsem to zvládla a bylo to pořád lepší, tak jsem se fakt k tomu tak postavila a mně bylo taky líp. Dřív byla ta náplň, taková ta materiální, člověk chce mít dům, auto, dobrou práci a žene se za těma věcmi a spousta

dalších věcí mu uniká. I takové ty citové, v té rodině. Protože jsem byla na té mateřské, že jsem furt doma, manžel je v práci mezi lidma. Pak jsem si tak říkala, že mě tam snad někdo nahoře potrestal, že jsem měla takový myšlenky. Začala jsem si vážit víc té rodiny, těch přátel a lidí, co jsou kolem mě. Tohle je tou prioritou číslo jedna a to honění se za penězi a majetkem, i když to k životu potřebuješ, ale i tak to šlo prostě do pozadí. Prostě každá taková chvíle, když jsem viděla malýho, jak se naučil jezdit na kole, tak mě to skoro rozbrečelo, takovej cíťa jsem nebyvala, ale prostě jsem šťastná. Když mně řekli, že jsem nemocná, tak jsem měla strach, že ho neuvidím ani jít do té první třídy a nebudu s ním moc dělat spoustu věcí. A teď, když ty běžné věci po té nemoci prožívám, tak jsem šťastná, že to můžu vidět, můžu to zažít a to je to nejdůležitější teďka.“

- **Jak se změnil Tvůj pohled na svět?**

„Asi se na něj teď dívám s větší respekt a pokorou. A na sebe se dívám jako na hrdinu, protože jsem to dokázala zvládnout. Chci hlavně být zdravá, vychovat dobře malýho, to je asi to nejdůležitější. A jako motivace, to byl ten malý, jo hlavně ten, ten mě potřeboval nejvíc. A jinak jsme chtěli druhé dítě, ale teď nevím, jako šlo by to, ale já už se bojím.“

- **Motivovala Tě nemoc ke změně životního stylu a jak?**

„Určitě. Dřív jsem se prevencí nezabývala, ale je to potřeba. Od doktora jsem dostala nějaká doporučení, ale hlavně jsem se zajímala o potraviny. Když jsem měla to chemo, tak jsem ani některé věci jíst nemohla, bylo mně zle, už jen když jsem se na ně podívala. Z jídelníčku jsem hodně zredukovala uzeniny, tak max. kvalitní šunku, ale jednou za čas si dám i ten uherák. Maso hlavně libové a v menším množství. Jinak hodně zeleniny a vlákniny. Stravování jsem změnila pro nás pro všechny. Pomalu se vracím ke sportu, jezdím na kole, plavu, chodíme do přírody. Snažím se všechno si víc užít a prožít. I když jsou dny, kdy se cítím na provaz nebo naopak.“

- **Co Ti nemoc vzala a co Ti naopak dala?**

„Co mi vzala, asi hlavně čas. A dala mně to, že jsem si uvědomila, jak je důležité mít pevné zázemí. Být mám být šťastná, že mám tak skvělé lidi okolo sebe.“

- **Jaký dopad nemoci jsi pocíťoval/a ohledně finanční situace?**

„Taky mě to ovlivnilo, protože dojíždění do Brna, když jsem byla na mateřské, nebylo jednoduché, na baráku hypotéka, takže jsme docela byli odkázaní na rodiče. Ti nám

pomáhali. Nikdo jsme s tím nepočítali, že něco takového by se mohlo stát, bylo to prostě náročné, a kdyby nebylo rodiny, tak jsme to asi nezvládli.“

- **Jak bys reagoval/a, kdyby Ti někdo řekl, že onkologickou nemocí trpíš?**

„V každém případě bych se ho snažila povzbudit, protože už jsem si tím prošla, tak vím prostě, že ta medicína je dneska na takové úrovni, než to bývalo dřív, že ty možnosti tam dneska jsou, aby dokázali člověku pomoci. Hlavně se to nesmí zjistit moc pozdě. Určitě by člověk měl víc dbát na tu prevenci, protože když to slyším, že kolik to má lidí, tak je to hrozný. Já si teda nedovedu ani představit, kdyby malej jednou třeba tímto onemocněl. Kdyby se to stalo někomu z rodiny, tak bych mu určitě strašně ráda pomáhala tak jak pomáhali mně. Motivovala bych ho k pozitivnímu myšlení a povzbuzování, že se z toho dostane a bude to dobré. Pěstovala bych v něm důvěru, že jsou lidi, kteří mu opravdu pomůžou, že jsou tady lidi, kteří jsou tady pro něho, když je bude potřebovat. Z mojí zkušenosti můžu říct, že to je hodně pro toho nemocného, když to ví, že na to není sám. Je mě jasný, že já jsem třeba měla to štěstí, že to bylo jenom prso, protože to šlo uřezat. Horší asi je, když má někdo vnitřní orgán, tak to je asi takové těžší. Ale pro mě to bylo, že mi řekli, no tak my vám to vezmeme a pak už budete jakoby zdravá. Proběhnete tu léčbu a tak. Pak je asi ta lidská víra větší. Nikdy bych to nikomu nepřála, ani tomu největšímu nepříteli ne. A kdyby se mně to znova objevilo, tak bych zase bojovala.“

- **Setkal/a jsi se v průběhu svého onemocnění a léčby s pojmem sociální pedagog nebo pomáhající profese? Pokud ano, tak která z forem poradenské činnosti jím poskytována by byla pro Tebe přínosná?**

„No a kdo to je? V té nemocnici někdo? No jako ten výraz jsem slyšela, ale kdo to je a co dělá, to fakt nevím. Spíš si nejsem jistá, tak asi bych jeho službu nevyužila.“

PŘÍLOHA P II: Ukázka otevřeného kódování

Ukázka kódů ke kategorii – Razítko „Diagnóza“

Změna života, vliv na dosavadní život, rakovina, onkologická nemoc, co bude a co mě čeká, omezení mít dítě, nejistota délky života, operace, změna vzhledu, ztráta prsou, ztráta vlasů, finanční náklady, zátěž a stres pro pacienta, zátěž a stres pro celou rodinu, plastická operace, léčba v jiném městě, Brno, Jihlava, komunikace s lékařem, poskytování informací o stavu a vývoji nemoci, rozdílný přístup a kvalita léčby, nejistota o průběhu nemoci, nejistota v následcích léčby, nejistota, co bude následovat dál, hledání příčiny vzniku nemoci, kdo je viníkem nebo původcem nemoci, zloba, proč zrovna já, omezení, pokles fyzické síly, psychické zhroucení, smutek, vyhledávání informací, hledání odborníků, vyhledávání způsobů léčby, ozařování, dlouhodobá léčba, vlastní iniciativa, nedostatek informací o nemoci, nutnost dojíždění za léčbou, více operací, internet, individuální volba, kde hledat informace, příznaky chemoterapie, příznaky radioterapie, doporučení lékařů, změna životosprávy, nevolnost, možnost návratu nemoci, změna vztahu k sobě, nejistota a obava z návratu nemoci, strach o život, strach o děti, nemoc spojovaná se smrtí, pooperační komplikace, dlouhá doba léčby, zhoršený psychický stav, strach plánovat, profesionální léčba, profesionální poskytování informací, omezení fyzické zátěže, nevolnost, výkyvy psychických stavů, pobyt v nemocnici, šok, lítost, omezení vykonávat zaměstnání, možnost výběru lékaře, dlouhodobý zákaz aktivit, finanční náklady a další.

Ukázka kódů ke kategorii - Život naruby

Změna životních plánů, ovlivnění života, omezení mít děti, omezení být s blízkými, omezení být s rodinou, přebírání odpovědnosti rodinou, přebírání odpovědnosti v péči o děti, přebírání odpovědnosti za chod domácnosti, nejistota života, zvýšená opora přátel, zvýšení počtu návštěv, změna pracovní činnosti, finanční opora, pomoc partnera, pomoc rodiny, pomoc blízkých, strach vidět jizvy po operaci, strach vidět své znetvořené tělo, změna hodnot, rodina na prvním místě, přizpůsobení rodiny potřebám ženy, nevolnost, změna fyzického vzhledu, změna psychického stavu, psychické vypětí celé rodiny, prožívání zátěžové situace, zvládání zátěžové situace, závislost na pomoci ostatních, ztráta nezávislosti, změna přístupu partnera, změny v chování a myšlení, příznaky po operaci, stravování, změna jídelníčku, odpočinek, změna pohledu na život, vnímání nemoci, změna emocí, větší zaměření na rodinu, změna v intimním životě, omezení ve sportovních aktivitách a další.

Ukázka kódů ke kategorii - Ochranná náruč

Nutnost péče o děti, pomoc partnera, pomoc rodiny, pomoc přátel, potřeba pomoci, umět si pomoc říct, povídat si s přáteli, povídat si s rodinou, zesílení lásky partnera, pobyt u rodičů, pomoc při chodu domácnosti, zhroucení, fyzická slabost, fyzická opora, nevolnost, padání vlasů, změna vzhledu, omezení hybnosti, zklidnění díky komunikaci, obavy, příznaky po léčbě, pozitivní vliv opory na psychiku, potěšení, pocit potěšení, pohlazení, bolesti, nemít čas přemýšlet nad nemocí, pooperační problémy, pocit samoty, cítit se jako žena, nemyslet na nemoc, potřeba projevování citů, potřeba optimismu, vážit si víc věcí, vážit si víc partnera, motivace, soukromý boj s nemocí, potřeba povzbuzení, potřeba zabránit sebelítosti, eliminování strachů, zlepšení vztahů, potřeba fyzického kontaktu, finanční pomoc, potřeba možnosti podělit se o své starosti, nemít strach říci si o pomoc, umět si o pomoc říct, potřeba ve sdílení nemoci a další.

Ukázka kódů ke kategorii – Sociální vztahy

Rodina, přátelé, rodina na nejvyšším stupni, morální podpora, psychická podpora, větší semknutí s přáteli, úleva, zapojená celá rodina, slovní podpora, pocit, že nejsem nemocná, přijímání psychické a fyzické pomoci, zintenzivnění vztahů s rodinou, zintenzivnění vztahu s přáteli, schopnost komunikovat, nechat druhé se postarat, projevování potřeb a další.

Ukázka kódů ke kategorii – Varovná stopka

Nedostatek empatie, netaktní sdělování informací, komunikační bariéra, vyprávění nevhodných příběhů, nedostatek ohleduplnosti, nechtěná podpora, přemrštěná míra pomoci, hrubost v komunikaci, projevování lítosti, absence otázek na pomoc, mylné informace, negativismus, bagatelizování, nadměrné připomínání nemoci, mít strach z komunikace, mít strach zeptat se na přístup, pesimistický přístup, nadměrná zvědavost, velmi striktní přístup sdělování informací lékařem, mít strach zeptat se na zdravotní stav, falešný přístup, nedostatek empatie, nechtěné povzbuzování, nadměrná starostlivost a další.

Ukázka kódů ke kategorii – Současný stav

Přínos nemoci, změna životního postoje, malichernost a podstata věcí, pomíjivost života, víra, víra v druhé, víra ve stálost stávajícího stavu, věřím tobě, obohacený život, vděčnost za hezké chvílky, návrat k intimnímu životu, pozitivní přístup, pozitivní myšlení, osobní víra, vděčnost za nemoc, zintenzivnění citů, rekapitulace, přehodnocení, pomíjivost, rodinná spokojenost, štěstí, dárek, nadhled, úsměv a další.

Ukázka kódů ke kategorii – Pomáhající profese

Sociální pedagog, sociální pracovník, pomáhající profese, neznámá oblast, neznalost pojmu, nejistota existence profese, nejistota ve využití služby, studium oboru, informovanost a další.