

Sociální aspekty dlouhodobé nemoci

Bc. Irena Hambálková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Institut mezioborových studií Brno

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Irena HAMBÁLKOVÁ**
Osobní číslo: **H128116**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální aspekty dlouhodobé nemoci**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

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

- na sociální a psychologické aspekty ovlivňující člověka při dlouhodobé nemoci,
- na hledání odpovědi na otázku, jak může sociální prostředí ovlivnit kvalitu života jedince při dlouhodobé nemoci,
- na možnosti sociální pedagogiky jak zmírnit dopady těchto skutečností.

Součástí práce budou případové studie, kde bude kvalitativní metodou zjišťováno, jaká sociální hlediska ovlivňují kvalitu života při dlouhodobé nemoci.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2002.

Payne, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.

Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: C.H.Beck, 2002.

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

Vedoucí diplomové práce:

doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2014

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

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 prezenčnímu 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.

IRENA HAMBALKOVA
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 14. 12. 2012

Kamba
.....
Podpis

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 nahlížení 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 výsledek 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 vzdělávacího 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 výdělků 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 okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Svou diplomovou práci jsem psala na téma „Sociální aspekty dlouhodobé nemoci“. Mým cílem bylo popsat, jak lidé prožívají jednu ze svých neočekávaných sociálních událostí, kterou je nemoc. Jak tato situace zasáhla do jejich života, a do jaké míry to ovlivnilo jejich další život. Hledám odpovědi na to, zda tito lidé mají dostatek fyzických a psychických sil na zvládnutí nemoci, jakou podporu očekávají od státu a od svých nejbližších.

Ke splnění stanoveného cíle jsem využila teoretické poznatky z odborné literatury a zkušenosti získané z vlastní praxe. V praktické části diplomové práce jsem zvolila metodu rozhovoru, kde v jednotlivých případech charakterizuji danou životní situaci.

Klíčová slova:

Sociální událost, nemoc, zdraví, lékařská posudková služba, sociokulturní prostředí, osobnost člověka, kvalita života, stres, postoje, duševní zdraví, životní styl.

ABSTRACT

My thesis was written on the topic "Social aspects of long-term illness". My goal is to describe how people experience one of the unexpected contingencies such as a disease. I further analyze how this situation affects their lives during the disease, and whether and to what extent it affects their lives after the disease. I am looking for answers, whether or not these people have enough physical and mental strength to overcome illness and how much support they expect from the state and from their relatives.

To fulfil my objective, I have used theoretical knowledge from literature and my personal experience. In the practical part of my thesis I have chosen interview as my research method, in all the individual cases I am trying to characterize the particular life situation.

Keywords:

Social event, disease, health, medical assessment service, socio-cultural environment, personality, quality of life, stress, attitudes, mental health, lifestyle.

Poděkování

Děkuji panu doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za užitečnou metodickou pomoc a odborné vedení při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat svému příteli za morální podporu, kterou mi při zpracování diplomové práce poskytl.

Bc. Irena Hambálková

Motto:

„Pokud žiješ v souladu s přírodou, nikdy nebudeš chudý. Pokud žiješ podle mínění lidí, nikdy nebudeš bohatý.“

Lucius Annaeus Seneca

Čestné prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ROLE STÁTU PŘI ZABEZPEČENÍ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH	11
1.1 VÝZNAM SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	11
1.2 SOCIÁLNÍ POLITIKA STÁTU	14
1.3 ČINNOST LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY	18
1.4 ZAJIŠTĚNÍ JEDINCE PŘI PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	22
2 SOCIÁLNÍ DOPADY NEMOCI	27
2.1 SOCIOKULTURNÍ PROSTŘEDÍ.....	27
2.2 OSOBNOST ČLOVĚKA V OBTÍŽNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍCH	30
2.3 SOCIÁLNÍ OPORA	34
2.4 KVALITA ŽIVOTA, DEFINICE, VYMEZENÍ, POJETÍ	38
3 PSYCHICKÉ DOPADY NEMOCI	42
3.1 STRES, DEFINICE, COPINGOVÉ STRATEGIE	42
3.2 POSTOJE, FUNKCE, ZMĚNA	46
3.3 PREVENCE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	49
PRAKTICKÁ ČÁST	53
4 ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ POJIŠTĚNCŮ	54
4.1 METODIKA PRAKTICKE ČÁSTI.....	54
4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	61
4.3 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH ROZHOVORŮ	62
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMNEHO ŠETŘENÍ	82
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK	95
SEZNAM PŘÍLOH	96

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Sociální aspekty dlouhodobé nemoci“ má bezprostřední vztah k mému zaměstnání. Pracuji na Okresní správě sociálního zabezpečení v Třebíči a mou pracovní náplní je kontrola zaměstnavatelů a plnění povinností, týkající se oblasti nemocenského a důchodového pojištění. Pro zpracování diplomové práce mi zcela jistě pomohly dlouhodobá praxe a vědomosti, získané studiem sociální pedagogiky.

Příznivé sociální podmínky, které umožňují člověku uspokojovat, podporovat a rozvíjet potřebu aktivního kontaktu s okolním světem, jsou nutností pro zachování jeho duševního zdraví. Ve svém životě však člověk zdolává překážky různého typu, každodenně řeší problémy rozličného druhu a povahy. Některá rozhodnutí vyžadují rychlé, efektivní rozhodování a volbu vhodných strategií pro dosažení zvoleného cíle. K životu patří nejen radostné události, ale také neočekávané sociální události, například v podobě nemoci, které mohou jedince nepříjemně překvapit a ovlivnit jeho další život. To, co prožívá, se netýká pouze fyzického zdraví, ale současně narušuje psychickou stránku jedince a do jisté míry ovlivňuje chování a přístup jeho nejbližších.

Ve své práci se zabývám problematikou, která je mi svým obsahem blízká, souvisí s mou profesí. Zaměřuji se na situaci, kdy je jedinec v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti vytržen z pracovního procesu a musí na ni nějakým způsobem reagovat. Budu hledat odpověď na otázku, zda mohl jedinec tuto událost předvídat, připravit se na ni či učinit kroky, které by vedly k odstranění její příčiny.

V diplomové práci uvádím konkrétní sociální události, ve kterých se ocitli vybraní respondenti. *Cílem diplomové práce je v rovině teoretické i praktické charakterizovat a popsat danou sociální událost (nemoc), která souvisí s nemocí. Zamýšlím se nad sociálními aspekty, které jsou z pozice jedince vnímány negativně. Pokusím se analyzovat dopady, které s sebou přináší nemoc a do jaké míry ovlivní kvalitu života člověka. Poukážu také na psychické aspekty, které souvisí se změnou sociálního statusu. Zamyslím se nad rolí státu a možnostmi socioekonomického zajištění osob vyřazených z pracovního procesu. Charakterizuji změny v chování těchto osob, postojů a hodnot při subjektivním vnímání životní reality. Budu se zamýšlet a hledat odpověď na otázku důležitosti sociální opory, sociálního prostředí při překonání obtíží spojené s onemocněním a možnostmi prevence duševního zdraví, případnou změnou životního stylu.*

Práci jsem rozdělila na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část má tři kapitoly. V první kapitole vymezuji úlohu státu při zajištění osob, které se ocitli v důsledku nemoci v tíživé sociální události, v podobě sociálního zabezpečení. Zdůrazňuji principy sociální politiky a klasifikuji nástroje, které pro svou realizaci využívá. Popisuji základní druhy zdravotní péče, jejíž garance je podpořena příslušnými právními normami. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti má pojištěnec nárok na nemocenské. Pokud jeho zdravotní stav nadále nedovoluje vykonávat pracovní činnost, posuzuje lékař posudkové služby stupeň invalidity, případně vydává posudky o zdravotním stavu klientů, kteří si žádají o přiznání dávek na kompetentních orgánech. V druhé kapitole se zaměřuji na sociální dopady nemoci, zdůrazňuji roli sociálního prostředí, které obklopuje nemocného. Osobnost člověka v kombinaci s prostředím a genetickou výbavou jedince předurčuje chování ve vypjatých situacích. Jednou z možností využití pomoci a podpory k obnovení zdraví je využití sociální opory. Teoretickou část uzavírá třetí kapitola, ve které se zaměřuji na psychiku jedince při zvládání nemoci. Nemocný je často vystaven stresu. Při emocionálním vypětí, může dojít ke změně ustálených postojů a hodnot. Podle odborníků existují různé metody pro zvládání životních těžkostí, jednou z nich je i poskytování sociální opory. Na část teoretickou navazuje výzkumná část práce, kde jsou uvedeny konkrétní případy.

V praktické části diplomové práce jsem použila jednu z metod kvalitativního výzkumu – rozhovor. Za účelem maximálního vhledu do dané problematiky jsem použila metodu analytického závorkování. Formou polostrukturovaného rozhovoru jsem u vybraného vzorku respondentů sledovala změny, ke kterým dochází v souvislosti s dlouhodobou nemocí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ROLE STÁTU PŘI ZABEZPEČENÍ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

S vývojem lidské společnosti se podstatně mění životní podmínky každého člověka, mění se způsob a charakter pracovních podmínek, životní styl a tempo. Jedinec se dostává do stále nových rizikových situací, je stále obtížnější, aby nesl sám následky sociálních rizik. Každá vyspělá společnost se těmto otázkám věnuje a hledá možnosti, jak takovým situacím předcházet, zmírňovat je i odstraňovat. Rozlišujeme sociální události přirozené, které jsou chápány jako vyústění běhu času, a události nahodilé, kterým není možno zcela zabránit.

1.1 Význam sociálního zabezpečení

Krebs vnímá sociální zabezpečení jako soubor opatření formujících solidaritu s lidmi, kteří čelí hrozbě nedostatku příjmů nebo se nacházejí v situaci, jež vyžaduje mimořádné výdaje. Hlavními sociálními událostmi jsou zejména: stáří, invalidita, smrt rodinného příslušníka, narození dítěte, těhotenství, nemoc, úraz aj. způsobující tíživou situaci. Nejrozšířenějším pojetím v současné době je sociální zabezpečení ve smyslu souhrnného označení pro všechny sociální instituce, poskytující občanům radu, ochranu, materiální a peněžní plnění (dávky), služby a azyl k uspokojení jejich sociálních (společností uznaných) potřeb.¹

Kořeny pomoci státu, kterou zajišťuje pro své občany v tíživé životní situaci, sahají až do středověku. Zpočátku šlo o církevní charitu, vycházející z hodnot křesťanského milosrdenství. Církev zřizovala špitály, útulky, pečovala o chudé. Od 16. do 19. století byla chudinská podpora v rámci Rakousko-Uherska svěřena obcím a regulována ustanoveními říšského policejního řádu. Sociální zabezpečení se rozvíjelo postupně od poskytování doživotních penzí vybraným důstojníkům císařské armády a státním úředníkům zvláštním rozhodnutím císaře až ke stanovení jistých pravidel pro přiznávání penzí státním zaměstnancům. Od té doby počet zákonů, stanovujících podmínky přiznávání penzí a různých dávek, neustále rostl, právě tak jako okruh jejich příjemců: přibývali soudci, učitelé, železničáři, zaměstnanci pošt. Ve druhé polovině 19. století se jim –

¹ Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. 2. vydání. Praha: ASPI Publishing, 2002, s. 143.

kromě starobních důchodů – vyplácely už i dávky v nemoci a v invaliditě. V případě úmrtí měli příbuzní, závislí na jejich výdělků, nárok na důchod pro pozůstalé.²

Současné evropské sociální systémy se vytvářely v průběhu desetiletí a jdou ruku v ruce s vývojem politických a ekonomických změn. Stát je povinen realizovat právo na sociální zabezpečení tak, aby naplnil ekonomické, sociální a kulturní práva a důstojný a svobodný rozvoj člověka. Tato garance je zajištěna v Listině základních práv a svobod, v které se mimo jiné uvádí: *“Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.”*³

Mezi hlavní principy soustav sociálního pojištění, uplatňované ve větší či menší míře, jsou – univerzalita, uniformita, komplexnost, adekvátnost, garance a participace. Uplatněním zásady univerzality nebrání prohloubení odpovědnosti občanů za vlastní budoucnost ani uplatnění zásady zásluhovosti. Požaduje univerzální právo občanů na státem garantované základní nároky. Vymezuje prostor pro řešení plynulých přechodů z jednoho občanského statusu do druhého, z jednoho druhu ekonomické aktivity do druhé, což zejména vyhovuje představám ekonomické reformy v ČR.⁴

Vstupem ČR do Evropské unie jsme se zapojili do hledání optimální, sociálně vyvážené, ekonomicky udržitelné ochrany občanů, odpovídající evropským standardům a tradicím. Postupně bude docházet ke koordinaci systému sociálního zabezpečení, volného pohybu pracovních sil, sociálnímu dialogu, ochraně zdraví. Některé systémové změny již proběhly, jiné budou postupně reagovat na náš vstup a bude pro ně postupně vytvářen legislativní, institucionální a finanční rámec.⁵

Právo sociálního zabezpečení vyplývá i z Evropské Sociální Charty a smluvní strany se zavazují:

- vytvořit nebo udržovat systém sociálního zabezpečení,
- udržovat systém sociálního zabezpečení na dostatečné úrovni, přinejmenším na úrovni stejné, jaká se vyžaduje pro ratifikaci úmluvy Mezinárodní organizace práce (č. 102) o minimálních standardech sociálního zabezpečení,

² Tomeš, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 32.

³ Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, čl. 31.

⁴ Hambálková, I. *Nemocenské pojištění jako prvek společenské transformace*, Bakalářská práce, Brno: IMS, 2012, s. 34.

⁵ Muselíková, M., Vaňková, Z., Vodičková, M. *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2012, s. 40.

- usilovat o postupné zvýšení systému sociálního zabezpečení na vyšší úroveň.⁶

Koncepce sociálního zabezpečení v třetím tisíciletí vychází ze zcela nových priorit, na kterých je nutné, aby se dohodli politikové bez ohledu na politické přesvědčení. Současné teorie klasifikují východiska a akcentují následující kritéria:

- a) zásluhovost – poskytování dávek je vázáno na splnění určitých podmínek, např. placení pojistného,
- b) potřebnost – situace nastala nezávisle na vůli občanů, např. nemoc, vznikla by hmotná nouze,
- c) rovnost navzájem – některé dávky jsou poskytovány všem bez ohledu na to, kolik do systému přispěli, např. pobyt v nemocnici, poskytování léků apod.,
- d) rovnost příležitostí – každý občan má možnost si o dávky požádat a za určité situace vstoupit do dalších, např. dobrovolných pojišťovacích systémů,
- e) výkonnost – musí být výkonný, má velké následky pro ekonomiku každého státu.⁷

Mezi společnostmi a jejich jednotlivými členy existuje úzká a pro všechny strany velmi prospěšná vazba. Stav společnosti je v každém okamžiku výsledkem vědomých úmyslů jejích členů anebo alespoň části z nich. Společnost je taková, jakou ji chtějí mít ti, kdo v ní žijí. Nedemokratická společnost je taková, jakou ji chtějí mít ti, kdo se zmocnili vlády, demokratická společnost je taková, jakou ji chce mít většina lidu. Na druhé straně platí, že jednání jednotlivců je usměrňováno tlaky a potřebami společnosti. Lidé jsou takoví, jakými je dokáže učinit společnost. Obě strany na této vzájemné závislosti vydělávají. Je v zájmu lidí, aby jejich společnost byla co nejdokonalejší, a je v zájmu společnosti, aby její členové byli co nejkvalitnější.⁸

⁶ Evropská Sociální Charta (Turín, 18. října 1961), čl. 12.

⁷ Muselíková, M., Vaňková Z., Vodičková, M. *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2012, s. 40-41.

⁸ Tamtéž, s. 116-117.

1.2 Sociální politika státu

Od nepaměti je známá snaha člověka porozumět svému okolí, kontaktovat ho a pochopit. Od prvních krůčků civilizace se projevovalo úsilí o pochopení „společenské problematiky“, ať už chápané v té nejjednodušší podobě nebo v nejširším rozměru společenských vazeb a pohybů. Uvědomění si celé škály společenských problémů, diskuse o takových otázkách jako problém moci, sociální rovnosti a nerovnost, spravedlnost, odpovědnost za vlastní činy, svoboda lidského jednání, determinovanost člověka, představuje vývojové období, které nazýváme *protosociologie* (tj. období předcházející vzniku sociologie).⁹

Krebs podotýká, že na společnost je nutno nahlížet jako na určitý systém, uspořádaný na základě více prvků. Mezi nimi významné a nezastupitelné místo patří sociální sféře a odvozeně i sociální politice, která tuto sféru ovlivňuje. Sociální politika hledá odpovědi na zcela specifické otázky, na něž nereagují a neodpovídají ostatní sféry života společnosti, resp. politiky, které je usměrňují. Takto sociální politika vstupuje do života společnosti, je její integrální součástí, rozvíjí se jejím prostřednictvím a je současně významným faktorem spoluutvářejícím její dynamiku a charakter.¹⁰

Podle Fromma je každá společnost strukturována určitým způsobem a také tak funguje podle počtu objektivně daných podmínek. Mezi tyto podmínky patří metody výroby a rozdělování, také závisí na surovinách, průmyslových technologiích, klimatu, počtu obyvatelstva, politických a zeměpisných podmínkách, stejně jako na kulturních tradicích, které mají dopad na společnost. Přestože se tyto společenské struktury v průběhu historického vývoje mění, jsou v rámci určité dějinné epochy poměrně stabilní.¹¹

Nefunkční aspekty moderní společnosti kritizuje sociolog Keller cit.,...*každou společnost lze definovat podle způsobu, jakým se v ní rozhoduje o záležitostech jejích členů. I když to zní nepopulárně, přehnané optimisty je nutno ujistit, že nikdy neexistovala a ani dnes nikde neexistuje společnost, v níž by se každý těšil stejným právům rozhodovat o záležitostech, které se ho mohou i velmi výrazným způsobem dotýkat.*¹²

⁹ Jilčík, T., Zapletal, L. *Sociologie*. Brno: IMS, 2008, s. 14.

¹⁰ Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. 2. vyd. Praha: ASPI Publishing, 2002, s. 34.

¹¹ Fromm, E. *Cesty z nemocné společnosti*. 1. vydání. Praha: EarthSave CZ s.r.o., 2009, s. 74-75.

¹² Keller, J. *Nedomyšlená společnost*. 4. vyd. Brno: DOPLNĚK, 2003, s. 15.

Gregorová uvádí čtyři nejzákladnějších principy sociální politiky:

- *sociální spravedlnost* – jde o klíčový princip, jedná se o spravedlnost vyplývající z právních norem a zásad, podle kterých jsou ve společnosti rozdělovány prostředky mezi jednotlivé subjekty,
- *sociální solidarita* – rovněž jde o stěžejní princip, jehož podstatou je, že člověk je společenská bytost, a proto je svou existencí odkázán do jisté míry i na druhé,
- *subsidiarita* – dle tohoto principu je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí mu pomoci rodina, na posledním místě je k pomoci vyzýván stát,
- *participace* – osoba, která přijímá určitou pomoc nebo je ovlivněna určitým opatřením, měla by mít možnost účastnit se procesu, který vede k tvorbě a přijímání takovýchto opatření.¹³

Sociální politika podle Mühlpachra má specifický význam v politické a ekonomické transformaci postkomunistických zemích – působí jako nárazník tlumící sociální dopady ekonomické reformy.

Za jádro sociální politiky považuje tyto složky:

- práce a zaměstnanost,
- sociální dávky,
- sociální péče – podpora – pomoc.

Toto jádro lze doplnit o následující složky:

- rodinná politika,
- svépomocná a zájmová sdružení a organizace,
- obce a regiony jakožto subjekty sociální politiky,
- distribuce placené a neplacené práce.¹⁴

Jak uvádí Muselíková, Vaňková a Vodičková, sociální politika se prosazuje a realizuje pomocí různých druhů nástrojů. Jejich systém se vyvíjí a mění v souvislosti se změnami ekonomiky, se změnou směrů a priorit.

¹³ Gregorová, Z. *Důchodové systémy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998, s. 40 – 42.

¹⁴ Mühlpachr, P. a kol. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 102.

Klasifikace nástrojů sociální politiky:

1. *Základním nástrojem*

je právní řád, z něho zejména pak sociálněprávní legislativa, která představuje východisko a základ všech sociálních opatření.

2. *Ekonomické nástroje*

- a) fiskální nástroje ve formě plateb daní na straně jedné a daňových a jiných úlev na straně druhé,
- b) úvěrové nástroje – např. poskytování zvýhodněných půjček,
- c) cenová politika ve formě regulace cen vybraných produktů a služeb.

3. *Sociální dokumenty*

to znamená koncepce, plány, programy a projekty stanovující cíle sociální politiky a cesty k jejich dosažení. Mezi těmito dokumenty rozeznáváme:

- a) sociální doktrínu (tj. vizi, dlouhodobou představu o záměrech a cílech v horizontu zhruba 15 let),
- b) sociální program (vychází ze sociální doktríny, je krátkodobý a konkrétnější, slouží k jejímu naplňování).

4. *Kolektivní vyjednávání*

jsou založena na dosahování konsensu mezi odborovými svazy, zaměstnavatelskými svazy a vládou. Zabývá se převážně otázkami výše mezd a nezasahuje do dalších oborů sociální politiky.

5. *Organizační struktury*

jedná se o organizace a instituce realizující sociální politiku. Vedle státu jsou to nadace, charitativní a dobročinné organizace, církevní spolky a jiné aktivity.

6. *Nátlakové akce*

nejrůznějšího charakteru sloužící k prosazování zájmů sociálních skupin – např. stávky, petiční akce aj.

7. *Konkrétní aplikační nástroje*

- a) sociální příjmy - dávky důchodového a nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory v nezaměstnanosti,
- b) sociální služby - péče o staré, nemocné či sociálně nepřizpůsobivé občany, ale i služby ve sféře vzdělávání, bydlení, poradenské služby, kurativní apod.,

- c) účelové půjčky - jedná se o různé zvýhodněné půjčky za účelem řešení tíživých sociálních situací,
- d) úlevy a výhody - poskytované různým skupinám obyvatelstva (studujícím, důchodcům, vojákům apod.),
- e) státní regulace cen zboží – je nástrojem sociální politiky v současné době jen velmi omezeně, ustupuje se od této formy (např. regulované ceny léků).¹⁵

Krebs vnímá potřebu vytvoření lidsky důstojných podmínek života a zajištění rovných příležitostí všem. Zajistit rovný přístup ke vzdělání a zdravotní péči, a to na dostatečně kvalitní úrovni, a zajistit rovný přístup k pracovním příležitostem. Protože sociální politika je celou svoji podstatou zaměřována ve prospěch a k užitku lidí, je velice významné, jaké názory mají občané na sociální politiku státu – je proto důležité nejen teoretické poznání, ale i konkrétní postoje a chování obyvatelstva. Diferencované postavení lidí ve společnosti v zásadě vylučuje jednotu názorů a chování ve vztahu k sociální politice vůbec a k sociální politice státu obzvláště. Nejednotnost a proměnlivost názorů a postojů lidí se největší měrou týká sociální politiky státu. Ta vyplývá ze skutečnosti, že sociální politika je v podstatě kombinace výdajů, kterým se lidé snaží vyhnout, podpor, kterými se lidé snaží zajistit co nejvíce pro sebe. Z toho vyplývá, že ji mohou považovat za dobrou a podporovat ji, nebo se s ní neztotožňují a volí různé formy nesouhlasu a protestu.¹⁶

¹⁵ Muselíková, M., Vaňková, Z., Vodičková, M. *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2012, s. 15-16.

¹⁶ Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. 2. vyd. Praha: ASPI Publishing, 2002, s. 27-30.

1.3 Činnost lékařské posudkové služby

Lékařská posudková služba působí v každé zemi s rozvinutými sociálními systémy, ale neexistuje její jednotný model, a to ani v rámci zemí EU. Posuzování zdravotního stavu provádějí lékaři: důvěrní, revizní, lékaři pokladen, úřední nebo posudkoví, kteří pracují převážně ve strukturách nemocenských, úrazových, důchodových či sociálních pojišťoven. Posudková činnost v ČR je zčásti úkolem ošetřujících lékařů (zejména při posuzování dočasné pracovní neschopnosti v rámci nemocenského pojištění), jinak je úkolem lékařů České správy sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ), tedy nikoliv rezortu zdravotnictví, ale rezortu práce a sociálních věcí. Význam funkce posudkových lékařů spočívá v tom, že vždy posuzují zdravotní stav a důsledky z něj vyplývající, ale nikdy nerozhodují o nároku na dávky či služby podmíněné zdravotním stavem.¹⁷

Organizační struktura ČSSZ je uvedena v příloze I.

Organizační schéma lékařské posudkové služby ČSSZ je uvedeno v příloze II.

Posuzování pro účely nemocenského pojištění:

- § 66 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění:

lékař orgánu nemocenského pojištění posuzuje na základě žádosti dočasně práce neschopného pojištěnce podané orgánu nemocenského pojištění, zda lze očekávat, že tento pojištěnec, po uplynutí podpůrní doby, nabude v krátké době pracovní schopnost,¹⁸

- § 74 odst. 1-6 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění:

orgán nemocenského pojištění provádí svým lékařem kontrolu správnosti posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování, správnosti vedení a úplnosti zdravotnické dokumentace, při tomto posuzování je ošetřující lékař je povinen poskytnout lékařům orgánu nemocenského pojištění potřebnou součinnost při kontrole,

¹⁷ *Národní pojištění 4/2013*. Odborný měsíčník ČSSZ. Praha: Tiskárna MV, 2013, s. 29.

¹⁸ § 66 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

- kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti se provádí na pracovišti ošetřujícího lékaře nebo na jiném místě určeném lékařem orgánu nemocenského pojištění,
- o kontrole vyhotoví orgán nemocenského pojištění zápis, jehož stejnopis předá ošetřujícímu lékaři,
- orgán nemocenského pojištění stanoví harmonogram kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti na pracovišti ošetřujícího lékaře.¹⁹

Ve věcech nemocenského pojištění rozhodují v prvním stupni příslušné okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ). O odvolání proti rozhodnutí rozhoduje příslušné krajské pracoviště ČSSZ, v případě odvolání proti rozhodnutí pražské správy sociálního zabezpečení je kompetentním orgánem ČSSZ – ústředí.

Přehled výdajů na invalidní důchody v letech 2009 – 2012 je uveden v příloze III.

Posuzování pro účely důchodového pojištění

Lékaři OSSZ v souvislosti s řízením o invalidní důchod posuzují invaliditu, resp. změnu stupně invalidity.

- § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění:
pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %,
- § 39 odst. 3 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění:
pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.²⁰

¹⁹ § 74 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

²⁰ § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.

Pokud se při posouzení pracovní schopnosti a jejího poklesu neprokáže, že se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce, posudkový proces končí, přičemž tuto skutečnost musí posudkový lékař OSSZ uvést do posudkového závěru posudku o invaliditě. Proti výsledku posouzení či posudku o invaliditě, který obdrží klient, nelze uplatnit opravný prostředek podle platné legislativy. Posudek o invaliditě nemá povahu „rozhodnutí“, slouží jen jako jeden z podkladů pro rozhodování v důchodové věci. Opravný prostředek může klient uplatnit až po vydání rozhodnutí ČSSZ, a to podle poučení, které je v něm obsaženo.

Posuzování pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Pro účely zákona č. 329/2011 Sb., v platném znění, vydávají lékaři OSSZ posudky o zdravotním stavu klientů, kteří žádají o přiznání příspěvku na mobilitu, příspěvku na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením. OSSZ v těchto řízeních přímo nerozhodují, kompetentními orgány jsou krajské pobočky Úřadu práce ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí jako odvolací orgán.

Podobně je tomu v řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy posudkoví lékaři OSSZ posuzují stupeň závislosti fyzické osoby, a to pro kategorii osob do 18 let věku a osoby starší 18 let. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.²¹

Posudkový lékař musí být schopen posoudit zdravotní stav občana ve všech souvislostech, a to tak, aby nepochybil v medicínské složce, především v diagnostice rozsahu a tíže funkční poruchy. Kvalifikovaný a systematický postup dává posudkovému lékaři spolehlivý podklad pro posouzení aktuální zdravotní situace občana a zajišťuje, aby posudkem nezpůsobil ekonomickou nebo jinou újmu jak posuzovanému, tak plátcí dávky či správnímu orgánu, neboť na podkladě posudku se rozhoduje o poskytování dávek a služeb sociálního zabezpečení.²²

²¹ Lékařská posudková služba. In:[online].[cit.2013-10-13].

Dostupné z: <http://www.cssz.eu/cz/lekarska-posudkova-sluzba/cinnost/>.

²² *Národní pojištění 4/2013*. Odborný měsíčník ČSSZ. Praha: Tiskárna MV, 2013, s. 29.

Dle § 61 písm. h) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, má ošetřující lékař povinnost po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti posoudit, zda je či není zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný. Za stabilizovaný se, podle § 58 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu.²³

Tabulka č. 1 Posudky provedené lékařskou posudkovou službou v roce 2012²⁴

Posudky provedené Lékařskou posudkovou službou podle jejich typu		
<i>Typ posudku</i>	<i>Provedené posudky</i>	<i>Podíl v %</i>
Zjišťovací prohlídky invalidity	51 490	11,88
Kontrolní prohlídky invalidity	99 802	23,03
Změna stupně invalidity	12 606	2,91
Posouzení stupně bezmocnosti	46	0,01
Posouzení dětí pro důchodové pojištění	206	0,05
Prodloužení výplaty dávky nemocenského pojištění	15 023	3,47
Osoba zdravotně znevýhodněná	1 899	0,44
Státní sociální podpora	1 047	0,24
Posudky pro mimořádné výhody	12 472	2,88
Jiné posudky pro sociální péči	1 481	0,34
Příspěvek na mobilitu	37 400	8,63
Příspěvek na zdravotní pomůcku-pohybové postižení	2 011	0,46
Příspěvek na zdravotní pomůcku-zrakové postižení	1 064	0,25
Příspěvek na zdravotní pomůcku-sluchové postižení	429	0,10
Příspěvek na zdravotní pomůcku-zakoupení motorového vozidla	6 521	1,50
Řízení o výpůjčce zdravotní pomůcky	344	0,08
Průkaz OZP	23 917	5,52
Posouzení stupně závislosti	156 170	36,04
Námitkové řízení	9 394	2,17
Celkem	433 322	100,00

²³ Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

²⁴ Statistická ročenka. In:[online]. [cit. 2013-10-01].

Dostupné z:<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>.

1.4 Zajištění jedince při pracovní neschopnosti

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.²⁵

Jak uvádí Vančurová, Klazar, sociální pojištění se v ČR skládá z několika subsystémů:

- veřejné zdravotní pojištění, které slouží ke krytí výdajů spojených s financováním nutné zdravotní péče v rozsahu daném zákonnými pravidly,
- nemocenské pojištění, které má osobám pro nemoc nebo úraz krátkodobě neschopným výdělečné činnosti pomoci nahradit chybějící příjmy,
- důchodové pojištění, které pomáhá zejména v případě dlouhodobé nebo trvalé neschopnosti pracovat (stáří, invalidita). Druhý a třetí subsystém jsou v zákonech dohromady označovány jako *sociální zabezpečení*,
- státní politika zaměstnanosti, ani zdraví jedinci v produktivním věku nejsou někdy schopni zabezpečovat své potřeby. Jedním z významných důvodů tohoto stavu je nezaměstnanost.²⁶

Základní podmínkou nároku na nemocenské je, že vznikne v době, kdy trvá účast na nemocenském pojištění, popř. v ochranné lhůtě. Ochranná lhůta má zajistit, aby lidé nezůstali bez prostředků v době, kdy jedno zaměstnání skončilo a do nového ještě nenastoupili. Ochranná lhůta činí 7 kalendářních dnů od skončení zaměstnání nebo jen tolik dnů, kolik trvalo poslední pojištění.²⁷

Cílem dávek nemocenského pojištění je finančně zabezpečit ekonomicky aktivní občany v okamžiku, kdy kvůli nemoci či mateřství ztratí krátkodobě výdělek. Účast na nemocenském pojištění zaměstnanců vzniká ze zákona a je povinná. Osoby samostatně výdělečně činné si mohou platit nemocenské pojištění dobrovolně. Z hlediska nemocenského pojištění se nerozlišuje, zda je zaměstnanec občanem České republiky nebo jiného státu. Nemocenského pojištění mohou být účastny jen osoby, které pracují v České republice pro zaměstnavatele se sídlem na území České republiky.²⁸

²⁵ Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, č. 31.

²⁶ Vančurová, A., Klazar, S. *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008, s. 20.

²⁷ *Sociální zabezpečení 2011*. 1. vydání. Účelová publikace. Praha: ČSSZ, 2011 s. 3-4.

²⁸ Nemocenské pojištění. In: [online]. [cit. 2013-09-17]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/cz/nemocenske_pojištění/ cit. 17. 9.2013.

Nárok na nemocenské má pojištěnec, který byl uznán dočasně práce neschopným nebo kterému byla nařízena karanténa podle zvláštního právního předpisu, trvá-li dočasná pracovní neschopnost nebo nařízená karanténa v období od 1. ledna 2012 do 31. prosince 2013 déle než 21 kalendářních dní.²⁹

Zaměstnanec má v době pracovní neschopnosti nárok na náhradu mzdy a to po dobu 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti (platí od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2013). Náhrada mzdy nebo platu nepřísluší za první 3 dny, nejvýše však za prvních 24 neodpracovaných hodin z rozvržených směn.³⁰

Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné důvody, uvedené v zákoně, neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost.³¹

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se, pro účely zákona o důchodovém pojištění, považuje takový zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.³²

Při posuzování procentní míry poklesu pracovní schopnosti je nutné určit zdravotní postižení, která jsou příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce, a jejich vliv na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. U zdravotního postižení, u nichž dochází průběžně ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti tak, aby odpovídala průměrnému rozsahu funkčního postižení a tomu odpovídajícímu poklesu pracovní schopnosti.³³

Způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti u invalidity prvního a druhého stupně.

Pojištěnec je invalidní, pokud pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

- a) nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně

²⁹ § 23 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

³⁰ § 192 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění.

³¹ § 55 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

³² § 26 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.

³³ § 2 odst. 1 a 2 vyhlášky č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity).

- b) nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu druhé stupně,
- c) nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce, doloženého výsledky funkčních vyšetření, přitom se bere v úvahu:

- zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost,
- zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav,
- zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován,
- schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti,
- schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35% a nevíce o 69%,
- v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70% též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.³⁴

Pojištěnec je plátcem zdravotního pojištění, pokud je zaměstnancem, za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu.³⁵

Zákonná úprava vymezená podle druhů zdravotní péče v ČR

❖ Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí:

a) neodkladná péče

bezprostředně ohrožuje život nebo by mohla vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobující náhlou bolest nebo změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,

b) akutní péče

jde o odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu ohrožující sebe nebo své okolí,

³⁴ § 39 odst. 2 a 4 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.

³⁵ § 1a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

c) nezbytná péče

kteřou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem,

d) plánovaná péče

kteřá není zdravotní péčí uvedenou v předchozích bodech.

❖ Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí:

a) preventivní péče

účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu směřující k odstraňování nebo minimalizaci těchto faktorů,

b) diagnostická péče

účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,

c) léčebná péče

účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,

d) posudková péče

účelem je zjištění, zda nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách nebo zjistit zdravotní stav pacienta pro jiné účely,

e) léčebně rehabilitační péče

účelem je maximální možnost obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch, případně zpomalení nebo zastavení nemoci, stabilizace zdravotního stavu, v případě, že jsou využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky, jde o lázeňskou péči,

f) ošetrovatelská péče

účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti, péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

g) paliativní péče

účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí,

h) lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče

účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchování, kontrola a výdej léčiv, výdej a prodej zdravotnických prostředků, poskytování poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence, podpory zdraví, kontrola hospodárného užívání léčiv.³⁶

Dílčí závěr

Žijeme v době plné společenských změn. Přírodní a společenské prostředí je výsledkem dosavadního rozvoje civilizace. Člověk postupně snižuje závislost na přírodních živlech, buduje umělé prostředí, zasahuje svou činností do přirozeného prostředí. Svět se stává mnohorozměrný, neuchopitelný, životní tempo vysilující. Probíhá závod člověka se sebou samým. Předpokládá se, že tempo se bude ještě stupňovat. Jedinec bude muset být připravený, aby dokázal na tyto změny adekvátně, pohodově a přitom kvalifikovaně reagovat, být flexibilní. V případě neočekávané sociální události může očekávat pomoc a podporu od státu, jehož možnosti jsou omezené. Schopnost dobře fungovat ve všech sociálních rolích, pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před námi naskytnou, dobrá duševní kondice, to vše nám pomáhá realizovat své cíle. Jen tak budou naše dny překypovat pocitem radostného naplnění.

³⁶ § 5 zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.

2 SOCIÁLNÍ DOPADY NEMOCI

V současné době se lidé často dostávají do složitých situací, které vyžadují větší mobilizaci sil, případně zanechávají i určité psychické důsledky. Problematika životních situací má velký význam pro sociální pedagogiku, kde vystupuje jako zásadní prvek v celém procesu formování a utváření osobnosti. Člověk usiluje o dosažení určitého cíle, o uspokojení potřeb, splnění svých záměrů. Často musí překonávat překážky, které vyžadují rychlé rozhodování, řešení problémů a volbu vhodných strategií pro jeho dosažení. Mezi náročné životní situace můžeme řadit i dlouhodobou pracovní neschopnost, která jistým způsobem jedince frustruje, zamezuje cestu k dosažení svých potřeb, cílů a záměrů. Dochází k vyloučení z pracovního procesu, starost o budoucnost a své zdraví. Mnohdy se jedinec stává částečně závislým na svých nejbližších, sociální a zdravotní péči státu. Pokud je toto sociální vyloučení krátkodobé, přijme danou skutečnost a čelí jí. Pomoc od blízkých lidí, s nimiž společně žijeme a udržujeme dobré vztahy, znamená brzké uzdravení. Naopak jedinec, který sám není schopen vyrovnat se s tíživou sociální událostí, ztrácí čas a energii nepodstatnými starostmi, psychicky strádá a nastupují další zdravotní komplikace.

2.1 Sociokulturní prostředí

Jak zdůrazňuje Vízdal, cit.: „...člověk přichází na svět jako jedinec (individuum) vybavený vrozenými reflexy a pudy a je závislý na pomoci druhých lidí. Od narození je obklopen přírodním i společenským prostředím, přičemž společenské a kulturní (socio-kulturní) prostředí má pro jeho přetváření z biologické jednotky (individua) v lidskou bytost – osobnost – podstatně větší význam než prostředí přírodní.“³⁷

Skutečnost, že lidský jedinec přichází na svět jako biologická jednotka vybavena jen vrozenými reflexy a instinkty a postupně se z něj stává sociální bytost – osobnost – je důsledkem procesu *socializace*. Socializační proces je proces postupné orientace jedince v sociálním prostředí a z toho vyplývající rozvoj sociální zkušenosti, která umožňuje jeho přijatelné začlenění do společnosti, tj. adaptaci na její podmínky.³⁸

Hartl charakterizuje socializaci, jako postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině, dále v malých

³⁷ Vízdal, F. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010, s. 39.

³⁸ Tamtéž, s. 39.

společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení se do nejširších, celospolečenských vztahů. Součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti.³⁹

Jak uvádí Kraus a Sýkora, dnes již nikdo nepochybuje o tom, že prostředí, do kterého se rodíme, ve kterém vyrůstáme a žijeme, v nás zanechává zřetelné stopy a v nějaké míře nás poznamenává a ovlivňuje. Od našeho významného sociologa z první republiky A. I. Bláhy pochází pojem „sociální dědičnost“, jímž chtěl vyjádřit to, že vedle geneticky přenášených dispozic, přenášejí se i určité způsoby a modely chování v daném prostředí (především rodinném) existující.

Obrázek č. 1 Vliv dědičnosti a prostředí na chování jedince



Genotypem rozumíme soubor dispozic, jež jedinec získává v okamžiku svého zrodu od svých rodičů.

Fenotypem označujeme soubor znaků, jimiž se jedinec projevuje a je jimi charakterizován v určitém okamžiku svého vývoje.⁴⁰

Fromm podotýká, že se člověk dokáže přizpůsobit takřka jakýmkoli podmínkám, přece jenom není nepopsaným listem papíru, na který by si kultura mohla jen tak zapisovat svůj text. Připouští, že společenská struktura a funkce jedince ve společnosti určují obsah charakteru společnosti. Na rodinu se můžeme dívat jako na psychickou agenturu společnosti, jako na instituci, která má za úkol zprostředkovat dospívajícímu dítěti požadavky společnosti. Na dítě jsou přenášeny jak láska a štěstí rodičů, tak jejich strach a nepřátelství.

Kromě charakteru rodičů hrají svou roli obvyklé metody výchovy pro danou kulturu, jaké formují charakter dítěte společensky žádoucím směrem.⁴¹

³⁹ Hartl, P. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Jiří Budka, 1993, s. 194.

⁴⁰ Kraus, B., Sýkora, P. *Sociální pedagogika I*. Brno: IMS, 2009, s. 23.

⁴¹ Fromm, E. *Cesty z nemocné společnosti*. 1. vydání. Praha: EarthSave CZ s.r.o., 2009, s. 76-77.

Jak uvádí Vágnerová, sociokulturní vlivy působí na všechny členy dané společnosti. Jejich prostřednictvím si všichni její příslušníci osvojí obdobné normy, hodnoty a pravidla chování, která jsou obecně respektována a vyžadována. Následkem takového sdílení určitého řádu je možné i lepší vzájemné porozumění a anticipace chování všech lidí, kteří do této společnosti patří. Takový řád usnadňuje soužití všech jejích členů.⁴²

To, že člověk nemůže žít mimo přírodní prostředí, je objektivně dané. Nemůže však žít ani bez sociálních kontaktů, mimo sociální prostředí, jak to dokazují známé případy „extrémní izolace“. U člověka dominuje vyrovnávání se se situacemi sociálními a toto vpravování se do sociálních vztahů je označováno jako *adjustace*. Člověk se tedy s prostředím, podmínkami, které jej obklopují, vyrovnává a to s různou mírou úspěšnosti, což je značně závislé na individualitě. Hovoří se pak až o *maladaptaci* jako neschopnosti vyrovnat se s danými podmínkami, novou situací.⁴³

Vědní disciplínou, zabývající se psychikou a osobností člověka v sociálních a kulturních souvislostech, je - *sociální psychologie*. Podle významného českého psychologa a autora řady odborných publikací Milana Nakonečného je sociální psychologie věda o tom, jak se člověk v sociálních a kulturních situacích utváří a jak v nich jedná, věda o interakci mezi jednotlivci a určitými společenskými podmínkami. Sociální psychologie byla v rámci psychologických věd dlouho považována za speciální psychologickou disciplínu. Dnes patří k základním psychologickým disciplínám.⁴⁴

Keller podotýká, že problémy současné společnosti se před našima očima prohlubují. I když jsme ustavičně ujišťováni, že žijeme ve světě čím dál racionálnějším, výkonnějším a efektivnějším, v praktickém životě nás obklopuje stále více nejistoty. Rostoucí počet lidí si může být den ze dne méně jistý, že také příštím rokem bude mít dobrou práci a že si udrží svoji dosavadní životní úroveň. Narůstající křivky rozvodovosti zase vypovídají o přibývání nejistoty na poli rodinném a v manželských vztazích. Mladí lidé mají stále menší jistotu, že vystudování vysoké školy jim zajistí srovnatelnou pozici, jakou zajišťovalo jejich rodičům. Lidé střední a starší generace ztrácejí jistotu, že po odchodu z práce je čeká klidné stáří a zajištěný důchod.⁴⁵

⁴² Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003, s. 21.

⁴³ Kraus, B., Sýkora, P. *Sociální pedagogika I*. Brno: IMS, 2009, s. 24.

⁴⁴ Palovčíková, G. *Sociální psychologie II*. Brno: IMS, 2009, s. 9.

⁴⁵ Keller, J. *Nejistota a důvěra aneb K čemu je modernitě dobrá tradice*. 1. vydání. Praha: SLON, 2009, s. 9.

Naši současnost charakterizují sílící trendy vylučování druhých i sebe sama. Hrozí ztráty základních empatií, zájmu jedněch o druhé, solidarity, hledání cest sblížení jakožto obohacování se navzájem. Mezi chudými a bohatými, majoritními a minoritními, úspěšnými a neúspěšnými se prohlubuje propast odcizení, averze dokonce i nenávisti. Stále více sociologů dnes píše, že společnost se rozděluje na trvale úspěšné a trvalé neúspěšné, na privilegované a na ty, co jsou ze společnosti vyloučeni. Objevuje se podivné rozdělení na ty, kteří vědí více, a na ty, kteří nevědí. Elita nového druhu, vedle lidí, vyřazených proto, že nemají přístup k rychlým informacím, k moderním technologiím.⁴⁶

Jak uvádí nejvýraznější komentátor „postmoderní“ doby Bauman, společnost je opravdu autonomní, jakmile si uvědomí, že neexistují žádné zajištěné významy, že žije na povrchu chaosu, že je sama chaosem, který hledá tvar, ale takový, který nikdy nebude zafixován jednou provždy. Ať již má být demokracie a individualita zárukou jakéhokoli bezpečí, nezáleží na boji s endemickou nepředvídatelností a nejistotou lidské situace, ale na jejím uznání a schopnosti čelit jejím důsledkům. Porozumět vlastnímu osudu znamená uvědomit si, čím se liší od vlastního údělu. Porozumět vlastnímu osudu znamená poznat komplexní síť příčin, které takový osud přivodily. Aby člověk mohl působit na svět, musí pochopit, jak svět funguje.⁴⁷

2.2 Osobnost člověka v obtížných životních situacích

V posledních letech se zvyšuje životní tempo a tím i náročnost situace, s nimiž se jedinec každodenně setkává. Člověk na své životní dráze překonává situace, kterým musí odolávat, čelit a řešit je. Pokládá si řadu otázek týkající se sebe samého, ale také např. ekonomického zajištění rodiny, otázky zdraví jeho blízkých, pozitivních vztahů s okolím, uspokojení potřeb, životní spokojenosti atd. Jeho osobnost dokresluje chování v nepředvídatelných situacích a záleží na mnoha faktorech, které determinují konečné řešení. Jak vyjadřuje Jůzl, cit.: „...osobnostní profil člověka v kterémkoliv okamžiku jeho života je složitou výslednicí vlivu dědičnosti, prostředí a výchovy a podíl těchto faktorů můžeme jen velmi obtížně identifikovat. Jejich vlivy se vzájemně prolínají, integrují a paralyzují, a proto dávají vznik historicky neopakovatelným rysům osobnosti, promítajícím se do její sféry intelektuální, citové i volní.“⁴⁸

⁴⁶ Mühlpachr, P. a kol. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 85-86.

⁴⁷ Bauman, Z. *Tekutá modernita*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2002, s. 333-334.

⁴⁸ Jůzl, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS, 2010, s. 19.

Pokud budeme polemizovat v rovině filosofické a klást si otázku „kdo“ je člověk, tak např. Radvan uvádí, že člověk není tematizován jako objekt, tj. pasivní předmět vědeckého popisu a vysvětlení nebo filosofické reflexe, nýbrž jako subjekt. Být subjektem znamená být člověkem popisujícím, vysvětlujícím, reflektujícím a jednajícím: pochybujícím, zkoumajícím, rozhodujícím se, ekonomicky aktivním, beroucím na sebe odpovědnost, starajícím se atd.⁴⁹

H. J. Eysenck považuje osobnost za poměrně stálou jednotu charakteru, temperamentu, intelektu a těla, což umožňuje její jedinečnou adaptaci na prostředí. G. W. Allport považuje osobnost za dynamickou organizaci psychofyzických systémů v jedinci, která určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání.⁵⁰

Jak podotýká Vágnerová, osobnost funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní. Je součástí určitého prostředí, které ji ve větší či menší míře ovlivňuje a na něž ona sama reaguje nějakým, individuálně specifickým způsobem. Jde tedy vždy o interakci jedince a prostředí.⁵¹

Výsledkem úsilí badatelů hledajících základní (bazální) vlastnosti, které mají všichni lidé je tzv. *pětifaktorový model osobnosti* nazývaný též **velká pětka** (big five):

- 1. INTROVERZE – EXTRAVERZE,**
- 2. PSYCHICKÁ STABILITA – LABILITA (NEUROTICISMUS),**
- 3. PŘÍVĚTIVOST** (dobrá nálada, důvěřivost, adaptabilita) – **NEVRAŽIVOST** (nedůvěřivost),
- 4. SVĚDOMITOST** (odpovědnost, kladný vztah k plnění úkolů) – **NEZODPOVĚDNOST,**
- 5. KULTIVOVANOST** (zvědavost, otevřenost vůči zkušenostem, kulturní založení, vzdělanost, rozvinuté rozumové schopnosti, imaginativnost, uhlazenost, nezávislost) – **NEDOSTATEK KULTIVOVANOSTI** (nadání a zvědavosti).

Osobností se člověk nerodí, stává se jí v průběhu svého života, při interakci se sociálním prostředím, zvláště pod vlivem učení a výchovy. Člověk aktivně řídí sám sebe

⁴⁹ Radvan, E. *Úvod do filosofie a etiky*. Brno: IMS, 2011, s. 87.

⁵⁰ Hartl, P. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Jiří Budka, 1993, s. 131.

⁵¹ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003, s. 6.

a toto sebeřízení má dvě formy – sebevýchovu a sebevzdělání, které mají na něho od období dospívání větší vliv než výchovné působení dospělých osob.⁵²

Prožívání náročných životních situací je individuální a subjektivní. Rozhodující je zejména to, jak konkrétní jedinec subjektivně náročnost situace vnímá. O zátěžové, náročné životní situaci můžeme mluvit, jen pokud ji člověk interpretuje jako přesahující jeho možnosti, nevládnutelnou. Jako náročné situace prožívá člověk zejména okolnosti, kdy mu chybí náhled, neorientuje se a situace se mu jeví nejasná a nečitelná. Je přesvědčen, že řešení situace vyžaduje příliš mnoho změn, může ohrozit jeho, blízké osoby, anebo pro něj podstatné hodnoty.⁵³

Jednou z krizových situací může být i nenadálá změna zdravotního stavu. Jak podotýká Honzák a Novotná, často přehlízíme, že lidé z našeho okolí jsou ochotni pomoci v daleko větší míře, než bychom očekávali. Neuvědomujeme si, že existuje tzv. *reciproční altruismus*, který zajišťuje fungování společnosti bez ohledu na to, o koho se jedná. Této pomoci se nesmí zneužívat, ani nesmí trvat dlouho. Hrozí nám totiž nebezpečí závislosti a druhé straně nebezpečí pocitu vykořisťování. Její úspěšné řešení spočívá v nalezení smyslu v přijetí života v zadaných podmínkách. Úspěšné přebudování hodnotového systému může zkvalitnit život nemocného a naučit ho přijímat a prožívat svůj úděl hodnotněji a plněji, než se může podařit zdravému jedinci, který ulpí na konzumním stylu.⁵⁴

Životní příhody, situace a události, jež nutí člověka nějak měnit zaběhnutý životní režim a reagovat na ně, netvoří homogenní skupinu. Je třeba rozlišovat mezi očekávanými událostmi a neočekávanými či nepředvídatelnými (nemoc, nehoda, úraz). Dále je nutno rozlišovat závažnost dopadu těchto situací a událostí na lidskou psychiku, a to jak v rámci distresových životních událostí, tak v rámci eustresových životních událostí.

Pro pochopení širě obsahu pojmu nemoc v jeho hlavních dimenzích je vhodné použít ekvivalentů užívaných v anglosaské terminologii: „disease“ označuje fyzický prožitek nemoci, jehož dlouhodobým či trvalým důsledkem může být poškození, oslabení či újma. Rovněž další anglické slovo „sickness“ znamená chorobu či nemoc a jeho eventuální dlouhodobé či trvalé sociální důsledky vyjadřuje pojem „handicap“.

⁵² Vízdal, F. *Základy psychologie*. Brno: IMS, 2009, s. 148.

⁵³ Palovčíková, G. *Sociální psychologie II*. Brno: IMS, 2009, s. 108.

⁵⁴ Honzák, R., Novotná, V. *Krise v životě, život v krizi*. Praha: ROAD, 1994, s. 111.

Významnou charakteristikou tohoto chování je též možnost tzv. primárních a sekundárních zisků, tj. odměn nebo výhod, vyplývajících z onemocnění, lišících se původem i průběhem. Primární zisky jsou vykládány na základě principu narůstajícího difuzního napětí v průběhu onemocnění, jež odeznívá současně s manifestací prvních příznaků vlastního onemocnění, takže pacient pocítuje úlevu. Sekundární zisky vyplývají z celkové „sociální role nemocného“. Tyto potenciální výhody zahrnují obvykle zvýšenou úroveň sympatie, pozornosti a tolerance vůči přestupkům a chybám.⁵⁵

Křivohlavý uvádí, že objevení nemoci staví pacienta nejen před zhodnocení situace, do níž se dostal a před nutnost adaptovat se, ale i před úkol nejnáléhavější: zvládnout to, co stojí před ním (zdravotní krizi). K tomu, aby ji zvládl, potřebuje pacient určité dovednosti. Moos a Schaefer (1948) rozdělují tyto dovednosti do tří skupin podle toho, co má být pacientem zvládnuto:

a) dovednosti zvládat rozbouřený emocionální stav – aby pacient mohl zvládat zdravotní krizi, potřebuje vnitřní klid. Ten je třeba nastolit vzdor vzduťe emocionální hladině. Zde vyvstávají do popředí tři úkoly:

1. nepropadat beznaději a vzdor všemu si zachovat uprostřed všech úzkostí a strachů naději,
2. učit se společensky přijatelným způsobem uvolňovat vnitřní emocionální napětí – stav obav, strachu, zloby, zoufalství atp.,
3. naučit se přijímat nepřijatelné,

b) dovednosti řešení a zvládnání problémů:

1. dovednosti získávání a zpracování nových informací,
2. dovednosti řešení problémů – nové postupy a způsoby chování,
3. dovednosti nacházet klady v jinak pro pacienta negativní situaci, např. radovat se i z malých potěšení,

c) dovednosti nacházení smysluplnosti v situaci, která se pacientovi zdá chaotická, k tomu je zapotřebí určitých dovedností:

1. dovednosti restrukturační situace (reframing) – vidět danou situaci v jiných než beznadějných souvislostech,

⁵⁵ Výrost, J., Slaměník, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 21.

2. dovednosti rozdělit kompaktní celek nemoci na sérii dílčích zvládnutelných úkonů (na řešitelné etapy),
3. dovednosti nezlehčovat vážnost situace (nebagatelizovat ji).

Teorie krize hovoří nejen o způsobech zvládnání těžkostí, ale i o podobě výsledků tohoto procesu. Vidí přitom dva extrémy, k nim při zvládnání krize může dojít:

- *zdravá adaptace* projevující se vnitřním klidem pacienta (smířením, zdravým nadhledem, přijetím stavu, do něhož se pacient dostal) – je projevem osobnostní zralosti pacienta,
- *maladaptace* – nezvládnutí situace, které se projevuje prohlubující se beznadějí, bezmocí a jinými projevy osobnostní nezralosti. Otázkou zde je, jak se vyhýbat maladaptaci a dosahovat zdravé adaptace. Touto otázkou se zabývá například teorie kognitivní adaptace.⁵⁶

2.3 Sociální opora

Sociální událostí se nemoc, úraz (příp. karanténa) stávají, pokud vyvolávají potřebu péče třetí osobou (lékaře, léky) a působí-li pracovní neschopnost. Jedinec, který nemůže zabránit poruše svého zdraví či nemá dost vlastních sil a zdrojů, aby tuto poruchu odstranil, léčil se a rehabilitoval, potřebuje pomoc jiné osoby, pomoc peněžní (ekonomickou) či pomoc institucionální (službu).

Výrost a Slaměník uvádí, že výzkum *sociální opory* tvoří jednu z nejpodstatnějších částí sociální psychologie zdraví s velmi dlouhou výzkumnou i aplikační tradicí. V roce 1981 J. House rozlišil čtyři hlavní složky obsahu sociální opory:

1. *emocionální oporu*, poskytující důležité emoce, jako např. lásku, přátelství, víru, empatii,
2. *hodnotící oporu*, umožňující zhodnocení komunikace, jež je relevantní pro sebehodnocení,
3. *informační oporu*, umožňující poskytování rad či informací, jež pomáhají řešit existující problémy,
4. *instrumentální oporu*, poskytující praktické druhy pomoci typu hmotná, materiální pomoc, poskytnutí půjčky v obtížné situaci apod.

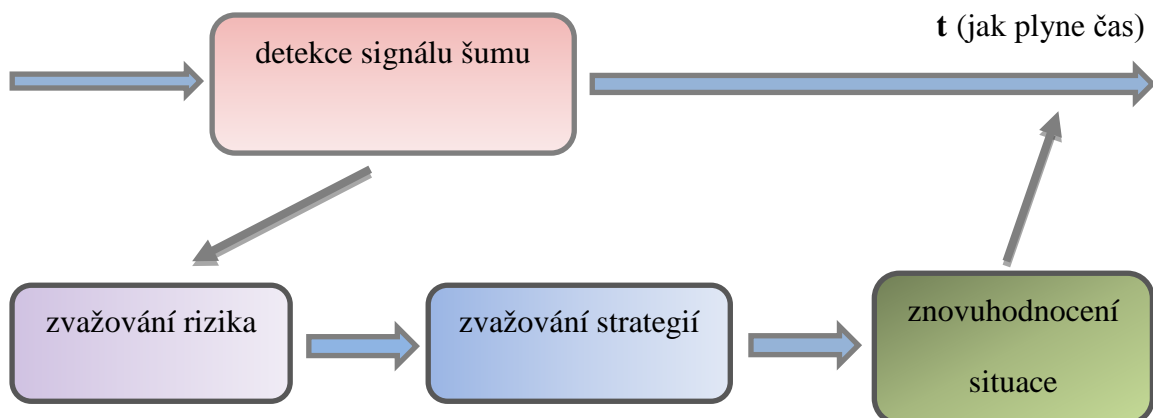
⁵⁶ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 38-39.

Dalším přínosem v teoretické oblasti bylo rozlišení dvou základních modelů účinku sociální opory:

1. „nárazníkového“ modelu, též modelu zaměřeného na stres, podle něž působí sociální opora příznivě pouze v situacích, kdy je člověk vystaven působení stresu,
2. modelu přímého či hlavního účinku, předpokládajícího, že sociální opora působí protektivně vždy, tj. i mimo situace přímého působení stresu.⁵⁷

Problematika zvládání životních těžkostí je v psychologické literatuře uváděna pod anglickým termínem *coping*. Tento termín je odvozen od řeckého kolapshos – rána uštědřená protivníkovi v boxu. Jde o dynamický proces, v jehož rámci dochází k transakcím (vzájemným interakcím mezi člověkem a danou zdravotní situací). Na jedné straně je třeba vidět danou osobu, která má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření. Na druhé straně je třeba vidět nemoc, která klade na člověka určité požadavky a působí na něho řadou vlivů.⁵⁸

Obrázek č. 2 *Obecný model zvládání těžkých životních situací* (rekonstrukce podle R. S. Lazaruse, 1966)



zvažování rizika – zhodnocení všech negativních jevů v dané situaci, tj. to, co nás ohrožuje, co nás bolí, čeho se bojíme, co nám nahání strach, z čeho máme obavy,

⁵⁷ Výrost, J., Slaměník, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 28- 29.

⁵⁸ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 98.

zvažování strategií – zhodnocení všech pozitivních faktorů v dané situaci, např. existence dostupné zdravotní péče, léků, efektivní lékařské výkony a postupy,

znovuhodnocení situace – nastává poté, když se podařilo určitým souborem opatření „zabojovat“ proti ohrožení. Jde o zjištění efektivity použitých postupů v boji s nemocí a utrpením. Je-li výsledkem tohoto přehodnocení situace zjištění, že vše je v pořádku, vrací se vše do běžného stavu. Zjistí-li se, že se nepodařilo zlikvidovat beze zbytku negativní faktory, dochází k dalšímu kolu boje.⁵⁹

Podle M. Vágnerové (2005) člověk potřebuje ke svému životu uspokojivé, klidné a neohrožující mezilidské vztahy, které jsou pro něho zdrojem jistoty a bezpečí. Potřebuje lidi, kteří se k němu chovají altruisticky, tzn., že potřebuje, aby byl s lidmi nejen v dobrých vztazích, nýbrž potřebuje, aby jej lidé akceptovali takového, jaký je, a tím mu potvrzovali jeho vlastní hodnotu.

Jednou z nejvíce ceněných hodnot, kterou mezilidské vztahy přinášejí, je vzájemná sociální opora, kterou si lidé v rámci svých interpersonálních vztahů poskytují. Podstatou je zejména to, aby člověk, který je v zátěžové situaci, věřil, že má o jeho těžký osud někdo zájem, že se o něho někdo stará a váží se ho i přes nedostatky, které má, a že patří do společenství lidí, kteří si vzájemně pomáhají a tuto pomoc může od nich očekávat i v budoucnu.⁶⁰

Kvalita a množství osobních a blízkých vztahů ovlivňuje každého člověka od narození až po konec jeho životní dráhy. Osobní a blízké vztahy mají zásadní význam pro formování osobní identity, jsou důležitou podmínkou integrace osobnosti. Od prožívání těchto vztahů závisí vnímání sama sebe, fyzické i psychické zdraví, osobní růst, pocit životní pohody i zvládání zátěžových situací. Hluboké, intenzivní osobní a blízké vztahy s druhými lidmi jsou předpokladem a podmínkou saturování sociálních potřeb blízkosti, sounáležitosti, péče, podpory, vztahují se k potřebě afiliace a lásky, smyslu života a dalších potřeb, pro jejichž uspokojení jsou nezbytné.⁶¹

Jak poznamenává Křivohlavý, člověk se rodí vždy jako člen malé skupiny – rodiny. Tato pokrevní malá skupina může zahrnovat nejen dítě a rodiče, ale i širší okruh příbuzných. Člověk se tak rodí do společenské skupiny, vyrůstá v sociální skupině mezi

⁵⁹ Křivohlavý, J. *Psychologie nemocí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 98.

⁶⁰ Vízdal, F. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010, s. 63.

⁶¹ Palovčíková, G. *Sociální psychologie II*. Brno: IMS, 2009, s. 99-100.

kamarády, spolužáky, přáteli, spolupracovníky. Toto společenství druhých lidí, určitým způsobem spolu spjatých, vytváří tzv. sociální síť. Člověk může od malé skupiny dostávat, ale na druhé straně je sociálně aktivní - přispívá k tvorbě dobrých vzájemných vztahů. Funkce sociální opory je podle Křivohlavého doplněna podle vlastních zkušeností o:

- *naslouchání,*
- *potřebu sociálního zrcadla,*
- *uznání,*
- *povzbuzování,*
- *soucitění – empatii,*
- *emocionální vzpruhu,*
- *prověřování stavu světa,*
- *spolupráci, dělbu práce,*
- *prosociální postoj a nezištnou pomoc.* ⁶²

Řešení nepříznivé sociální situace řeší specializované činnosti – *sociální služby*. Příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různé, a proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb. Nezbytné je si uvědomit, že poskytnutí samo o sobě nedokáže v plné míře odstranit příčiny, má člověku pomoci podporovat jeho vlastní aktivitu, vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace. Poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění podmínek stanovených zákonem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, fyzické osoby a MPSV a jím zřízené organizační složky státu.⁶³

Sociální služby zahrnují – sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb např. patří:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti, atd.⁶⁴

⁶² Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 89-97.

⁶³ Muselíková, M., Vaňková, Z., Vodičková, M. *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2012, s. 108.

⁶⁴ § 32 - § 35 zákona č. 108/2006 o sociálních službách, v platném znění.

2.4 Kvalita života, definice, vymezení, pojetí

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“

David Seedhouse

V psychologickém slovníku je pod pojmem kvalita života uvedeno, že jde o vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Z psychologického hlediska je chápána jako míra seberealizace a duševní harmonie, čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti. Individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl.⁶⁵

Kvalitě života je věnována stále větší pozornost, tímto tématem se na celém světě zabývají desítky organizací a institutů. Vycházejí z několika koncepčních rámců a snaží se nahlížet na toto důležité a zajímavé téma z různých aspektů. Studium kvality života znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému, smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Cílem studia je podpora takového životního prostředí a životních podmínek, které lidem umožní žít způsobem, který je pro ně nejlepší a ve kterém nacházejí smysl.⁶⁶

Pojem „kvalita života“ (quality of life = QOL) jako první použil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Sledoval dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a na státní rozpočet.⁶⁷

První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami, finance, stav znečištění životního prostředí, hodnota růstu počtu obyvatel. Toto vymezení upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“. V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin:

1. zdraví,
2. kvalita pracovního prostředí,

⁶⁵ Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000, s. 284.

⁶⁶ Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 206.

⁶⁷ Vařšurová, H., Mühlpachr, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 7.

3. nákup zboží a služeb,
4. možnosti trávení volného času,
5. pocit sociální jistoty,
6. možnosti rozvoje osobnosti,
7. fyzikální kvalita životního prostředí,
8. možnost účasti na společenském životě.

V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření QOL. Výsledkem je velká rozmanitost definic QOL a množství různých nástrojů, nejčastěji dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů.⁶⁸

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako jedincovo individuální vnímání pozice v životě v kontextu své kultury, určitého hodnotového systému a také ve vztahu k jeho vlastním cílům a očekáváním. Jedná se o velice široký koncept, který je multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.⁶⁹

Dle Možného, lze kvalitu života jen velmi obtížně vymezit a uchopit. Sociální psychologie i sociologie s ní ovšem systematicky pracují a vyvinuly rozsáhlou sadu metod na měření toho, co se označuje jako kvalita života, ale také *well-being* či *welfare*. Individuální stav pohody, spokojenosti či štěstí, označovaný jako *subjective well-being*, je složen nejméně ze tří komponent. Především je tu nutná nepřítomnost pocitu neštěstí a nespokojenosti, deprese či úzkosti. Věc však bohužel není tak prostá, abychom si mohli říci, že štěstí je prostě jejich protikladem a dostavuje se, nejsme-li nešťastní. Víme, že je navíc nutná přítomnost pozitivní emoce, radosti či slasti.⁷⁰

Podle K. Balcara klinická praxe ukazuje, že praktické naplňování smyslu života zpravidla výrazně přispívá k duševnímu i tělesnému zdraví, a tudíž i ke kvalitě života člověka. Kvalita života má v Balcarově pojetí tři dimenze:

1. *dimenze tělesná*, která se chápe jako zdraví ve smyslu fyzické zdatnosti a fyzické harmonie,

⁶⁸ Mühlpachr, P. a kol. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 159.

⁶⁹ Džuka, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004, s. 44-45.

⁷⁰ Možný, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, s. 14.

2. *dimenze duševní (prožitková)*, která se chápe jako štěstí, přičemž štěstí je definováno jako prožívaná slast a uplatňovaná moc,
3. *dimenze duchovní (existenciální)*, která se chápe jako prožitek smysluplnosti vlastního života, který je definován cestou k cíli, motivovaností a činností.

Nezbytnou podmínkou pro to, aby člověk žil, prožíval a jednal s pocitem smysluplnosti, je mít něco, pro co stojí za to žít. Toto něco (nebo někdo) musí člověka přesahovat – nemůže to spočívat jenom v něm samém, nýbrž zároveň i ve světě, v němž žije.⁷¹

Světová zdravotnická organizace (WHO) vycházela při rozčlenění jednotlivých oblastí QOL ze své definice kvality života. Rozlišuje čtyři základní okruhy, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení:

1. *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.,
2. *psychické zdraví a duchovní stránka* – sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní a negativní pocity, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra atd.,
3. *sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.,
4. *prostředí* – domácí prostředí, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, finanční zdroje, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atd.⁷²

Jak zdůrazňuje Křivohlavý, kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen. To je tehdy, když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Když určitému člověku přijde „do cesty realizace“ určitého plánu nemoc, zranění, chronické onemocnění, hospitalizace, bolest, obavy a strach, případné konflikty, krize, životní katastrofy různého druhu – míra jeho spokojenosti s kvalitou života je otřesena.

Mezi nejčastěji uváděné podněty (cues) patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání atp. Relativní četnost různých druhů oblastí, které zdraví starší lidé uvádějí jako důležité pro kvalitu života, je uvedena v následující tabulce.

⁷¹ Kubátová, H. *Sociologie životního způsobu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 127.

⁷² Vaďurová, H., Mühlpachr, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 18-19.

Tabulka č. 2 *Jak často uvádějí starší lidé jednotlivá životní zaměření* (podle O'Boyle, McGee a Joyce, 1994)

sociální činnost	95
zdraví	91
rodina	89
životní podmínky	80
náboženství (víra)	75
finance	25
vztahy	18
nezávislost	16
práce	5
šťěstí	5

Porovnání výše uvedených oblastí (cues) u mladších a starších lidí ukázalo, že některá životní témata se v průběhu let výrazně mění. Platí to především o sociální činnosti, aktivitách ve volném čase, životních podmínkách a náboženství. Tyto cílové podněty (cues) jsou uváděny staršími lidmi častěji jako podstatně důležité. Na druhé straně pracovní činnost (zaměstnání), štěstí, finance a sociální vztahy přesahují rámec rodiny, byly uváděny častěji jako podstatně důležité pro kvalitu života mladších lidí. Důraz kladený na hodnotu rodiny, zdraví a nezávislosti zůstává v průběhu věku relativně stabilní a nemění se.⁷³

Dílčí závěr

Člověk vyrůstá v daném sociálním, kulturním a přírodním společenství, které jej formuje, utváří a poskytuje ochranu a bezpečí. Útočištěm se mu stává rodina, která ho připravuje na životní dráhu, osvojuje si společenské chování a normy, rozvíjí svůj talent a nadání. V případě vzniku vážných poruch tělesného či duševního zdraví je rodina schopna mobilizovat značné rezervy a poskytovat svému členovi velkou podporu a zázemí. Jsou však situace, kdy pomoc blízkých není možná a řešení nabízí stát prostřednictvím státních institucí, neziskových organizací, nadací, charit, dobrovolnických organizací atd.

⁷³ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 173.

3 PSYCHICKÉ DOPADY NEMOCI

Zdraví je dar, kterého se nedostává všem stejně. Máme tendenci na svůj zdravotní stav pohlížet jako na cosi nám dané, základ hledáme v genetické výbavě, kterou nám do vínku vložili naši předci. Není tomu tak docela. Způsob našeho života, kvalita lékařské péče, všeobecné společenské klima i dobré mezilidské vztahy působí v individuálních šancích na fyzické i duševní zdraví. To, jak lidé zvládají svou nemoc, je značně individuální a záleží na mnoha faktorech. Mezi ně patří vlastní interpretace situace, pochopení toho, co se děje. Následují postupy, které vedou ke zvládnutí situace a znovunastolení normálního stavu (zdraví). Strach, obavy, bolest, nejistota a další faktory se negativně podepisují na psychice člověka a následně může docházet ke zhoršování duševního, potažmo zdravotního stavu jedince. Péče o duševní a zvláště emocionální stav pacienta patří od nepaměti k základním starostem lékaře a stále častějším zařazováním psychologů do zdravotnického týmu.

3.1 Stres, definice, copingové strategie

„Nejdůležitější ze všech změn, které ve světě probíhají, jsou ty, které se odehrávají v našem osobním životě – v sexualitě, v partnerských vztazích, v manželství a v životě rodiny.“

Antony Giddens

Živý organismus člověka je neustále vystavován mnoha podnětům, na které nějakým způsobem odpovídá. Na některé z těchto podnětů reaguje pouze tělesná (somatická) složka naší bytosti, jiné však provokují k činnosti složku duševní (psychickou). Nelze však nevidět určitou souhru obou složek a značnou závislost duševního dění, tedy i duševního života, na somatické složce.⁷⁴

Schmidbauer charakterizuje stres jako reakci na vnější nebo vnitřní podněty, které jsou pocíťovány jako povzbuzující nebo přitěžující. Tělesné stresové podněty neboli stresory jsou třeba horko, infekce, poranění. Duševní stresory jsou mnohem početnější (např. život ve špatném manželství, smrt bližního, těžkosti v zaměstnání). Člověk má tělesné i duševní rezervy, které může v takových stresových situacích nasadit, aby udržel svou rovnováhu. Jsou-li tyto rezervy vyčerpány, může dojít k náhlému zhroucení.⁷⁵

⁷⁴ Vacínová, M., Langová, M. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 9.

⁷⁵ Schmidbauer, W. *Psychologie, Lexikon základních pojmů*. 1. vydání. Praha: Naše vojsko, 1994, s. 152.

Hartl označuje stres jako chorobu století. Jde o termín všeobecně nadužívaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované. Jde o nadměrnou zátěž neúnikového druhu, vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození a psychosomatickým poruchám.⁷⁶

Křivohlavý podotýká, že stres a přesněji *distres* podobně jako burnout (vyhoření) patří mezi negativní emocionální zážitky. Je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji možností tyto zátěže zvládat (tzv. salutory). Pro diagnostikování stresového stavu existují příslušné nástroje. Ty si všímají řady fyzických a psychických příznaků.⁷⁷

Slovo stres pochází z anglického stress, které má svůj původ v latinském stringo, stringere, což znamená utáhnout, sevřít. Být ve stresu znamená být vystavený nejrůznějším tlakům, být v tísní. Důležitou úlohu ve výzkumu přinesla práce kanadského fyziologa, endokrinologa a psychologa maďarsko-rakouského původu H. Selyeho (1966), který formuloval koncepci *všeobecného adaptačního syndromu* (GAS). Podle něj každý stresor, který působící na organismus může produkovat nespecifickou fyziologickou obranou reakci mobilizačního charakteru.⁷⁸

Adaptační syndromu dle Selyeho probíhá ve třech fázích:

1. **fáze poplachová**, představuje ji náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek. O počátečním stádiu této fáze hovoří Selye jako o *šoku*,
2. **fáze rezistence** (zvládání), kdy je z hlediska fyziologického adaptace organismu na stres minimální. Jedinec se orientuje na zvládání psychické zátěže a dochází k postupnému zklidnění organismu, kognitivní procesy se plně rozvinou, nejsou ovlivněny emocemi. V případě, kdy dojde k selhání jedince v zátěži, je příznačný pokračující vzestup aktivace. Jedinec je paralyzován prožívanými emocemi (strachem, obavami, odpovědností) a vytrácí se schopnost volní regulace,

⁷⁶ Hartl, P. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Jiří Budka, 1993, s. 200.

⁷⁷ Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 52.

⁷⁸ Výrost, J., Slaměník, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 191-192.

3. *fáze důsledková* (exhausce), kdy se z fyziologického hlediska jeví získaná rezistence jako nedostatečná. Dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem takového selhání může být vážné ohrožení života i zdraví. V této fázi se projeví, zda jedinec situaci zvládl nebo v ní selhal.⁷⁹

Žijeme v jednadvacátém století, v době dynamických zvrátů politických, ekonomických a sociálních, v době pokroku a objevů, ale i krizí a katastrof, v době, která na nás rychlostí a intenzitou změn klade zvýšené nároky. Nedílnou součástí našeho slovníku je slovo stres – podle výzkumů trpí nadměrných stresem asi 40 % populace. V prevenci stresu je důležitý harmonický životní styl a respektování svých tělesných i psychických potřeb. Je nutné udržovat rovnováhu mezi výkonem a odpočinkem, nezapomínat na příjemné činnosti a odměňování se. Podstatnou roli hraje tělesná aktivita, pohyb a zdravý životní styl. Schopnost relaxace, pozitivní citové vazby, dostatek sebeúcty, osobní záliby a zájmy.⁸⁰

Kebza se Štolcovou upozorňují na zdravotní důsledky chronicky působícího neovládaného stresu, které mohou mít nejrůznější povahu podle aktuální genetické predispozice každého člověka a kontextu působení stresoru: může jít např. o vysoký krevní tlak, vředovou chorobu, poruchy zažívání a metabolismu, astma, snížení obranyschopnosti organismu vůči infekci i vůči zhoubnému bujení, atd. Podotýkají, že k životu moderního člověka neodmyslitelně patří náročné životní situace. Lze však hledat způsoby, jak vzniklý stres zvládat a jak zamezit jeho škodlivým následkům.⁸¹

Do problému zvládnání stresu se promítá jedna ze základních otázek sociální psychologie - co je pro chování a jednání jednotlivce určující: zda vlastnosti osobnosti, jeho vnitřní dispozice či situační činitelé. Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi, se nazývá **coping** neboli **zvládnání**. Proces zvládnání je:

- úsilí orientované jak na činnost vnější, tak na intrapsychické zvládnání vnějších i vnitřních nároků a konfliktů, které překračují osobní zdroje,
- snížení úzkosti a jiných distresových stavů,
- aktivita, kterou lidé provádějí, aby zmírnili dopad svých životních problémů.⁸²

⁷⁹ Olejníček, A. *Výcvik asertivního jednání*. Brno: IMS, 2003, s. 34.

⁸⁰ *Národní pojištění 6/2012*. Odborný měsíčník ČSSZ. Praha: Tiskárna MV, 2012, Distribuce BMSS-START, s.r.o., s. 27-28.

⁸¹ Kebza, V., Šolcová, I. *Komunikace a stres*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 13.

⁸² Komárková, R., Slaměník, J., Výrost, J. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 96.

Křivohlavý definuje strategie na zvládání životních těžkostí:

1. *strategie zaměřené na řešení problému*, jde o vyvinutí vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci – například léčit nemoc, odstranit to, co působí obavy a strach, likvidovat nežádoucí situační vlivy,
2. *strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem*, jsou zaměřeny na řízení emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku nemoci, traumatu, choroby, postižení atp.⁸³

Tabulka č. 3 Taktiky zvládání životních těžkostí (Křivohlavý, J.)⁸⁴

Relaxace	„Uvolnění“ určitých svalů. Uvolněné napětí se poté rozšiřuje ze svalů na celé tělo a vede i k uklidnění psychiky (např. Schultzův autogenní trénink, Jacobsova progresivní relaxace)
Dechová cvičení	Aplikace jógových dechových cvičení, jejichž kladný vliv na uklidnění nejen dechu, ale i psychiky byl prokazován
Imaginace	Psychické soustředění, při němž je předmětem určitá situace vyznačující se klidnou atmosférou nebo představa barvy
Meditace	Hlubší zamyšlení nad určitou myšlenkou, biblickým podobenstvím či citátem. Existují kazety s nahranými potěšujícími myšlenkami pro povzbuzení pacientů
Hudba	Uklidňující vliv může mít i hudba – jak klasická, tak takový druh hudby, který má člověk rád. Existují však i speciální nahrávky uklidňující hudby
Beletrie	Léčebný vliv beletrie byl rozpoznán již dávno, a to jak vliv čtení, tak naslouchání předčítání
Humor	Nezanedbatelný vliv na psychiku má humor, a to zvláště ten druh humoru, který je člověku blízký
Poskytování sociální opory	Stačí maličkost – usmát se, vlídné slovo, nabídnout pomoc, dát najevo pochopení a lásku

⁸³ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 103.

⁸⁴ Tamtéž, s. 104-105.

3.2 Postoje, funkce, změna

Postoj chápe Schmidbauer jako připravenost zvláštním způsobem vnímat předmět nebo na něj zvláštním způsobem reagovat. Postoje se získávají v dětství a mládí, řídčeji v dospělosti, a jsou relativně trvalé, neboť se většinou samy utvrzují. V obecném jazykovém úzu se postoji často nazývají předsudky, protože mnohdy obsahují předpojaté mínění. Např. kdo má antisemitské postoje, bude vzhledem k Židům vnímat převážně negativní věci, bude se stýkat s lidmi, kteří sdílejí jeho mínění a posilují ho v něm. Při setkání s Židem se bude chovat nepřátelsky či odmítavě a bude se vyhýbat těm, kteří by ho případně mohli přesvědčit o něčem jiném.⁸⁵

Hartl podotýká, že postoj předurčuje poznání, chápání, myšlení a cítění. Vědomosti, dovednosti a postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním a širšími sociálními vlivy, jako je veřejné mínění, sociální kontakty aj. Můžeme je dělit podle různých kritérií na: citové, poznávací, kladné, záporné, slovní, mimoslovní, skryté, zjevné, silné, slabé, soudržné, nesoudržné, vědomé, nevědomé, individuální, skupinové aj.⁸⁶

Podle Vágnerové se člověk řídí tím, co považuje za vhodné z hlediska obecného společenského prospěchu a co nebude v rozporu s jeho svědomím a vnitřními zásadami. Charakterové vlastnosti jsou determinovány osobními postoji, které se vytvořily v průběhu socializačního vývoje, především na základě výchovy a pod vlivem dalších zkušeností. Zahrnují schopnost regulovat svoje chování pod vlivem přijatých hodnot, norem a z nich vyplývajících postojů, které se projeví v chování a jsou vyjádřeny tím, co člověk dělá.⁸⁷

Jak zdůrazňuje Vízdal, postojům se učíme v průběhu svého života a předurčují poznávání, chápání, myšlení i cítění. Vyjadřují hodnotící vztah člověka k nějakému objektu, kterým může být cokoli. Postoje jsou součástí zaměřenosti osobnosti a vycházejí z hodnotové orientace člověka, úzce souvisejí se sklony a zájmy osobnosti.

Vízdal rozděluje postoje do tří vzájemně souvisejících, ovlivňujících se složek:

1. *kognitivní* – obsahuje vědomosti o objektu postoje,
2. *emocionální* – jde o subjektivní emocionální reakci vůči objektu postoje,

⁸⁵ Schmidbauer, W. *Psychologie, Lexikon základních pojmů*. 1. vydání. Praha: Naše vojsko, 1994, s. 116.

⁸⁶ Hartl, P. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Jiří Budka, 1993, s. 151.

⁸⁷ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003, s. 191, s. 193.

3. *konativní nebo-li behaviorální* – jde o tendenci (sklon) jednat s objektem postoje v souladu s postojem, který subjekt vůči objektu postoje zaujímá.⁸⁸

Vnitřní skladba postoje (jako „predispozice odpovídat na určitou třídu stimulů určitou třídou odpovědi“) je znázorněna v příloze IV.

Funkce postojů:

mají určitý individuální význam, nejsou to epifenomény, nýbrž zkušenosti organizované vztahy k hodnotám. D. Katz (1960) rozlišuje následující funkce postojů:

- *instrumentální, adjustační nebo ulitární funkce* – pozitivní postoje si subjekt vytváří vůči objektům, které jsou asociovány s odměnami, jsou zdrojem aktuálních nebo očekávaných odměn, a negativní postoje jsou pak vůči objektům asociovány s tresty nebo očekáváním trestů,
- *ego-defenzivní funkce* – postoje mohou chránit integritu osobnosti, např. tím, že redukují úzkost nebo kompenzují negativní složky sebepojetí, které si subjekt připisuje,
- *hodnotově expresivní funkce* – subjekt může nacházet uspokojení v tom, že vyjadřuje své postoje a zasazuje se za jejich realizaci, může se demonstrativně hlásit k postoji, který vyjadřuje jeho sebehodnocení, případně mu umožňuje odreagovat určité afekty,
- *kognitivní funkce* – každý člověk má tendenci uspořádat poznatky o světě i o sobě samém, nacházet určitý řád, chápat smysl událostí a vztahů mezi nimi, strukturovat svou zkušenost, a tato tendence se projevuje i ve vytváření postojů, které spojují poznávání a citění v určitý systém hodnot.

Existuje tedy subjektivní význam postojů, a to tzv. postojů „centrálních“, které vyjadřují vztahy k významným objektům (např. k rodině, zaměstnání, hodnotám, druhým lidem atd.). Naproti tomu „periferní“ postoje se týkají méně významných objektů (např. vztah k americké zahraniční politice, stánkovému prodeji apod.).⁸⁹

⁸⁸ Vízdal, F. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010, s. 51-52.

⁸⁹ Nakonečný, M. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999, s. 137.

Jak uvádí Kohoutek, postoje působí jako filtrující a kontrolní orgán. Proto předávané informace nejsou identické, totožné s přijatými nebo pochopenými informacemi. Osvojujeme si postoje, které zaujímá daný člověk nebo členové skupiny, abychom se cítili být akceptováni. Přítomnost jiných lidí vždy nějak mění naše chování, když vyjadřujeme své postoje. Člověk tedy navenek vždy nevyjadřuje svůj pravý, vlastní vztah, ale vyjadřuje postoj, který je považován za sociálně žádoucí, nebo o kterém se domnívá, že je či bude v dané společnosti preferován.⁹⁰

Změny postojů:

jsou obtížně měnitelné, avšak změna postojů je možná. I když jsou postoje naučené a lze je v průběhu života měnit, vyznačují se značnou odolností vůči změně. Nejvíce jsou odolné vůči změnám postoje, které považuje subjekt za nejvýznamnější, a také vůči postojům extrémním: čím je postoj extrémnější, tím bývá obtížněji ovlivnitelný. Vzhledem k tomu, že v průběhu lidského života se mění svět a potřeba porozumět změnám ve světě je věčná, mělo by to vést i ke změnám postojů. Podle Haysové (2003) umožňuje změnu postoje alespoň jedna z následujících podmínek:

- ke změně dochází postupně, případně se týká jen postojů, které pro člověka nejsou významné a nacházejí se na periferii jeho individuálního systému postojů,
- osoba, u níž dochází ke změně postojů, neprožívá žádnou rušivou vnitřní úzkost.

V současné době, kdy má většina lidí přístup k mnoha informacím, nastává doba příznivá pro „vyzrání názorů“, tj. pro nové formulování vlastních názorů na svět. Člověk pod vlivem masových sdělovacích prostředků může docházet častěji ke změně svých postojů, než tomu bylo v minulosti. K vysvětlení změny postojů přispěl L. Festinger svou teorií *kognitivní disonance*. Podle ní může být změna postoje způsobena touhou zbavit se nepříjemného napětí, způsobeného rozparem mezi novým poznatkem, který není v souladu s dřívějším názorem nebo dokonce s dřívějším přesvědčením. Vnitřní jednota osobnosti souvisí s konsonancí nebo-li se „*souzněním*“ informací v její kognitivní sféře. Objeví-li se „*nesouznění*“ disonance, vzniká tendence redukovat vzniklé napětí a nastolit souznění, konsonanci. Netýká se jen kognitivních struktur, ale i emociogenních. Proto je přesnější hovořit o kognitivně-emozivní disonanci.⁹¹

⁹⁰ Kohoutek, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998, s. 8-9.

⁹¹ Vízdal, F. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010, s. 54-55.

3.3 Prevence duševního zdraví

„Vše, co v životě stojí za to mít, stojí i za to, abychom o to usilovali.“

Andrew Carnegie

První systematické pojednání o duševním dění je spojeno se jménem Aristotela (384-322 př. n. l.). Duše je pro něj skutečnost jiného rodu než tělo, jemuž sice přísluší, ale na rozdíl od něj není hmotná. Nejpodstatnějším znakem duševního života je vnímání, které je vlastní i živočichům. Mezníkem ve vývoji psychologického myšlení je osobnost René Descartesa (1596-1650), který přichází s *dualistickou koncepcí* duše a hmoty. Podle něj je duše, jako princip života, postupně zavrhována a vytlačována pojmem vědomí, jež zahrnuje různé duševní stavy.

Další rozvoj zkoumání duševního života souvisí s rychlým vývojem přírodních věd. Kvantitativní rozmach psychologie je spojený s výstavbou psychologických laboratoří v Lipsku v roce 1879, které vedl Wilhelm Wund (1832-1920), německý filosof. Wundova škola vychází ve svém experimentálním zkoumání duševního života z teorie *asocianismu*. Podle této teorie se duševní život utváří spojováním psychických elementů – počitků, pomocí asociací v komplexnější psychické útvary. Zcela však opomíjejí podíl subjektu, jeho záměrů a aktivity a citového života.

Docenění subjektu a systematického pojednání o vnitřní dynamice vědomých, podvědomých a nevědomých duševních procesů provedl Sigmund Freud (1856-1939). Ve své *psychoanalýze* chápe duševní dění jako střet vědomého principu reality a nevědomého principu slasti (libida). Vychází z pojetí, že velká část lidského chování je řízena nevědomými motivy, které mohou být příčinou selhávání a duševních chorob člověka.⁹²

Kebza, náš přední odborník na duševní zdraví uvádí, že osobní spokojenost a pohodu vidí ve zdraví, v pocitu bezpečí, ve zvládnání těžkostí každodenní reality. Je třeba mít dostatek naděje a víry, což nám umožňuje dospět k vytyčeným cílům. V moderní psychologii zdraví se klade důraz na kognitivní strategie: nejen věřit či být o něčem přesvědčen, ale být schopen si vytvořit strategii plánů a kroků, jak dosáhnout cíle.

⁹² Čížková, J. *Poznávání duševního života člověka*. 1. vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, s. 7-10.

Člověk sleduje na jedné straně tvořivost, naplnění vlastního potenciálu, rozvoj schopností a na druhé straně potřebuje bezpečné zázemí, být zakotvený ve vztazích, v rodině. K pocitu osobní pohody potřebujeme mít obě oblasti v rovnováze, což je úlohou psychologů.⁹³

Na ohrožení statusu normy zdraví ve společnosti nekonečných a neomezených možností upozorňuje sociolog Bauman. To, co ještě včera bylo považováno za normální, může být dnes prohlášeno za znepokojivé nebo dokonce patologické a vyžadující nápravy. Péče o zdraví se proměňuje v permanentní válku s nemocí a oproti své přirozenosti se začíná zvláštním způsobem podobat úsilí o fitness.⁹⁴

Podle Hilla jsou duševní a fyzické zdraví dvě největší odměny pozitivního duševního postoje. Vytvoření a udržení pozitivního duševního postoje totiž vyžaduje úsilí, trpělivost a praxi. Jasný cíl, přesné myšlení, tvořivá představivost, odvážné činy, uplatňované s nadšením a vírou, jsou neocenitelnými pomocníky ve snaze člověka získat a udržet pozitivní duševní postoj. Uznává význam vzdělávání v oblasti tělesné, duševní i sociální hygieny. Nevědomost v těchto oblastech může přivodit nemoc a smrt.⁹⁵

Nyní se často hovoří o zdravém životním stylu. Podle Mühlpachra je to reakce na stav obyvatelstva na zemi, na informační explozi, působení masmédií na stav životního prostředí a všech negativních faktorů, které přinesl vědecký a technický pokrok. Výchova ke zdravému životnímu stylu se chápe jako vštípení návyků tělesné a duševní hygieny.

Základní okruhy zdravého způsobu života:

- *životní rytmus* – poměr pracovní činnosti a odpočinku, fyzické a psychické zátěže,
- *pohybový režim* – aktivní a pravidelná tělesná kultura,
- *duševní aktivita* – spojená s kulturními zájmy, dalším vzděláváním respektujícím zásady duševní hygieny včetně aktivit optimálního soužití s ostatními sociálními skupinami,
- *životaspráva a racionální výživa* – sloužící zachování zdraví a tělesné i duševní výkonnosti,
- *zvládání náročných životních situací*.⁹⁶

⁹³ *Psychologie dnes*. Číslo 6, 18. ročník. Praha: Portál, s.r.o., červen 2012, Distribuce: PNS, a.s., s. 9-11.

⁹⁴ Bauman, Z. *Tekutá modernita*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2002, s. 126-128.

⁹⁵ Hill, N. *Pozitivním myšlením k úspěchu*. Praha: Pragma, 1996, s. 222-224.

⁹⁶ Mühlpachr, P. a kol. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 155-156.

Způsob života či jinak životní styl jsou na první pohled jevy individuální. „*Styl je výrazem duše a podle stylu poznáme život člověka,*“ říká Seneca a má na mysli jednotlivce. Podíváme-li se však na věc s větším odstupem, rozeznáme lehce, že životní styl není ani zdaleka tak individualizovaný.⁹⁷

K udržení celkové kondice jedince dozajista přispívá *duševní hygiena*, která se podle P. Hartla a H. Hartlové (2000) zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí. Je souborem opatření a postupů, jak těchto cílů dosáhnout. L. Míček (1986) považuje za hlavní úkol psychohygieny poskytnout systém propracovaných pravidel a rad, které mohou sloužit k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy. Interdisciplinárně pojímá duševní hygienu E. Bedrnová (1999), která ji chápe jako obor zaměřený na hledání a nalézání efektivního způsobu života, hledání optimální životní cesty pro každého jedince.

K dobrému životnímu pocitu, tvořivosti a sebeovládání doporučují lékaři a psychologové různé způsoby používání relaxační technik – např. různé varianty autogenního tréninku, imaginace klidného místa, Jacobsonova relaxace, řízené dýchání. I když relaxace nemůže vždy nahradit lékařskou péči, při pravidelném používání se budeme cítit rozhodně lépe.⁹⁸

Podle některých autorů může mít i cvičení psychologický přínos spojený s uvolněním přirozených tělových opiátů. Jejich psychologickým účinkem je navození klidu a uvolněného štěstí. Cvičení pomáhá snižovat symptomy deprese a má účinek proti úzkosti. Rytmické cvičení může vzhledem k opakovanému zvuku kroků navodit stav blízký stavu meditace.⁹⁹

Člověk své tělo určitým způsobem vnímá, poznává, pociťuje, hodnotí a také vědomě reguluje jeho aktivitu. Tělesná identita je významnou součástí sebepojetí. Člověk ke svému tělu zaujímá určitý postoj. Je důležité, aby tento obraz byl akceptován, aby se člověk sám se sebou identifikoval. Obraz a zejména hodnocení je ovlivňováno i sociokulturními faktory. Pro člověka je významné, jak na něho reagují ostatní lidé. Nejde už jen o obraz sebe sama, ale i o jeho hodnotu v daném sociálním kontextu.¹⁰⁰

⁹⁷ Možný, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, s. 143.

⁹⁸ Komárková, R., Slaměník, J., Výrost, J., (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie III.*

Sociálněpsychologický výcvik. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001 s. 117.

⁹⁹ Kebza, V., Šolcová, I. *Komunikace a stres*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 23.

¹⁰⁰ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003, s. 171.

Carnegie je přesvědčen, že ke svému životu potřebujeme také přátele, kteří naplňují náš život. Je nutné se naučit ovládat své nutkání druhé kritizovat, a naopak si osvojit zvyk druhé chválit a upřímně je oceňovat. Neodsuzujme druhé a snažme se pochopit, proč se tak chovají. Přináší to více sympatií, snášenlivosti a laskavosti. To, co nás činí spokojenými v zaměstnání, nám vytváří i šťastný domácí život, což je základní potřebou každého člověka.¹⁰¹

Hayová se domnívá, že součástí dobrého zdravotního plánu by mělo být vzdělávání. Naučilo by nás, jak přispět ke svému zdraví. Každý by se mohl naučit principy spojení těla a duše, hodnotu správné výživy a cvičení, používání bylinek a vitamínů. Mohli bychom všichni zkoumat přírodní, doplňkové způsoby, díky kterým by naše populace byla zdravá. Zdravé tělo, šťastná mysl a dobré, silné duchovní spojení jsou pro naši celkovou harmonii a vyrovnanost nezbytné.¹⁰²

Dílčí závěr

Žijeme ve vypjaté době, která se vyznačuje hospodářskou recesí. Mnohým z nás hrozí ztráta zaměstnání, stále více času trávíme v zaměstnání, stáváme se zadluženými. Nedostatek času se projevuje i vážnoucí komunikací se svými nejbližšími, příbuznými, přáteli. Až polovina lidí trpí depresí a podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) každý pátý člověk trpí různou formou duševního onemocnění. Souvislost počtu těchto onemocnění se společenskými a ekonomickými změnami je nepochybná. Fyzická i psychická kondice se podle většiny výzkumů dlouhodobě snižuje a vzrůstá výskyt civilizačních onemocnění. Může za to nejen současný hektický životní styl, stres, strava, ale především úbytek pohybu. Rostou počty lidí s vysokým krevním tlakem, cukrovkou a dalšími civilizačními chorobami. Medicína není všemocná a ne na každou nemoc existují léky. Podporujme prevenci a vzdělávání v lékařské oblasti, buďme dostatečně aktivní a zodpovědní za své zdraví. Je přece na každém z nás, jaký život vedeme, jak s ním naložíme a co předáme do vínku svým dětem a budoucí generaci.

¹⁰¹ Carnegie, D. *Jak se radovat ze života a z práce*. 1. vydání. Praha: TALPRESS, 1995, s. 55, s. 70.

¹⁰² Hayová, Louise, L. *Život! Zvolte si vlastní cestu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 85, s. 98.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ POJIŠTĚNCŮ

Praktickou část této práce jsem rozdělila do čtyř podkapitol. V první uvádím metodiku dané problematiky, popisuji přístup k řešení a zvolený cíl. V druhé části představuji výzkumný vzorek respondentů. V třetí části charakterizuji, analyzuji a interpretuji jednotlivé rozhovory. V závěrečné podkapitole shrnuji výsledky výzkumného šetření.

4.1 Metodika praktické části

Teoretická část diplomové práce byla zaměřena na význam sociálního zabezpečení v ČR v době, která s sebou přináší mnohá sociální rizika a nepředvídatelné události. Dobře nastavenými nástroji sociální politiky státu lze částečně předcházet a zmírňovat nepředvídatelné sociální události, v kterých se jedinec ocitá. Jednou z takových sociálních událostí je dlouhodobá nemoc, která může být pro jedince fyzicky a psychicky náročnou. V této souvislosti zdůrazňuji úlohu posudkových lékařů, kteří v rámci svých kompetencí provádí posouzení zdravotního stavu občanů, ať již v souvislosti s přiznáním invalidního důchodu či žádostmi občanů o různé druhy příspěvků. V teoretické části také vymezují důležité pojmy, jako je sociokulturní prostředí, osobnost člověka, sociální opora, kvalita života, které souvisí se sociálními dopady jedince v případě sociální události, za kterou lze dlouhodobou nemoc považovat. Nelze opomíjet ani psychické dopady, spojené s touto nepředvídatelnou situací, a proto definuji další pojmy z oblasti psychologie. V závěru této části popisují cesty ke správnému životnímu stylu a podtrhují roli osobní odpovědnosti a prevenci zdraví.

V metodologické části práce představím cíl, zvolím výzkumnou strategii a objasním vlastní organizaci výzkumu. Provedu charakteristiku respondentů, analyzuji a interpretuji jednotlivé rozhovory, závěrem vyhodnotím výsledky výzkumu.

Cílem diplomové práce je v rovině teoretické i praktické charakterizovat a popsat danou sociální událost, která souvisí s dlouhodobou nemocí. V popředí mého zájmu budou sociální a s tím i související psychické aspekty.

Vzhledem k vytyčenému cíli práce jsem při realizaci svého výzkumu použila kvalitativní výzkumnou metodu.

Jak uvádí Řehoř, metoda je soustavný postup, který v dané oblasti vede k cíli, v ideálním případě nezávisle na schopnostech toho, kdo ho provádí. Jde o souhrn pojmů, nástrojů a pravidel, jež patří k základům každé vědy, popř. i jiných činností. Vytváření

jakékoliv metody předpokládá apriorní stanovení cíle jednání, který může být globální i dílčí, neurčitý i přesně definovaný. Cíl určuje charakter metody, resp. vymezuje určité pole možných metod, jejichž kvalita je posuzována jejich schopností dosáhnout daný cíl přesně, v co nejkratším čase, s výdajem minimální nutné energie.¹⁰³

Posláním kvalitativního výzkumu je dle Dismana porozumění lidem v sociálních situacích. Používá induktivní logiku - na začátku výzkumného procesu je pozorování a sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie. Kvalitativní výzkum nám umožňuje získat mnoho informací o velmi malém počtu jedinců. Generalizace na populaci je problematická a někdy nemožná. Oproti kvantitativnímu výzkumu je standardizace slabá, má nízkou reliabilitu, ale potenciaálně může mít vysokou validitu.¹⁰⁴

Strauss s Corbinovou chápou kterýkoliv výzkum, ve kterém nejsou dosahovány výsledky pomocí statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace, za kvalitativní výzkum. Je vhodné jej použít tam, kde se zaměřujeme na životy lidí, jejich příběhy či chování.¹⁰⁵

V kvalitativním zkoumání se podle Reichla vždy jedná o šetření nepříliš velkých souborů (několika málo desítek prvků) a vzhledem k základním rysům tohoto výzkumného přístupu většinou nejde o podoby výběrů statistické. Jednou z cest získávání výzkumných informací je dotazování, způsob specifický pro výzkum sociální.¹⁰⁶

Podstatou dotazování je kladení otázek, ať už ve formě mluvené (rozhovor), nebo písemné (dotazník). Rozhovor neboli interview, je technika poměrně hojně využívaná na výzkumné půdě řady oborů, psychologie, pedagogiky, sociologie, andragogiky atd. Rozhovory provádí většinou jedna jediná osoba, dotazovaným osobám se říká respondenti, nebo také, často v kvalitativním zkoumání, informátoři či informanti.

Nejčastěji se setkáváme s těmito podobami rozhovorů: volný rozhovor (též neformální, nestrukturovaný), narativní rozhovor (volné vyprávění na nějaké téma), polostrukturovaný rozhovor (též rozhovor pomocí návodu, částečně řízení aj.). Třetím aplikačním typem

¹⁰³ Řehoř, A. *Metodologie 1*. Brno: IMS, 2004, 53 s.

¹⁰⁴ Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2007, s. 286-287.

¹⁰⁵ Strauss, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, s. 10.

¹⁰⁶ Reichel, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 88.

interview, stojícím na opačném pólu strukturovanosti, je rozhovor strukturovaný (řízený, strukturovaný s otevřenými otázkami). Jsou to většinou otázky volné, často ovšem v předem určené a tedy závazné formulaci. Takto pořízená data se lépe vyhodnocují, jelikož mají vzájemně srovnatelnou tematickou strukturu i rozsah.¹⁰⁷

Stejným způsobem na kvalitativní výzkum nahlíží Radvan s Vavříkem. Hovoří o „umění“ kvalitativního interview, spočívajícího ve zkušenosti výzkumníka a v jeho schopnosti vymezit výzkumnou otázku. Stejně důležité jsou též volba „správných“ respondentů a zpracování předběžného plánu rozhovoru včetně podřízených otázek a sond, rozvíjejících respondentovy odpovědi. Výzkumník musí být rovněž schopen samostatně a pružně reagovat během rozhovoru na poskytnuté informace a vyvarovat se chyb v kladení otázek. Narativní interview začíná uvedením informanta do kontextu a několika otázkami směřujícími k tomu, aby se rozpovídal a svěřil. Ve druhé fázi (respondentovo vyprávění) se zásadně nedoporučuje jeho výklad přerušovat otázkami. Úkolem badatele je ovšem porozumět v naraci skrytým a naznačovaným významům. Proto se zpětně snaží formou otázek zjistit, zda adekvátně pochopil informantova sdělení a vyzvat jej, aby svůj příběh „dovyprávěl“.¹⁰⁸

Na začátku rozhovoru s účastníkem výzkumu se odehraje představení, výzkumník seznámí s projektem, ujistí o anonymitě, požádá o souhlas k participaci na výzkumu a případně požádá o souhlas rozhovor nahrávat. Po představení výzkumu by měly následovat úvodní otázky, které mají navodit spontánní vyprávění účastníka rozhovoru. Úvodní otázky by měly být jednoduché a měly by dávat najevo empatii s účastníkem. Hlavní otázky překládají témata z vědeckého jazyka do běžné řeči, aby jim respondent rozuměl a mohl na ně smysluplně odpovídat. Hlavní otázky musí být pečlivě konstruovány s ohledem na to, aby neomezovaly nebo nepředurčovaly odpovědi a zároveň pokrývaly zájem výzkumu. Cílem je povzbudit jedince, aby hovořili o svých zážitcích, dojmech a přesvědčeních. Důrazně by se měl výzkumník vyvarovat sugestivní podobě hlavních otázek. Uzavření rozhovoru by nemělo probíhat ve spěchu, ani by jej badatel neměl odbýt jednou větou.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Reichel, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 111-112.

¹⁰⁸ Radvan, E., Vavřík, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, s. 49-50.

¹⁰⁹ Švaříček, R., Šedřová, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 163-164.

Rozhovor označuje Reichl jako specifickou sociální situaci, navozenou uměle, obvykle na základě určité aktivity tazatele. Role tazatele se pochopitelně bude zřetelně odlišovat, půjde-li o nestandardizovanou či částečně standardizovanou podobu rozhovoru nebo o variantu zcela standardizovanou. V případech jeho předem stanoveného průběhu jde sice o situace více rutinní, nicméně je musí umět bezchybně zvládat. Současně by měl tazatel stát mimo jakékoli struktury a hierarchie, do nichž je zařazen respondent/informant, měl by být v tomto ohledu nezávislý.¹¹⁰

Metodu rozhovoru je vhodné spojit s pozorováním. Jak podotýká Švaříček, Šed'ová a kol., badatel si může v této kombinaci udělat komplexní obrázek o dané situaci. Nelze však říci, jak obě metody následují po sobě, spíše se neustále prolínají. Z rozhovorů získáváme témata pro pozorování a to dává hloubku a oporu pro otázky. Při výzkumu se vždy musíme zaměřit na bohaté deskriptivní údaje. Porozumění, vycházející z prolínání dvou metod hloubkového rozhovoru a zúčastněného pozorování, vede k pochopení komplexnosti situace. Hloubkový rozhovor je proces získávání dat a sestává se z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat, z psaní a prezentace výzkumné zprávy. Nejde primárně o zachycení toho, o čem respondenti vypovídají, nýbrž toho, jak o tom vypovídají a následné interpretování, proč tak činí. Vzhledem k tomu, že předmětem narativní analýzy je struktura vyprávění, nevystačí si sociální vědy bez pomoci disciplín, které se na tento typ práce specializují, tedy lingvistiky, literární teorie a sémiotiky.¹¹¹

K uskutečnění rozhovoru je vhodné navodit uvolněnou atmosféru, projevovat zájem, empatii, aby se dotazovaný cítil příjemně a mohl tak nerušeně odpovídat na otázky a volně vyprávět. Byla jsem si vědoma, že zvolené téma rozhovoru je velice citlivé, budu zkoumat hluboké prožitky a získávat důvěrné informace od jednotlivých respondentů. Proto jsem velice odpovědně přistupovala ke skladbě výzkumných otázek. Byla jsem připravena na to, že ne každý je ochoten sdílet a vyjádřit své pocity, postoje a myšlenky.

Zvolila jsem metodu polostrukturovaného hloubkového rozhovoru, který vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Témata jsem rozdělila do 3 základních výzkumných otázek a k nim postupně přiřadila další podotázky.

¹¹⁰ Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2007, s. 116.

¹¹¹ Švaříček, R., Šed'ová, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 158, s. 237.

V rozhovorech s respondenty jsem hledala odpovědi na tyto otázky.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

1. Znáte příčiny Vašeho onemocnění, jaké jsou?
2. Pokuste se v krátkosti popsat průběh nemoci.
3. Jaký je Váš postoj k nemoci?
4. Jaká je prognóza další léčby?
5. Jaké omezení Vám způsobuje nemoc (po fyzické i psychické stránce)?
6. Pokud jste nějakou dobu byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, jak jste to snášel/a?
7. Jste spokojen/a s úrovní zdravotní péče v ČR? V čem vidíte pozitiva a naopak negativa?

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

1. Myslíte, že znáte, na jaké dávky, poskytované státem, máte nárok?
2. Omezila Vás finanční ztráta příjmu ze zaměstnání, v čem nejvíce?
3. Jaké informace má zaměstnavatel o Vaši nemoci, jste s ním v kontaktu?
4. Jak se vyrovnáváte se změnou sociálního statusu?
5. Jaká forma pomoci či podpory se Vám dostává od rodiny, popř. Vašich blízkých?
6. Myslel/a jste na finanční zabezpečení v případě nemoci?

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

1. Jaký byl Váš životní styl před nemocí, chtěl/a byste ho změnit po ukončení léčby?
2. Jaké formy duševní relaxace používáte, věříte jim?
3. Jak vnímáte současnou životní realitu?
4. Změnil se Váš žebříček hodnot s ohledem na trvající zdravotní potíže?
5. Co je v současné době pro Vás nejdůležitější?

Otázky byly koncipovány až po podrobném studiu teoretických východisek daného tématu získaných studiem odborných knih, článků a v neposlední řadě využitím osobních zkušeností. Dbala jsem na to, aby otázky neomezovaly nebo nepředurčovaly odpovědi a zároveň pokrývaly zájem výzkumu. Výzkumné otázky vycházely z konceptuálního rámce a harmonizovaly s koncepty a cíli výzkumu. Účelem bylo povzbudit jedince, aby

hovořil o svých zážitcích, dojmech a přesvědčeních. Správně vedený kvalitativní výzkum může dospět k relevantním výsledkům a být v souladu s etickými zásadami.

Strauss s Corbinovou podotýkají, že některé zkoumané oblasti se hodí spíše pro kvalitativní typ výzkumu. To je případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. nemocí, přestoupením na jinou víru nebo závislostí.¹¹²

Výzkum byl organizován od listopadu 2013 do ledna 2014. Celkem jsem uskutečnila 5 rozhovorů, které probíhaly vždy v klidném, nerušeném prostředí. Respondenti měli možnost vyprávět a odpovídat bez přítomnosti dalších osob, které by je mohly ovlivňovat a rušit. 2 respondenty jsem znala osobně, u ostatních jsem neznala diagnózu ani rodinné poměry. Délka rozhovorů se pohybovala od 45 minut do 60 minut. Respondenti byli ochotní, odpověděli mi téměř na všechny otázky. Některé jsem nemusela pokládat, protože byly zodpovězeny v jiné fázi rozhovoru. Pokud jsem dostatečně odpovědi nerozuměla nebo jsem se chtěla přesvědčit o jejich správném pochopení, vyzvala jsem je o „dovyprávění“ formou doplňující otázky.

Na začátku každého rozhovoru proběhlo krátké představení výzkumu (případně vzájemné osobní představení) s ujištěním o anonymitě a důvěrnosti. Vyzvala jsem respondenty k participaci a požádala o souhlas s nahráváním souboru. Nikdo z nich mi nahrávání rozhovoru neodmítnul. Poté jsem zapnula nahrávací zařízení a položila obě otázky znovu. Nahrávací zařízení jsem umístila mimo obzor očí. Možnost nahrávání jsem volila z důvodu, abych mohla dobře sledovat reakce respondentů, jejich neverbální projevy, nejazykové projevy (přeřeknutí, zkomolení, dlouhé mlčení před odpovědí). V průběhu rozhovoru jsem si zaznamenávala jevy, které se týkaly právě mimoslovních projevů, reakcí, a také jsem kontrolovala schéma zodpovězených otázek. Tyto kroky mi usnadnily získané informace znovu přehrát, vybavit si jednotlivé reakce. Při následné interpretaci jsem mohla lépe kódovat, komentovat a vracet se k jednotlivým úryvkům rozhovoru.

Respondentům jsem představila 3 hlavní výzkumné otázky a poté jsem jim nechala prostor pro subjektivní vyjadřování myšlenek, pocitů, vztahů, emocí. U některých respondentů jsem projevovala větší aktivitu a dávala najevo empatii pro snazší vyjádření jejich momentální situace a postojů, usměrňovala rozhovor, pokládala dynamičtější otázky,

¹¹² Strauss, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, s. 11.

abych udržela vzájemnou interakci během rozhovoru. Kladla jsem otázky s absencí odborných termínů, a tím jsem se vyvarovala nepochopení ze strany dotazovaných.

Vybízela jsem respondenty k jasným a bohatým odpovědím, abych dobře porozuměla řeči respondentů. Otázky se stávaly návodem, nikoli závazným dokumentem, který je nutno striktně dodržovat. Některé odpovědi se prolínaly s jinou otázkou a nebylo nutné ji znovu pokládat. V průběhu rozhovorů docházelo k interakci, která se vyvíjela od vzájemné spolupráce. Ochota sdílení jednotlivých respondentů byla různá. Ty, které jsem znala osobně, byly aktivnější, vyjadřovali přirozeně své pocity a názory, byli detailnější v popisu událostí.

Bezprostředně po nahrání rozhovoru proběhlo přepsání, abych mohla získaná data zachytit s co největší přesností. V úvodu každého rozhovoru jsem vypsala základní data o respondentovi a provedla stručnou charakteristiku. Poté se respondenti vyjadřovali k jednotlivým výzkumným otázkám a podotázkám. Pomocí techniky analytického závorkování, tj. rozdělení na jednotky – slova, sekvence slov, části vět, jsem rozhovor přepsala. Tyto kroky mi umožnily dospět k závěrečnému komplexnímu zhodnocení výsledků výzkumu.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Vzorkování má v kvalitativním výzkumu jiná pravidla než ve výzkumu kvantitativním. Cílem není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém. Není tedy konstruován náhodně, ale záměrně s ohledem na výzkumný problém a výzkumné otázky. S ohledem na téma mé práce byl výzkumný vzorek apriori determinován co do své struktury. Předem jsem si určila klíče pro výběr respondentů.

Vybrala jsem zástupce ze skupiny, kteří jsou v dlouhodobě nemocní a do výzkumu jsem zařadila vzorek 5 respondentů, jejichž jména jsou smyšlená. Dalším kritériem byla vyváženost výzkumu týkající se pohlaví, věkové struktury a sociálního statusu – zvolila jsem 2 muže a 3 ženy. Dotazované jsem vybírala sama nebo na doporučení známých. Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, výsledky výzkumu budou sloužit pouze pro zpracování mé diplomové práce. Rozhovory probíhaly v mém bytě nebo v zasedací místnosti mého zaměstnavatele bez přítomnosti jiných osob, čímž byla zajištěna intimita sdělených informací.

Svým výzkumem, i když pouze u malého vzorku respondentů, jsem se snažila nastínit, jak vybraní respondenti chápou svou životní realitu, jakým jevům a situacím přikládají velký význam, co je pro ně méně důležité, popř. co se u nich, vlivem nečekané sociální události, změnilo. Šlo o vyjádření subjektivního významu postojů k dané sociální realitě.

Jsem si vědoma důsledků, které s sebou přináší kvalitativní výzkum. Jedním z nich je získání velkého množství informací na malém počtu jedinců. Generalizace na populaci je značně problematická. Je dále možné, že výzkum probíhající v jiném regionu ČR by mohl přinést jiné výsledky a může být ovlivněn jinými faktory (např. zaměstnaností v regionu, strukturou obyvatel, sociálním zázemím, životními podmínkami atd.).

Kvalitativní výzkum podle Radvana a Vavříka předpokládá sledování určitého jevu formou zúčastněného pozorování a interview, které jsou prováděny v různých prostředích a situacích. Výsledky tohoto pozorování nelze kvantifikovat, avšak badatel je může plasticky popsat. Tento zajímavý popis neslouží jako podklad generalizace, umožňuje však zprostředkovat porozumění.¹¹³

¹¹³ Radvan, E., Vavřík, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, s. 24.

4.3 Analýza jednotlivých rozhovorů

Respondent č. 1

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Věk: 34 let

Vzdělání: vyučena

Paní Alena je vdaná, má 3 děti a bydlí v obecním bytě 2+1, v menším příhraničním městečku na Vysočině. Práce se v tomto regionu shání těžko, je zde velká nezaměstnanost. Pokud se nějaká práce najde, je to na krátkou dobu a za minimální mzdu. Naposledy byla zaměstnána asi 1,5 roku ve firmě, která se zabývá výrobou, balením a distribucí čajů, a to jako balička. Pracovní poměr měla na dobu určitou a 14 dnů před skončením zaměstnáním byla stížena mozkovou příhodou. Protože v době vzniku sociální události jí trvala účast na nemocenském pojištění, měla nárok na pobírání náhrady mzdy od svého zaměstnavatele v délce 21 dnů a od 22. dne pracovní neschopnosti pobírá dávku nemocenského pojištění – nemocenské.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„Stalo se něco, s čím jsem nepočítala ani já, ani manžel, bylo to nečekané. Nikdy předtím jsem se neléčila na žádný psychický onemocnění, měla jsem předtím pouze nějaký gynekologický problémy. Jednou ráno jsem šla do kuchyně, datum si fakt přesně nepamatuju, udělalo se mi strašně zle, děti šly zrovna do školy, a od té doby si nepamatuju vůbec nic. Manžel mě odvezl do nemocnice, kde jsem byla týden, na pobyt tam si také nevzpomínám, nedokážu Vám říct, jak mi tam bylo, nic se mi nevybavuje. Pamatuju si tak tři dny nazpět, pak nic, mám v hlavě prázdno. Doktoři říkali manželovi, že nemají páru, proč se to stalo, že vůbec neví. Řekli mu, že se prostě musím sama dát do pořádku. Po návratu z nemocnice se o mě stará manžel a děti. Mám tři děti, dva kluky 15 let a 7 let, a holku, tý je 10 let. Jsou hodný, pomáhají mi, nedělají mi velké starosti. Tato nemoc mě strašně omezila, nikam nechodím, jsem pořád doma. Trvá to skoro rok. Ráno vstanu, děti

odejdou do školy, jdu nakoupit, něco uvařím a padne na mě hrozná únava. Léky беру, neřeknu Vám jaký, to si z hlavy nepamatuju. Na kontroly k doktorovi chodím pravidelně, ten mi píše ty prášky.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„Teď jsem tady na kontrole mého zdravotního stavu. Ten pán, co jsem byla u něj na kontrole, mi říkal, že mi od dalšího měsíce přiznávají I. stupeň invalidity a dali mě nějaký papír, budou to posílat do Prahy. Pak si mě někdy zase pozvou na další kontrolu. Ani nevím, kolik teď budu brát. Taký mi říkal, ať se jdu nahlásit na Úřad práce. Je tady se mnou manžel, jezdí se mnou, pokud není v práci, po doktorech, sama bych to nezvládla. O nic jsme si nežádali, manžel má výplatu, bere přídavky na děti, já mám nemocenskou, na nějaké dávky od státu nám to asi nevyjde. Vydělávala jsem si lepší peníze, než mám teď z nemoci. Připojištění nebo něco jiného nemám. S bývalým zaměstnavatelem nemám žádný kontakt, ani s kolegyněmi, byly většinou starší, žádnou bližší kámošku jsem tam neměla. Abych Vám řekla pravdu, ani nemám zájem, aby za mnou někdo z práce chodil. Já tam také nechodím. Dělá mi problém být s někým delší dobu v kontaktu, jsem nejraději doma.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„Ta nemoc mě strašně změnila, dříve jsem byla hodně aktivní člověk, teď jsem úplně pasivní. Chodila jsem na procházky, ven, s dětima jsme blbnuli, teď to vůbec nejde. Dřív jsem hodně přemýšlela, teď to prostě nejde, mám v hlavě takový prázdno. Poslouchám muziku na sluchátka, občas si čtu knížky, ale když přečtu dvě, tři stránky tak nevím, o čem to bylo. Do práce si netroufám vrátit, dělá se tam na směny a já jsem teď hned unavená, nevím, jak to bude dál. U nás jsou dva větší podniky, ty nepřibírají, v té balírně je práce jenom sezónní, s prací je to tady hodně špatný. Ještě než jsem nastoupila do balírny, tak jsem mohla pracovat jako šička v soukromé šicí dílně, kousek od nás. Ale na pracáku mi řekli, ať tam vůbec nenastupuji, že mi to nedoporučují. Prostě žádnou práci fyzicky nezvládnou, chvílku něco dělám a padne na mě taková únava, že už dál nemůžu. Co bude dál? No nad ničím neuvažuju a nepřemýšlím, co bude, jak bude, nevím, co bych k tomu ještě řekla....“

Analýza rozhovoru:**I. Téma – „Povědomí o nemoci“**

„...stalo se něco, s čím jsem nepočítala (...) bylo to nečekané (...) udělalo se mi strašně zle (...) nepamatuju si vůbec nic (...) nedokážu Vám říct, jak mi tam bylo (...) doktoři nemají páru, proč se to stalo (...) musím se sama dát do pořádku (...) nemoc mě strašně omezila, nikam nechodím, jsem pořád doma (...) léky beru, ale já si to z hlavy nepamatuju...“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„...dali mě nějaký papír, pak si mě zase pozvou (...) nevím, kolik teď budu brát (...) o nic jsme nežádali (...) na nějaké dávky od státu nám to asi nevyjde (...) se zaměstnavatelem nemám žádný kontakt (...) nemám zájem, aby za mnou někdo chodil (...) jsem nejraději doma...“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„... ta nemoc mě strašně změnila, dříve jsem byla hodně aktivní člověk, teď jsem úplně pasivní (...) dřív jsem hodně přemýšlela (...) mám v hlavě takový prázdno (...) do práce si netroufám (...) s prací je to tady hodně špatný (...) prostě žádnou práci fyzicky nezvládnou (...) neuvažuju a nepřemýšlím, co bude, jak bude, nevím, co bych k tomu ještě řekla.“

Interpretace rozhovoru:

Nejenom paní Alenu, ale i její rodinu nemoc překvapila, stalo se něco, s čím nikdo z nich nepočítal. Nevybavuje si přesné datum mozkové příhody ani dobu hospitalizace v nemocnici. Doktoři ji utvrdili v myšlence, že celkovou délku indispozice, způsobenou mozkovou příhodou, nelze s určitostí stanovit. Záleží na ní, jak bude silná a dokáže nemoci čelit. Po fyzické stránce se necítí dobře, při jakékoliv činnosti se rychle unaví, proto také často odpočívá. Dávky nemocenského pojištění byly zastaveny a posudkový lékař jí od dalšího měsíce přiznal 1. stupeň invalidity. Zatím nezná výši přiznaného invalidního důchodu, přesto si nemyslí, že by mohli pobírat dávky v hmotné nouzi. Manžel je zaměstnán, pomáhá jí společně s dětmi. Neprojevuje zájem o jakýkoliv kontakt se zaměstnavatelem nebo bývalými spolupracovníky. Nejraději je doma. Uvědomuje si, že onemocnění s sebou přináší sociální izolaci a hendikep v podobě ztráty zaměstnání. Nepřemýšlí nad budoucností a nad možnou změnou svého dosavadního stavu, rodina jí poskytuje dostatečnou záruku a oporu.

Respondent č. 2

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Věk: 49 let

Vzdělání: úplné střední odborné

Paní Klára je vdaná, má 2 starší děti a bydlí v rodinném domě ve městě. Před vznikem nemoci byla zaměstnaná v menší rodinné firmě, jako účetní. Byla zvyklá hodně pracovat, zastávala práci za manžela i otce, pokud bylo třeba, pracovala o víkendech i svátcích. Firma byla dobře zaběhnutá a fungovala několik let. V posledních letech jejich podnikání ohrozila ekonomická krize, a také zákeřná nemoc paní Kláry. S ohledem na tyto skutečnosti byla situace personálně a finančně neudržitelná a podnikání byli nuceni ukončit a zaměstnance propustit.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„Byla jsem vždycky člověk, co chtěl mít všechno na 100%, ale vnitřně jsem se stresovala. Jak nebylo něco podle mých představ, vnitřně mě to štvalo. Byla jsem navenek veselá, ale ukládalo se mi to dovnitř. Říkají, a to si zapamatuj, negativní nemoce vyvolávají emoce, a to platí dnes a denně. Takže jednoho krásnýho dne jsem cítila, že na prsu je bulka. Protože jsem vnímavý člověk, tak jsem vytušila, že se něco děje. Nevěděla jsem co to je, ale cítila jsem to. Přesto jsem k doktorovi šla až za dva měsíce, teď vím, že to byla chyba. Dnes každého poučuju, běž hned! Lékař mi tady v okresní nemocnici udělal veškerá vyšetření a zjistil, že je na prsu nádor. Byl to pro mě šok. Od doktora jsem odcházela a nevnímala jsem svět, přes slzy jsem neviděla. Navíc se ke mně nechoval zrovna moc dobře, řekl - Klára, hm, ještě mladá. Nevěděla jsem, jak moc je to vážný a co se mnou bude dál. S manželem jsme naznali, že v místní nemocnici nezůstanu na léčbu. Tak se nám podařilo, nějakým způsobem, dostat do krajské nemocnice a tam začít s chemoterapií. Nepodařilo se nádor zapouzdřit, protože to byl agresivní typ nádoru. Na jaře jsem šla na první operaci, moc jsem brečela, že nechci, aby mi vzali celé prso. Tak mi vyhověli, vzali mi pouze část, ale stejně mě čekala druhá operace v létě, kdy už mi vyoperovali celé. Následně na podzim jsem prodělala plastiku prsu a z druhého prsu mi vybrali mléčné

žlázky. V krajské nemocnici se ke mně chovali úžasně, připadala jsem si jak na hotelu. Sestřička mi ukázala, jak můžu chodit z nemocničního pokoje přímo do parku, protože bylo strašný vedro. Zkrátka byli milí a ochotní. Pořád se mě ptali, jestli něco nepotřebuju, jak se cítím, zda mě něco nebolí. Co mi utkvělo v paměti, a co mě dojalo, když řekli - Vy pacientky tady nejste, abyste trpěly, my Vám dáme něco na utišení bolesti. Tým zdravotníků naprosto perfektní, nechápu, jak je vybírají, ale jsou to andělé. To se nedá s naší místní nemocnicí vůbec srovnat. U nás jsem měla ty nejhorší zkušenosti. Tady byl úžasný přístup všech zdravotníků i ostatního personálu.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„Jako zaměstnanec mám nárok na nemocenskou, která mi bude končit, mám zažádáno o plnou invaliditu, která mně předběžně vychází na 8.000,- Kč. No, nevím, je to tolik peněz za to, že nemůžu zvednout ani tašku? Kdybych s tím měla žít sama, nedovedu si to představit. Je to tak, že mě živí manžel. Splácíme ještě hypotéku, takže vše platí manžel. Připojištění jsem měla, ale uzavřené tak hloupě, takže jsem dostala pouze příspěvek na pobyt v nemocnici a jinak nic a to marodím skoro rok. Dnes již žádné pojištění nechci, protože to nejhorší, co mě mohlo potkat, mám již za sebou. Žádná pojišťovna mě nepojistí, mám velká rizika a musela bych měsíčně hodně platit, a to si ty peníze budu raději dávat pod polštář, ... cha, cha. Od státu jiné dávky nežádáme, protože manžel jako podnikatel má vyšší příjmy, tudíž na nic nedosáhneme. Se zaměstnanci ve firmě jsme se všichni znali, byli jsme malá firma, asi 12 zaměstnanců. Věděli o mně vše, o rakovině, jejím průběhu, prostě vše a drželi mi palce. Práci převzala kolegyně a všichni byli skvělí. Škoda, že to dopadlo, jak dopadlo a firma prakticky končí.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„To, co se stalo, je velké ponaučení, ženským bych vzkázala, aby se naučily říkat ne, a aby spoustu věcí neprožívaly tak intenzivně. Jednoduše, to špatný hodit za hlavu. Proto se učím, brát si ze života to lepší a většinu věcí беру tak, jak přichází. Ani kdybych se pokrájela, něco prostě nezměním. Naučit se být i trošku egoistický. Prožila jsem tři náročné operace poměrně v krátké době po sobě, ta třetí, rekonstrukce prsu trvala 10 hodin, a když se probudíš z umělého spánku, to je něco strašného. Připadalo mi, že jsem se ocitla v nebi, byla jsem mimo realitu a vnímala něco mimo mě. Tak jsem se dostala

k východní meditaci, která se mi osvědčila. Chodím teď na tajči, to se mi líbí a vyhovuje mi. Věřím na vesmírnou energii a dokážu si spoustu věcí ovlivnit. Manžel tomu nevěří, a v tom se naše cesty rozcházejí, protože on je tvrdý realista. Říkala jsem si, že po padesátce si už zasloužím ten život užívat, než přijdou vnoučata. Manžel si třeba uvědomil, že kdyby mě ztratil, bylo by to hodně špatný. Byli jsme vždycky na sebe hodně fixováni, spoléhali jsme jeden na druhého, ale nikdy jsme se nijak neomezovali. Teď má právě nějaké zdravotní problémy a potřebuje zas on mě. Co si teď přeju a na co myslím - aby manžel vyřešil své problémy, aby to dobře dopadlo a nestalo se něco zásadně špatného. Co bych řekla závěrem, hm..., že věci kolem sebe nevnímám negativně, z každé si něco vezmu.“

Analýza rozhovoru:

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„...vnitřně jsem se stresovala (...) navenek veselá (...) ukládalo se mi to dovnitř (...) negativní nemoce, vyvolávají emoce (...) cítila jsem na prsu bulku (...) vím, že je to chyba (...) zjistil, že je na prsu nádor (...) nevnímala jsem svět, přes slzy jsem neviděla (...) nevěděla jsem, jak moc je to vážný (...) nechci, aby mi vzali celé prso (...) připadala jsem si jako na hotelu (...) byli milí a ochotní (...) tady nejste, abyste trpěly (...) jsou to andělé.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„...a mám zažádáno o plnou invaliditu (...) nedovedu si to představit (...) živí mě manžel (...) pojištění nechci, protože to nejhorší, co mě mohlo potkat, mám již za sebou (...) peníze budu raději dávat pod polštář (...) od státu jiné dávky nežádáme (...) ve firmě jsme se všichni znali (...) drželi mi palce (...) škoda, že to dopadlo, jak dopadlo a firma končí.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„...velké ponaučení (...) to špatný hodit za hlavu (...) brát si ze života to lepší (...) něco prostě nezměním (...) připadalo mi, že jsem se ocitla v nebi (...) dostala jsem se k východní meditaci (...) dokážu si spoustu věcí ovlivnit (...) v tom se naše cesty rozcházejí (...) po padesátce si už zasloužím ten život užívat (...) kdyby mě ztratil, bylo by to hodně špatný (...) aby manžel vyřešil své problémy (...) věci kolem sebe nevnímám negativně, z každé si něco vezmu.“

Interpretace rozhovoru:

Paní Klára chtěla mít vždy svůj život uspořádaný, některé záležitosti prožívala velmi intenzivně. Navenek nedávala nic najevo, ale vnitřně se trápila. Když si jednoho dne nahmatala bulku na prsu, tušila, že se něco děje. Na lékařskou prohlídku šla až za dva měsíce a dnes ví, že to byla chyba. Lékařská diagnóza zněla nemilosrdně – „rakovina prsu“. To byl pro ni šok, ze kterého se dlouho vzpamatovávala. Společně s manželem rozhodli, že léčbu a následné operace podstoupí v krajské nemocnici, které více důvěřovali. Přestože prodělala celkem tři náročné operace, nemůže si vynachválit přístup celého lékařského personálu v krajské nemocnici. Paní Klára pobírá nemocenskou a má zažádáno o invalidní důchod. S manželem společně splácí hypotéku, a pokud by zůstala sama, nedokáže si představit, jak by se užívala. Na dávky od státu jim nevznikne nárok, jelikož manžel překračuje hranici příjmu, která je rozhodná pro přiznání dávek v hmotné nouzi. Byla zaměstnankyní rodinné firmy a její dlouhodobá pracovní neschopnost ji neumožňovala se plně věnovat své práci. Přes všechny těžkosti, které prožila, nevidí svět pesimisticky, posunula se v životě o krůček dál. Uklidnění a naději našla ve východní meditaci. Pravidelně cvičí a věří na vesmírnou energii. S manželem se podporují a chtějí si více užít život, nevidět věci kolem sebe negativně a rozhodně se těší na první vnoučata.

Respondent č. 3

Pohlaví: žena

Stav: rozvedená

Věk: 43 let

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Paní Jana je rozvedená a žije se svými syny v panelovém bytě ve městě. Je zaměstnána jako referentka informačního centra jednoho velkého obchodního řetězce asi 9 let. Její zaměstnání je psychicky náročné a vyžaduje velkou trpělivost při jednání se zákazníky. Nemoc ji nečekaně vyřadila z pracovního procesu téměř na 5 měsíců, což poznamenalo rodinný rozpočet a ověřilo soudržnost vzájemných vztahů. Nemoc jí dočasně vyřadila z role matky, starost o ni a domácnost na čas museli převzít její dva synové (18 a 21 let). Naštěstí to nejhorší mají za sebou a navíc je nečekaná sociální událost všechny semkla.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„Co mi je jsem věděla hned. V létě jsem pomáhala známé na chalupě se senem a večer, ten samý den, jsem si vytáhla klíště. Měla jsem přesně datum v kalendáři a řekla jsem si pozor, kdybych dostala teplotu, tak to bude vončo. Teplotu jsem dostala, šla jsem hned k paní doktorce, ta mě poslala na infekční, vzali mi krev a tam se vopravdu v první fázi nic neprokázalo. Takže jsem byla v klidu, říkala jsem si, že jsem asi hypochondr. Po dalších 14 dnech mně vyběhly další teploty, ty už byly vyšší. Přesně si pamatuju, že mě Kamil (starší syn) odvezl na pohotovost v sobotu, tam mi doktor řekl, že mám nashromážděné bolesti hlavy, píchl kalciovku, změřil tlak a poslal mě domů. Bylo mi tak zle, že jsem lezla po čtyřech. V pondělí mě odvezly čtyři pětky a udělali mi ihned lumbálku. Primář mi řekl, že mám předpisový zánět mozkových blan, způsobený klíšťovou encefalitidou. Jde o otok na mozku, a to se vlastně nedá léčit. To byla taková garda, že mě bolela hlava, tak šíleným způsobem, že mi nic jiného nezbylo, než ležet a ležet. Dávali mi kapačky, což je přídavná léčba na otok mozku, a čekalo se, co to udělá. U tý nemoci se také projevuje zvýšená citlivost, takže když mně píchli injekci, tak jsem vyletěla bolestí, bylo to hodně nepříjemný. Chodili kolem mě po špičkách. Byli hodní, i když jsem to moc nevnímala, protože jsem skoro pořád spala a spala. Každý den za mnou chodily děti, Kamil mi koupil novou noční

košili, to bylo pěkný. I když jsem je třeba vyhodila za 5 minut, protože mi bylo tak špatně, že jsem chtěla být sama. Já jsem se první dny nemohla ani najíst, myslela jsem, že se mi ta hlava roztrhne, neudržela jsem ji na krku, musela jsem jenom ležet. To udělal ten otok na mozku, proto mi dávali tu kapačku. Propustili mě po 14 dnech s tím, že prognóza zněla - doba léčby se nedá přesně určit, 2 měsíce nebo 6 měsíců. Mám počítat s velkými bolestmi hlavy, až depresivními stavy, bolestmi krční páteře. Pan primář mi doslova řekl: jste nemocná, takže ne-mů-že-te, hodně odpočívejte. Zvláštní bylo, že jsem nebyla unavená, ale to, co jsem cítila, tak to byly bolesti hlavy, a to cítím i teď, po tolika měsících. A ještě jedna věc, všechno mi padalo z ruky a zapomínala jsem. Vzala jsem třeba hrníček a najednou jsem ho rozbila nebo jsem pustila vodu, a nevěděla jsem proč.

Fyzicky náročnou práci bych nemohla dělat, když bych např. měla zvedat 10x po sobě nějakou věc ze země, tak by mě určitě začala bolet hlava. Takže prostě takový věci nedělám, snažím se toho vyvarovat. Pan primář právě říkal, kdybych dělala těžkou fyzickou práci, tak doba léčby by byla daleko delší. Co jsem ale vyzorovala, tak se u mě v té době začínala projevovat sociální fobie. Když už jsem byla doma, tam mě prostě vadili lidi, chodila jsem třeba nakupovat do menšího obchůdku. Stála jsem 10 minut na místě a nedokázala jsem se soustředit a začlenit do normálního chodu. Připadala jsem si vykořeněná, ten mozek prostě nefungoval, jak měl. Celkově jsem byla odstrčená, nedokázala jsem se soustředit. Do práce za kolegyněmi jsem nešla, to bych nedala. Postupně se to zlepšovalo, ta nemoc měla nějaký průběh. Byla jsem si vědoma, že pokud zůstanu doma delší dobu, tak naprosto rezignuju, neodhodlala bych se už k ničemu, že už nepůjdu nikdy nikam...,cha, cha.

V té době jsem byla hrozně přecitlivělá. Měla jsem jít do školy kvůli přestupu Petra na jinou školu, a já jsem byla tak rozhozená, že jsem tam nešla, asi bych se tam rozbrečela. Za normální situace bych to zvládla levou zadní, v té nemoci se to zvládalo hůř. Já jsem v té době i špatně spala, nebyla jsem unavená, neměla jsem z čeho, když jsem pocházela po bytě nebo šla na chvílku ven. Když jsem doktorce řekla, že mám strach jít mezi lidi, tak mi napsala antidepressiva. Ty beru ještě teď, nevím, jestli mi to pomáhá, beru to prostě jako vitamín. Oni nechtěli, abych zůstala doma uzavřená a nepodléhala jsem depresi. Můžu říci, že se to zlepšilo, prostě brala jsem všechno hůř, než jako zdravá.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„Finanční ztrátu jsem si uvědomila až postupem času. Měla jsem připojištění na pobyt v nemocnici od 10. dne, a protože jsem tam byla 14 dní, tam mi to hodilo 400,- Kč. Beru nemocenskou, takže jsem si spočítala, o kolik jsem přišla, a vyšlo mi to na 4.000,- Kč až 5.000,- Kč měsíčně. Navíc jsem přišla o 13. plat, pokud jsem nepracovala, tak se to krátí, a nemám na něj nárok. Bohužel, já nemám extra příjmy na to, abych si dovolila nějaké připojištění, celou dobu jsem samoživitelka, tak to je znát. Ano, jsme u té ekonomické stránky, když mám jenom na ty základní potřeby jako je jídlo, nájem, ošacení atd., nemám např. na to, abych klukům zaplatila očkování proti encefalitidě. Já už jsem teď imunní, ale co oni?“

Kluci se mi snažili pomáhat, hlavně když jsem přišla z nemocnice, uklízeli i uvařili. Snažila jsem na sobě nedat nic znát, klasická domácí práce šla, když mě začala bolet hlava, šla jsem si lehnout. Abych si nepřipadala k ničemu, snažila jsem se zapojovat do běžných domácích prací, nechtěla jsem zůstat tím pacientem. Četla jsem si o zdravý výživě, chodila jsem plavat, to je zajímavý, to mi dělalo dobře. Ten mozek prostě vypnul, nedovolil mi nad něčím vážným uvažovat. Starší syn sice pracuje a něco mi přispívá. Ale byl také 3 měsíce bez práce a různě to flikoval s brigádama. Mladší syn přestoupil ze střední školy na učňák a bude ještě 2 roky studovat. V létě sice chodí na brigády, ale co vydělá, má pro svou potřebu. Takže se dá říct, že nadále na všechno zůstávám sama. Na státní dávky nemáme nárok. Tím, že se počítá do příjmu i Kamilův příjem a výživné na Petra, tak se do ničeho nevejdem. Bylo by mi trapný o něco žádat, když mi to stát nedá sám.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„Určitě na co bych upozornila, je očkování proti klíštěti. To je hrozně důležitý. Když jsem ležela v nemocnici, tak jsem si představovala, že se potom musí něco změnit, že se nakopnu. Říkala jsem si, že si prostě poležím v nemocnici, přijdu domů a bude to za nějakou dobu dobrý. Nečekala jsem, že bych se mohla bát mezi lidmi, že se mi budou třepat ruce. Měla jsem možnost změny zaměstnání, to na poslední chvíli padlo a uvrhlo mě to zpět do běžný reality, do denního kolotoče. Uvědomila jsem si, jak bych tu změnu zvládla, dovolil by mi mozek učit se něčemu novému, zvykat si na jiný prostředí a lidí? Zjistila jsem, že to znovuzачlenění nebude tak jednoduchý. Nenapadlo mě, že mě to může takhle rozštelovat. Doma už být nemohu, to bych se asi fakt zbláznila. Tento týden jsem byla

poprvé v práci navštívit kolegy. Bála jsem se, jak to dopadne. Co mi pomohlo, když mi kolegyně, řekla – my se na tebe těšíme. To je fakt takový držák. Když na něco zapomenu, dávám si do mobilu připomínky. Co pociťuji, že mi zůstalo, tak to jsou právě nečekané bolesti hlavy, zhoršení úchopů a zhoršil se mi zrak. Na brýle to není, ale připadá mi, že vidím hůř. Takže spoustu věcí se snažím hodit za hlavu, někdy se to nedá, protože to okolí po mně vyžaduje. Co bych zdůraznila, nelpět na maličkostech, nechat věci běžet, nehrotit to. Co to ve mně zanechalo..., to budu moci říct třeba až za 3 nebo 5 let, čert ví. Když si uvědomím, že tam se mnou ležel pán, asi 44 let se stejnou diagnózou, živitel rodiny, kterého nemohli rozchodit a zřejmě skončí v léčebně dlouhodobě nemocných, tak si říkám, měla jsem štěstí, mohlo to být daleko horší. A proto je třeba si hlídat to své tělíčko, nepodléhat stresům a nervům, věřím tomu, že velký stres odstartuje nemoc.“

Analýza rozhovoru:

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„...co mi je, jsem věděla hned (...) asi jsem hypochondr (...) bylo mi tak zle, že jsem lezla po čtyřech (...) předpisový zánět mozkových blan (...) čekalo se na to, co to se mnou udělá (...) myslela jsem, že se mi ta hlava roztrhne (...) všechno mi padalo z ruky (...) začínala se u mě projevovat sociální fobie (...) vadili mně lidi (...) byla jsem hrozně přecitlivělá (...) za normální situace bych to zvládla levou zadní (...) brala jsem všechno hůř, než jako zdravá.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„...spočítala jsem si, o kolik jsem přišla (...) přišla jsem o 13. plat (...) nemám extra příjmy na to, abych si dovolila nějaké připojištění (...) jsem samoživitelka (...) nemám na to, abych klukům zaplatila očkování (...) na všechno nadále zůstávám sama (...) na dávky nemáme nárok (...) bylo by mi trapný o něco žádat.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„...očkování proti klíštěti, to je hrozně důležitý (...) musí se něco změnit (...) znovuzачlenění nebude jednoduchý (...) doma už být nemohu, to bych se asi fakt zbláznila (...) bála jsem se, jak to dopadne (...) my se na tebe těšíme (...) dávám si do mobilu připomínky (...) věci se snažím hodit za hlavu (...) měla jsem štěstí (...) je třeba si hlídat své tělíčko (...) velký stres odstartuje nemoc.“

Interpretace rozhovoru:

Předtucha nemoci paní Jany byla správná i přes prvotní pochybnou diagnózu lékaře na pohotovosti. Tělo samo signalizovalo, že není vše, jak má být. V nemocnici se potvrdil zánět mzdových blan a byla zahájena léčba. Podrobila se odběru vzorku z míchy, byla napojena na kapačky a pod stálým dohledem lékařů. Přes úporné bolesti hlavy, které ji vysilovaly, hodně času prospala. Po 14 dnech pobytu v nemocnici se její zdravotní stav zlepšil a byla propuštěna do domácího léčení. Měl být dodržován léčebný režim, který spočíval v odpočinku a psychické pohodě. Synové byli oporou a pomáhali jí. Nechtěla se nemoci zcela poddat, vykonávala zpočátku jednodušší domácí práce. Postupně se zdravotní stav zlepšoval, až na problémy se sociálním kontaktem s okolím. Ty byly částečně vyřešeny nasazením antidepresiv a postupným začleňováním do běžného života. Uvědomuje si, jaké dlouhodobé problémy s sebou nemoc přinesla a jak těžce musí všemu odolávat. Nelehká je i situace ekonomického zajištění rodiny. Krácení příjmu v důsledku čerpání nemocenské výrazně poznamenává hospodaření v rodině a je nutné zajistit pouze nezbytné výdaje a potřeby. Je si vědoma své finanční situace, přesto o dávky v hmotné nouzi nežádá, nesplňuje podmínky pro jejich přiznání. Je ráda, že se zotavuje, přetrvávají pouze občasné bolesti hlavy. V krátké době nastoupí do zaměstnání, těší se, i když částečně obavy přetrvávají. Zpětně si uvědomuje, na jak tenkém ledě se ocitla, a že jiní pacienti s touto diagnózou nemají takové „štěstí“. Důležité je pro ni být v psychické pohodě, nelpět na maličkostech a věnovat čas svému tělu i duši.

Respondent č. 4

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Věk: 51 let

Vzdělání: vyučen

V panelovém bytě v okresním městě žije pan Jindřich se svou manželkou. Jsou bezdětní. Je vyučen v oboru kovoobraběč a jako kvalifikovaný dělník vykonával různé profese - skladník, výrobní plánovač, galvanizér, balič. Je dlouhodobě léčen pro celou řadu onemocnění. Od časného mládí je sledován pro zrakovou vadu. Mnoho let pracoval s chemickými látkami a to se podepsalo na jeho zdravotním stavu. V posledních letech prodělal operaci kolene a k tomu se přidaly i depresivní stavy. Tato zdravotní omezení ho vyřadila z pracovního poměru. Zažádal si o invalidní důchod, protože mu již dobíhá podpůrná doba čerpání nemocenské. Posudkový lékař mu přiznal 1. stupeň invalidity z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. S ohledem na tyto skutečnosti je limitován při hledání pracovního uplatnění na trhu práce. Je schopen vykonávat pracovní činnost, ale jen v podstatně menším rozsahu a intenzitě.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„Nejvíce se mně zhoršil zdravotní stav během posledních pěti let. Od roku 1996 do roku 2010 jsem pracoval v místním podniku jako operátor povrchové výroby. Tam se hodně pracovalo s chemikáliemi. Víte, tam byly hrozný pracovní podmínky. Výpary z těch chemických látek utíkaly do ovzduší, odsávání pracovalo zčásti, bylo zastaralý. Na hale bylo v zimě 5-12 stupňů, šéf šetřil, kde se dalo. Tak odtud utíkali lidi pryč. Tohle prostředí přivedlo na věčnost v poměrně mladém věku několik mých spolupracovníků. Nakonec byl provoz ukončen a já jsem skončil na Úřadu práce. Měl jsem od dětství problémy s krátkozrakostí, prodělal jsem v mládí kúru na udržení zraku. To mi píchali zahřívací injekce do očí, pak ještě kapačky. A co mi ještě zůstalo z mládí, loupají se mi ruce. V roce 2009 jsem prodělal operaci kolene a taky jsem zjistil, že mi začalo pískat v levém uchu, pak i v pravém. Byl jsem v nemocnici a zjistili, že mám vzduchovou bublinu v mozku, kterou způsobila narkóza při operaci. Na přístup personálu v nemocnici nemohu říct nic

špatnýho, chovali se ke mně dobře. Shledáním práce je to špatný, když není ani pro zdravý. Našel jsem třeba jednu práci jako balič v místní firmě, ale vydržel jsem tam jenom 3 dny. Dali mi 1.080,- Kč, a z toho mi sebrali 400,- Kč za vstupní prohlídku, kterou jsem musel uhradit ošetřující lékařce. Pak se mi poštěstilo na internetu najít práci, ale ve vzdáleném městě. Vydržel jsem tam necelej rok. V té firmě bylo asi 6 lidí, ale ohřálo se tam málo lidí, podmínky byly těžké. Spal jsem na ubytovně, kolikrát ve spacáku, taková tam byla zima, taky tam byly problémy s vodou. Navíc jsem dělal v tahu dvanáctky od 6 hod. do 18 hod., měl jsem 65 hodin přesčasů, soboty, neděle, žádné příplatky, nic. Začal jsem marodit se zánětem trojklanného nervu. Přidalo se k tomu pískání v uchu, a to se Vám od toho třepe celá hlava, a myslím si, že se to bude horšit. Rozjela se mně lupénka, mám urologické problémy. Takže chodím po různých vyšetřeních – na ortopedii, ORL, oční, kožní, internu. Na psychiatrii mi řekli, že mám depresi – to jsou ty třesy v hlavě a rukou, taky špatně spím, nedokážu se moc soustředit a pletou se mi věci. Beru na to léky, tak je to někdy lepší. Šéf mi řekl, že mně stejně nemůže platit tak velkou mzdu (18.500,- Kč hrubého) a ještě ubytovnu. Práci se mnou skončil, prej to byla moje vina, že jsem nemocnej. Už nepotřeboval člověka, který mu to tam dal všechno dohromady, radil jim, měl jsem praxi z minulý práce, tak jsem se jim hodil. Když jsem začal marodit, věděl jsem, že se tam nemůžu vrátit, podmínky pro mě nevyhovující. Rozešel jsem se s ním, ne dobře, měl nepořádek v papírech, nenahlásil mě na úřad, že jsem skončil, nevydal mi potvrzení.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„Finančně na tom nejsem nejlíp. Manželka pracuje v nemocnici jako uklízečka, to víte, moc za to nemá. Já jsem na nemocenské, teď budu mít tu invalidku. Musí nás podporovat rodiče, děti nemáme. Tak jim pomáháme na zahradě, s čím se dá. My bydlíme v bytě, tak si aspoň u nich vypěstujem nějaké brambory, zeleninu a ovoce, jinak nakupujeme všechno ve slevě. Taky rádi zavařujem, děláme domácí paštiku, tu mám moc rád. To víte, že to cejtíme, když jsem přišel o práci. Peníze jsou potřeba – na léky, na poplatky u doktorů, na ošacení. Invalidka mi bude stačit na krytí léků a poplatků. Kdybych měl žít sám, tak bych se musel zastřelit. Ještě že mám ženu, která dělá, to nás drží nad vodou. Na dávky od státu nemám nárok, protože jsme dva, a minimum je přes 6 000,- Kč, a to my máme. Je to těžký, na žádný vyskakování to není. Aspoň něco mám, abych přežil, sám bych to nezvládnul.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„Snažím se zdravotní stav udržet, i když vím, že to nebude jako ve dvaceti. Byl jsem aktivní, neměl jsem nikdy problém, že bych nechtěl pracovat. Víím, že zdraví mám od mládí špatný a bude to horší. Hledám si práci, která by mě posílila sebevědomí a taky dala radost ze života. Když jsem dělal výrobního plánovače a také na expedici hotových výrobků, musím se pochlubit, za dobu 10 let jsem měl vše bez reklamací. Nezdá se mi, že bych mohl něco ovlivnit, kdybych jedl zdravěji. Pracoval jsem s kyselinama, dýchal všechny páry, tomu se neubráníte. Navíc spoustu zdravotních obtíží mám z mládí. Do města nechodím, spíš jsem doma, hodně na počítači, aktivně si hledám práci, snažím se ptát známých. Motá se mi to v hlavě, nedokážu se soustředit na práci. Musel bych jít někam jen na 4 hodiny. A taky se bojím řídit auto. To se mi stalo minulý týden, když jsem vjel do křižovatky a bezmyšlenkovitě jsem odbočil. Vůbec jsem nevěděl proč. Nejraděj dělám u rodičů na zahradě, ale nemůžu tahat moc těžký věci. Nad tím, co bude, teď moc nepřemýšlím, nějaké peníze máme, tak snad nějak dožiju.“

Analýza rozhovoru:

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„...zhoršil se mi zdravotní stav během posledních pěti let (...) od dětství jsem měl problémy s krátkozrakostí (...) loupají se mi ruce (...) začalo mi pískat v levém uchu, pak i v pravém (...) na přístup personálu v nemocnici nemohu říct nic špatného (...) začal jsem marodit se zánětem trojklanného nervu (...) rozjela se mně lupénka (...) prej to byla moje vina, že jsem nemocnej (...) věděl jsem, že se tam nemůžu vrátit.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„...finančně na tom nejsem nejlíp (...) teď budu mít tu invalidku (...) musí nás podporovat rodiče (...) nakupujeme všechno ve slevě (...) to víte, že to cejtíme (...) peníze jsou potřeba (...) invalidka mi bude stačit na krytí léků a poplatků (...) musel bych se zastřelit (...) na dávky od státu nemám nárok (...) na žádný vyskakování to není (...) sám bych to nezvládnul.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„...snažím se zdravotní stav udržet (...) neměl jsem nikdy problém, že bych nechtěl pracovat (...) vím, že zdraví mám od mládí špatný (...) hledám si práci (...) nezdá se mi, že bych mohl něco ovlivnit (...) spíš jsem doma (...) no nějak snad dožiju (...) motá se mi to v hlavě, nedokážu se soustředit na práci (...) teď moc nepřemýšlím, nějaké peníze máme, tak snad nějak dožiju.“

Interpretace rozhovoru:

Zdravotní stav pana Jindřicha není dobrý. Již od mládí trpí krátkozrakostí. Postoupil poměrně náročnou operaci pro zachování zraku. Postupem času se k tomu přidávaly další zdravotní problémy - operace kolene, lupénka, problémy se sluchem a psychické problémy. Pracovní prostředí v posledních několika letech rozhodně nepřispívalo k upevnění zdraví. Přicházel do styku s chemickými látkami a kyselinami, což způsobilo nejen další zhoršení zdraví, ale podpořilo další hendikepy. Po dlouholeté práci v místním podniku se ocitl na Úřadu práce a musel si hledat práci. Jako kvalifikovaný dělník našel vhodné zaměstnání, ale ve vzdáleném místě od bydliště. Musel pracovat ve směnách, soboty, neděle bez příplatků. V ubytovně přežíval v nelidských podmínkách. Kromě prostředí ho také nepříznivě ovlivňovaly vztahy s nadřízeným. Jelikož se mu zdravotní stav stále zhoršoval, zažádal si o přiznání invalidního důchodu. Posudkový lékař mu na základě skutkového zjištění zdravotního stavu a pracovní schopnosti přiznal invalidní důchod 1. stupně, a to po vyčerpání podpůrní doby pobírání nemocenské. Finanční situace nadále nebude dobrá, své finanční prostředky bude vynakládat na léky a zdravotní poplatky. Jeho manželka pracuje, takže na dávky v hmotné nouzi jim nevznikne nárok. Do finanční pomoci se zapojují i rodiče. Pobírání invalidního důchodu ho nebude limitovat při hledání pracovního uplatnění. Má však spoustu zdravotních omezení, takže to bude hodně obtížné. Nad budoucností nepřemýšlí, vše se odvíjí od zdravotního stavu a možnostmi uplatnění na pracovním trhu.

Respondent č. 5

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Věk: 56 let

Vzdělání: vysokoškolské

Pan Karel je ženatý, bydlí v prostorném bytě v krajském městě. S manželkou žijí sami, dcery jsou vdané a bydlí samostatně v téže městě. Je vedoucí odboru Krajského úřadu. V této funkci působí zhruba 10 let. Tato odpovědná manažerská role vyžaduje plnou koncentraci, velké pracovní nasazení, psychickou odolnost a odpovědnost za vedení pracovního týmu. Dlouhodobá nemoc ho vytrhla nečekaně z pracovního procesu. Vše začalo banálně, občasným kašlem, a skončilo vážnou operací aortální chlopně. V pracovní neschopnosti je 6. měsíc a prožil si hodně krušných chvil. Nebýt podpory manželky, dcer i rodičů, jen těžko by se vyrovnával s psychicky náročnou situací. Těší se na návrat do zaměstnání a věří, že vše bude jako dříve.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„Příčiny mé nemoci byly zpočátku naprosto banální. Začátkem června 2013 jsem začal pociťovat nucení ke kašli. Pak se mi přidaly horečky, které dosahovaly téměř 40° C. Moje manželka je obvodní lékařka, mladší dcera taky, tak to si dokážete představit, že jsem byl v průběhu celé nemoci pod řádnou kontrolou. Bral jsem antibiotika (Klacid), ty zabraly, no a zůstal mi jen ten kašel. Pak jsem využíval další antibiotika (Doxybene). Divíte se, jak ty léky znám? Jsem poloviční doktor, cha, cha. Ale k věci, pak už teploty ustoupily, ale suchý dráždivý kašel se stupňoval. Chodil jsem stále do práce. Čekal jsem, že je to jen nějaký virus a chce to jen ty správné antibiotika. Manželka mě donutila, abych podstoupil veškerá možná odborná vyšetření, aby se dospělo k nějakému kloudnému závěru. Tak jsem po dvou měsících začal marodit. Všechna vyšetření však měla negativní výsledek. Už jsem byl z toho nervózní, že nevím, co mi vlastně je. To bylo to nejhorší, nejistota, čekání. Doma jsem byl nevrlý a neposlouchal jsem rady manželky, že bych měl nastoupit do nemocnice. To mě však stejně neminulo. Na podzim jsem byl hospitalizován v krajské nemocnici na interně. Na doporučení kardiologa jsem absolvoval echologické vyšetření srdce přes jícen.

No a tam se objevily shluky bakterií nasedající na aortální chlopeň a byla stanovena diagnóza – infekční endokarditida aortální chlopně. Vidíte, jak to vím přesně, za tu dobu jsem se to dobře naučil, cha, cha. Víte, co bylo nejhorší? Museli mi vytrhat 6 zubů, zdravých, kvůli tomu, že tam mohlo být potencionální ložisko infekce. Také jsem přestával vidět na jedno oko, zřejmě došlo k ucpání nějaké cévky. Všichni pacienti se na pokojích vystřídali, jediný já jsem tam pořád zůstal. Byla mi nasazena konzervativní léčba infuzemi s antibiotiky. Po 4 týdnech bylo provedeno kontrolní vyšetření, kde se ukázaly degenerativní změny na aortální chlopni, a to v takovém rozsahu, že bylo navrženo chlopeň, co nejrychleji nahradit protézou. Představa, že budu po měsíci převezen do jiné nemocnice, vzdálenější od mého bydliště, byla pro mě zničující. Pokládal jsem si otázku, jak to všechno bude dál, přežiju to vůbec? Musel jsem podstoupit nová vyšetření, která byla nezbytná k operaci. Datum 18. listopad asi nezapomenu, to mě lékaři voperovali novou aortální chlopeň. Na nemocnici si nemůžu stěžovat, úroveň péče, odbornost lékařů i sester byla na vysoké úrovni. No nějaký rezervy by se jistě našly, např. v pestrosti poskytované stravy nebo ve vybavení nemocničních oddělení. Po několika dalších pooperačních vyšetřeních jsem byl před vánocema propuštěn do domácího léčení. To mi spadl kámen ze srdce, představa strávených svátků v nemocnici byla pro mě nepřijatelná. Teď marodím stále, ale již příští měsíc se domluví s mou obvoďačkou na ukončení neschopenky. Už je mi to doma dlouhý a už mě nebaví vařit. Po fyzický stránce je mi poměrně dobře, bolesti zad a svalů pominuly, ty souvisely s tou dlouhodobou hospitalizací na lůžku.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„Nepocituju významnou finanční ztrátu. Tím, že jsme dva, tak je to v pohodě. Nezajímá mě se o nějaké další dávky od státu. Mám ještě uzavřenou životní pojistku, pro případ, že by se mi něco přihodilo, člověk nikdy neví. Pobírám nemocenskou, a jak jsem již zmínil, finance prostě neřeším, důležité je pro mě momentálně zdraví. Svého nadřízeného jsem samozřejmě průběžně informoval o mém stavu, a to buď telefonicky, nebo při jeho návštěvě v nemocnici. Také jsme spolu řešili pracovní záležitosti, které nesnesly odklad. Jinak mi všichni z práce drželi pěsti, hlavně před tou operací. Vůbec jsem se nebál, že bych kvůli nemoci ztratil zaměstnání nebo přišel o vedoucí funkci. Nejsem nemocný schválně, prostě se přihodilo to, co se přihodilo, s tím nikdo nepočítal. Měl jsem a mám po celou dobu velkou psychickou podporu ve formě trvale projevovaného zájmu o můj zdravotní

stav. Byl jsem informován o veškerém dění v rodině. Teď si tak vybavuji, že jsem byl s jedním pacientem na pokoji, to bylo po té operaci a on volal asi 4 příbuzným, nikdo neměl čas za ním přijet....., to bylo něco hrozného. To jsem si uvědomil, jaké mám štěstí, např. za mnou jezdili i mí rodiče, kterým bude brzy 80 let. Vlastně každé den po té operaci za mnou někdo z rodiny přijel. To je strašně důležitý mít tu podporu z rodiny. Naši měli o mě velký strach, abych zvládl tu operaci, ale nedávali nic najevo, a tím mi pomohli. Těžko se o tom mluví, ale bál jsem se toho moc. Velký dík patří ženě, dcerám a zeťům, kteří mě fakt drželi nad vodou. A nemůžu zapomenout na Bendžíka, to je náš pes, jak mě vítal, když jsem se vrátil z nemocnice. Skákal radostí, olizoval mě, až mně vyhrkly slzy do očí.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„Mohu říct, že jsem žil před nemocí velmi aktivně. Čas jsem dělil mezi práci, rodinu a relaxační aktivity. Prakticky jsem neznal nudu. Pár kilometrů od města máme chatu, tam jsme o víkendech celé léto. Přijedou dcery se zeťama, tak grilujeme, zapějem u kytary, posedíme se sousedy. Tam manuálně pracuju, ale i relaxuju, je tam moc hezky. Neznal jsem nudu, a k tomu bych se chtěl, v rámci možností, vrátit. Co také preferuji, je relaxace pasivní, jako je např. četba, film, divadlo, televize. Věřím, že relaxace ve všech formách má svůj význam. Snažím se žít tak, abych svými názory i činy konal dobro. Víte, intenzivně jsem si uvědomil, že těmi nejvyššími hodnotami jsou život a zdraví. Snad jsem nebo aspoň budu velkorysejší a tolerantnější k okolí. Chci se rychle dostat do fyzické i psychické kondice a nadále nezatěžovat svými problémy rodinu a blízké. Co mě trápí je, že se mi občas točí hlava, to snad pomine. Do práce se už těším, přece jenom to šéfování mi chybí.“

Analýza rozhovoru:

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

„...příčiny mé nemoci byly zpočátku naprosto banální (...) je to jen nějaký virus (...) po dvou měsících jsem začal marodit (...) byl jsem z toho nervózní (...) nejistota, čekání (...) echologické vyšetření srdce přes jícen (...) infekční endokarditida aortální chlopně (...) přestával jsem vidět na jedno oko (...) co nejrychleji nahradit protézou (...) jak to všechno bude dál, přežiju to vůbec? (...) lékaři voperovali novou aortální chlopně (...) odbornost lékařů i sester byla na vysoké úrovni.“

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

„...je to v pohodě (...) mám ještě uzavřenou životní pojistku (...) finance prostě neřeším (...) všichni mi z práce drželi pěsti (...) nebál jsem se, že bych kvůli nemoci ztratil zaměstnání (...) mám velkou psychickou podporu (...) byl jsem informován o veškerém dění (...) jezdili za mnou i mí rodiče (...) to je strašně důležitý mít tu podporu z rodiny (...) těžko se o tom mluví, ale bál jsem se toho moc (...) mě fakt drželi nad vodou.“

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

„... žil jsem před nemocí velmi aktivně (...) pár kilometrů od města máme chatu (...) neznal jsem nudu, a k tomu bych se chtěl, v rámci možností, vrátit (...) relaxace ve všech formách má svůj význam (...) svými názory i činy konal dobro (...) nejvyššími hodnotami jsou život a zdraví (...) budu velkorysejší a tolerantnější k okolí (...) nezatěžovat svými problémy rodinu a blízké (...) šéfování mi chybí.“

Interpretace rozhovoru:

Se zdánlivě bezvýznamné zdravotní indispozice pana Karla vzniklo závažné onemocnění, které bylo nutno rychle a rázně řešit. Zpočátku si nepřipouštěl, že by se mohlo jednat o něco vážného. Po prodělání různých odborných vyšetření byly výsledky negativní. Obavy o své zdraví byly velké. Až v době hospitalizace v nemocnici se ukázalo, že se jedná o infekční onemocnění, které zanechalo degenerativní změny na aortální srdeční chlopni. Začaly se projevovat sekundární příznaky, a to v podobě částečného omezení zraku na jednom oku. Byl převezen na odborné kardiologické oddělení jiné krajské nemocnice, kde byla voperována nová aortální chlopeč. Po stabilizaci stavu, prokázání nepřítomnosti další infekce, či jiných pooperačních komplikací, byl před vánočními propuštěn do domácího léčení. Po celou dobu jeho onemocnění měl velkou podporu u celé své rodiny. Té si nesmírně váží a považuje to za velké štěstí. Dočasnou finanční ztrátu v důsledku nemoci nepocituje. Považuje za důležité zajistit sebe v případě dlouhodobé nemoci či úrazu, a proto má uzavřenou životní pojistku. Se zaměstnavatelem je neustále v kontaktu. Obavy o ztrátu pracovní pozice vedoucího odboru vylučuje. Po fyzické stránce se již cítí dobře a předpokládá brzký návrat do pracovního procesu.

4.4 Výsledky výzkumného šetření

V poslední kapitole praktické části diplomové práce shrnuji výsledky, ke kterým jsem dospěla prostřednictvím rozhovorů s vybranými respondenty.

Do výzkumu byli zahrnuti 2 ženatí muži, 2 vdané ženy, 1 rozvedená žena v produktivním věku, ve věku od 34 do 56 let. Délka jejich nemoci (pracovní neschopnosti) se pohybovala od 5 měsíců do 1 roku. Vnímání změny sociálního statusu, tj. z pracovní aktivity do role pacienta, má vysoce subjektivní podtext a závisí na mnoha faktorech. Jedním z těchto faktorů může být např. závažnost onemocnění, jeho průběh, délka, vyhlídka uzdravení, fyzické a psychické následky, vnímaná sociální opora, finanční zajištění, atd. Pro jednodušší přehled jsem vytvořila tabulku souhrnu údajů respondentů, týkající se některých ukazatelů.

Souhrn údajů respondentů je uveden příloze V.

Z výzkumné metody (rozhovorů) byly shrnuty závěry, ke kterým jsem dospěla. Výsledky výzkumu jsem rozdělila podle hlavních témat, ke kterým se zkoumané osoby vyjadřovaly.

I. Téma – „Povědomí o nemoci“

Všechny respondenty daná sociální situace překvapila a vytrhla je z pracovního procesu. Hledali společně s odbornými lékaři příčiny onemocnění. Časová období stanovení diagnózy byla různá. V jednom případě, respondent č. 1, neznal příčinu svého onemocnění, dobu léčby a prognózu. Respondent č. 4 spojuje své onemocnění s negativním působením pracovního prostředí a dále se zdravotními obtížemi z mládí. Zdravotní indispozice závisí na závažnosti onemocnění a možnostech jeho léčby. U respondenta č. 1 a respondenta č. 4 se jednalo o tak závažné zdravotní omezení, že jim byl posudkovým lékařem, po vyčerpání podpůrní doby, přiznán 1. stupeň invalidity. U respondenta č. 1 byla zaznamenána naprostá rezignace na zlepšení svého stavu, která může být částečně způsobena psychickými problémy. Respondent č. 2 si požádal o přiznání invalidního důchodu, který je v řízení. Respondent č. 3 a respondent č. 5 předpokládají ukončení pracovní neschopnosti a návrat do zaměstnání. Průběh nemoci dokáží popsat detailně, emociální vazba je silná. Respondenti často uvádí, že nemoc je překvapila, nepočítali s ní, zasáhla je jak fyzicky, tak

psychicky. Toto propojení mezi tělesnou a psychickou složkou chápou jako komplex, který se navzájem prolíná. Je to síť zážitků, stavů, pocitů, obav, úzkostí, bolestí, dojmů, kterou vnímají individuálně. Míra zdravotního omezení často souvisela s jejich vnitřním přístupem ke zdravotnímu hendikepu. Jde o fakt, který musí přijmout a vyrovnat se s ním. U všech respondentů byla zaznamenána nemocniční léčba spojená s hospitalizací, ať již v okresní či krajské nemocnici. Respondent č. 1 a respondent č. 3 byli v takovém stavu, že nestačili zaznamenat úroveň péče a přístup zdravotního personálu. O humánním a lidském přístupu vypovídá respondent č. 2. Rezervy ve vybavení nemocničních oddělení a v pestrosti poskytované stravy vidí respondent č. 5. Žádný z respondentů nevyjádřil nesouhlas nebo pochybnosti spojené s úhradou finančního příspěvku za pobyt a stravu v nemocnici. O nevhodném chování ze strany ošetřujícího lékaře hovoří respondent č. 3.

II. Téma – „Ekonomické zajištění, vyrovnání se s nemocí a podpora rodiny“

Velice subjektivní pohled se projevuje ve vztahu k ekonomickému zajištění. Všichni respondenti, kromě respondenta č. 5, hovoří o finanční ztrátě, kterou zaznamenali v souvislosti s čerpáním nemocenské. Jisté povědomí mají o tom, že dávky v hmotné nouzi náleží těm, kteří se ocitli v těžké životní situaci. Nikdo z nich si o ně nezažádal. Po dobu nemoci pobírají z titulu nemocenského pojištění nemocenskou. Invalidní důchod byl přiznán 2 respondentům. Důležitá byla finanční podpora ze strany partnerů, respondent č. 4 také počítá s výpomocí ze strany rodičů. Uvědomují si většinou, jak hluboce může částečná ztráta příjmu zasáhnout jejich rodinný rozpočet. O tíživé ekonomické situaci vypovídá rozvedená žena bez partnera. Částečná finanční podpora je poskytována synem, který sdílí společnou domácnost. Velkou pomoc ze strany partnera oceňuje respondent č. 2. Ztrátu příjmu po dobu nemoci neřeší respondent č. 5. Příkladám to vysokému sociálnímu statusu jeho osoby a partnerky. Tento respondent chápe nutnost zajištění případných rizik ve formě životní pojistky. Ostatní respondenti nepokládají za nutné a ekonomicky udržitelné vynakládat své prostředky na pravidelné splátky životního pojištění, uzavřené pro případ nemoci nebo úrazu.

Održení kontaktů se zaměstnavatelem a sociální fobii přiznává respondent číslo 1. Z jeho strany jde o psychosociální izolaci. Tu si částečně uvědomuje a také ji zaznamenává respondent č. 3. Dobré vztahy se spolupracovníky po dobu nemoci udržoval respondent č. 2. O zájmu o jeho osobu ze strany nadřízených, kontaktu s rodinou a velké psychické

podpoře s respektem hovoří respondent č. 5. I ostatní respondenti si uvědomují důležitost rodinného zázemí při vypjatých životních situacích. Rodinní příslušníci jim pomáhají překonávat bolesti, napětí, stres způsobený náhlým onemocněním. Respondent č. 2 používá výstižné spojení „*negativní nemoce vyvolávají emoce*“. Dobře fungující rodina naplňuje potřeby jejich členů, především pocitem bezpečí a jistoty.

III. Téma – „Současná vnímaná realita“

Respondenti označují sociální situaci za zlom, kdy je třeba se zastavit a zamyslet se nad příčinami zdravotního selhání, nad hodnotami, nad budoucností. Ztráta sociálních kontaktů je dočasná, je nutné ji překonat a po uzdravení obnovit. Pouze respondent č. 1 nevyhledává kontakty s okolím, soustřeďuje se na sebe. Nepřemýšlí nad budoucností, není přístupný změnám, spoléhá na rodinu. Skepse a nechuť převládá před aktivitou a optimismem. Zcela opačný postoj k chápání potřeby sociálního kontaktu zaujímá respondent č. 5. Zdůrazňuje potřebu znovu se začlenit mezi kolegy do pracovního procesu a být prospěšný společnosti. Jak podotýká respondent č. 3, podaná ruka, v podobě vřelého přijetí, pomůže zvládnout případný stres z návratu do zaměstnání. Respondent č. 1 a respondent č. 4 mají pracovní omezení, v jejichž důsledku nejsou schopni v plném rozsahu vykonávat pracovní činnost. I přes velká zdravotní omezení neztrácí respondent č. 4 naději a aktivně hledá práci, kde by mohl uplatnit své dlouhodobé znalosti a dovednosti z učeného oboru.

Nikdo z nich neprojevil přesvědčení, že by ve svém životě dělali něco zásadně špatně, co by mělo negativní vliv na jejich zdraví. Mezi nejvyšší hodnoty patří zdraví a za důležité je považována přítomnost blízkých. Respondent č. 2 přehodnotil svůj život, pochopil, že psychická stránka nemoci úzce souvisí s tělesnou. Východisko nalézá ve východní filozofii, vesmírná energie ukazuje cestu dál a napomáhá vidět svět jinak. Dle něj je v zásadě důležité nevnímat dění kolem sebe negativně a vzít si jen to dobré. Těšit se z každého dne, radovat se z maličkostí, žít v souladu s přírodou. Věnovat více času tělu i duši. Celkovou psychickou pohodu zdůrazňuje respondent č. 2. Aktivní i pasivní relaxace pomáhá respondentovi č. 5 a přináší mu potěšení. Váží si podpory svých nejbližších a uvědomuje si, že to je největší štěstí. Udržování kvalitních mezilidských vztahů, velkorysost, tolerantnost, to je jeho cílem. Lze konstatovat, že nemoc některé posunula do jiných rozměrů chápání smyslu a významu života. Projevy sounáležitosti, zmírnění bolesti pouhou přítomností, pohlazení po duši, to je to, co přináší životní energii.

Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala sociálními aspekty dlouhodobé nemoci, kdy se lidé v důsledků sociální události ocitli v pracovní neschopnosti. Cílem mé práce bylo v rovině teoretické i praktické charakterizovat situaci, kdy nemoc znamená omezení jedince v jeho dosavadním životě a rovněž nemožnost vykonávat plně výtěžnou činnost. Společně s respondenty jsem hledala odpovědi na připravené otázky, související s tímto tématem. Některé jejich názory a postoje jsou chápány shodně, jiné odlišně. Pokusila jsem se zachytit subjektivní postoje průběhu nemoci od chvíle, kdy se člověk rozhoduje, zda se svými obtížemi má jít k lékaři, až do chvíle, kdy pacient zvládá utrpení spojené s nemocí. Komplex dějů, jevů, emocí a strategií vyrovnávání se s nemocí utváří obraz samotného člověka – pacienta a umožňuje nám pochopit jeho myšlení. Právě od něj se očekává, že se bude snažit zlepšovat svůj zdravotní stav a dělat vše pro to, aby se uzdravil.

Podotýkám, že jsem musela pečlivě studovat odbornou literaturu. Byly to nejen příslušné zákony, vyhlášky, publikace, časopisy, skripta, internetové odkazy, týkající se daného tématu, ale také jsem čerpala z přednášek sociální pedagogiky, psychologie, sociologie, práva a dalších. Takto nabyté teoretické znalosti a praktické zkušenosti z oblasti nemocenského pojištění mi pomohly při zpracování diplomové práce. Sociální pedagogika má širokospektrální společenský záběr a usiluje o vytváření souladu mezi potřebami jedinců a společnosti, čímž přispívá k optimálnímu způsobu života v daných společenských podmínkách. Práce sociálního pedagoga je, mimo jiné, zaměřena na pomoc lidem v krizových životních situacích a přispívá ke zmírnění sociálních dopadů.

Nejen teoretický rámec znalostí, ale i vhodně zvolená metodologie kvalitativního výzkumu, může ověřit platnost hypotéz, či odpovědět na výzkumnou otázku. Nemoc jako sociální událost má negativní dopad na život jedince a osob, jež jsou na něm závislé výživou. Do popředí vyvstává potřeba zdravotní péče, která zamezí dalšímu rozvíjení nemoci. Cílovým stavem je vyléčení a návrat do stavu zdraví. Zkoumané osoby jsem ve většině případů neznala osobně, nebyla jsem informována o jejich diagnóze a rodinných poměrech. Přesto u některých došlo během rozhovoru ke znovuoživení průběhu událostí a těžkému zvládnutí svých emocí. Vnitřní prožitek byl i po mnoha měsících silný. Respondenti, které jsem znala osobně, byli v rozhovorech otevřenější a sdílnější při vyjadřování svých pocitů, postojů a prožitých událostí.

Pro vnímání sociální reality je významné, zda je nemoc léčitelná, či zda všechny zásahy vedou jen k jejímu zpomalování, nebo na ni dokonce nemají žádný vliv. Akutní choroba je nepříjemná, ale je zvládána lépe než chronická. Zkoumané osoby, které vnímaly nemoc jako ránu osudu bez vlastního zavinění, ji snášely lépe než ti, u nichž si je trpící vědom svého aktivního podílu na jejich vzniku. Postoj k nemoci samé, sociální opora, víra v uzdravení, pozitivní myšlení, to jsou faktory, které uzdravují.

Podle provedeného výzkumu bych průběh vnímání zdravotních komplikací shrnula do několika kroků. Prvním krokem na cestě zvládnutí nemoci je informovanost. Ta přichází buď ve formě sensorické, tzn. to, co člověk na sobě pozoruje, cítí, slyší. Druhým krokem je to, co se dozvídá od lidí kolem sebe – např. od lékařů, členů rodiny, přátel, spolupracovníků atp. Další krok zpravidla startuje proces smysluplného obrazu a snahu dopátrat, „jak to vlastně s ním je, proč se mu to stalo“. Snaha poznat příčiny toho, co se stalo, je často intenzivní. Hledá odpověď na otázky, utváří si vlastní kognitivní schémata nemoci, provádí si vlastní interpretaci.

Mezi další faktory, které ovlivňují jeho fyzický a psychický stav, je závažnost onemocnění, průběh a doba léčení. Pocity skutečné bolesti doplňují emoce úzkosti, ohrožení, deprese, obavy a strach. Nastává vlastní „boj“ s nemocí. Zde záleží na strategiích, ať již aktivních či pasivních, kterými překonává zdravotní stav. Příkladem aktivní strategie může být operace, které se podrobil jeden z respondentů. Pasivní strategie je zjevná z projevu respondenta, který si našel cestu k východnímu učení a meditaci. Závěrečným krokem je akceptace – přijetí nemoci, či změněného zdravotního stavu a optimistické vidění budoucnosti. Jelikož člověk je tvor společenský, potřebuje být v krizové situaci v kontaktu se svými nejbližšími, sociální akcent je silný.

Tak, jak zkoumané osoby poukazovaly, bylo pro ně v období prožívání nemoci důležité rodinné zázemí. Většina z nich v nějakém rodinném prostředí vyrostla a také v nějakém žije a ti, ke kterým mají nejbliž, se podílejí zásadním způsobem na formování jejich postojů v nemoci. Sdílejí s nimi trápení, které s sebou nemoc přináší. Celá rodina vynakládá nemalé úsilí, jak nemoc přijmout, jak se k ní postavit a především, jak spolupracovat. Zde leží tíha psychologické povinnosti rovnoměrně jak na pacientovi, tak na ostatních členech rodiny. Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, povzbuzuje člověka k řešení problému. Zaznamenala jsem, že přicházející změny, související s nemocí, byly vnímány buď jako nepřekonatelná překážka

nebo jako výzva na další životní cestě. V případě respondentů, kteří byli naladění k překonávání překážek, je také celkové nastavení organismu pozitivní.

Dalším pozorovaným faktem je, že nemoc může její členy stmelit a posunout je někam výš. Projevy sounáležitosti, ochota pomoci, akceptace, převzetí povinností na jiné členy domácnosti, vyslechnutí proseb, to jsou právě drobné maličkosti, které upevňují základy vzájemného soužití. Jak vyplynulo z odpovědi respondenta, roli pomocníka mohou částečně převzít děti. Nenahraditelná zkušenost v budování kvalitních mezilidských vztahů posiluje pocit jistoty a bezpečí jejich jednotlivých členů. Neméně důležitou roli hraje ekonomické zajištění jednotlivců v případě dlouhodobé nemoci. Povědomí o možnosti čerpání dávek, vyplácených státem, je různé. Z odpovědí zkoumaných osob vyplynula nevědomost nebo bezvýznamnost získávání informací o sociálních dávkách. Respondent s vyšším sociálním statutem měl jisté finanční zdroje pro případ úrazu či nemoci, a to ve formě uzavřeného životního pojištění. Ostatní byli odkázáni jen na nárokové dávky z titulu nemocenského pojištění. Argumentují nedostatkem financí, což jim znemožňuje dostatečně se zajistit pro případ nečekaných sociálních událostí.

Neméně významně je chápána ztráta sociálních kontaktů v podobě pracovní absence. V rámci pracovního poměru je zaměstnavatel povinen poskytnout svému zaměstnanci pracovní volno v případě, že byl uznán dočasně neschopným práce a vyplatit mu náhradu mzdy po zákonem stanovenou dobu. Ti, kteří mají dobré vztahy na pracovišti, jsou v kontaktu s kolegy, práce je naplňuje, těší se na návrat do pracovního procesu. I když zdravotní stav není úplně dokonalý a přetrvávají drobné zdravotní omezení, společenské začlenění je silnou motivací. Negativní zkušenost s pracovním prostředím, vysoká míra požadavků na ně kladených, kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění, vede ke stresu. Jedinci ve větší míře podléhají úzkostným stavům a objevují se u nich nekonkrétní obavy z budoucnosti a nejistoty, týkající se zdraví obecně.

Závěrem bych chtěla podotknout, že nemoc nelze predikovat, přijde neočekávaně, a proto je třeba klást důraz na prevenci. Nelze zodpovědnost za svůj zdravotní stav přenechat zcela na lékařské péči či zatížit rodinu. Je třeba projevit dostatek vůle a schopností změnit svůj zdravotní stav. Nelze spoléhat na okolí či stát, že se o nemocné „postará“. Tím zmírňujeme pocity ohrožení, obavy a nejistoty o další život. Člověk, ať již zdravý nebo nemocný, by se měl zamýšlet nad otázkami zdravého životního stylu. Dostatečný pohyb, dodržování stravovacích návyků, dobré mezilidské vztahy, dodržování zásad psychohygieny, dostatečný odpočinek, omezení konzumace alkoholu a mnohé další

zlepší kvalitu našeho života a podpoří zdraví. V případě závažnějšího onemocnění s trvalými následky se může jednat o podstatnou životní změnu. Každodenní starosti a povinnosti jsou nahrazeny nejistotou, spojenou s negativními emocemi. Cesty k uzdravení a smysluplnosti našeho konání jsou dlouhé. Mnoho překážek a omezení, ať již psychických, tělesných, společenských a ekonomických je třeba zdolat, abychom vše zvládli a pokusili se navrátit zdraví. Záleží na každém jedinci, na jeho osobních charakteristikách, vůli, osobní zodpovědnosti, rodinném zázemí, hodnotách a dalších faktorech, jak tuto situaci prožívá a jak se s ní vyrovnává. Neexistuje návod či platný a fungující recept, jak v takových situacích postupovat.

Již dříve prováděné výzkumy poukazují, že největšími hodnotami je pro nás zdraví. V současné době je možné léčit stále složitější a těžší nemoci a současná medicína disponuje širokou škálou prostředků léčby mnoha nemocí. Značné pokroky se v posledních desetiletích odrážejí na demografickém vývoji populací v celém světě. Péče o zdraví, včetně prevence vzniku nemocí, je však stále nákladnější, a to nejen kvůli rostoucím počtům potřebného personálu, ale především díky růstu nákladů na vývoj a výrobu léčiv, pořizování zdravotnických přístrojů a nástrojů. Diplomová práce na téma „Sociální aspekty dlouhodobé nemoci“ otevírá prostor pro veřejnou diskusi nebo možnost zamýšlet se nad dalšími otázkami. Např. zda je člověk schopný v důsledku nemoci či úrazu dostatečně zajistit sebe a jedince na něm závislé výživou? Jak chápou tíživou sociální událost osamělí lidé? Pečujeme dostatečně o své zdraví? Jakou úlohu ve společnosti bude mít nadále práce sociálního pedagoga? Tato témata mohou být inspirací pro zpracování dalších bakalářských, popř. diplomových prací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zákony

- [1] Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod.
- [2] Evropská Sociální Charta (Turín, 18. října 1961).
- [3] Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění.
- [4] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
- [5] Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění.
- [6] Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.
- [7] Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.
- [8] Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- [9] Zákon č. 108/2006 o sociálních službách, v platném znění.
- [10] Vyhláška č. 359/2009 Sb., (vyhláška o posuzování invalidity).

Literatura

- [11] **BAUMAN, Z.** *Tekutá modernita*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2002, 343 s. ISBN 80-204-0966-1.
- [12] **CARNEGIE, D.** *Jak se radovat ze života a z práce*. 1. vydání. Praha: TALPRESS, 1995, 180 s. ISBN 80-85609-53-3.
- [13] **ČÍŽKOVÁ, J.** *Poznávání duševního života člověka*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 62 s. ISBN 80-7067-574-8.
- [14] **DISMAN, J.** *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2007, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- [15] **DŽUKA, J.** (ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004, 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
- [16] **FROMM, E.** *Cesty z nemocné společnosti*. 1. vydání. Praha: EarthSave CZ s.r.o., 2009, 342 s. ISBN 978-80-86916-10-1.

- [17] **GREGOROVÁ, Z.** *Důchodové systémy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998, 212 s. ISBN 80-210-2003-2.
- [18] **HAMBÁLKOVÁ, I.** *Nemocenské pojištění jako prvek společenské transformace*, Bakalářská práce, Brno: IMS, 2012, 68 s.
- [19] **HARTL, P.** *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Jiří Budka, 1993, 297 s. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- [20] **HARTL, P., HARTLOVÁ, H.** *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- [21] **HAYOVÁ, LOUISE, L.** *Život! Zvolte si vlastní cestu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 141 s. ISBN 978-80-247-3957-1.
- [22] **HILL, N.** *Pozitivním myšlením k úspěchu*. Praha: Pragma, 1996, 267 s. ISBN 80-7205-375-2.
- [23] **HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V.** *Krizе v životě, život v krizi*. Praha: ROAD, 1994, 129 s. ISBN 80-83385-60-00.
- [24] **JILČÍK, T., Zapletal, L.** *Sociologie*. Brno: IMS, 2008, 71 s.
- [25] **JŮZL, M.** *Základy pedagogiky*. Brno: IMS, 2010, 185 s.
- [26] **KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.** *Komunikace a stres*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 24 s. ISBN 80-7071-246-5.
- [27] **KELLER, J.** *Nedomyšlená společnost*. 4. vyd. Brno: DOPLNĚK, 2003, 129 s. ISBN 80-7239-091-0.
- [28] **KELLER, J.** *Nejistota a důvěra aneb K čemu je modernitě dobrá tradice*. 1. vydání. Praha: SLON, 2009, 173 s. ISBN 978-80-7419-002-5.
- [29] **KOHOUTEK, R. a kol.** *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998, 181 s. ISBN 80-7204-064-2.
- [30] **KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, J., VÝROST, J., (Eds.)**. *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
- [31] **KRAUS, B., SÝKORA, P.** *Sociální pedagogika I*. Brno: IMS, 2009, 63 s.

- [32] **KREBS, V. a kol.** *Sociální politika*. 2. vydání. Praha: ASPI Publishing, 2002, 376 s. ISBN 80-86395-33-2.
- [33] **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [34] **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998, 313 s. ISBN 80-7169-551-3.
- [35] **KUBÁTOVÁ, H.** *Sociologie životního způsobu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- [36] **MOŽNÝ, I.** *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, 207 s. ISBN 80-7178-624-1.
- [37] **MUSELÍKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z., VODIČKOVÁ, M.** *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2012, 157 s.
- [38] **MÜHLPACHR, P. a kol.** *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, 251 s.
- [39] **NAKONEČNÝ, M.** *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999, 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- [40] **OLEJNÍČEK, A.** *Výcvik asertivního jednání*. Brno: IMS, 2003, 65 s.
- [41] **PALOVČÍKOVÁ, G.** *Sociální psychologie II*. Brno: IMS, 2009, 146 s.
- [42] **PAYNE, J. a kol.** *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [43] **RADVAN, E.** *Úvod do filosofie a etiky*. Brno: IMS, 2011, 157 s.
- [44] **RADVAN, E., VAVŘÍK, M.** *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, 57 s.
- [45] **REICHEL, J.** *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [46] **ŘEHOŘ, A.** *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Brno: IMS, 2009, 44 s.
- [47] **ŘEHOŘ, A.** *Metodologie I*. Brno: IMS, 2004, 76 s.

- [48] **SCHMIDBAUER, W.** *Psychologie, Lexikon základních pojmů*. 1. vydání. Praha: Naše vojsko, 1994, 208 s. ISBN 80-206-0459-6.
- [49] **Sociální zabezpečení 2011**. Účelová publikace. 1. vydání. Praha: ČSSZ, 2011, 32 s. ISBN 0323-2395.
- [50] **STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.** *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
- [51] **ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [52] **TOMEŠ, I.** *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- [53] **VACÍNOVÁ, M., LANGOVÁ, M.** *Vybrané kapitoly z psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 127 s. ISBN 80-7187-011-0.
- [54] **VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.** *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s.
- [55] **VÁGNEROVÁ, M.** *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003, 210 s. ISBN 80-246-0015-3.
- [56] **VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S.** *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008, 124 s. ISBN 978-80-7357-381-2.
- [57] **VÍZDAL, F.** *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010, 140 s.
- [58] **VÍZDAL, F.** *Základy psychologie*. Brno: IMS, 2009, 186 s.
- [59] **VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.** *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

Časopisy

- [60] **Národní pojištění 6/2012**. Odborný měsíčník ČSSZ. Praha: Tiskárna MV, 2012, Distribuce BMSS-START, s.r.o., 47 s. ISSN 0323-2395.
- [61] **Národní pojištění 4/2013**. Odborný měsíčník ČSSZ. Praha: Tiskárna MV, 2013, Distribuce BMSS-START, s.r.o., 47 s. ISSN 0323-2395.

- [62] **Psychologie dnes.** Číslo 6, 18. ročník. Praha: Portál, s.r.o., červen 2012, Distribuce: PNS, a.s., 64 s. ISSN 1212-9607.

Jiné informační zdroje

- [63] Lékařská posudková služba. In: [online]. [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: <http://www.cssz.eu/cz/lekarska-posudkova-sluzba/cinnost/>.
- [64] Nemocenské pojištění. In: [online]. [cit. 2013-09-17]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/> / cit. 17. 9.2013.
- [65] Statistická ročenka. In: [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 *Vliv dědičnosti a prostředí na chování jedince*

Obrázek č. 2 *Obecný model zvládnání těžkých životních situací*

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 *Posudky provedené lékařskou posudkovou službou v roce 2012*

Tabulka č. 2 *Jak často uvádějí starší lidé jednotlivá životní zaměření*

Tabulka č. 3 *Taktiky zvládání životních těžkostí*

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Organizační struktura ČSSZ

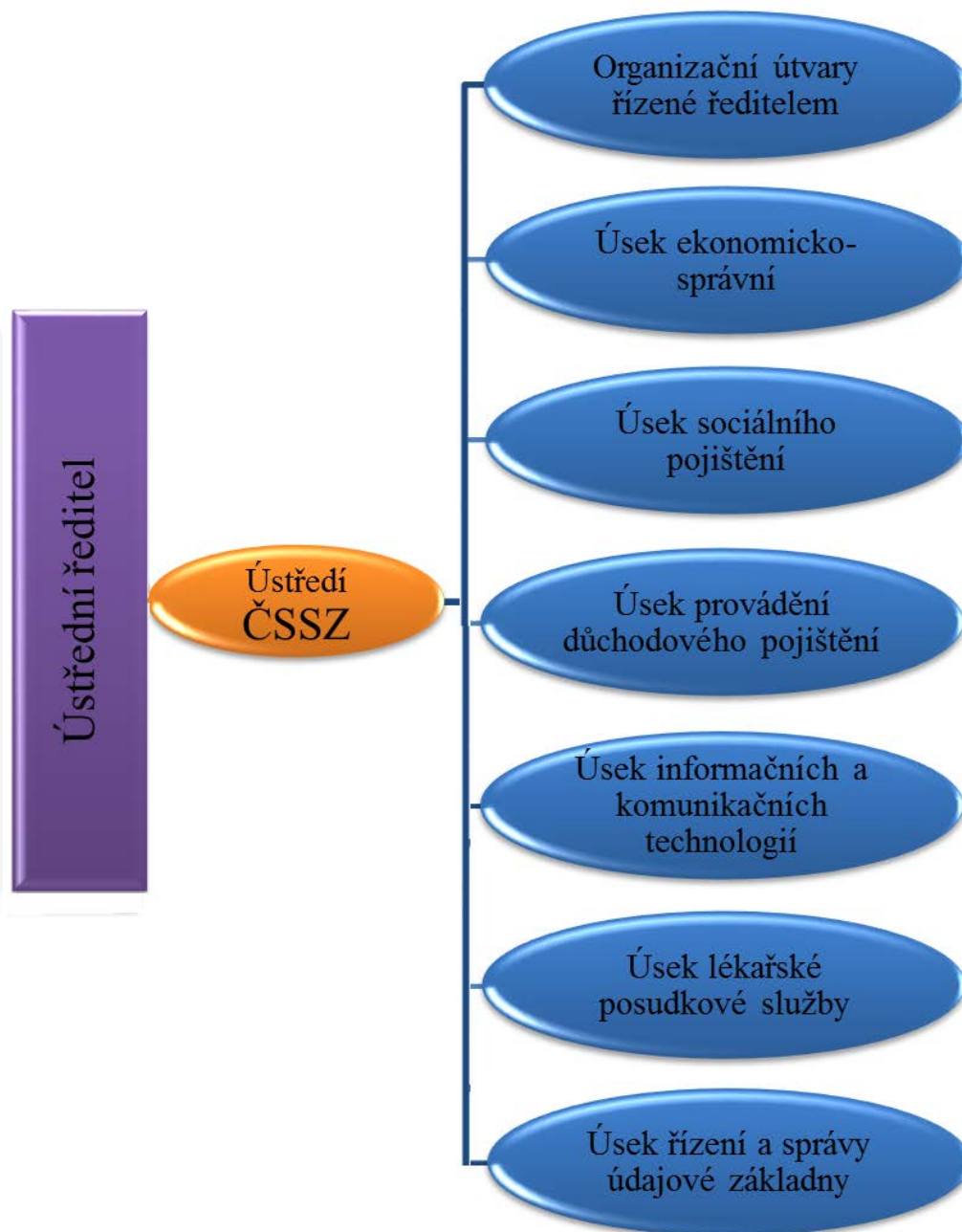
Příloha P II: Organizační schéma lékařské posudkové služby ČSSZ

Příloha P III: Přehled výdajů na invalidní důchody

Příloha P IV: Vnitřní skladba postoje (jako „predispozice odpovídat na určitou třídu
stimulů určitou třídou odpovědi“)

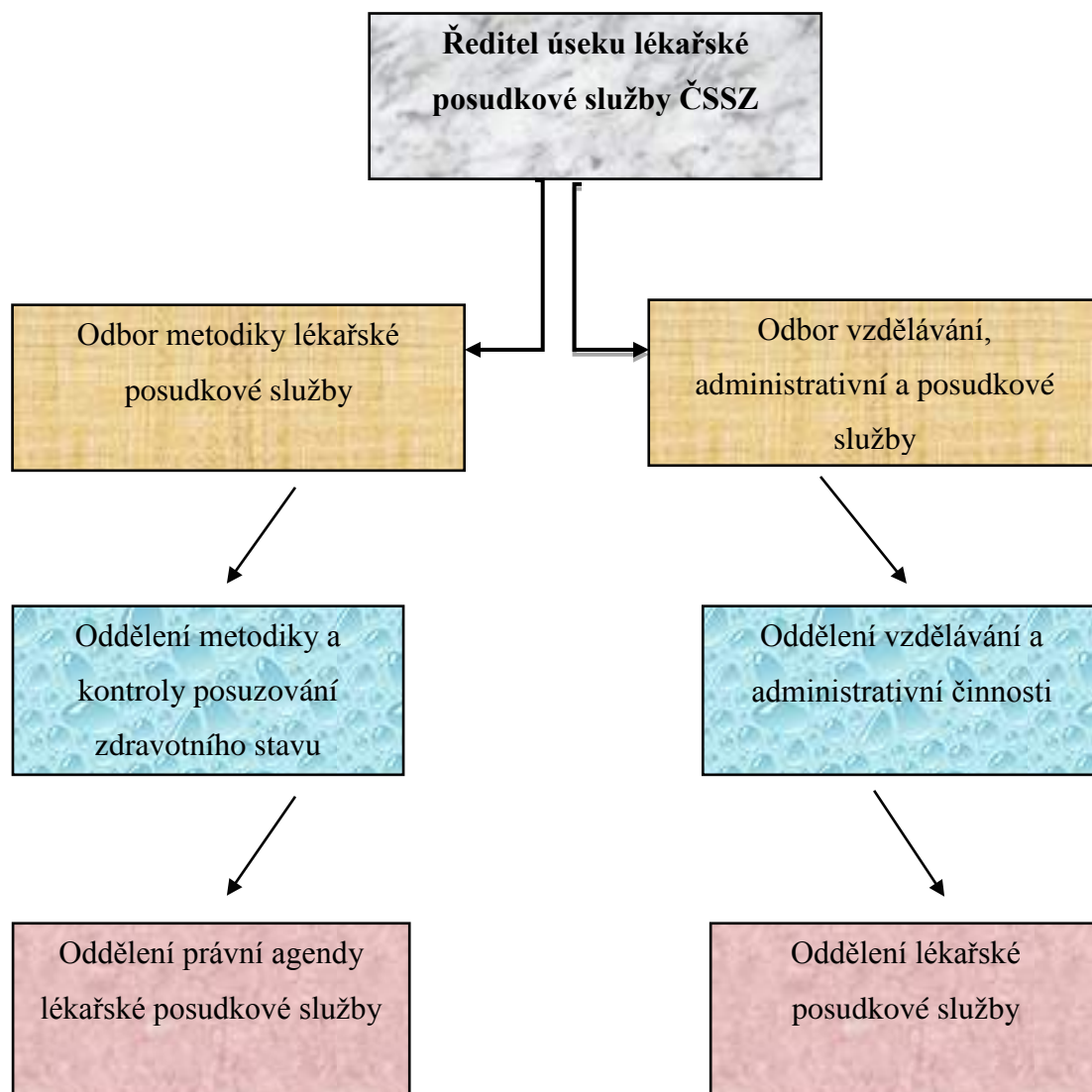
Příloha P V: Souhrn údajů respondentů

PŘÍLOHA P I: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ČSSZ



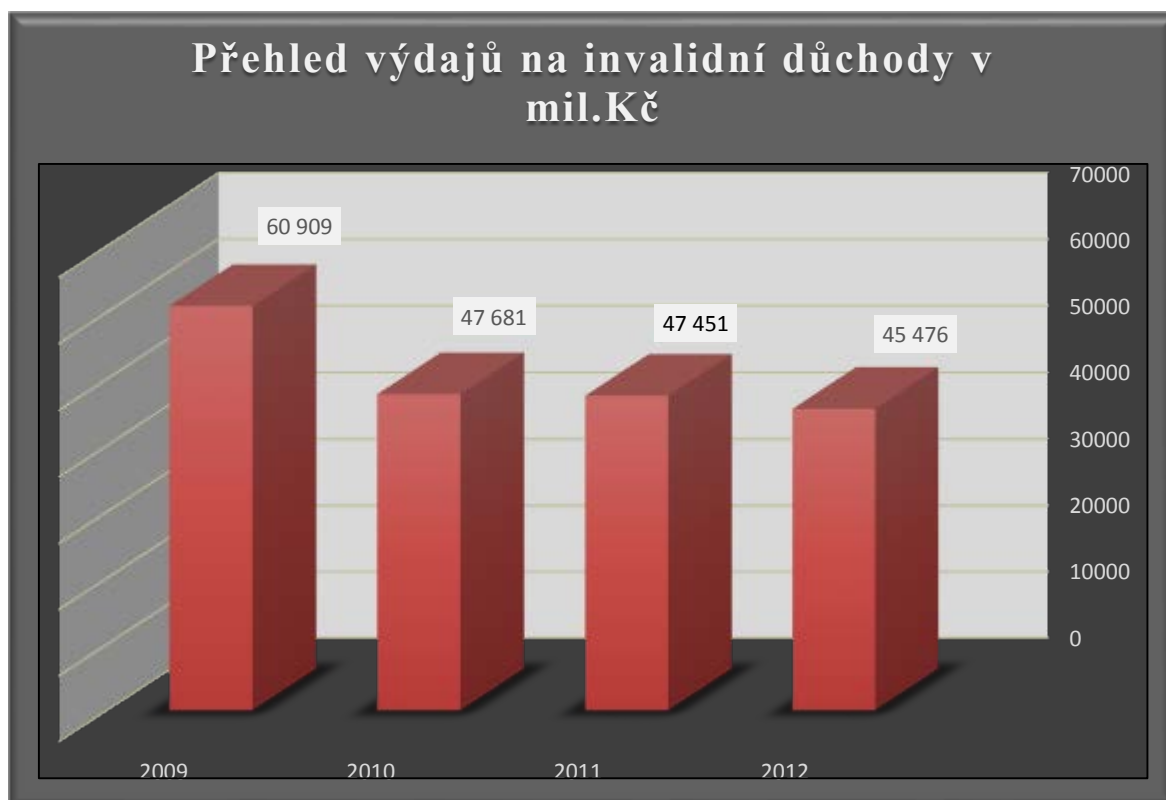
Zdroj: Vedení - Česká správa sociálního zabezpečení. In: [online]. [cit. 2013-10-22].
Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/vedeni.htm>

PŘÍLOHA P II: ORGANIZAČNÍ SCHÉMA LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY ČSSZ



Zdroj: OSSZ Třebíč, informace poskytl MUDr. Jiří Filip, vedoucí úseku LPS

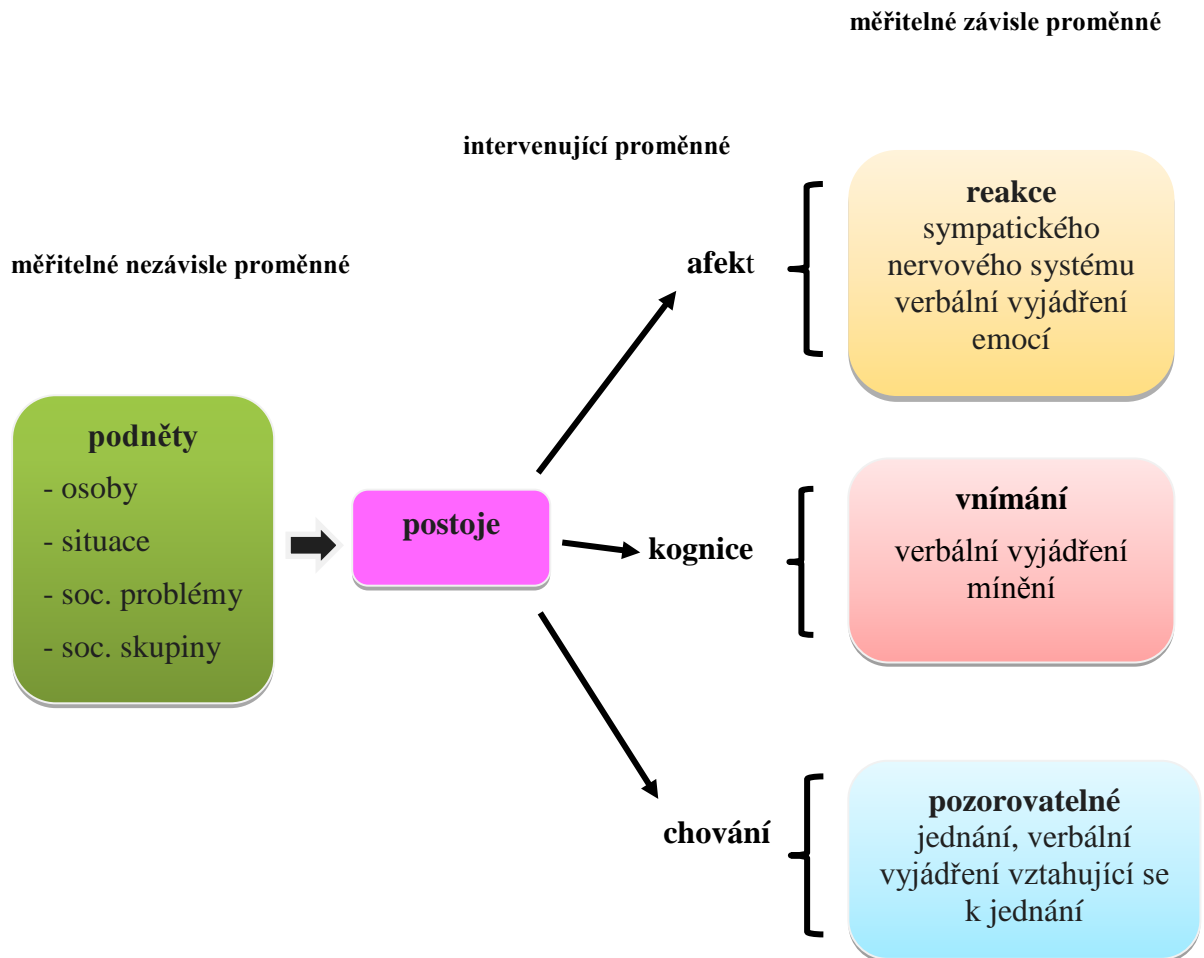
PŘÍLOHA P III: PŘEHLED VÝDAJŮ NA INVALIDNÍ DŮCHODY



Zdroj: Statistická ročenka. In: [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>

PŘÍLOHA P IV: VNITŘNÍ SKLADBA POSTOJE

(jako „predispozice odpovídat na určitou třídu stimulů určitou třídou odpovědi“)



Zdroj: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 250

PŘÍLOHA P V: SOUHRN ÚDAJŮ RESPONDENTŮ

Respondent/Věk	Stav	Sociální status	Délka PN	Předpoklad pracovní aktivity	Vnímaná sociální opora
Alena/34 let	vdaná	dělnice	1 rok	ne	dobrá
Klára/49 let	vdaná	účetní	11 měsíců	ne	vstřícná
Jana/43 let	rozvedená	referentka	5 měsíců	ano	přiměřená
Jindřich/51 let	ženatý	dělník	1 rok	ne	dostačující
Karel/56 let	ženatý	vedoucí odboru	5,5 měsíce	ano	vynikající

Zdroj: zpracovala autorka