

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Lenka Klinková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SOCIO – EKONOMICKÁ SITUACE ONKOLOGICKY  
NEMOCNÝCH**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr.Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2013



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Socio-ekonomická situace onkologicky nemocných vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Plzni dne: 5.3.2013

vlastnoruční podpis: .....

### **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní Mgr. Zuzaně Šafránkové, za spolupráci, cenné rady, připomínky a metodické vedení mé bakalářské práce. Děkuji za odborné konzultace paní MUDr. Petře Říhové, lékařce onkologického oddělení v nemocnici Cheb a onkologické ambulance v Karlových Varech. Také děkuji MUDr. Milanu Kůtovi, lékaři z onkologické ambulance v Karlových Varech, za vstřícnost a umožnění dotazníkové metody výzkumu.

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Klinková Lenka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Socio-ekonomická situace onkologicky nemocných

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované (grafy): 14

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: socio-ekonomická situace, onkologie, sociální zabezpečení

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou socio-ekonomické situace onkologicky nemocných.

V teoretické části je přiblížena problematika onkologie, charakteristika onkologického pacienta se svými potřebami, komunikace s pacientem s onkologickým onemocněním a vliv nemoci na kvalitu života pacienta.

Praktická část práce má za úkol zjistit subjektivní pocity nemocných ve věci kvality jejich života, vztahů v rodině a schopnost čelit těžkostem. Výsledky výzkumného šetření by měly informovat o kvalitě života onkologicky nemocných, o možnostech zpříjemnění jejich těžké situace.

## **ANNOTATION**

Surname and name: Klinková Lenka

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Socio economics situation of the patients with malignant tumor

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 75

Number of pages – unnumbered (graphs): 14

Number of literature items used: 40

Keywords: socio economic situation, oncology, social security

Summary: The thesis deals with the socio economic situation of oncology patients.

The theoretical part is given an idea of oncology, the characteristics of a patient with their needs, communication with patients with cancer and the impact of the disease on quality of life of the patient.

The practical part of the work is trying to find out the subjective feelings of patients regarding their quality of life, family relationships and ability to face hardships. The results of the research should inform about the quality of life of oncology patients and about more comfortable possibilities of their difficult situation.

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
1 KLINICKÁ ONKOLOGIE .....	11
1.1 Epidemiologie zhoubných nádorů .....	11
1.2 Principy protinádorové léčby .....	12
1.3 Dispenzarizace nemocných .....	12
2 ONKOLOGICKÝ PACIENT .....	13
2.1 Fáze adaptace na vážnou diagnózu .....	13
2.2 Somatická nemoc jako psychologický problém .....	14
2.3 Sociální situace .....	16
2.4 Spiritualita .....	17
2.5 Pastorální péče .....	18
3 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM .....	19
3.1 Sdělení nepříznivých informací .....	19
3.2 Náročné situace v komunikaci s onkologickým pacientem.....	20
3.3 Efektivní komunikace .....	21
3.4 Úloha sester při efektivní komunikace .....	21
4 VLIV ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA KVALITU ŽIVOTA .....	22
4.1 Sociální pracovník a multidisciplinární tým .....	23
4.2 Socio – ekonomické problémy nemocných .....	23
4.2.1 Pomoc ministerstva práce a sociálních věcí .....	25
4.3 Následná, domácí a hospicová péče .....	25
4.4 Proč hospic? .....	28
4.5 Paliativní péče .....	28
4.6 Kategorizace nemocných s ukončenou onkologickou léčbou .....	30
4.7 Zaměstnanost po léčbě .....	30
4.8 Onkologické spolky a jejich činnost .....	32
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
5 FORMULACE PROBLÉMU.....	34
6 CÍLE A ÚKOL VÝZKUMU.....	35

7 METODIKA .....	36
8 HYPOTÉZY .....	38
9 VZOREK RESPONDENTŮ .....	39
10 PREZENTACE .....	40
11 DISKUZE.....	70
11.1 Vize do budoucna .....	73
ZÁVĚR .....	74
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	



## **TEORETICKÁ ČÁST**

## ÚVOD

Nádory jsou jedním z největších současných zdravotních problémů a patří také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity. Jsou vždy zásadním zásahem do života člověka i do jeho rodiny. S pojmem rakovina se dnes setkala již každá rodina, ať se jí tento problém přímo dotknul či nikoli. Co všechno se v člověku děje, záleží do značné míry na individuálním psychickém nastavení jeho osobnosti. Šok, deprese, agrese, otázky proč zrovna já, smíření. Tyto fáze probíhají u každého jinak, ne vždy v tomto pořadí a v různé intenzitě. Jisté však je, že člověk potřebuje psychickou podporu a pomoc, nejlépe hned ve fázi šoku.

Většina nemocných v první chvíli neví, kde pomoc hledat. Bylo by ideální, aby po sdělení diagnózy byl okamžitě k dispozici psycholog nebo psychoterapeut a pacient měl možnost s ním o daném problému hovořit. Bohužel tomu tak není. Někomu to můžeme říci přímo, jiného si musíme na pravdu připravit a pravdu podávat zaobaleně.

Onemocnění rakovinou přináší nemocnému i jeho blízkým nepříjemné pracovní, ekonomické a sociální důsledky. Doléhá na ně, že nejsou schopni zajistit ekonomické potřeby rodiny. Mladí lidé se hůř vyrovnávají s tím, že by mohli přijít o svou práci. V podobné situaci jsou ti lidé, kteří vykonávali například fyzicky náročnou práci nebo pracovali ve směnném provozu, protože se v dohledné době k takovému zaměstnání nebudou moci vrátit. Onkologická léčba trvá minimálně půl roku, zpravidla déle. Někteří zaměstnavatelé na svého pracovníka čekají, jiní ho bez soucitu propustí. Po roce pracovní neschopnosti má nemocný nárok na invalidní důchod, se kterým často přichází pocit společenského vyřazení a nepotřebnosti. Při pobírání invalidního důchodu lze sice pracovat, starší lidé mají však obavy, že se na trhu práce podstatně hůř uplatní. V případě onemocnění dítěte trpí sociálně a ekonomicky rodiče. Nastupují do plné péče o nemocné dítě, tudíž alespoň jeden z rodičů se ocitne na sociálních dávkách, které jsou nižší než výdělek jednoho z rodičů. Na nemocné je nutné pohlížet jako na osoby s bio - psycho - sociálními a spirituálními potřebami. Kromě socio - ekonomické situace je důležitá i psychologická problematika.

Téma Socio-ekonomická situace onkologických nemocných jsem si vybrala proto, že jsem také prožila jako rodič nemocného dítěte hlavně ekonomické problémy a jistá omezení jak v rodině, tak i v zaměstnání.

Je nutné vyzdvihnout význam péče o onkologicky nemocné, význam pomoci, komfortní péči v sociálních zařízeních a v neposlední řadě úctyhodného zacházení s nemocnými.

Ve výzkumu jsem se soustředila na kvalitu života onkologicky nemocných. Zvolila jsem formu dotazníkové metody. Důležitá je i komunikace s nemocnými. Správně zvolený způsob i obsah komunikace hraje u onkologicky nemocných velmi zásadní roli. Ze strany laické veřejnosti však stále přetrvává mnoho nejasností a rozpaků při komunikaci s těžce nemocnými. Lidé často nevědí a tápou, o čem se mohou a mají se svým onkologicky nemocným příbuzným či známým bavit, mnohdy ke škodě nemocných.

# 1 KLINICKÁ ONKOLOGIE

Hlavní náplní klinické onkologie je v průběhu onkologické terapie příznivě ovlivňovat symptomy spojené s diagnózou a její léčbou, správnou volbou místní i celkové terapie dosáhnout zmenšení nebo likvidace zhoubného nádoru a tím příznivě ovlivňovat celkové přežití nemocných nebo alespoň období bez nemoci. Klinická onkologie je interní obor, jehož náplní je také koordinovat multidisciplinární spolupráci jednotlivých medicínských odborníků, kteří se podílejí na diagnostice a léčbě nádorového onemocnění.

První podmínkou pro onkologickou léčbu je histologická verifikace nádoru a určení jeho rozsahu (staging). Druhou podmínkou je povolání onkologa o správném léčebném postupu, buď cestou konziliární služby, nebo onkologických týmů, které dnes již rutinně pracují ve většině větších nemocnic. Dosavadní dnešní praxí je konzultace nemocného se suspektním či verifikovaným nádorem nejprve s chirurgem, což není pro všechny nemocné stejně přínosné. Onkologická terapie před operačním zákrokem může nemocného posunout do lepší prognostické skupiny. V pokročilém stadiu onkologického onemocnění se do popředí dostává podpůrná a symptomatická léčba, jejímž cílem není ovlivnit onemocnění, ale zmenšit obtíže nemocného, co nejvýše zlepšit kvalitu života nemocného a poskytnout jemu i jeho rodině psychologickou i organizační podporu (Češka, 2010).

## 1.1 Epidemiologie zhoubných nádorů

Zhoubné nádory jsou na celém světě jednou z nejčastějších nemocí a také příčinou smrti, zvláště ve vyšším věku. Zhruba polovina všech pacientů s diagnózou zhoubného nádoru zemře (Češka, 2010). Zhoubné nádory lze považovat za nepřátele každého člověka a tedy i za nepřátele organizací. Je proto důležité pro každého z nás, mít informace o počtu osob postižených zhoubným nádorem. Informace o frekvenci výskytu nádorů ve státě pomáhá každému občanovi a zdravotním institucím odhadovat náklady na léčení a ošetřování osob, postižených jednotlivými maligními chorobami. Přesné informace o počtu nově zjištěných maligních chorob v jednotlivých věkových kategoriích umožňují předpovídat množství lůžek a léků, a tedy i financí nutných pro léčbu té či oné choroby. Proto je velmi důležité, aby každá osoba s nádorovým onemocněním byla nahlášena do registru nádorových chorob (Vorlíček, 2006).

## 1.2 Principy protinádorové léčby

Základním krokem onkologické léčby je stanovení jejího cíle. Pokud je onemocnění vyléčitelné, je hlavním cílem využít všechny metody léčby vedoucí k uzdravení, a to i za cenu nežádoucích účinků, mluvíme o **kurativní léčbě**. Pokud je ale nemoc nevyléčitelná, je smyslem léčby zlepšení kvality života, odstranění nebo zmírnění symptomů nemoci a prodloužení života, léčba je **paliativní**. Po lokálním odstranění nádoru má klíčové postavení **adjuvantní onkologická léčba** (chemoterapie, radioterapie, hormonální, biologická léčba), která může zvýšit šance nemocného na úplné uzdravení. U některých typů nádorů by měla před chirurgickým zákrokem předcházet systémová onkologická **neoadjuvantní léčba**, protože pacientovi přináší nejen lepší lokální výsledky léčby, ale i zvětšení naděje na přežití (karcinom rekta, některá stadia karcinomu prsu, karcinom jícnu). Důvodem je primárně inoperabilní nebo obtížně operabilní nádor. **Radikální léčba** je terapie, která má naději na úplné vyléčení. Znamená často kombinaci lokálních i systémových léčebných modalit. **Podpůrná léčba** doprovází onkologickou kauzální terapii nebo se používá v rámci léčby terminálních pacientů (best supportive care) s cílem mírnit toxické dopady systémové onkologické léčby na zdravé tkáně nebo příznaky nádoru. **Symptomatická léčba** je určena ke zmírnění nebo odstranění obtíží způsobených nádorem, nikoliv k ovlivnění nádorového onemocnění (Češka, 2010)

## 1.3 Dispenzarizace nemocných (follow-up)

Každý onkologický pacient, který dosáhne remise onemocnění je stále sledován v postupně se prodlužujících intervalech. Smyslem sledování není jen včasné odhalení recidivy nemoci, ale i odhalení nádoru v druhém párovém orgánu, odhalení duplicity, tedy dalšího simultánního nebo sekvenčního zhoubného nádoru nebo sekundární malignity, tedy nádoru indukovaného léčbou základní onkologické diagnózy (Češka, 2010).

## 2 ONKOLOGICKÝ PACIENT

Zhoubná nemoc pacienta značně ovlivňuje, může v něm vyvolat zoufalství a beznaděj. Tyto pocity jsou často způsobeny neschopností důležitých lidí z pacientova okolí přijímat pacientovy nepříjemné pocity, které s sebou nemoc přináší. Změněné sociální a interpersonální kontakty, které pacient prožívá jako nepříjemné, u něho způsobují zmatek, zranitelnost a snížení pocitu vlastní hodnoty (Klener, 2002).

Na internetových stránkách České onkologické společnosti lze najít tzv. desatero onkologického pacienta (viz příloha 1), které obsahuje deset nejdůležitějších doporučení, která mohou pacientovi pomoci v boji proti této nemoci (Pešek, 2011).

### 2.1 Fáze adaptace na vážnou diagnózu

Přehledně je jako fáze na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová. Uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. A musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí nemocného. Dále je nutno vědět, že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá chybí. Je také třeba upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Jestliže pacient již dosáhl stadia smíření, zatím co jeho okolí stále ještě prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, může mu to být na škodu.

**Fázi smíření** - přijetí, je nutné odlišit od rezignace. Cílem je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. Rezignace má jiný význam a lze ji chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné. Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje dr. Kübler-Rossová. Udává, že pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a klidu. V jejich tvářích se odráží stav jejich vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří rezignovali, tento výraz nemají, naopak v jejich tvářích vidíme zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti a zbytečného úsilí. Tento výraz se snadno liší od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy (Svatošová, 1995).

**Negace - popření.** Pacient si nepřipustí skutečnost. Je to přirozená psychická obrana, při které dochází ke střetu pacientových obav a zároveň k jejich vytěsnění. Věří, že diagnóza není správná a že lékaři pochybili. Tato fáze je silnější u pacientů, kteří se pravdu dozvědí příliš brzy (Vodvářka, 1997).

Popírání má blahodárný vliv na psychiku pacienta – pomáhá totiž zadržet příliv zpráv, které pacient není s to zpracovat a vhodně na ně reagovat (Tschuschke, 2010).

Reakci pacienta lze řešit navázáním kontaktu a získáním důvěry pacienta.

**Agrese – hněv - vzpoura.** Pacient vidí ve své nemoci nespravedlnost a zlobí se na osud, na Boha i na své okolí. Nevěří v diagnózu, má zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Tuto zlobu promítá i do zdánlivých maličkostí kolem sebe. Ke zlepšení dochází, když se mu věnuje dostatek pozornosti a času. Je nutné pacienta odvést od negativního myšlení.

**Smlouvání - vyjednávání.** Pacient se snaží smlouvat o své zdraví (s osudem, Bohem, lékaři...). Hledají zázračné léky, léčitele a diety, jsou pověřiví. Jsou ochotni zaplatit cokoliv za účinnou léčbu. Měli by být trpěliví a obezřetní, aby při hledání řešení léčby nenarazili na podvodníky (Svatošová, 1995).

**Deprese – smutek.** Nejčastěji to bývá deprese ze selhání, neschopnost plnit svou obvyklou společenskou roli, nebo deprese spojená se strachem ze smrti a vědomím smrtelnosti. Fáze deprese může probíhat skrytě a proto je pro zmírnění duševní bolesti důležitá komunikace. Velký význam má i dodávání naděje nebo spolupráce s psychiatrem (Vodvářka, 1997).

**Smíření - souhlas.** Velmi důležité je rozpoznat, jestli je toto přijetí pravdy následkem smíření a vyrovnání nebo rezignace a zoufalství. Pomoci lze mlčenlivou lidskou přítomností, držením za ruku, utřením slzy. Stejnými fázemi prochází i rodina, přátelé i známí nemocného. S tím rozdílem, že v prožívání fází jsou o krok pozadu za nemocným a nezdědka se stává, že nemocný, který už dospěl do fáze smíření, utěšuje a posiluje rodinné příslušníky, kteří se nachází na počátku adaptace (Svatošová, 1995).

## 2.2 Somatická nemoc jako psychologický problém

Somatická choroba působí také na psychiku nemocného. Má i svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného. Nemoc lze obecně chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňují kvalitu života nemocného. Chronické onemocnění či postižení představuje trvalé znevýhodnění. Chronicky nemocného nelze vždy zcela vyléčit, musí onemocnění přijmout jako součást své identity a musí se s ním

naučit žít. Jakékoli závažné onemocnění je velkou životní zátěží, která nějakým způsobem ovlivní psychiku i nemocného. Somatická nemoc je poruchou funkcí těla. V důsledku této skutečnosti se mění vnímání, prožívání i vztah k vlastnímu tělu, může se stát obtížným a odmítaným. Z obecného hlediska je důležitým symptomem bolest, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Citlivost bolesti není u všech lidí stejná, bývá individuálně variabilní. Závisí na mnoha různých biologických a sociálních faktorech, jako jsou věk, pohlaví, zkušenosti nebo osobnostní vlastnosti jedince. Emoční prožitek bolesti je vždy nepříznivý. Rozumové hodnocení bolesti závisí na schopnosti nemocného uvažovat o příčině bolesti a o tom, jaký má pro něho význam, jakou informaci pro něj je. Každá nemoc vyvolává určitou citovou odezvu. Nevyléčitelné onemocnění vyvolává strach a úzkost, které vyjadřují negativní očekávání nemocného, ovlivňují jeho vnímání a zvládání všech chorobných příznaků. Závažná chronická choroba představuje definitivní ztrátu zdraví. Na takovou ztrátu nemocný reaguje zcela logicky smutkem a truchlením. Truchlení představuje určitý způsob zpracování ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Smutek doprovázející ztrátu vlastního zdraví může přecházet až v depresi, která má charakter symptomatické deprese, která souvisí se samotnou chorobou a je jedním z jejích příznaků. Charakter psychogenní deprese je reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž, kterou představuje celková změna situace. Bývá spojena s úzkostí, s různými obavami a s anticipací beznadějné budoucnosti. Mohou se objevit i suicidální tendence, pokud si člověk myslí, že život pro něho ztrácí smysl. Adaptace na závažné onemocnění může být obtížná a problematická. Pocit bezmoci a beznaděje může převládnout u nemocného, který je přesvědčen o neřešitelnosti jeho situace. Snadno upadají do apatie a rezignace, přestávají být schopni s nemocí bojovat. Další možnou reakcí, může být hněv a vztek. Hněv zahrnuje i racionální hodnocení, vztek je čistě afektivně-emocionální reakcí. Člověk se zlobí na svůj osud, na svou situaci, kterou považuje za nespravedlivou. Jde o negativní postoj k situaci, je projevem jejího odmítnutí a připravenosti s takovým ohrožením bojovat. Pod vlivem onemocnění se mění základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Potřeba stimulace a nových zkušeností se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje. Nemocný jedinec má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč je to nutné. Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci zvyšuje. Potřeba sociálního kontaktu může být obtížněji uspokojována,



nemocný bývá více izolován, setkává se s omezenou skupinou lidí. Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Potřeba otevřené budoucnosti, pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována (Vágnerová, 2004).

### 2.3 Sociální situace

Výskytem onkologického onemocnění a jeho léčbou se přeruší sociální aktivity nemocného. Změny v sociální oblasti se týkají formy rodinného fungování, sociálních rolí a v konečném důsledku i četnosti a kvality vzájemných mezilidských vztahů. S narušeným zdravím nedochází pouze k biologickým změnám, ale negativně se mění i sociální role. Role, které člověk zaujímá ve zdravém stavu, před objevením choroby. Sociální role jsou určité vzorce chování, které se očekávají od toho, kdo je nemocný. Často znamenají zbavení některých závazků, které mají ostatní členové společnosti (Matoušek, 2003).

Sociální rolí není myšleno pouze chování spojené se sociálním postavením rodiče nebo živitele rodiny, ale také profesní role, role v zájmovém klubu, role trenéra a jiné. S plněním pracovní role je spojeno finanční ohodnocení, ekonomické zajištění rodiny a problematické naplňování této role zasahuje oblast sebekoncepcce, navozuje pocity úzkosti a nejistoty. Role pacienta se dále vyvíjí v závislosti na úspěchu či neúspěchu léčby (Vaďurová, 2006).

V období duševní krize je sociální pomoc a opora založena na dobrých interpersonálních vztazích, v sociálním zázemí rodiny, přátel a známých, sousedů, spolupracovníků, skupin pacientů, profesionálů, dobrovolníků, případně zájmových a jiných institucí. Sociální opora je chápána jako činnost, která člověku v tísní ulehčuje prožívanou situaci a jako pomoc, kterou mu ostatní poskytují. Sociální opora je vztahové mezilidské působení umožňující naplňování základních potřeb a kognitivní zhodnocení nebo posouzení významu a prospěšnosti mezilidských vztahů. Je procesem výměn mezi jednotlivcem a prostředím. Má charakter psychosociálních zdrojů, vztah mezi příjemcem a poskytovatelem (Vykopalová, 2007).

## 2.4 Spiritualita

Spirituální oblast je velmi osobní část nitra člověka, ve které jsou prožívány osobní jistoty i nejistoty. Je to oblast nejdůležitějších vztahů, smyslu a náplně života a vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí. Je věcí individuální a jedinečnou. Rozvíjí se ve vyhocených situacích, ve stáří, v nemoci, nebo když se ptáme po smyslu života. Je to duchovní cesta, která je hledáním a naplňováním duchovna každého člověka, je jedinečná a neopakovatelná. Souvisí s náboženstvím, ale není to věc totožná. Nemusí být na náboženství vázaná. Trvá-li nemoc příliš dlouho, je zcela pochopitelná otázka jistoty, proto může být touha po spirituálním zážitku silnější u osob s vážným onemocněním. Přesto se vyskytuje u všech nemocných. Spiritualita nemocného je silně ovlivněna hledáním odpovědi na existencionální otázky, kterým se věnuje Opatrný. Jde o orientaci v situaci, která je pro pacienta nová (prostředí nemocnice, odkázanost na pomoc druhých, nemohoucnost, vědomí blízké smrti). Přijetí více či méně nových životní rolí. Uvedení dosavadního života do souvislosti s životem v nemoci nebo pomalu hasnoucím, tedy integrování současného stavu do celku života. Nalezení smyslu života i v nové situaci a docenění smyslu života dosud žitého. Vyrovnání se s obavami o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolest, samotnou smrt) i o bližní, které možná brzy opustí (životní partner, děti). Vyrovnání se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními a s domnělými nebo skutečnými utrpeními, křivdami a neúspěchy. Vyrovnání se s manky vlastní odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem, případně Bohu a dospět k odpuštění (Opatrný, 2004).

Spiritualita se mění příchodem nemoci. Většina nemocných uznává, že existuje něco, co nás přesahuje. Pro některé je to Bůh, jiní nevědí, jak to nazvat, ale ví, že se můžou na tuto autoritu dennodenně obrátit. Zmiňuje se také o menšině lidí, kteří v souvislosti s touto nemocí přestanou věřit v cokoli a tvrdí, že kdyby existoval Bůh, nemuseli by takto trpět (Vodvářka, 2004).

Spirituální péče je založena na respektování známého čtyřlístku holistické péče, který zahrnuje tělesný, psychický, sociální a duchovní aspekt a její naplnění se dosáhne nejlépe pomocí kvalitních vztahů. Spolupráce pacienta a dalších členů multidisciplinárního týmu je požadavkem zapojení se do procesu vytváření duchovní péče. Sestry významně přispívají k poskytování duchovní péče svým přístupem, empatií a porozuměním (O'Connor, 2005).

## 2.5 Pastorální péče

Pastorální péče je duchovní pomoc kněze, vedoucí k povzbuzení a posílení víry, nalezení bezpečí, pokoje a naděje. Očekává se od ní též pomoc v životní orientaci např. v rozhodování v těžkých životních situacích, konfliktech, krizích a katastrofách. Často přitom může jít o těžkosti velice konkrétní – např. nemoci, úzkosti, strachu, bolesti, stáří, ale i v těžkostech sociálních tlaků. Otevírá nám ve víře oči, abychom viděli svět v jiném světle. Přejít ze stavu úplného zdraví do stavu nemoci neprobíhá obvykle skokem (jak tomu je např. u dopravních nehod a úrazů). Obvykle se nemoc delší dobu připravuje a vyvíjí, nežli jsou vidět její zřetelné příznaky. Tak tomu je v těle člověka. Povědomí toho, že se v těle něco děje, v duši člověka se též rodí poznenáhlu. Cesta od tohoto nejasného tušení k plnému uvědomění si toho, že jsem (váženě) nemocen, byla již sledována a specifikována svými fázemi. Sociální komunikace v pastorální péči má svůj význam při pastorálním rozhovoru, dialogu s hledajícím člověkem, skupinovém rozhovoru v rámci pastorální péče, soustavném čtení bible a biblické meditaci, modlitbě v rámci pastorální péče, zpovědi, pastorální návštěvě lidí v jejich domovech, pastorální péči vedenou telefonem a dopisy, pastorální péči formou linek důvěry a podobně (Křivohlavý, 2000).

### 3 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

Zvládnutí komunikace s vážně nemocnými je náročným úkolem. Klade nárok na profesionalitu, na osobní zralost a autoregulační mechanismy člověka. Nemocní mají různé mechanismy vyrovnávání se s dlouhodobou zátěží. Může docházet ke konfliktům mezi sestrou a pacientem nebo rodinou. Nejbližší a nejdéle je s nemocným právě sestra, která při ošetřování poskytuje nemocnému oporu, posiluje ho na jeho cestě. Ošetřování a komunikace by měla probíhat s úctou a respektem k přáním nemocného. Cílem rozhovorů by měla být podpora pacienta. Nejde o poskytování planých nadějí. Spíše hledání určitého cíle, na který se nemocný může soustředit. Nemocného přijímáme se všemi projevy, jako jsou rozlady nebo neochota komunikovat. Nehodnotíme jeho projevy, nekritizujeme chování, reakce, způsob hovoru. Musíme projevit osobní zájem o pacienta, aby z našeho projevu vycítil zájem o svůj osud a naopak lhostejnost. Nutné je citlivě reagovat na nemocného. Zájem upínat na nemocného, ne na příznaky choroby či obtíže. Komunikujeme srozumitelně, slovy, kterým nemocný dobře rozumí. Nepoužíváme odborné termíny, protože komplikují situaci a působí na nemocného nadřazeně. Zdravotnický personál si vytváří vztah k nemocnému i jeho rodině. Zvláště u závažných onemocnění platí tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina (Venglářová, 2006).

Z hlediska etikety však Ladislav Špaček doporučuje v žádném případě nedávat najevo své překvapení nebo zděšení nad pacientovým stavem. Návštěva by se měla tvářit optimisticky, protože podpora a optimismus je to nejdůležitější, co pacient potřebuje. V konverzaci by se samotné nemoci neměl nechávat větší prostor. Témata by měla směřovat naopak k životu za zdmi nemocnice: pacientova rodina, známí, zaměstnání a novinky v oblastech, které pacienta zajímají (Špaček, 2008).

#### 3.1 Sdělení nepříznivých informací

Přiměřené sdělení onkologické diagnózy může komplikovat nejednotnost a rozpornost informací, které pacient dostává, obranná psychická reakce pacienta a nedostatečná komunikační schopnost nebo připravenost lékaře, který diagnózu sděluje. Pacient se setkává s celou řadou zdravotnických profesionálů, kteří jej informují o výsledcích diagnostických i léčebných procedur. Důležité je, aby tyto informace nebyly protichůdné nebo nejisté, protože by mohly zhoršovat úzkost pacienta. Právě v období diagnostiky

nádoru to obvykle není onkolog, ale lékař jiné profese, velmi často internista. Závažnou chybou je podávání nepravdivých informací. Nikdy pacientovi nedáváme falešnou naději. Často je podávána nepravdivě příznivá zpráva, která pacientovi sice přinese úlevu a lékaři umožní přechodně se vyhnout obtížnému rozhovoru o závažném onemocnění, avšak nepravdivá informace se dříve nebo později ukáže. To může zásadně otřást důvěrou pacienta pro další období v nemoci. Důsledkem je pak často daleko bouřlivější a též hostilní reakce pacienta, horší spolupráce nebo odmítání léčby, která by mu mohla pomoci. Šok způsobený informací o rakovině je i důvodem velmi špatného vnímání i zapamatování si zásadních údajů. Výhodou je účast rodinného účastníka nebo přítele, kterého si nemocný vybere jako doprovod a souhlasí s jeho účastí při rozhovoru o své nemoci. Pro úspěšnou léčbu je tedy podmínkou navázání vztahu vzájemné důvěry mezi pacientem a lékařem. Existuje několik kroků vhodných pro sdělování nepříznivých informací. Příprava – shromáždění zásadních informací o případu nemocného, vyhledání klidného místa, kde bude možné nerušeně si promluvit v dostatečném soukromí. Zjištění, co nemocný zatím ví, jakou má představu o své nemoci a její prognóze. Uvedení dosavadní informace na pravou míru. Zvládnutí odmítnutí, vyslechnutí pacientova postoje. Podrobné vysvětlení situace i jejího možného vývoje. Odpovědi na otázky nemocného i doprovázejících osob. Zjištění, co nemocného nejvíc trápí fyzicky i psychicky. Zjištění, jak by si představoval řešení svého problému. Shrnutí informací a stanovení plánu léčby. Vysvětlení léčebných možností, poskytnutí písemných informačních materiálů a stanovení nejbližšího cíle léčby (Češka, 2010).

### 3.2 Náročné situace v komunikaci s onkologickým pacientem

Mezi náročné situace v komunikaci s onkologickým pacientem řadíme sdělení nové informace o maligní diagnóze, prognóze a léčitelnosti. Vysvětlení nutnosti adjuvantní léčby v době, kdy má pacient odstraněný nádor a má pocit, že zvládl závažnou chorobu a nechápe, proč musí zahájit dlouhou a nepříjemnou léčbu s řadou nežádoucích účinků. Vysvětlení plánované paliativní léčby, kterou nebudeme nikdy schopni pacienta úplně vyléčit. Vysvětlení, že dosavadní léčba přestala účinkovat a musíme jí změnit za jinou, nebo dokonce nemáme už žádnou léčebnou možnost. Vysvětlení, že proces, na jehož začátku pacient stojí, se nazývá umírání a vysvětlení, že doporučený postup je

pravděpodobně jediná možná cesta, jak dosáhnout pravděpodobného zvládnutí nemoci, i když pacient léčbu odmítá a rozhoduje se neléčit nebo podstoupit neúplnou, neúčinnou nebo dokonce poškozující léčbu (Češka, 2010).

### 3.3 Efektivní komunikace

Cílem efektivní profesionální komunikace s pacientem a jeho rodinou je vytvořit prostředí důvěry a spolupráce ve prospěch pacienta. Je na místě připomenout povinnost mlčenlivosti a respektování přání pacienta v záležitosti podávání informací o jeho zdravotním stavu. Efektivní komunikace přispívá k uzdravení pacienta tím, že tlumí strach a zmatek. Pomáhá při úzkosti a stresu. Pomáhá zmírnit bolest a snížit počet komplikací a vedlejších účinků a v neposlední řadě zlepšuje spolupráci pacienta (Vorlíček, 2006).

### 3.4 Úloha sester při efektivní komunikaci

Sestry podávají pacientovi opakovaně ústní i písemné informace (formou letáků a brožur) o léčbě chemoterapií obecně, o konkrétních cytostatických režimech, o intervalech mezi podáním jednotlivých sérií chemoterapie, upozorňují na časně i pozdější vedlejší účinky léčby a poučí pacienta o nejvhodnější prevenci. Podněcují pacienta k vhodným aktivitám a dodržování dietních doporučení. Kontrolují cílenými dotazy, zda pacient dobře pochopil sdělovaná fakta. Garantují jednotný a srozumitelný tok informací s respektem k individuálním okolnostem a potřebám pacienta. Povzbuzují a psychicky podporují pacienta a jeho blízké po celou dobu léčby. Jsou připraveny citlivě zodpovědět i dotazy, týkající se intimního života. Pečují o respektování soukromí pacienta za podmínek hospitalizace i ambulantního léčení. Propojují svou činností multidisciplinární tým, který o onkologické pacienty pečuje. Napomáhají ke zlepšení schopnosti zvládat situaci při sdělování a přijímání zpráv o nemoci a léčbě. Sledují nepříznivé reakce u pacienta, psychické i tělesné. Komunikační dovednost sester je předmětem výcviku a patří k základním profesním znalostem. Dovednost v komunikaci je základním kamenem k hledání a naplňování potřeb nemocného (Vorlíček, 2006).

## 4 VLIV ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA KVALITU ŽIVOTA

Fenomén kvality života je předmětem výzkumu několika vědních oborů. Z pohledu medicíny se jedná o snahu poskytovat co nejefektivnější léčbu, která povede ke spokojenosti pacienta i zdravotnického personálu, a dosahovat optimálních léčebných výsledků v minimálním časovém rozpětí. Kvalita života je přímo determinována s prostředím, v němž člověk žije. Psychologický pohled se zaměřuje i na kvalitu života nevléčitelně nemocných, u nichž jsou prioritními kategoriemi autonomie, sebeúcta, autenticita a spokojenost. Klíčovou úlohu sehrává rodina nemocného člověka. Přítomnost nemocného znamená obrovskou zátěž nejen ekonomickou, ale také psychickou. Odborná péče, pomoc a podpora se proto musí zaměřovat i na rodinné příslušníky – poradenství v právní a sociální oblasti a psychoterapie. Důležitá je úzká spolupráce lékařů a pečovatелů, jejich porozumění a ochota komunikovat s rodinou pacienta. Důležitým článkem řetězu je přístup společnosti samotné, její schopnost zapojit člověka v terminálním stadiu do společenského života a dát mu pocit akceptace, identity a užitečnosti. Kvalitu života onkologických nemocných posuzujeme podle fyzického fungování, vykonávání rolí, bolesti, sociálního fungování, emocionální pohody, energie/únavy, kognitivního fungování, celkového zdraví, zdravotních potíží, změny zdravotního stavu, psychologických příznaků, existencionální pohody, finančních problémů a podle podpory (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Zdá se, že přijmout nemoc, zvládnout náročnost léčby a ostatní komplikace by mohlo pro pacienta znamenat velmi pozitivní moment v jedné životní etapě. Po dlouhém boji s nemocí může být pro některé pacienty těžké tento boj ukončit. Následkem ukončení léčby může být nárůst úzkosti, který se může u vyléčených pacientů projevit různými způsoby. Někteří mohou věnovat zvýšenou pozornost zdravému životnímu stylu. Stejně tak může pacienty ovládnout strach z možného návratu choroby. Lidé, kteří o svém uzdravení pochybují, mohou trpět velkou úzkostí z návratu do běžného života, z návratu do zaměstnání, popřípadě z obav z převzetí rodinných a společenských povinností. Po fyzické stránce se jejich stav zlepšuje, ale často stále trpí obavami z vlastní smrtelnosti. V období relativního uzdravení trpí pocitem, že jim rodina nevěnuje už tolik pozornosti a odůvodňují si vlastní tvrzení, že jim může opravdu rozumět pouze ten, kdo má za sebou stejnou zkušenost s onkologickým onemocněním, nebo odborní profesionálové (Nezu, 2003).

#### 4.1 Sociální pracovník a multidisciplinární tým

Ošetřující lékař znamená stěžejní zdroj pro sociálního zdravotníka. Od něj se dozvídá informace o pacientově diagnóze. Na základě informací od ošetřujícího lékaře se koordinuje další onkologická péče a využití sociálních služeb a dávek. Také sestry pomáhají sdělováním faktů o pacientově zdravotním stavu, informují o tom, jak se nemocný cítí, jaké jsou jeho bolesti, zda dostatečně přijímá potravu nebo jaké množství tekutin vypije. To všechno je důležité pro zprostředkování další ošetrovatelské péče a dalšího zajištění nemocného doma. Další složkou multidisciplinárního týmu jsou fyzioterapeuti, od kterých se obvykle dozvíme stav mobility nemocného. Zda se pohybuje, jestli je schopen být doma sám nebo s nějakou pečovatelskou službou. Zda potřebuje 24 hodinovou zdravotní péči. Problémem mnoha pracovišť s onkologicky nemocnými je absence psychologů. Podpůrnou péči tvoří dobrovolníci a duchovní. Dobrovolníci pomáhají při procházkách po areálu či při jiných pomocných činnostech, jako je četba, ruční práce a jiné. Stanovení diagnózy se většinou děje v nemocnicích a klinikách. Kde jsou lidé vyšetřováni a tudíž i diagnostikováni. Vedení těchto nemocnic a klinik obvykle sleduje umístění těchto nemocných do následné péče. Ošetřující lékaři se obvykle zabývají řešením problémů, aby daný pacient byl schopen nastoupit léčbu, aby se eliminovaly problémy v rodině a nemocný mohl absolvovat léčbu v co nejvíc možném komfortu. Důvodem je potřeba volných lůžek k tomu, aby se další pacienti mohli léčit. I oni potřebují péči sociálních pracovníků a jejich eventuelní umístění do následné péče nebo do domácího ošetření. Pacienti a rodinní příslušníci očekávají od sociálních pracovníků podporu, vstřícnost při rozhovorech o svých problémech a řešení v těžkých problémových situacích, které se váží na onkologické onemocnění. Sociální pracovníci mají svou vizi. Za pomoci sociálního systému udržet kvalitu života pacienta a zmírnit důsledky onkologické léčby (Slavíková, 2010).

#### 4.2 Socio – ekonomické problémy nemocných

S velkou životní změnou souvisí problémy nemocného. Důležitou úlohu zaujímá sociální poradenství, které specifikuje, co pacient očekává, jak tyto problémy co nejvíce



usnadnit. Dosti často jsou to problémy finanční. Ne každý nemocný je zaměstnán a ne každý nemocný má nárok na pracovní neschopnost. Musí se hledat další náhradní řešení. Dávky hmotné nouze nebo žádost o předčasný invalidní důchod na první rok léčby.

V rodinách bývá pozornost upřena na děti. Prioritní je péče o ně. Mnohdy jde o nemocného samoživitele, nemocnou samoživitelku s menším finančním příjmem a nedostatečným zázemím. Je jim potřeba s dětmi pomoci. Nemusí si se vzniklou situací umět poradit. Další skupinou jsou nemocní, kteří mají na svou péči navázanou péči o své vlastní rodiče. V tomto případě nezvládnou tuto starost a je jim třeba pomoci, aby měli klid na léčbu.

V sociální sféře bývá problém o udržení kontaktů. Nemocní mají často pocit, že sociální kontakty jsou vzniklým stavem přerušeny. Proto jsou nemocným umožněny návštěvy spoluzaměstnanců či přátel, samozřejmě rodinných příslušníků. Není nutné tyto vztahy přerušovat. Kupodivu mnoho onkologicky nemocných po dobu léčby pracují, podnikají. Poradenství pomáhá ozřejmit eventuality a možnosti sociálních dávek. V základním výčtu dávek je průkaz mimořádných výhod (TP,ZTP,ZTP/P), kdy se hodnotí mobilita žadatele, schopnost pohybovat se. Toto onkologičtí pacienti těžce prokazují. Revizní lékaři jsou mnohdy slepí a nevyslyší jejich pocity, které nese chemoterapie. Trpí špatnou mobilitou z důvodu nevolnosti, z chemoterapie či ozařování. Hůře se jim chodí, jsou zesláblí. Posudek se obvykle zaměřuje na funkční stav pacienta. Obdobně je to při příspěvku na provoz motorového vozidla, který se váže za získání průkazu mimořádných výhod. Nemocní se mnohdy musí denně dopravovat i z dálky na léčbu, na pravidelné odběry, radioterapii. Ne všichni disponují motorovými vozidly. Časté problémy vznikají při nárocích na převoz sanitním vozem. U příspěvku na péči, který slouží k zajištění si služeb nebo uhrazení si nákladů na osobu blízkou, která jim bude s péčí pomáhat, se nejvíce hodnotí soběstačnost. V začátku péče si onkologičtí nemocní nedokáží získat body soběstačnosti. Málokterý nemocný získá tyto příspěvky na péči. Musí o ně žádat v daleko pozdějších situacích, kdy se mu například onemocnění vrátí, anebo když je opravdu v terminálním stadiu. Projednání a vyřízení dávek je natolik dlouhé, že bohužel několik nemocných je získá až po smrti. Příspěvek na zvláštní kompenzační a rehabilitační pomůcky se týká nemocných, kteří mají z důsledku své onkologické choroby znatelný fyzický handicap. V této situaci se daří sociálním pracovnícům zařídit kompenzační pomůcky, aby se jejich kvalita života zlepšila nebo alespoň udržela (Slavíková, 2010).

#### 4.2.1 Pomoc ministerstva práce a sociálních věcí

Dojde – li k situaci, kdy vážně onemocní člověk, dostává se do nelehké existencionální situace. Dlouhodobá nemocnost je důvodem přerušení zaměstnání a tím snížení finančního příjmu nemocného. Pokud ani rodina nemocného nemůže přispět na uspokojení jeho základních životních potřeb, je možné uplatnit nárok na dávky hmotné nouze nebo zažádat o předčasný invalidní důchod. Dávky hmotné nouze lze využít na příspěvek na živobytí, na doplatek na bydlení a jako mimořádná okamžitá pomoc (Pomoc v hmotné nouzi, 2012).

Další pomoc vážně nemocným poskytují sociální služby. Jsou zaměřeny na pomoc a podporu členům rodiny, kteří se o vážně nemocného starají a kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Základními druhy sociálních služeb jsou sociální poradenství (rodinné poradenství, poradny pro osoby se zdravotním postižením), a služby sociální péče (např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, centra denních služeb) (Finanční podpora rodiny, 2012).

Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravují příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, výpůjčku zvláštní pomůcky a průkaz osoby se zdravotním postižením s benefity, které z něj vyplývají. Nemocným, kteří nejsou schopni zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, nemocným, kteří se musí dopravovat do zdravotnického zařízení nebo jsou dopravováni a nemocným, kterým nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (Dávky pro osoby se zdravotním postižením, 2012).

#### 4.3 Následná, domácí a hospicová péče

Odlišnou variantou péče je pečovatelská služba. Tu se snaží sociální pracovník zařídit ve chvíli, kdy se nemocný není schopen postarat o domácnost a o sebe sama. Nemají tak velkou rodinu, která by jim domácnost obstarala. Jde hlavně o příjem potravy, nákupy a chod domácnosti (Slavíková, 2010).

Home care, domácí péče, je definována jako domácí péče odborné zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry. Pojetí systému však koreluje s dřívějším českým modelem domácí péče, který zajišťovaly geriatrické sestry. Institut geriatrických sester byl zrušen v roce 1990 a nahrazen péčí typu home care. V ČR existuje Asociace domácí péče, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče. Domácí péče je určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče. Pakliže by domácí odborná péče přesáhla rozsah 3 hodin denně nebo 2-3 návštěvy, je plně indikován pobyt nemocného v nemocnici. Uvedený rozsah péče home care je plně hrazen pojišťovnou. Domácí péče udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, nemocný se ve svém prostředí cítí lépe, zlepšuje psychický stav nemocných, vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace a snižuje náklady na zdravotní péči, je však třeba dodat, že domácí péče je sice levnější, ale není levná (Haškovcová, 2004).

Domácí péče je péčí sester v domácím prostředí. Nejčastěji se jí využívá k odběrům krevních vzorků v domácím prostředí, aby ti špatně mobilní nemocní nemuseli za každým odběrem dojíždět do zdravotnického zařízení. Nemocní, které se podaří vyléčit, jsou v remisi. Po léčbě je vhodné podstoupit rehabilitační péči. Tito nemocní se velmi špatně umísťují do rehabilitačních center. Rehabilitační pracovníci se přehnaně ujistí, že jim nehrozí aktuální recidiva. Velmi zdráhavě přijímají tyto nemocné. Přitom nemocní s metastatickým postižením páteře rehabilitační péči velmi potřebují. Většinou dávají přednost nemocným po úrazu, protože jsou klinicky bezproblémoví. K dispozici nemocnému je i lázeňská péče, na kterou mají nárok. Avšak většina nemocných po léčbě lázeňskou péčí odmítá, přitom je zdraví prospěšná. Oblast sociální rehabilitace nabízí komunitu patientských a neziskových organizací, ve kterých mají daleko větší šanci sociální pracovníci spolupracovat s nemocnými v terénu. Po remisi se musí nemocný vracet na trh práce a hledat si alespoň částečné pracovní úvazky, protože po změně zákona o důchodovém pojištění dosáhnou pouze na nižší stupně hodnocení invalidních důchodů, které nejsou dostatečně finančně kompenzovány (Slavíková, 2010).

Od 1. 1. 2010 došlo k novému vymezení invalidity. Místo dosavadní plné a částečné invalidity byla zavedena třístupňová invalidita (invalidita třetího, druhého a prvního stupně). Nemocný - pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 35 %, nejvíce o 49 %, jedná se o

invaliditu prvního stupně, nejméně o 50 %, nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně a nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. Současně byla místo plného invalidního a částečného invalidního důchodu zavedena jedna dávka, a to invalidní důchod (Invalidní důchody, 2012).

Dojde – li k recidivě onemocnění, vrací se spolupráce nemocného a sociálního pracovníka znovu na začátek. Dochází k situacím, kdy rodina, která věnovala nemocnému svůj čas, dovolenou, různé možnosti, jak se uvolnit v zaměstnání, je na pokraji sil. Je třeba najít nové pomocné síly a nějaké možné řešení v rámci sociálních služeb, aby nemocný mohl být opět zajištěn. Je zde snaha zvyšovat stupně výhod a příspěvků. U nemocného v terminálním stadiu je velmi nutná spolupráce s lékařem, bez které by to rozhodně nešlo. Je velmi důležité nedávat nemocnému plané naděje, neslibovat nemožné, protože bohužel náš systém není všemocný a nemůžeme všem nemocným slíbit to stejné. Každý nemocný má jiné onemocnění, jinou intenzitu péče a hlavně také bydlí na vesnici, v městečku, kde některé služby nejsou a my je vytvořit nedokážeme. Je nutné projednat situaci s rodinou, zda je vůbec schopna péči o nemocného zvládnout, zda se odváží vzít si umírajícího nemocného domů a teprve potom jí sdělit možnosti umístění nemocného do příslušných institucí. Zajištění péče doma umožňuje domácí péče a v případě, že v příslušném regionu není přístupná, tak volit domácí hospicovou péči (Slavíková, 2010).

Hospicová péče je poskytována nemocným všech věkových kategorií, bez rozdílu jejich pohlaví, sociálního postavení, rasy, náboženského vyznání a politického založení, kteří jsou z důvodu změněného zdravotního i sociálního stavu plně či částečně odkázáni na odbornou péči a péči druhé osoby (Payne, 2005).

Nejčastěji se u nemocných v hospicové péči zajišťuje infuzní terapie na podporu výživy nebo podávání léků proti bolesti, aplikace injekčních opiátů. Aplikace injekčních opiátů není jednoduchá záležitost. Injekční opiáty předepisuje pouze praktický lékař a není – li on ochoten vést opiátovou knihu, tak se k nim bohužel nemocný nedostane. Žádná onkologická klinika nemůže vydávat tak velké množství opiátů. Mnohdy nebývá jiná šance, než přesvědčit nemocného, aby změnil na základě seznamu lékařů svého praktického lékaře. Pomoci v této problematice mohou omezeně i centra bolesti, ale jejich finanční rozpočty nejsou nekonečné. Co se týče kompenzačních pomůcek, naskýtá se nemocným možnost zápůjček. Nemocný potřebuje jimi eliminovat své zdravotní komplikace. U nemocných v terminálním stadiu jsou nejčastěji zapůjčovány mechanické

vozíky nebo polohovací lůžka. Pokud rodina zhodnotí, že nemocného mít doma nemůže, zajišťuje se následná péče. V tom lepším případě by bylo zajištění hospicové péče, ale bohužel hospiců není mnoho a financování této péče je velmi složité. Kapacita lůžek je nedostačující. Pokud se nemocného nedaří umístit do hospice, nezbývá než umístit nemocného do léčebny dlouhodobě nemocných (Slavíková, 2010).

#### 4.4 Proč hospic?

Hospic není nemocnice, ani léčebna dlouhodobě nemocných. Přichází v úvahu tam, kde péče o těžce nemocného, blížícího se k závěru života, doma skutečně a objektivně možná není. Ale ani tato krajní situace není důvodem, aby rodina nemocného opustila. Mít v posledních chvílích svého života u sebe ve dne v noci blízkého člověka, to není o nic méně důležité, než se zbavit nesnesitelné bolesti. Přesto zůstává většina připravených přistýlek prázdná. Musíme se znovu učit tomu, co generace před námi zvládly a naprostou samozřejmostí. Většina nemocných má o svých posledních dnech toužebné přání, nebýt na svůj problém sám. Mnoho rodinných příslušníků řeší vzniklou situaci hospitalizací nemocného nebo umístěním v léčebnách dlouhodobě nemocných. Ti movitější připlatí za nadstandardní pokoj a mají pocit, že své svědomí utišili, vyprali dobřela. Vždyť vážně nemocný potřebuje denní projevy lásky a pocit, že je stále ještě součástí milované rodiny. Čím více nemocnému projevujeme drobnými pozornostmi svoji lásku, tím dříve se probouje do stadia smíření. Podstatným prvkem v lásce není dělat něco pro druhého, ale být zde pro druhého (Svatošová, 2006).

#### 4.5 Paliativní péče

Paliativní onkologická péče je aktivní a ošetrovatelskou intervencí u nemocných s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresse onkologického onemocnění. Hlavním cílem paliativní onkologické péče je zajistit co nejlepší možnou úroveň kvality života onkologicky nemocného pacienta a jeho rodinných příslušníků. Respektuje individualitu lidské osobnosti v souladu se základním koncepčním modelem kvality života jednotlivce, který je tvořen čtyřmi základními dimenzemi kvality života – zdravotní, psychologické, spirituální a sociální aspekty. Celková incidence

nádorových onemocnění setrvale roste. Toto zjištění poukazuje na potřebu reálně dostupné a kvalitní následné péče o nemocné v okamžiku, kdy jsou možnosti jejich onkologické léčby vyčerpány v důsledku léčebně neodvratitelné progresse maligního tumoru. V zahraniční literatuře se lze setkat s termínem „časná paliativní péče“ u nemocných s probíhající nekurativní protinádorovou léčbou. Tato „časná paliativní péče“ je u nás chápána jako podpůrná onkologická léčba, která je indikována u nemocných s probíhající jak kurativní, tak nekurativní protinádorovou léčbou a je realizována cestou onkologické ambulance. Je poskytována nemocným s ukončenou onkologickou léčbou, nemocným, kteří s ohledem na svůj věk, celkový výkonnostní stav a přidružená závažná somatická onemocnění nejsou k protinádorové léčbě indikováni. Je poskytována ve dvou základních formách, obecné a specializované. Obecná paliativní ošetrovatelská péče zahrnuje léčbu symptomů, související s progresí onemocnění. Zaujímá cca 80% veškeré péče a je poskytována všemi lékaři a nelékařským personálem bez ohledu na jejich specializaci. Specializovaná paliativní ošetrovatelská péče zahrnuje zejména analgeziologickou, nutriční, psychologickou či psychiatrickou a sociální intervenci včetně možnosti provedení invazivních výkonů. Zaujímá cca 20% veškeré specializované péče. Je poskytována prostřednictvím domácích mobilních hospiců, lůžkových hospiců a jejich denních stacionářů, oddělení paliativní péče zřizovaných v rámci nemocnic či léčeben pro dlouhodobě nemocné, ambulancí paliativní onkologické péče zřizovaných v rámci komplexních onkologických center či regionálních onkologických pracovišť. U každého nemocného zařazeného do programu paliativní péče je stanoven plán této péče. Hlavními zásadami jsou respektování přání nemocného a jeho rodiny, zajištění odpovídající spolupráce s registrujícím praktickým lékařem, agenturami domácí zdravotní péče, hospicovými a regionálními nemocničními zařízeními. Nutné je řešení mimořádné situace obvykle související s náhlým zhoršením zdravotního stavu nemocného v mimopracovní době a zajištění účinné respitivní péče (krátkodobý pobyt nemocného v hospicovém zařízení následné péče) obzvláště u nemocných, kde významnou úlohu v každodenní 24 hodinové ošetrovatelské péči v domácím prostředí hraje rodina (Klinická onkologie, 2011).

Paliativní péče vychází z pěti základních šetření. Fyzické šetření zaměřené především na obtíže limitující nemocného v běžné denní činnosti, zvláště na přítomnost bolesti, její etiologii, charakter, lokalizaci, intenzitu a její léčbu včetně dopadu na celkovou kvalitu života nemocného. Základní nutriční screening zahrnující nutriční anamnézu (chuť k jídlu,

možnosti příjmu stravy, polykací obtíže, možný váhový úbytek), základní měření hmotnosti, výšky, body mass index a výkonnostní stav. Cílem nutričního screeningu je zhodnotit projevy nádorové anorexie a kachexie. Psychologické, případně psychiatrické šetření, hodnotící postoj a chápání nemoci s infaustní prognózou, dále pak projevy úzkosti, deprese, psychomotorický neklid, suicidální myšlenky, delirantní stavy, poruchy spánku. Spirituální šetření zaměřené především na náboženské a duchovní rituály. Sociální šetření hodnotící vztahy v rodině nemocného, komunikaci mezi nemocným a rodinnými příslušníky, finanční a životní podmínky nemocného a jeho rodiny, dostupnost domácího vybavení pro případnou ošetrovatelskou péči (Klinická onkologie, 2011).

#### 4.6 Kategorizace nemocných s ukončenou onkologickou léčbou.

Podle typu a rozsahu onkologického onemocnění, předchozí protinádorové léčby, věku nemocného, jeho výkonnostního stavu (Karnofskyho Performance Status), typu, počtu, závažnosti a stavu přidružených somatických onemocnění, projevů progredující nádorové kachexie, přítomnosti ireverzibilních změn jaterních, renálních, kardiálních a respiračních funkcí, ireverzibilních změn vnitřního prostředí a ireverzibilních neurologických a psychiatrických symptomů, se dělí tyto nemocní do tří základních kategorií. Na nemocné v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stadiu s dobou přežití 3-6 měsíců. Na nemocné v preterminálním stadiu s dobou přežití 1-2 měsíce a na nemocné v terminálním stadiu s dobou přežití řádově hodiny, dny, až 3 týdny. V tomto stadiu je cílem paliativní péče zajistit důstojné umírání. U těchto nemocných není indikována intenzivní a resuscitační péče. Ošetrovatelská péče nemocných v terminálním stadiu nemoci nese své ošetrovatelské intervence. Kontrola příjmu potravy, kontrola nastavení analgetické terapie, kontrola a prevence vzniku dekubitů, polohování nemocného, péče o permanentní močový katétr, periferní či centrální žilní katétr, péče o dutinu ústní, péče o dýchací cesty nebo péče o vyprazdňování (Klinická onkologie, 2011).

#### 4.7 Zaměstnanost po léčbě

Pacienti po onkologické léčbě procházejí dlouhou rekonvalescencí, při které mohou pobírat sociální dávky a podporu v nezaměstnanosti. V sociální sféře jsou posuzováni jako osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k onkologickému onemocnění a jeho

důsledkům mohli přijít o určité části svého těla a jsou tím znevýhodněni při hledání zaměstnání. Pacienti po léčbě, bez fyzické újmy se s lepšími vyhlídkami uplatnění na trhu práce ucházejí o zaměstnání. Osoby se zdravotním postižením jsou od 1. ledna 2010 fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém a třetím stupni, dále osoby znevýhodněné a osoby s těžším zdravotním postižením. Osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce, na které společně se státem participují také zaměstnavatelé. Tito jsou povinni při nahlašování volných pracovních míst uvádět v jejich charakteristice mimo jiné i informaci, zda se jedná o pracovní místo vyhrazené nebo vhodné pro osobu se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Mohou být realizovány rekvalifikační kurzy. Pro znevýhodněné osoby jsou vytvářena chráněná pracovní místa a chráněné pracovní dílny (Sestra, 2010).

Pojem sociálního zabezpečení je výsledkem sociální politiky státu, kterou lze definovat jako soustavné a cílevědomé úsilí o změnu nebo udržení a fungování svého sociálního systému. Principy sociálního zabezpečení se zpravidla realizují prostřednictvím sociálního a zdravotního pojištění, státními podporami a sociální pomoci občanům. Zahrnují tak zabezpečení peněžními i věcnými dávkami, ale i službami (Mühlpachr, 2004).

Deklarace práv nemocných s rakovinou, vyhlášená Společností nemocných rakovinou v Londýně v roce 1991, uvádí, že stigmatizace spojená s rakovinou je vážnou překážkou na cestě vpřed v rozvinutých a rozvojových zemích a často způsobuje nevhodné emocionální trauma pacientů, jejich rodin, diskriminaci lidí s nádorovým onemocněním a zaujatost vůči jejich zaměstnávání anebo jejich smysluplnému zapojení do společenského života, finanční útrapy a ztrátu produktivity postižených, špatnou komunikaci a nedostatečné vzdělávání veřejnosti. Rakovina je závažné onemocnění, se kterým je nutné a možné naučit se žít (Liga proti rakovině, 2010).



#### 4.8 Onkologické spolky a jejich činnost

Systémová psychosociální intervence pro onkologicky nemocné u nás není. Pomoc přichází díky profesním a patientským organizacím. Sdružení Liga proti rakovině, v němž figurovali vedle onkologických pacientů výhradně lékaři, se orientuje i na spolupráci s psychoterapeuty. Liga proti rakovině si jako jedna z prvních neziskových organizací, která po roce 1989 vznikla, klade za úkol snížit úmrtnost na zhoubné nádory v České republice. K dosažení tohoto cíle volí tři hlavní dlouhodobé programy: soustavnou informovanost veřejnosti o nádorové prevenci, snahu o zlepšení kvality života nádorově nemocných a podporu onkologického výzkumu, kvalitní výuky a investiční modernizaci či kompletizaci onkologických center (Liga proti rakovině, 2010).

Nadační fond Dobrý anděl je systém, pomocí kterého mohou až desetitisíce dárců, Dobrých andělů, relativně malými pravidelnými měsíčními částkami výrazně finančně pomáhat až tisícovkám nemocných. Spolupracuje s Českou onkologickou společností, která transparentním způsobem pomáhá rodinám s dětmi, které onkologické onemocnění dostalo do finanční tísně (Dobrý anděl, 2012).

Organizace Amelie nabízí ucelený program psychosociální pomoci pro dospělé onkologicky nemocné a jejich blízké. Služby v Centru vždy poskytuje odborník či pracovník/lektor pod odbornou garancí. Odbornost v Amelii je zaštitěna celým týmem odborníků zajišťujících aktivity Amelie. Všichni se podílí na vypracovávání a zdokonalování společných pracovních metodik a interních pravidel, podle kterých se služba řídí. Posláním centra je vytvářet dospělým onkologicky nemocným a jejich blízkým vstřícné prostředí, kde je místo pro respekt a naději. Sdílet naše poznatky a zkušenosti, spolupracovat v oblasti psychosociální péče. Otevřeně pojmenovávat tabuizované problémy spojené s rakovinou a vzdělávat. Základními hodnotami organizace Amelie je radost a krása, respekt, naděje a tvořivost. Hlavními principy práce organizace je podporovat, doprovázet, vracet do života, respektovat jedinečnost, seznamovat, informovat a propojovat spolupráci (Amelie, 2012).

Sdružení pacientek s rakovinou prsu Mamma HELP nabízí ženám komplexní informace o rakovině prsu, vede poradenskou činnost, spolupracuje s předními českými odborníky v onkologické oblasti. Poskytuje pomoc v odborných lékařských člancích. Psychologickou a

sociální terapeutickou pomoc poskytují vyléčené pacientky. Nabízí kontakty na odborná pracoviště a centra, publikace ke stažení a spoustu užitečných odkazů, tipů a služeb pro nemocné. Realizují řadu projektů - preventivní, edukační, odborné, na zlepšení kvality života pacientů, pro celé rodiny, pro zábavu, pro radost a na získávání finančních prostředků (Mamma help, 2012).

ALEN je neziskové občanské sdružení žen postižených rakovinou prsu. Klub si dává za hlavní svůj cíl pomáhat všem ženám po ablaci prsu. Činnost sdružení přispívá ke zlepšení psychického i fyzického zdravotního stavu, k rychlejšímu pochopení a smíření se s nemocí, k začlenění se do života, který se zdál nemocí narušen. Ke splnění těchto cílů pořádají rekondiční a rehabilitační pobyty na jaře a na podzim každého roku. Realizují cvičení a plavání, organizují vycházky do přírody, víkendové akce za zdravím, kulturní a společenské akce, setkání k výměně informací a předávání zkušeností doplněné lékařskými a zdravotnickými přednáškami. Sdružení ALEN je otevřeno všem ženám, které se potřebují podělit o svou bolest, o své problémy s nemocí, kolem které je ještě stále mnoho zbytečných mýtů. Ženy mají možnost podělit se o radosti a zkušenosti s vítězstvím nad onemocněním (Alen, 2012).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 FORMULACE PROBLÉMU**

Pozice a postavení onkologicky nemocných, jejich sociální a ekonomické jistoty, jsou součástí posuzování kvality života. Významnou roli v kvalitě života mají splněné potřeby nemocných. Nejsou-li potřeby plněny, dochází k fyzické, materiální a sociální nepohodě. Nespokojenost a problémy se objevují v oblasti psychiky a sociálního postavení nemocného. Psychika se hodnotí stavem nálady, postojem k životu a nemoci, způsobem vyrovnání se s léčbou, osobnostní charakteristikou nebo prožíváním nemoci. Sociální stav ukazuje na interakci s blízkými lidmi, ukazuje na roli nemocného ve společenských skupinách a jeho způsob komunikace. Socio – ekonomická situace se promítá do každodenního života onkologicky nemocného. Finanční závazky (nájem, stravné – dieta, hypotéka, elektřina, plyn, doplatky za léky, regulační poplatky) jsou v období nemoci hůře plnitelné a dosažení sociální pomoci se stává dlouhodobou záležitostí, protože se dle posudkových lékařů nejedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Proces přiznání finančních dávek je dlouhý.

## 6 CÍLE A ÚKOL VÝZKUMU

V mé bakalářské práci jsem si stanovila 4 cíle. Zjistit subjektivní prožívání a hodnocení života nemocného. Zajímalo mě, jakou oporou jsou pro onkologicky nemocné jejich blízcí a přátelé, kteří sdílejí s nemocným jejich utrpení, smutek, rozpaky i nemoc. Dále jsem se zaměřila na to, jak intenzivně ovlivňuje onkologicky nemocného víra a pomáhá – li mu chápat a zvládat nemoc, čelit těžkostem. Neméně významné bylo zjistit, zda má onkologické onemocnění vliv na ekonomickou situaci nemocného, včetně problematiky zaměstnanosti a schopnosti pracovat.

**Cíl 1.:** Zjistit subjektivní hodnocení kvality života u onkologicky nemocného.

**Cíl 2.:** Zjistit, jakou oporou jsou pro onkologicky nemocné jejich blízcí a přátelé, kteří sdílejí s nemocným jejich utrpení, smutek, rozpaky i nemoc.

**Cíl 3.:** Zjistit, jak intenzivně ovlivňuje onkologicky nemocného víra a dává-li nemocnému sílu chápat a čelit těžkostem.

**Cíl 4.:** Zjistit, zda má onkologické onemocnění vliv na ekonomickou situaci nemocného, včetně problematiky zaměstnanosti a schopnosti pracovat.

## 7 METODIKA

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsem ke sběru dat použila metodu dotazníkového šetření. Dotazník je měrný prostředek, ve kterém respondenti odpovídají na formulované otázky písemně. Dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace (World Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) byly vytvořeny v devadesátých letech pracovní skupinou WHOQOL skládající se ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa jako nástroj měření kvality života. Jedná se o dvě základní verze dotazníku – WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek, a zkrácený WHOQOL-BREF s 26 položkami. Sebeuposuzovací dotazník o 100 položkách zahrnuje domény, týkající se kvality života: fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Dotazníky jsou určeny pro populaci do 65 let (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Zvolila jsem si jako vzor dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek. Vybrala jsem z tohoto dotazníku 30 výzkumných otázek, dle mého názoru nejvíce vystihující problematiku domén (viz příloha 2). Neřídila jsem se tedy všemi položkami z dotazníku v originální verzi. Pro pacienty je dotazník anonymní, což by mělo vést k lepší spolupráci při uvádění pravdivých odpovědí. Musí být zodpovězeny všechny otázky. Pokud by pacient žádal pomoc při vyplňování dotazníku, musí mu být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí. Pacient by měl dotaz vyplnit samostatně, proto by dotazníky měly být jednoduché a výstižné. Pokud si pacient není jistý odpovědí, měl by si zvolit takovou odpověď, která se mu zdá nejvhodnější. Dotazník se ptá na život v posledních dvou týdnech. Připravila jsem si 120 dotazníků, jejichž polovinu, 60 dotazníků, jsem doručila na lůžkové oddělení onkologie v nemocnici v Chebu, druhou polovinu, druhých 60 dotazníků, jsem doručila do ordinace onkologa MUDr. Milana Kůty v Karlových Varech. Ze 120 dotazníků jsem obdržela 112 kompletně a bezchybně vyplněných. 11 dotazníků jsem vyloučila z důvodu neúplného nebo špatného vyplnění.

V první doméně je zařazeno 5 otázek, týkajících se prožívání určitých věcí, jako například kladných nebo záporných pocitů, zjišťujících kvalitu života, smutek a depresi, potřeby lékařské pomoci a reakce na finanční stránku života a dostupnost zdravotní péče v posledních dvou týdnech. Ve druhé doméně je zařazeno 6 otázek, které zjišťují, jak jsou pacienti schopni provádět každodenní činnosti, splňovat své potřeby a získávat

informace, které potřebují v posledních dvou týdnech. Třetí doména se v 7 otázkách zaměřuje na hodnocení kvality života, na spolupráci rodiny a na dostupnosti péče zdravotní i sociální v posledních dvou týdnech. Čtvrtá doména klade 2 otázky, týkající se frekvence a síly bolesti, týkající se prožívání negativních pocitů, jako je rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese v posledních dvou týdnech. Pátá doména se ve 3 otázkách věnuje problematice jakékoliv práce, kterou se pacient zabývá. Jak práci či jinou činnost vnímá a jak je schopen tuto činnost zvládat. Šestá doména ve 3 otázkách zjišťuje fyzickou aktivitu a schopnost fyzické pohyblivosti. Sedmá doména je ve 4 otázkách zaměřena na osobní filosofii nebo víru a jejich vliv na kvalitu života pacienta. Závěr dotazníku je určen demografickým údajům, které jsou specifikovány na konci dotazníku úmyslně proto, aby bylo zabráněno možnému nezájmu odpovídat na otázky, které jsou sice anonymní, ale přesto směřující k identifikaci pacienta. V dotazníku jsou použity otevřené otázky (respondent odpovídal volně na otázku svého věku) a otázky uzavřené (respondent měl na výběr několik možností odpovědí). Odpovídali pouze jednou odpovědí. Nedílnou součástí dotazníku je poděkování za spolupráci.

## 8 HYPOTÉZY

Na základě vytyčených cílů výzkumu jsem si stanovila tyto hypotézy:

**Hypotéza 1:** Předpokládám, že víc než polovina respondentů bude udávat negativní odpověď při subjektivním hodnocení kvality života.

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že víc než polovina respondentů hodnotí pozitivně pomoc od přátel, podporu od rodinných příslušníků a tudíž se cítí šťastni v těchto vztazích.

**Hypotéza 3:** Předpokládám, že méně než polovina respondentů věří ve smysl víry a v její vliv na zvládání a zdolávání těžkostí.

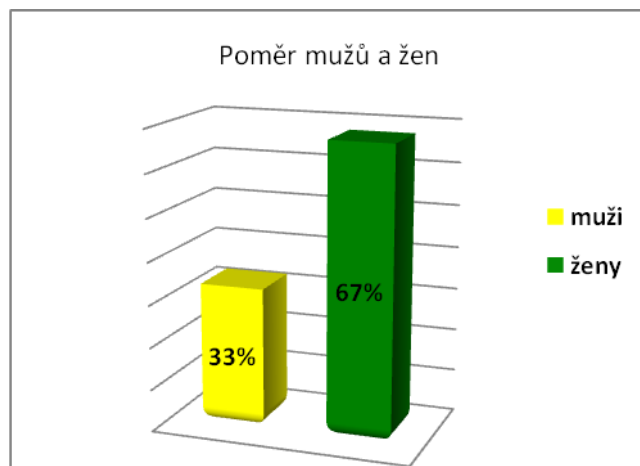
**Hypotéza 4:** Předpokládám, že méně než polovina respondentů bude mít tíživou finanční situaci spojenou s nezaměstnaností a neschopností pracovat.



## 9 VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumný soubor tvořilo 101 onkologicky nemocných respondentů, z toho 33 mužů a 68 žen ve věku od 45 – 65 let. Zvolila jsem dotazníkovou metodu šetření. Rozdala jsem 120 dotazníků, 60 do chebské nemocnice a 60 do ordinace spádového onkologa v Karlových Varech. Vrátilo se mi 112 dotazníků, z toho 11 špatně nebo neúplně vyplněných. Ze zbylých 101 dotazníků jsem provedla výzkumné šetření.

**Graf 1 Pohlaví**



Zdroj: vlastní

Dotazníky vyplnilo celkem 101 respondentů, kteří jsou v současné době hospitalizováni nebo v domácí péči. Z toho 33 mužů (33%) a 68 žen (67%).

**Graf 2 Věk**



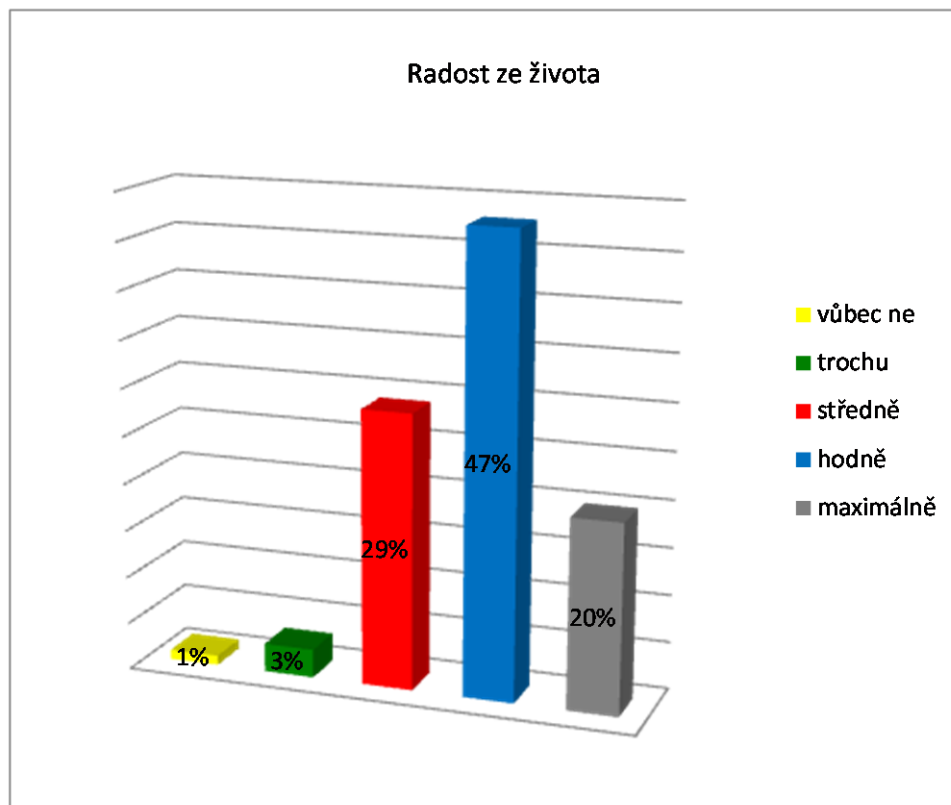
Zdroj: vlastní

Věkovou hranici respondentů jsem rozdělila do dvou skupin. Skupina od 45 – 55 let má 35 respondentů (35%) a skupina od 56 – 65 let má 66 respondentů (65%). Více nemocných respondentů se pohybovalo ve věkové skupině 56 – 65 let.

## 10 PREZENTACE

Analýza otázky 1.1 - Jak moc vás těší život?

Graf 3 Radost ze života

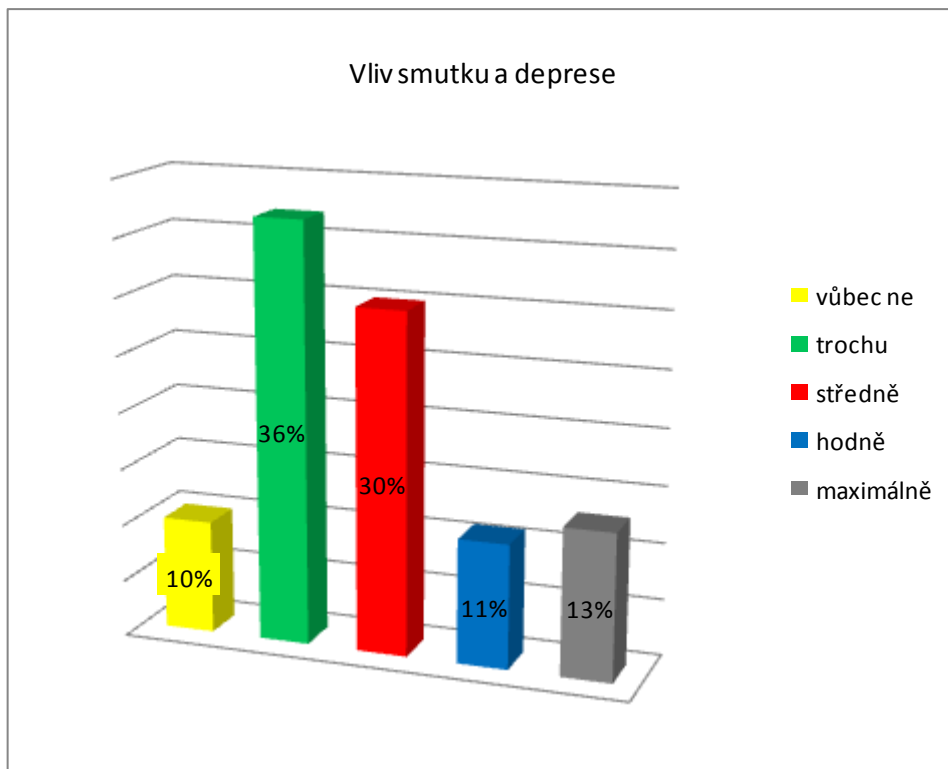


Zdroj: vlastní

U otázky, která se týká radosti ze života, odpověď vůbec ne označil pouze 1 respondent, což činilo 1% a je to nejméně ze všech respondentů. Odpověď trochu označili 3 respondenti, což činí 3%. Odpověď středně označilo 29 respondentů, což činí 29%. Nejvíce respondentů, celkem 48, odpovědělo hodně, což je 47%. Maximálně odpovědělo 20 respondentů, což činí 20%.

**Analýza otázky 1.2 - Jak moc vám pocity smutku nebo deprese překáží v každodenních činnostech?**

**Graf 4 Vliv smutku nebo deprese**

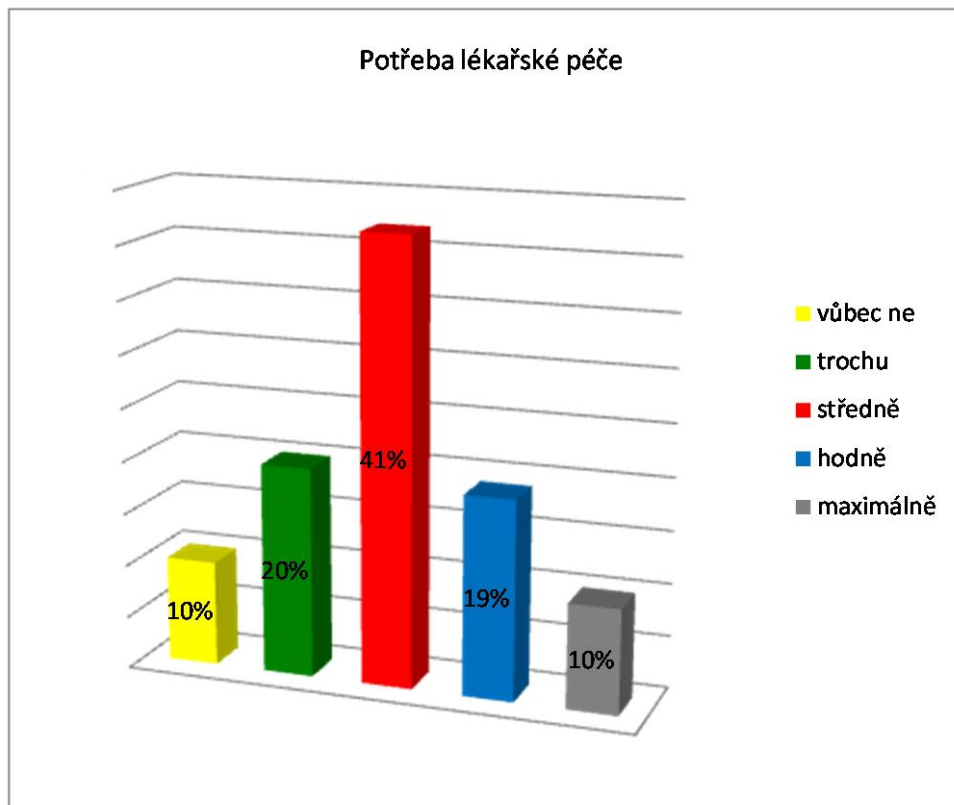


Zdroj: vlastní

Na otázku, jak moc pocity smutku nebo deprese překáží v každodenních činnostech respondenta, odpovědělo vůbec ne 10 respondentů, což je 10%. Nejvíce označilo odpověď trochu 37 respondentů, což činí 36%. Středně odpovědělo 30 respondentů, což činí 30%. Nejméně respondentů označilo odpověď hodně, a to 11 respondentů s poměrem 11%. Odpověď maximálně označilo 13 respondentů, což činilo 13%.

**Analýza otázky 1.3** - Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

**Graf 5** Potřeba lékařské péče

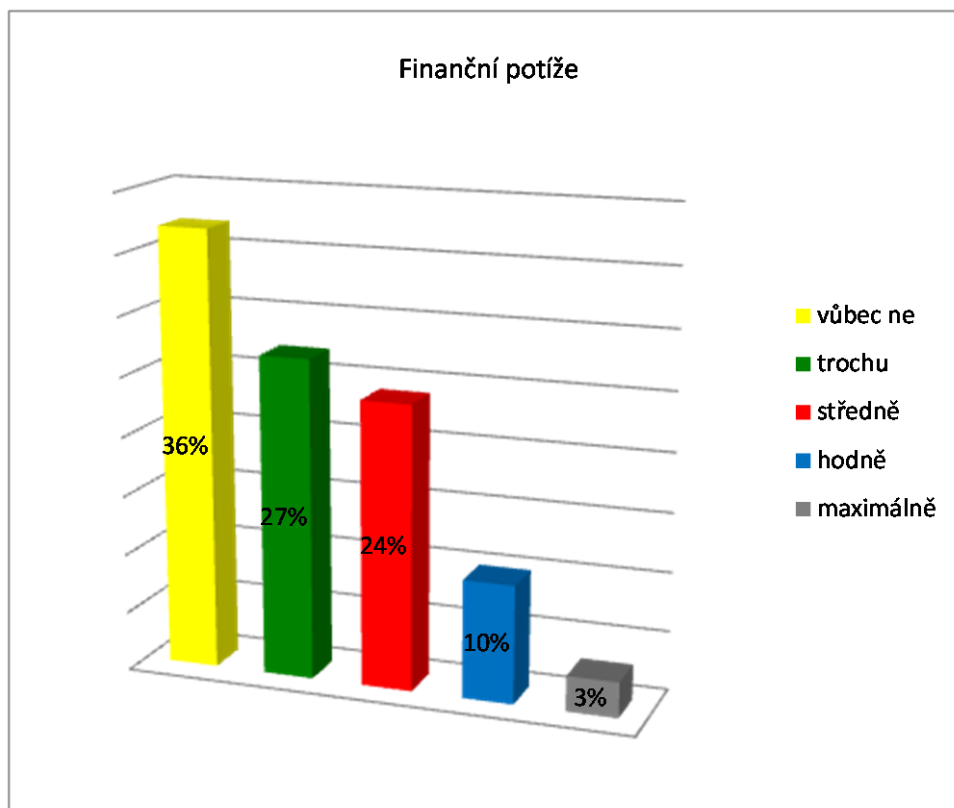


Zdroj: vlastní

Na otázku potřeby lékařské péče v každodenním životě odpovědělo vůbec ne 10 respondentů, což je 10%. Nejvíce označilo odpověď středně 42 respondentů, což činí 41%. Trochu odpovědělo 20 respondentů, což činí 20%. 19 respondentů označilo odpověď hodně, s poměrem 19%. Odpověď maximálně označilo 10 respondentů, což činilo 10%.

## Analýza otázky 1.4 - Máte finanční potíže?

Graf 6 Finanční potíže

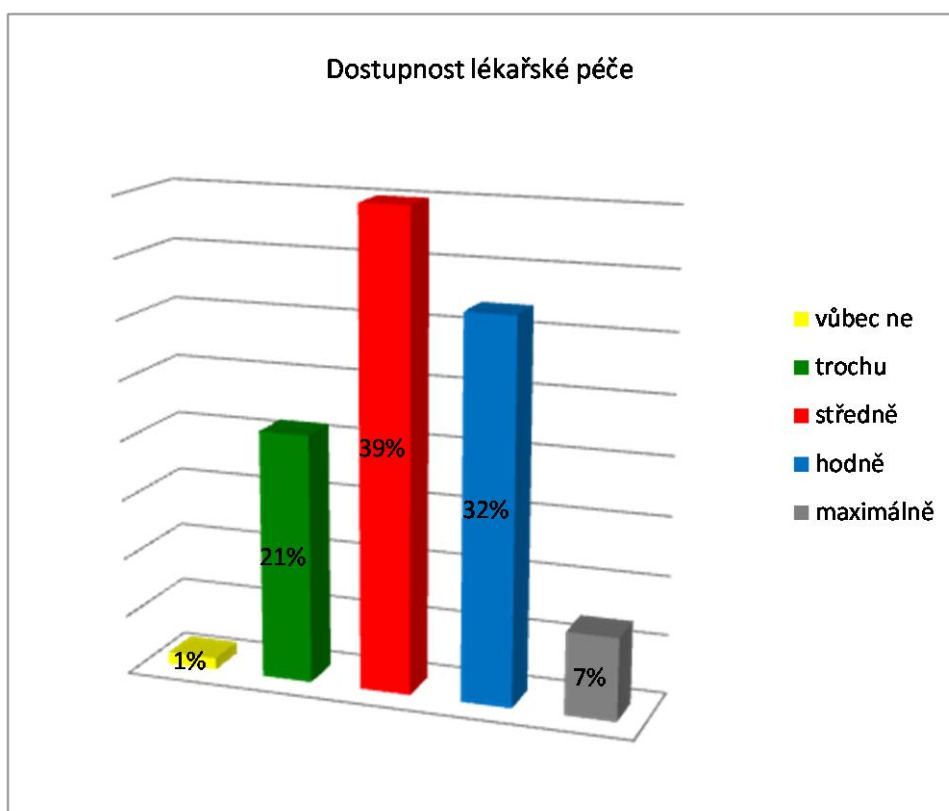


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů odpovědělo na otázku finančních potíží vůbec ne, a to 37 respondentů, což je 36%. Trochu odpovědělo 27 respondentů, což činí 27%. Odpověď středně odpovědělo 24 respondentů, což činí 24%. 10 respondentů označilo odpověď hodně, s poměrem 10%. Odpověď maximálně označili 3 respondenti, což činí 3%.

## Analýza otázky 1.5 - Je pro vás kvalitní lékařská péče snadno dostupná?

Graf 7 Dostupnost lékařské péče

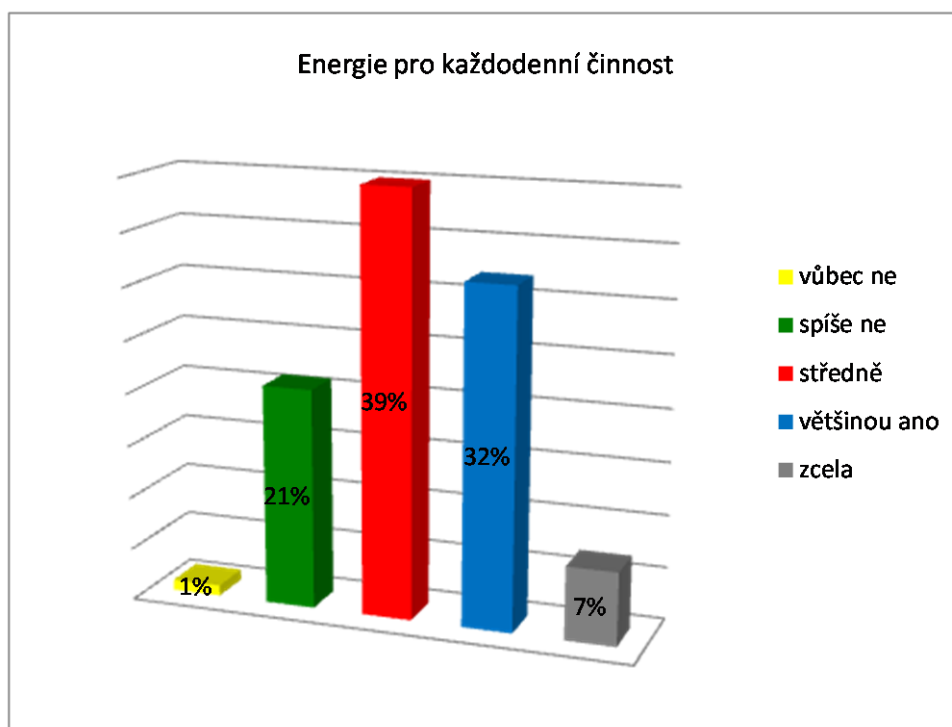


Zdroj: vlastní

Nejméně respondentů odpovědělo na otázku kvalitní dostupnosti lékařské péče vůbec ne, a to 1 respondent, což je 1%. Trochu odpovědělo 21 respondentů, což činí 21%. Odpověď středně odpovědělo nejvíce respondentů, a to 40, což činí 39%. 32 respondentů označilo odpověď hodně, s poměrem 32%. Odpověď maximálně označilo 7 respondentů, což činí 7%.

## Analýza otázky 2.1 - Máte dost energie pro každodenní činnost?

Graf 8 Energie pro každodenní činnost

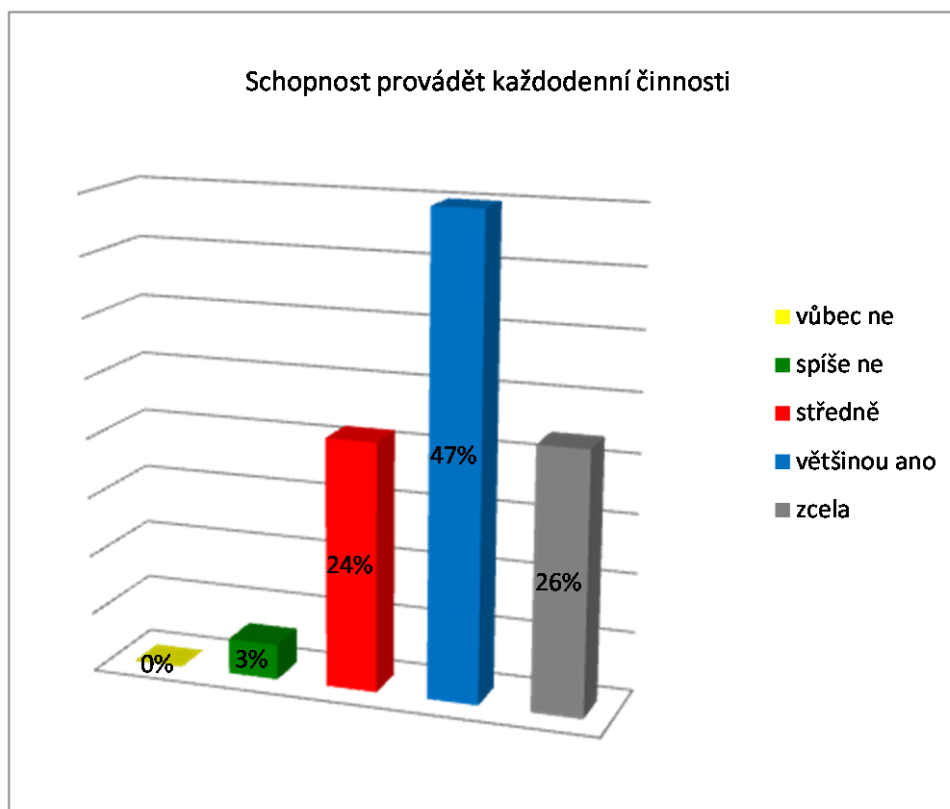


Zdroj: vlastní

Nejméně respondentů odpovědělo na otázku dostatku energie pro každodenní činnost odpovědí vůbec ne, a to 1 respondent, což je 1%. Spíše ne odpovědělo 21 respondentů, což činí 21%. Odpověď středně odpovědělo nejvíce respondentů, a to 40, což činí 39%. 32 respondentů označilo odpověď většinou ano, s poměrem 32%. Odpověď zcela označilo 7 respondentů, což činí 7%.

## Analýza otázky 2.2 - Nakolik jste schopen/schopna provádět každodenní činnost?

### Graf 9 Schopnost provádět každodenní činnosti



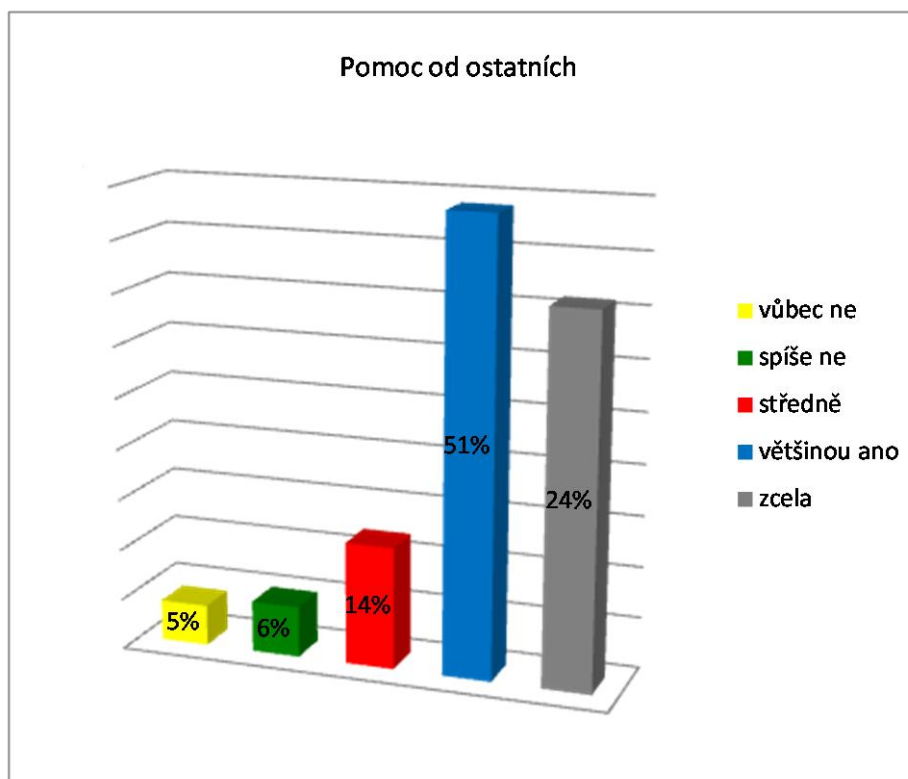
Zdroj: vlastní

Schopnost provádět každodenní činnost odpovědí vůbec ne neoznačil žádný respondent, tedy 0%. Odpověď spíše ne označili 3 respondenti, což činí 3%. Odpověď středně označilo 21 respondentů, což činí 24%. Nejvíce respondentů označilo odpověď většinou ano, a to 40 respondentů, což činilo 47%. Zcela odpovědělo 22 respondentů, což je 26%.



### Analýza otázky 2.3 - Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?

**Graf 10 Pomoc od ostatních**

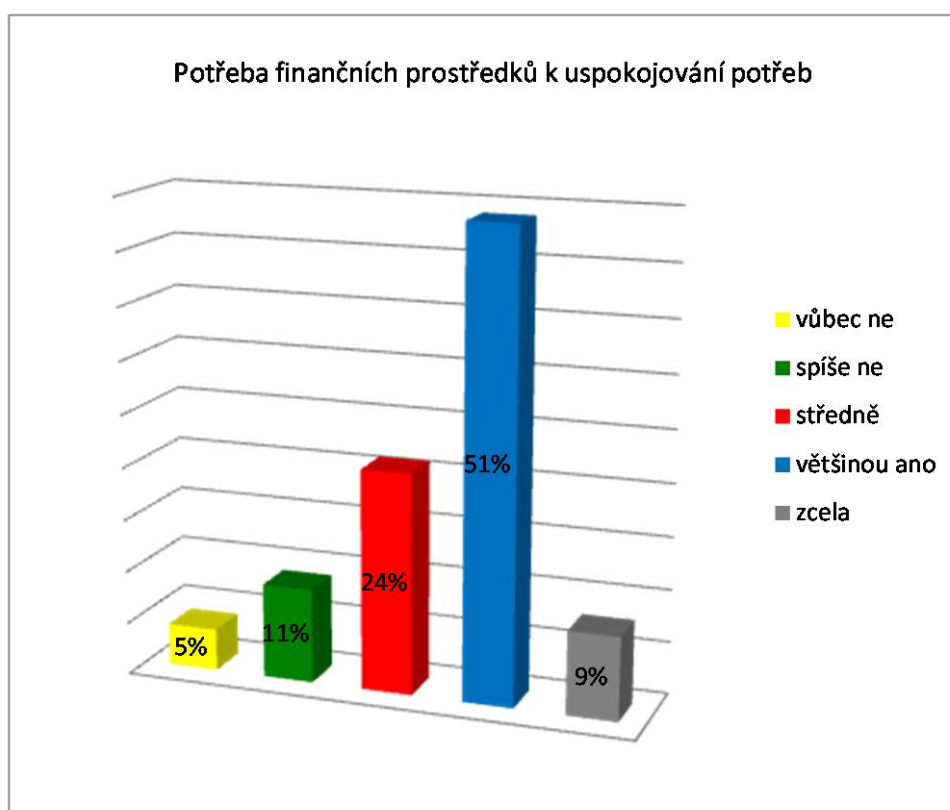


Zdroj: vlastní

Nejméně respondentů odpovědělo vůbec ne, a to 4 respondenti, což činí 5%. Odpověď spíše ne označilo 5 respondentů, což činí 6%. Odpověď středně označilo 12 respondentů, což činí 14%. Nejvíce respondentů označilo odpověď většinou ano, a to 44 respondentů, což činilo 51%. Zcela odpovědělo 21 respondentů, což je 24%.

## Analýza otázky 2.4 - Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Graf 11 Dostatek finančních prostředků k uspokojení potřeb

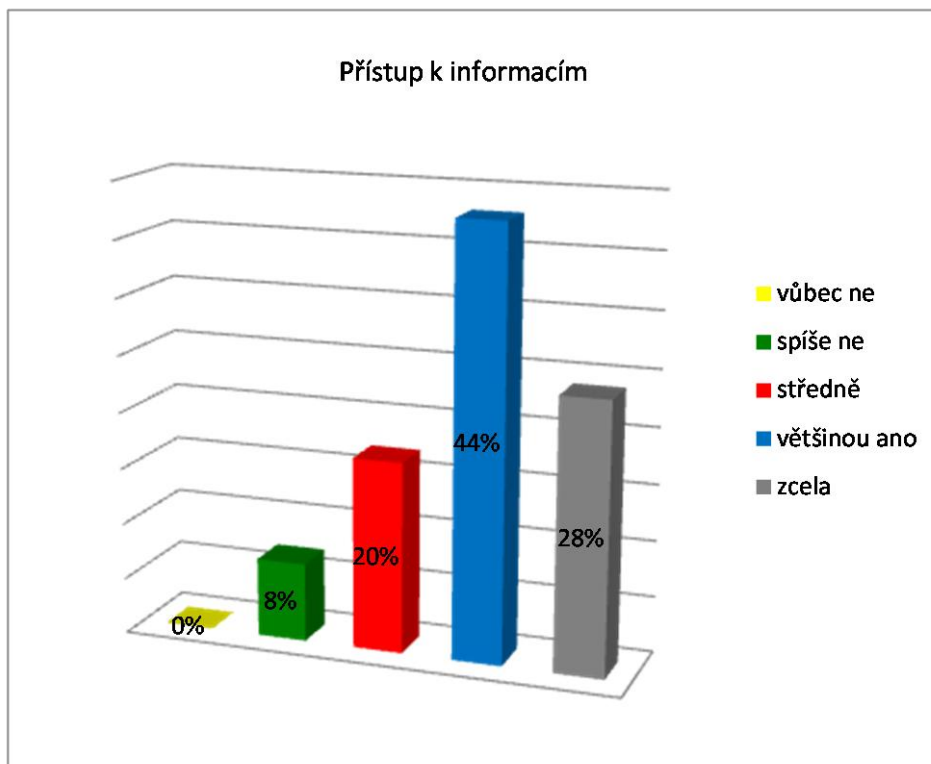


Zdroj: vlastní

Na otázku dostatku finančních prostředků odpověděli vůbec ne 4 respondenti, což činí 5% a je to nejméně z celého počtu respondentů. Odpověď spíše ne označilo 9 respondentů, což činí 11%. Odpověď středně označilo 21 respondentů, což činí 24%. Nejvíce respondentů označilo odpověď většinou ano, a to 44 respondentů, což činilo 51%. Zcela odpovědělo 8 respondentů, což je 9%.

**Analýza otázky 2.5 - Máte přístup k informacím, které potřebujete pro každodenní činnost?**

**Graf 12 Přístup k informacím**

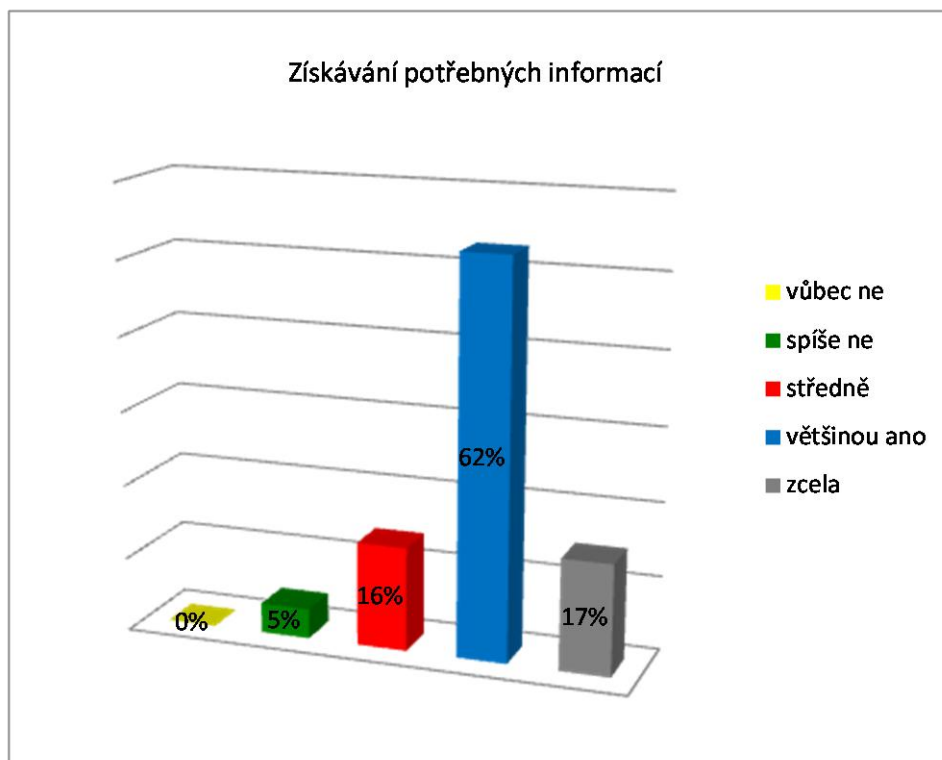


Zdroj: vlastní

Přístup k informacím potřebným ke každodennímu životu mají svým způsobem všichni dotázaní respondenti, protože odpověď 'vůbec ne' neoznačil ani jeden respondent, tedy 0%. Odpověď 'spíše ne' označilo 7 respondentů, což činí 8%. Odpověď 'středně' označilo 17 respondentů, což činí 20%. Nejvíce respondentů označilo odpověď 'většinou ano', a to 38 respondentů, což činilo 44%. Zcela odpovědělo 24 respondentů, což je 28%.

**Analýza otázky 2.6 - Máte možnost získat informace, které podle Vašeho názoru potřebujete?**

**Graf 13 Získávání potřebných informací**

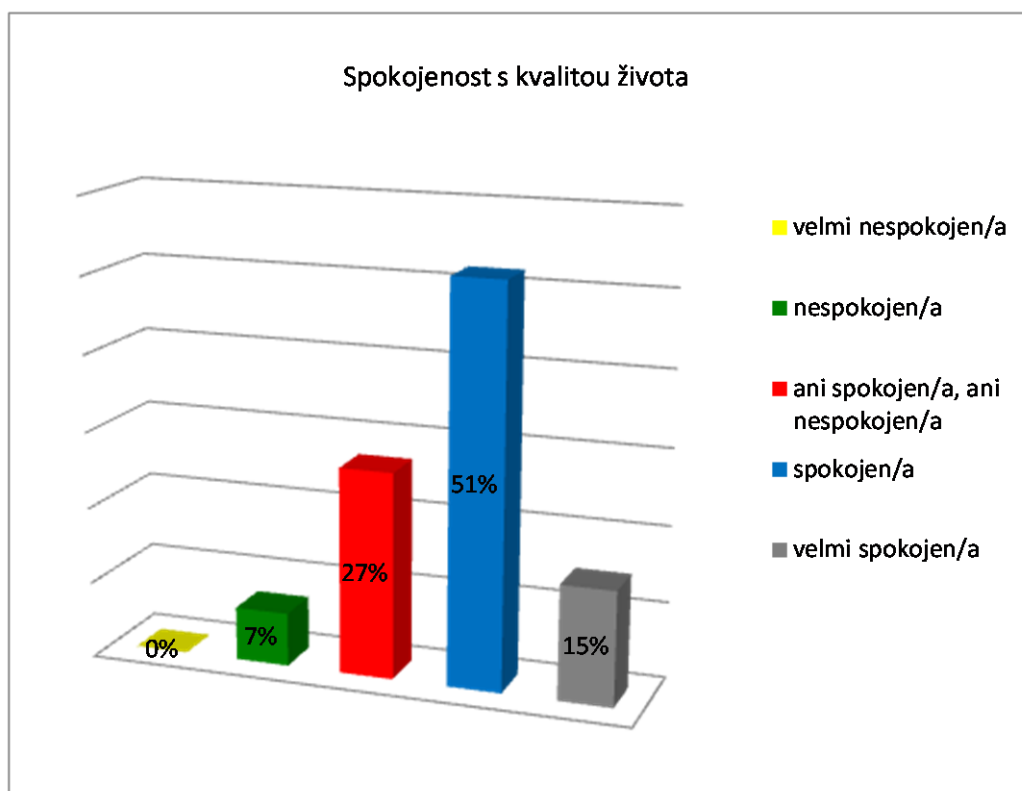


Zdroj: vlastní

Možnost získat informace mají svým způsobem všichni dotázaní respondenti, protože odpověď vůbec ne neoznačil ani jeden respondent, tedy 0%. Odpověď spíše ne označili 4 respondenti, což činí 5%. Odpověď středně označilo 14 respondentů, což činí 16%. Nejvíce respondentů označilo odpověď většinou ano, a to 53 respondentů, což činilo 62%. Zcela odpovědělo 15 respondentů, což je 17%.

### Analýza otázky 3.1 - Jak jste spokojen/a s kvalitou svého života?

Graf 14 Spokojenost s kvalitou života

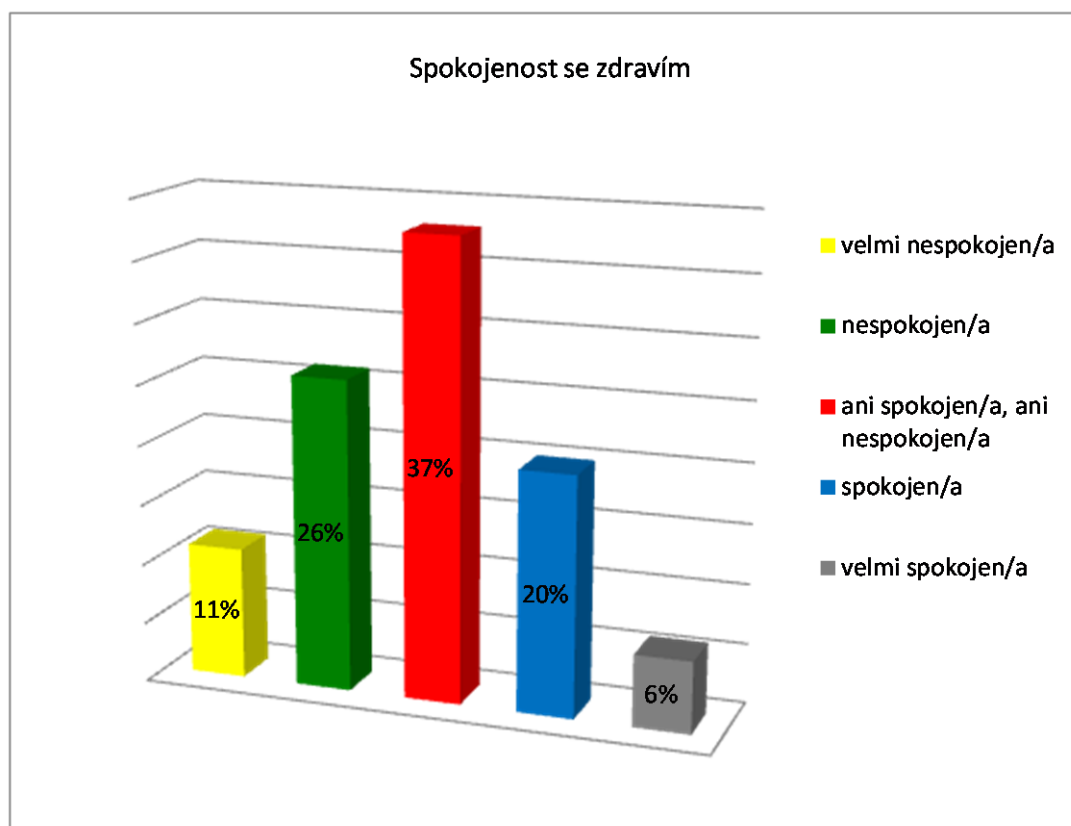


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a neoznačil ani jeden respondent, tedy 0%. Odpověď nespokojen/a označilo 7 respondentů, což činí 7%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 27 respondentů, což činí 27%. Nejvíce respondentů označilo odpověď spokojen/a, a to 52 respondentů, což činilo 51%. Velmi spokojen/a odpovědělo 15 respondentů, což je 15%.

### Analýza otázky 3.2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Graf 15 Spokojenost se zdravím

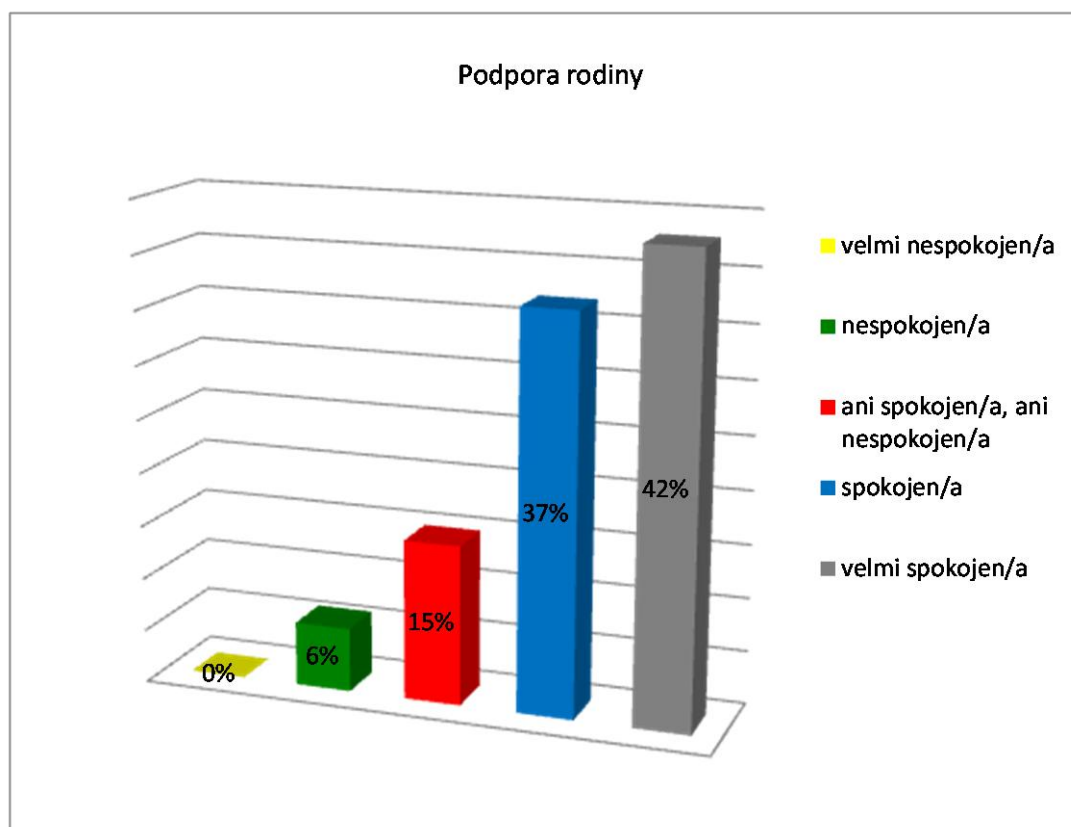


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a označilo 11 respondentů, což činí 11%. Odpověď nespokojen/a označilo 26 respondentů, což činí 26%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo nejvíce respondentů, a to 38, což činí 37%. Odpověď spokojen/a označilo 20 respondentů, což činilo 20%. Velmi spokojen/a odpovědělo 6 respondentů, což je 6%.

### Analýza otázky 3.3 - Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

Graf č. 16: Podpora rodiny

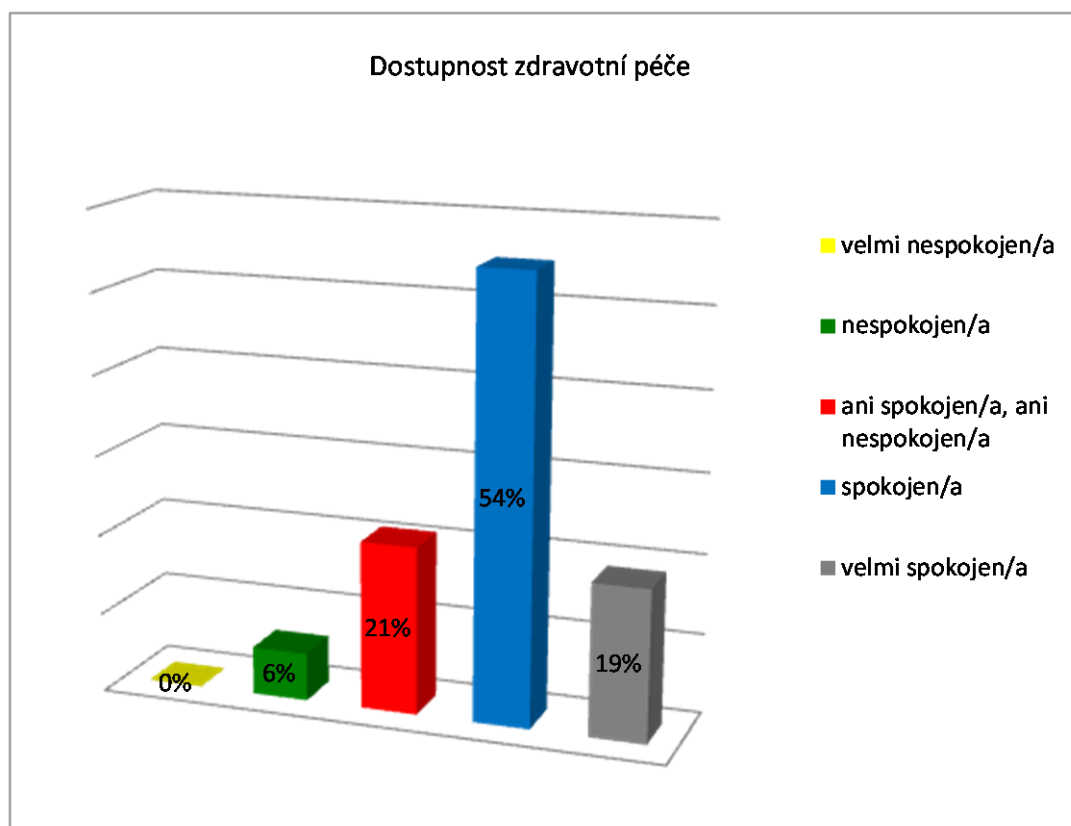


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a neoznačil ani jeden respondent, což činí 0%. Odpověď nespokojen/a označilo 6 respondentů, což činí 6%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 15 respondentů, což činí 15%. Odpověď spokojen/a označilo 37 respondentů, což činilo 37%. Velmi spokojen/a odpovědělo 43 respondentů, což je 42% a nejvíce ze všech dotázaných respondentů.

### Analýza otázky 3.4 - Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Graf 17 Dostupnost zdravotní péče



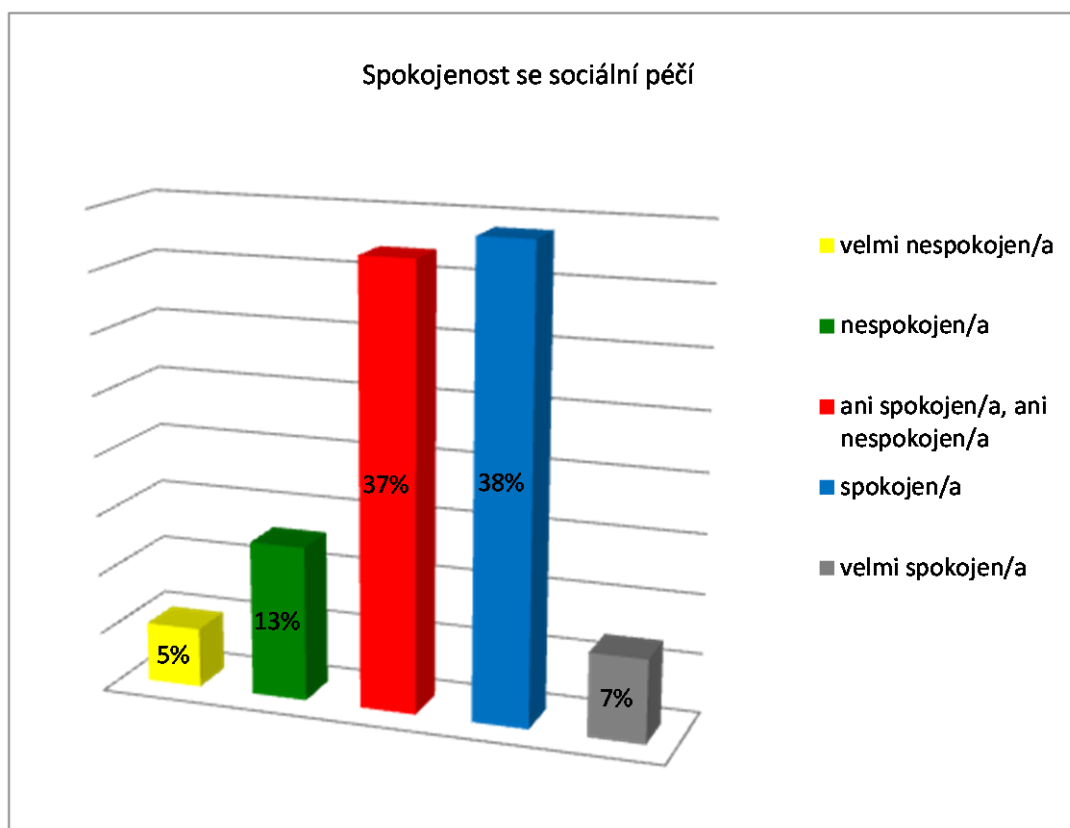
Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a neoznačil ani jeden respondent, což činí 0%. Odpověď nespokojen/a označilo 6 respondentů, což činí 6%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 21 respondentů, což činí 21%. Odpověď spokojen/a označilo 55 respondentů, což činilo 54% a nejvíce ze všech dotázaných respondentů. Velmi spokojen/a odpovědělo 19 respondentů, což je 19%.



### Analýza otázky 3.5 - Jak jste spokojen/a se sociální péčí?

Graf 18 Spokojenost se sociální péčí

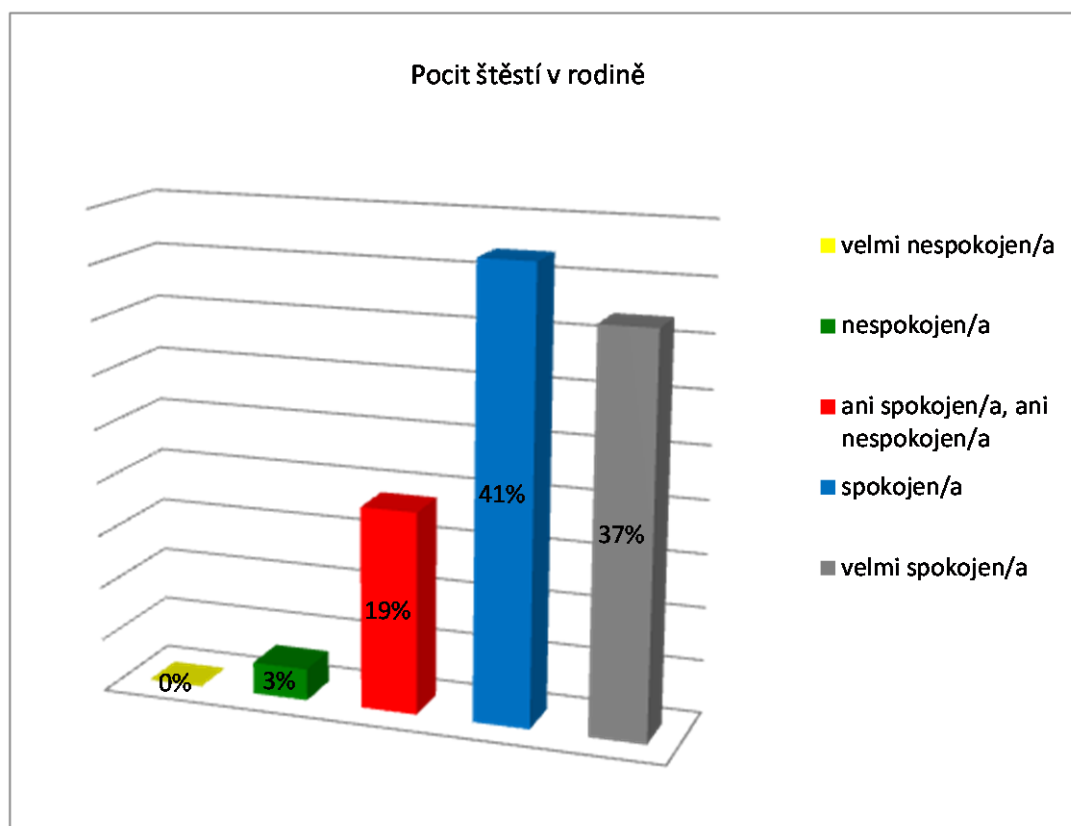


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a označilo 5 respondentů, což činí 5%. Odpověď nespokojen/a označilo 13 respondentů, což činí 13%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 37 respondentů, což činí 37%. Odpověď spokojen/a označilo 39 respondentů, což činilo 38% a nejvíce ze všech dotázaných respondentů. Velmi spokojen/a odpovědělo 7 respondentů, což je 7%.

### Analýza otázky 3.6 - Cítíte se šťastný/á ve vztazích se členy své rodiny?

Graf 19 Pocit štěstí v rodině

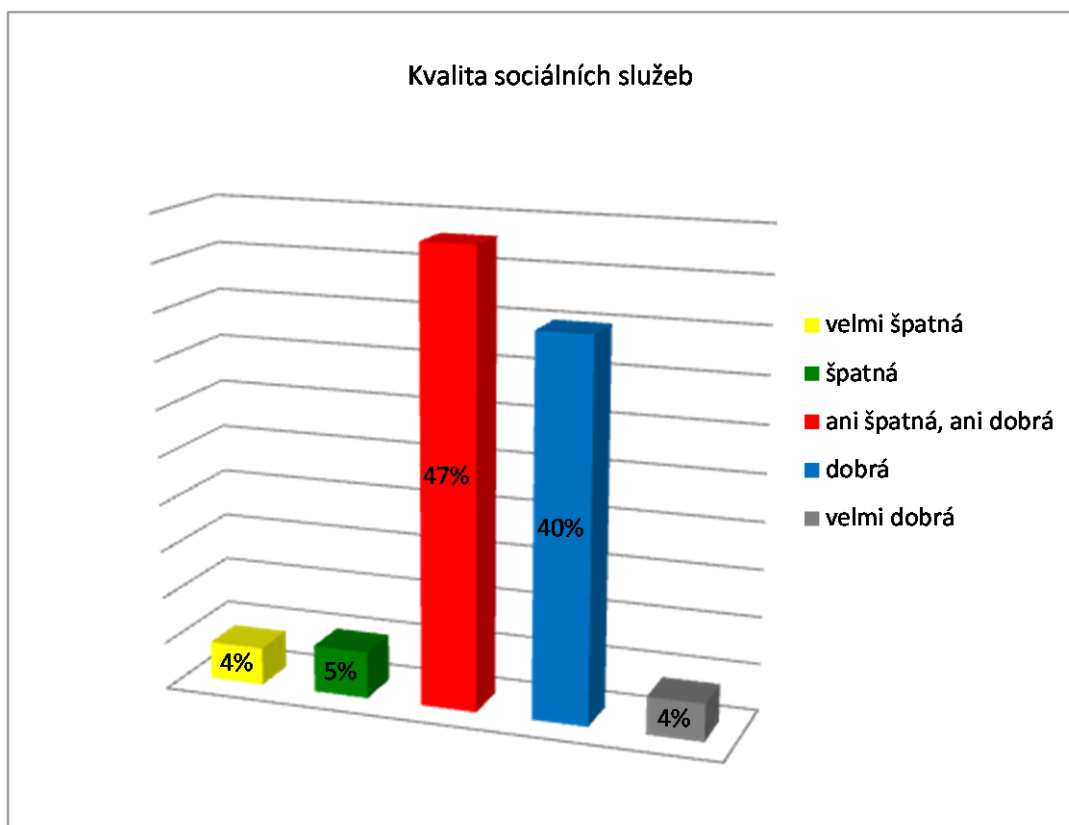


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a neoznačil ani jeden respondent, což činí 0%. Odpověď nespokojen/a označili 3 respondenti, což činí 3%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 19 respondentů, což činí 19%. Odpověď spokojen/a označilo 42 respondentů, což činilo 41% a nejvíce ze všech dotázaných respondentů. Velmi spokojen/a odpovědělo 37 respondentů, což je 37%.

**Analýza otázky 3.7** – Jak byste hodnotil/a kvalitu sociálních služeb, které máte k dispozici?

**Graf 20** Kvalita sociálních služeb

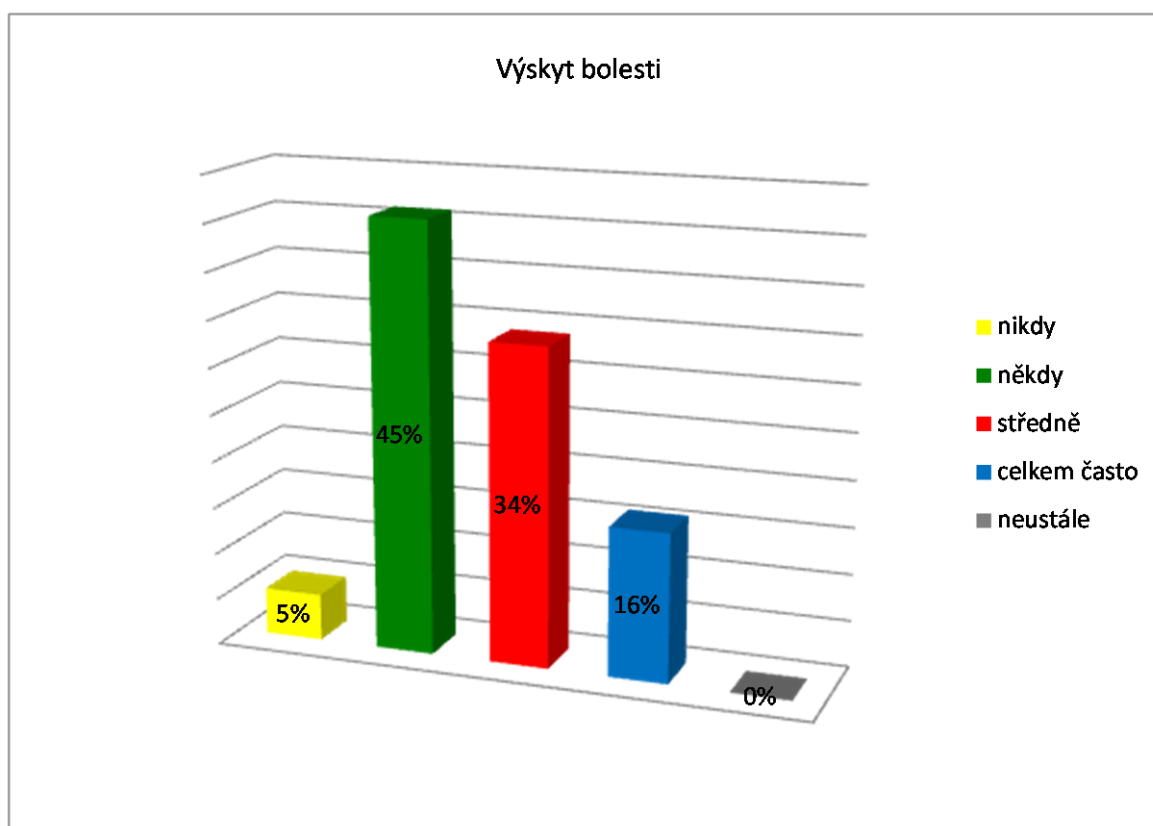


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi špatná označili 4 respondenti, což činilo 4%. Odpověď špatná označilo 5 respondentů, což činí 5%. Odpověď ani špatná, ani dobrá označilo nejvíce respondentů, a to 48 respondentů, což činí 47%. Odpověď dobrá označilo 40 respondentů, což činilo 40%. Velmi dobrá odpověděli 4 respondenti, což jsou 4%.

## Analýza otázky 4.1 – Jak často máte bolesti?

Graf 21 Výskyt bolesti

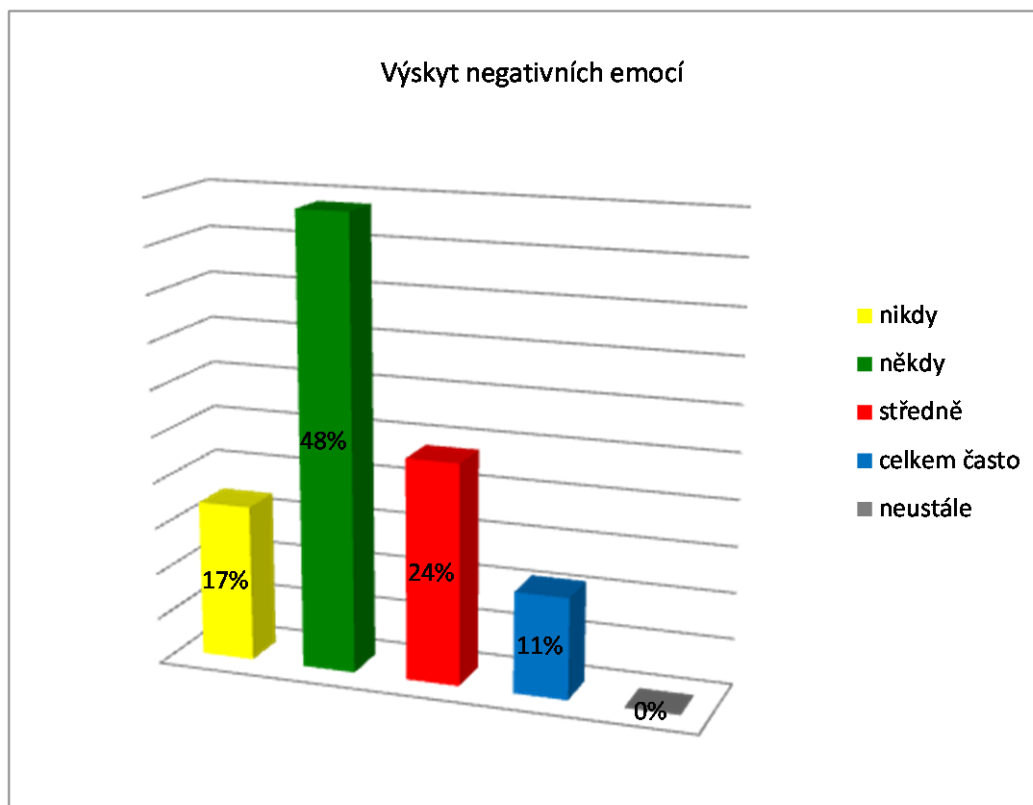


Zdroj: vlastní

Odpověď nikdy označilo 5 respondentů, což činilo 5%. Odpověď někdy označilo 46 respondentů, což činí 45%. Odpověď středně označilo 34 respondentů, což činí 34%. Odpověď celkem často označilo 16 respondentů, což činilo 16%. Neustále neodpověděl ani jeden respondent, což činilo 0%.

**Analýza otázky 4.2** – Jak často prožíváte negativní pocity, jako je například rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

**Graf 22 Výskyt negativních pocitů**

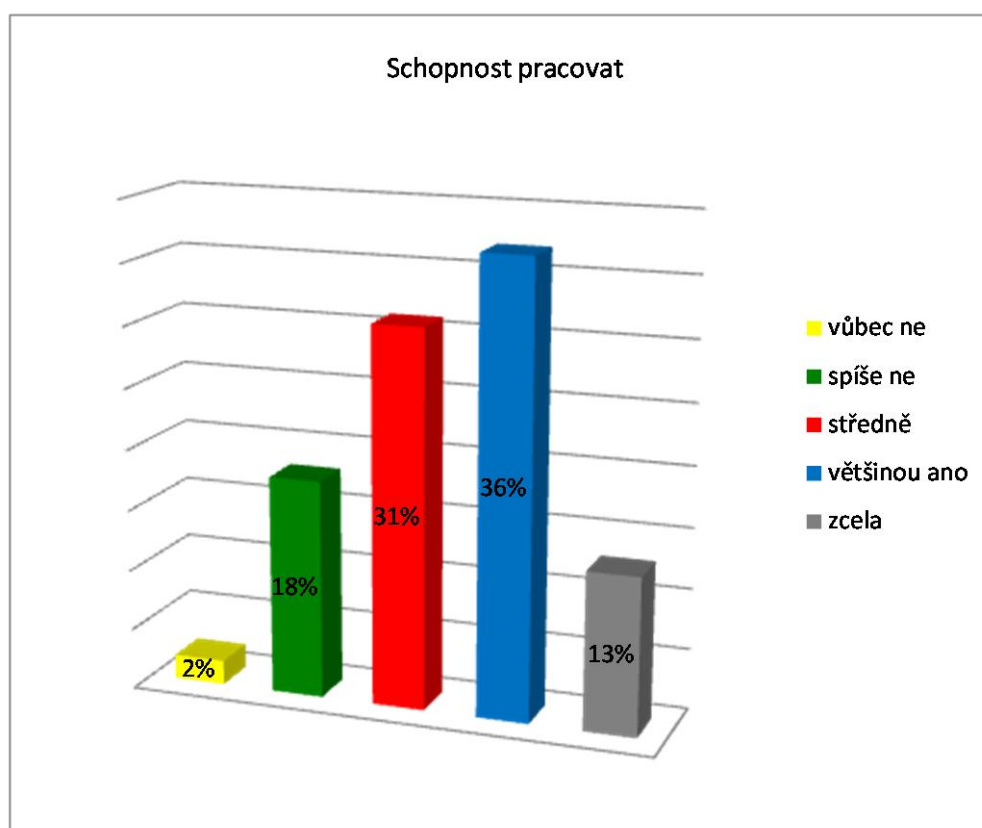


Zdroj: vlastní

Odpověď nikdy označilo 17 respondentů, což činilo 17%. Odpověď někdy označilo 49 respondentů, což činí 48%. Odpověď středně označilo 24 respondentů, což činí 24%. Odpověď celkem často označilo 11 respondentů, což činilo 11%. Neustále neodpověděl ani jeden respondent, což činilo 0%.

## Analýza otázky 5.1 – Jste schopen/na pracovat?

Graf 23 Schopnost pracovat

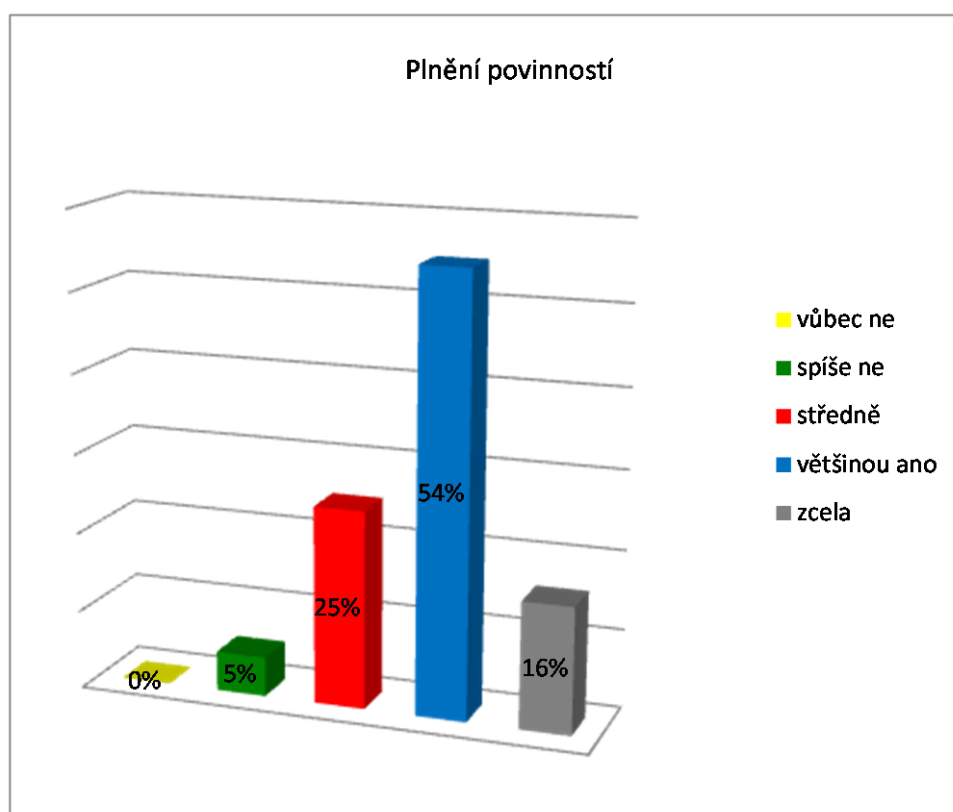


Zdroj: vlastní

Odpověď 'vůbec ne' označili 2 respondenti, což činilo 2%. Odpověď 'spíše ne' označilo 18 respondentů, což činí 18%. Odpověď 'středně' označilo 31 respondentů, což činí 31%. Nejvíce respondentů označilo odpověď 'většinou ano', a to 37 respondentů, což činilo 36%. Zcela odpovědělo 13 respondentů, což je 13%.

## Analýza otázky 5.2 – Máte pocit, že dokážete plnit své povinnosti?

Graf 24 Plnění povinností

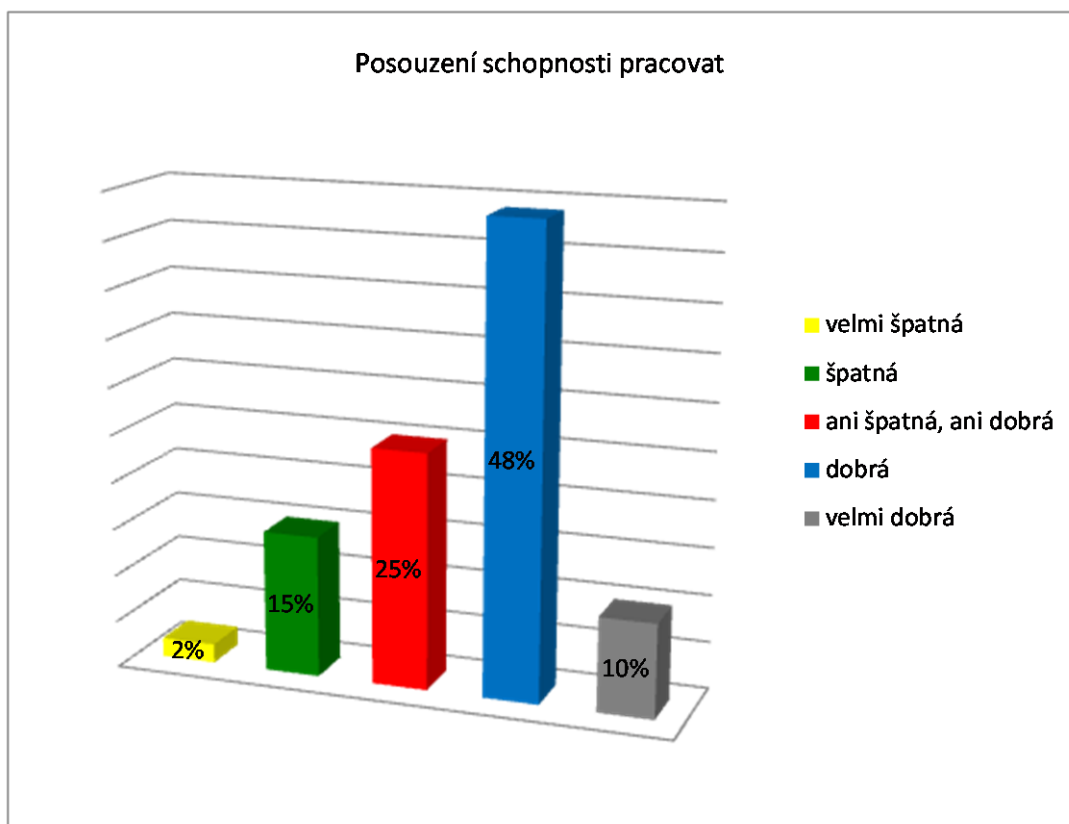


Zdroj: vlastní

Odpověď 'vůbec ne' neoznačil ani jeden respondent, což činilo 0%. Odpověď 'spíše ne' označilo 5 respondentů, což činí 5%. Odpověď 'středně' označilo 25 respondentů, což činí 25%. Nejvíce respondentů označilo odpověď 'většinou ano', a to 55 respondentů, což činilo 54%. Zcela odpovědělo 16 respondentů, což je 16%.

### Analýza otázky 5.3 – Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat?

Graf 25 Posouzení schopnosti pracovat



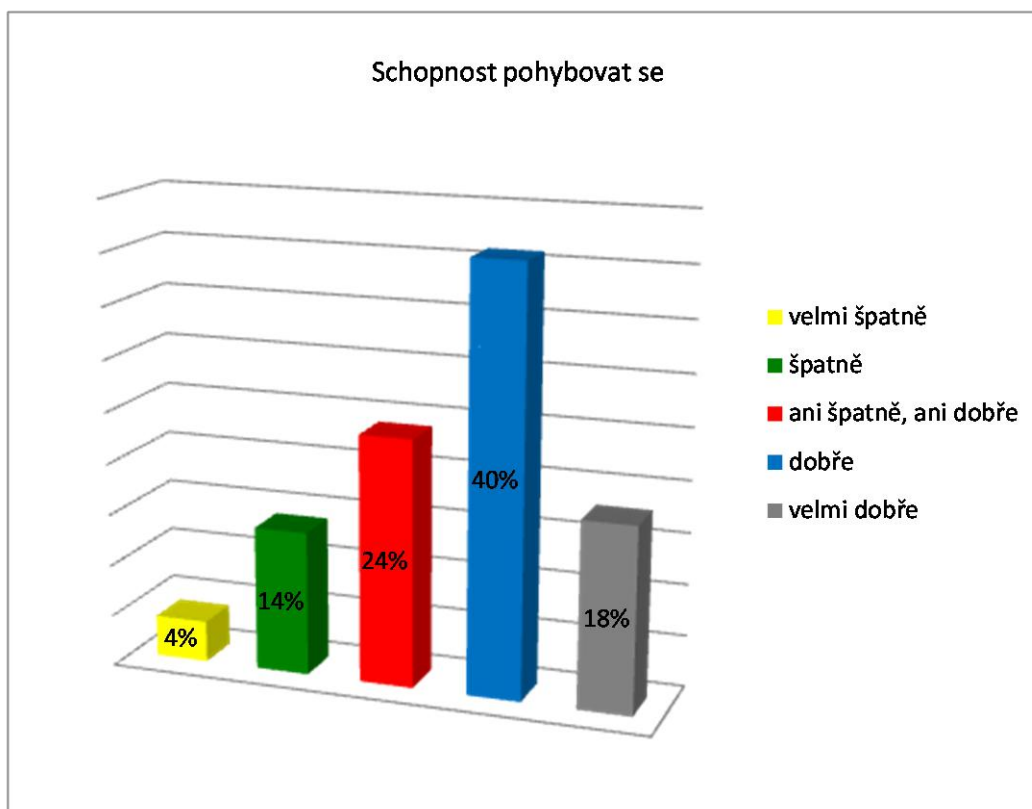
Zdroj: vlastní

Odpověď velmi špatná označili 2 respondenti, což činilo 2%. Odpověď špatná označilo 15 respondentů, což činí 15%. Odpověď ani špatná, ani dobrá označilo 25 respondentů, což činí 25%. Odpověď dobrá označilo 49 respondentů, což činilo 48%. Velmi dobrá odpovědělo 10 respondentů, což činí 10%.



## Analýza otázky 6.1 – Jak se dokážete pohybovat?

Graf 26 Schopnost pohybovat se

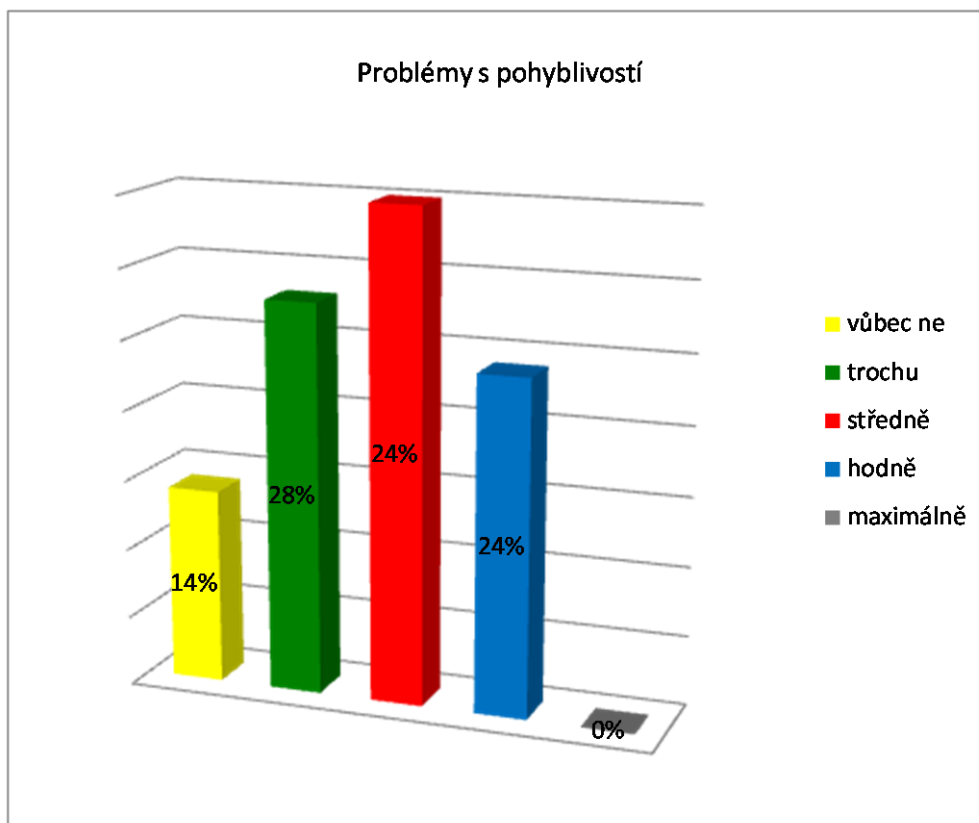


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi špatně označili 4 respondenti, což činilo 4%. Odpověď špatně označilo 14 respondentů, což činí 14%. Odpověď ani špatně, ani dobře označilo 24 respondentů, což činí 24%. Odpověď dobře označilo 41 respondentů, což činilo 40%. Velmi dobře odpovědělo 18 respondentů, což je 18%.

## Analýza otázky 6.2 – Nakolik Vás obtěžují případné problémy s pohyblivostí?

Graf 27 Problémy s pohyblivostí

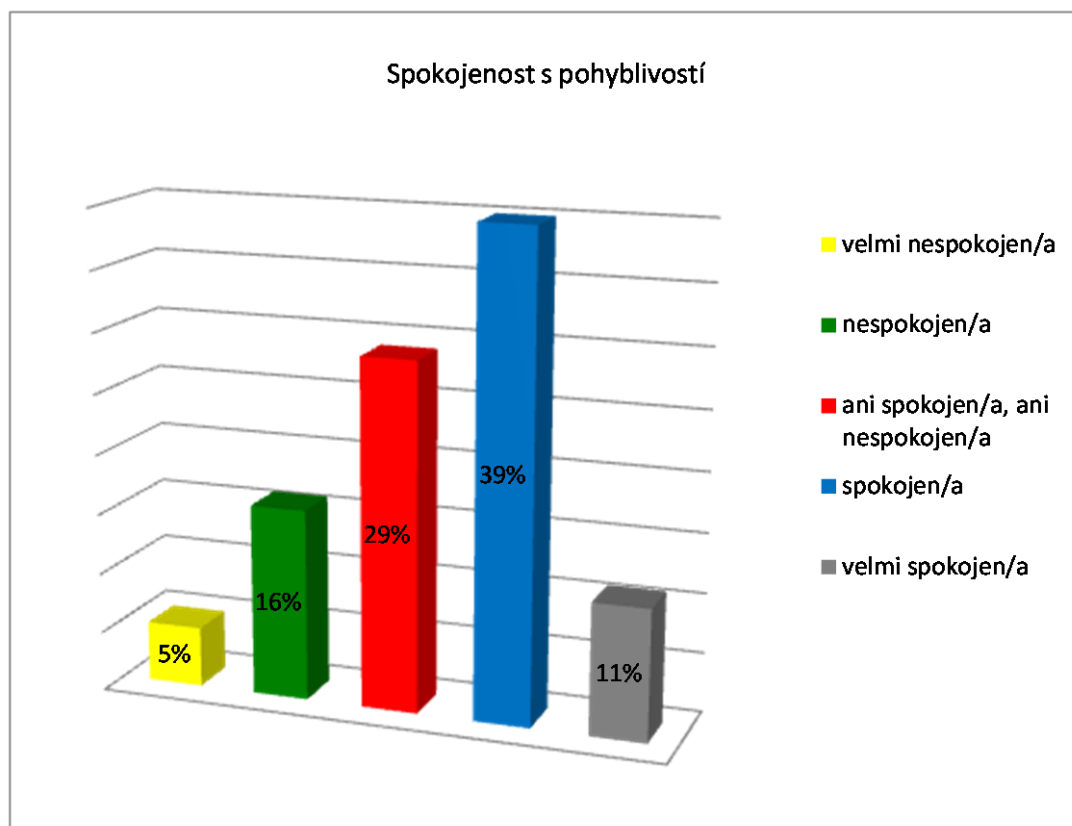


Zdroj: vlastní

Na odpověď 'vůbec ne' odpovědělo 14 respondentů, což je 14%. Trochu odpovědělo 28 respondentů, což činí 28%. Odpověď 'středně' odpovědělo 35 respondentů, což činí 24%. 24 respondentů označilo odpověď 'hodně', což činilo 24%. Odpověď 'maximálně' neoznačil ani jeden respondent, což činí 0%.

### Analýza otázky 6.3 – Jste spokojen/a s tím, jak se můžete pohybovat?

Graf 28 Spokojenost s pohyblivostí

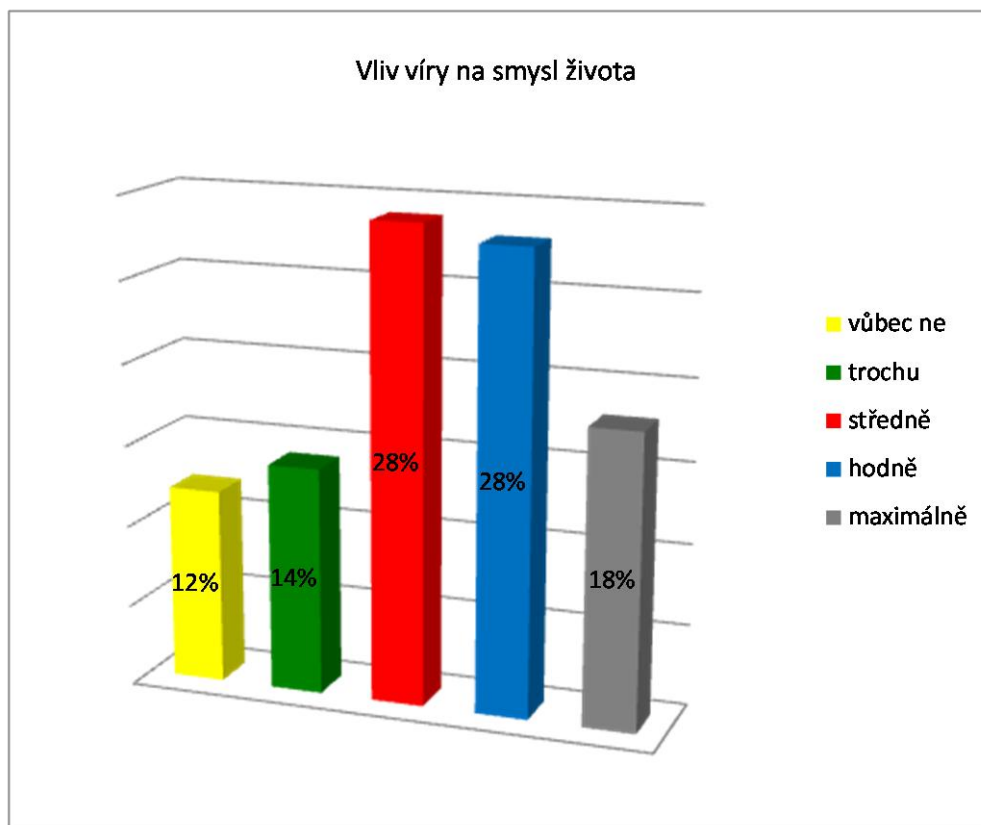


Zdroj: vlastní

Odpověď velmi nespokojen/a označilo 5 respondentů, což činí 5%. Odpověď nespokojen/a označilo 16 respondentů, což činí 16%. Odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a označilo 29 respondentů, což činí 29%. Odpověď spokojen/a označilo 40 respondentů, což činilo 39% a nejvíce ze všech dotázaných respondentů. Velmi spokojen/a odpovědělo 11 respondentů, což je 11%.

## Analýza otázky 7.1 – Dává Vaše osobní víra smysl Vašemu životu?

Graf 29 Vliv víry na smysl života

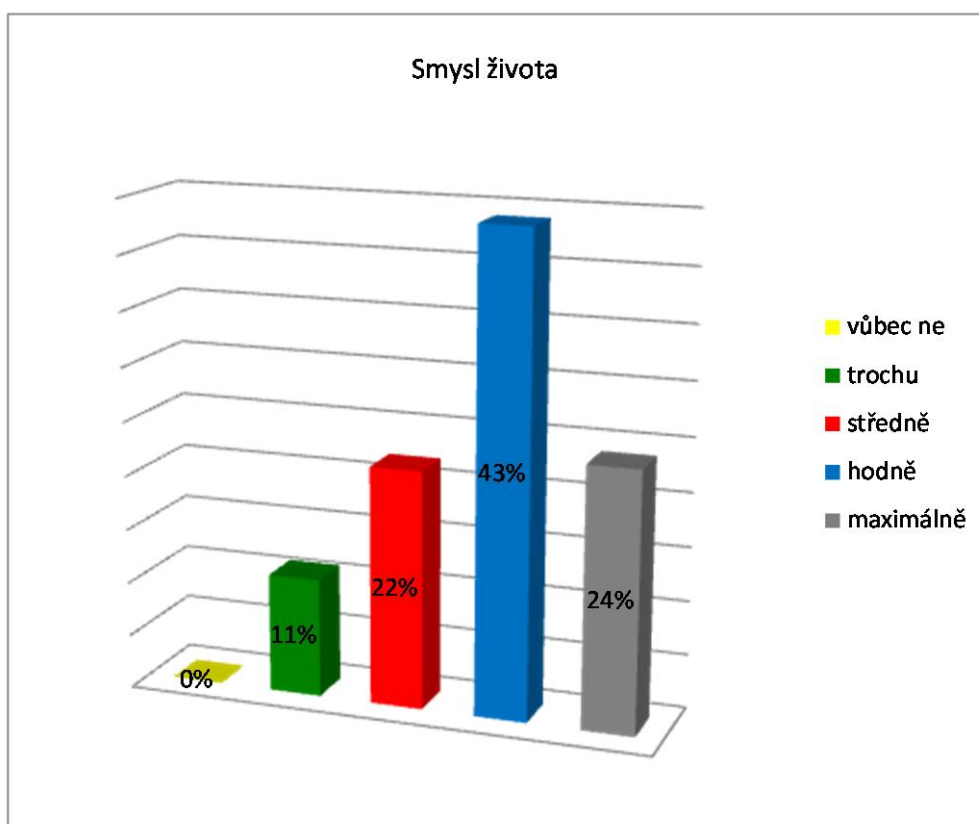


Zdroj: vlastní

Na odpověď 'vůbec ne' odpovědělo 12 respondentů, což je 12%. Trochu odpovědělo 14 respondentů, což činí 14%. Odpověď 'středně' odpovědělo 29 respondentů, což činí 28%. 28 respondentů označilo odpověď 'hodně', což činilo 28%. Odpověď 'maximálně' označilo 18 respondentů, což činí 18%.

## Analýza otázky 7.2 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Graf 30 Smysl života

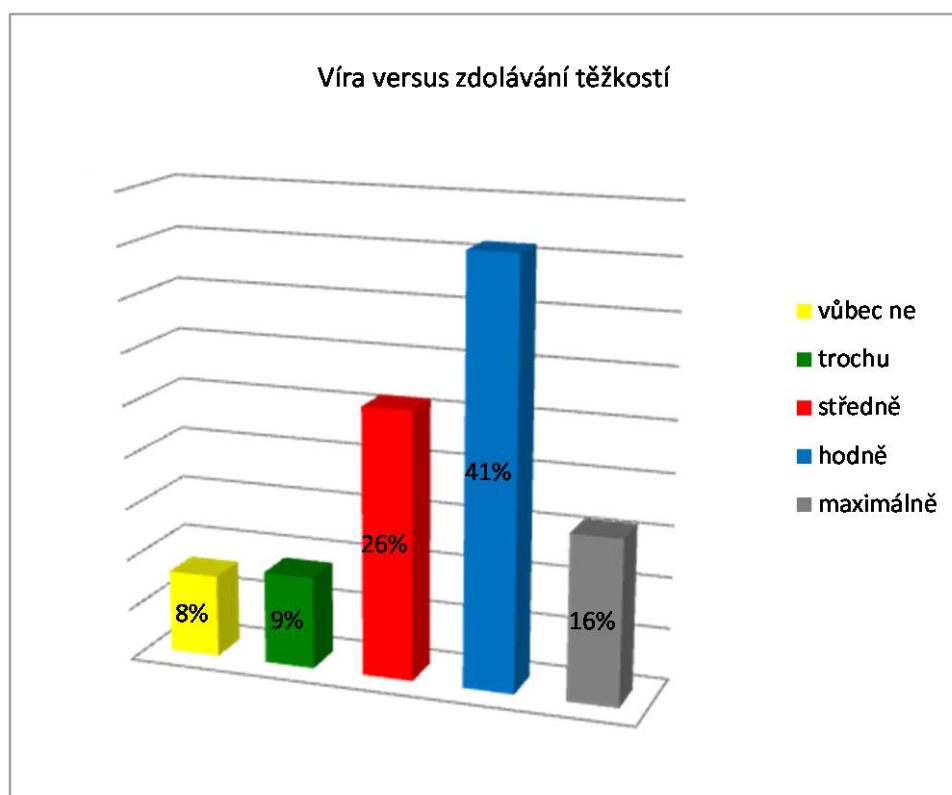


Zdroj: vlastní

Odpověď 'vůbec ne' nepotvrdil ani jeden respondent, což je 0%. Trochu odpovědělo 11 respondentů, což činí 11%. Odpověď 'středně' odpovědělo 22 respondentů, což činí 22%. 44 respondentů označilo odpověď 'hodně', což činilo 43%. Odpověď 'maximálně' označilo 24 respondentů, což činí 24%.

### Analýza otázky 7.3 – Nakolik Vám vaše osobní víra dává sílu čelit těžkostem?

Graf 31 Víra versus zdolávání těžkostí

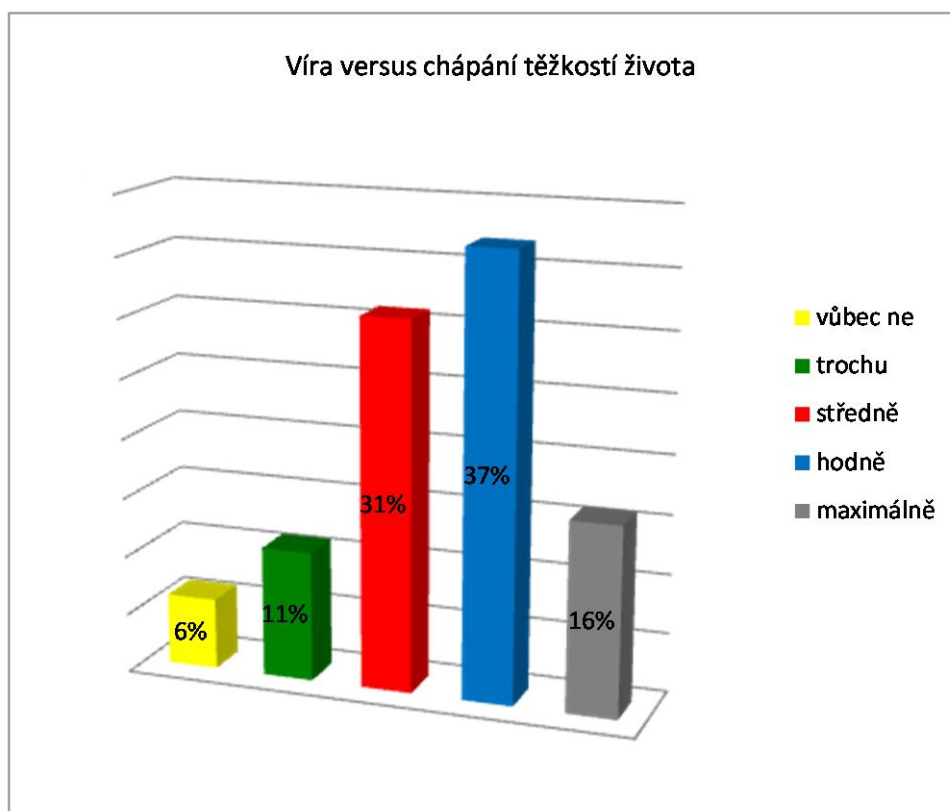


Zdroj: vlastní

Na odpověď 'vůbec ne' odpovědělo 8 respondentů, což je 8%. Trochu odpovědělo 9 respondentů, což činí 9%. Odpověď 'středně' odpovědělo 26 respondentů, což činí 26%. Odpověď 'hodně' označilo 42 respondentů, což činilo 41%. Odpověď 'maximálně' označilo 16 respondentů, což činí 16%.

**Analýza otázky 7.4 –** Nakolik Vám vaše osobní víra umožňuje chápat těžkosti života?

**Graf 32** Víra versus chápání těžkostí života



Zdroj: vlastní

Na odpověď vůbec ne odpovědělo 6 respondentů, což je 6%. Trochu odpovědělo 11 respondentů, což činí 11%. Odpověď středně odpovědělo 31 respondentů, což činí 31%. Odpověď hodně označilo 37 respondentů, což činilo 36%. Odpověď maximálně označilo 16 respondentů, což činí 16%.

## 11 DISKUSE

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se snažila popsat problematiku nádorových onemocnění, psychiku nemocných a zákulisí postavení nemocných ve společnosti. Zabývala jsem se kvalitou jejich života, která se mění s nástupem onemocnění. Každý nemocný je jedinečná a neopakovatelná bytost se svým jménem, svou historií a se svými myšlenkami, směřujícími do budoucna. Nechce být jedním z mnoha, chce být respektovanou individuální osobností s právy mezinárodně uznávanými a vyjmenovanými v kodexu práv pacienta. Kvalita života pacienta s nevléčitelnou nemocí je stále diskutovaným a aktuálním tématem. Myslím si, že je důležité seznamovat se s informacemi, které nám nemocný sděluje ať verbálně, tak i nonverbálně, v tomto případě pomocí dotazníků.

Celkem jsem zpracovala 101 dotazníků, z toho na 68 dotazníků odpověděly ženy, což činí 67%. Muži odpověděli na 33 zbývajících dotazníků, což je 33%. Analýzou dat jsem zjistila, že většina dotázaných respondentů posuzuje svůj zdravotní stav jako ani dobrý, ani špatný, nebo jako dobrý. Celkem 71 respondentů, což činí 70%. Problém jsem zjistila při zjišťování konkrétní diagnózy. Více než polovina respondentů, 56, neví konkrétně, jakou rakovinou jakého orgánu onemocněli. Udali odpověď všeobecnou, rakovinu, což činí 57%. Za zmínku stojí otázka informovanosti nemocného nebo jeho nezájem ve věci sdělování konkrétní diagnózy.

Cílem mé první hypotézy bylo zjistit subjektivní hodnocení kvality onkologicky nemocných. Vycházela jsem z otázek první domény, a to jak moc těší onkologicky nemocné život, jak je pocity smutku nebo deprese ovlivňují v každodenních činnostech, jak nutně potřebují lékařskou péči potřebnou v každodenním životě a zda je pro ně kvalitní péče snadno dostupná. Jednou větou vyjádřeno hodnocení kvality života onkologicky nemocného. Z celkového počtu 101 respondentů odpovědělo ve všech otázkách od 4 – 30 respondentů negativně, což činí 4% – 30%. Převážnou většinu respondentů těší život. Domnívám se, že spousta vážně nemocných se naučila s nemocí bez vážných problémů žít. Menšinu respondentů ovlivňují deprese a smutek v každodenním životě. Psychika nemocného se mění příchodem nemoci, mění se způsob a schopnost zařadit se do normálního života. Psychologický přístup by měl pomoci odbourávat vliv smutku a deprese, proto je nutné s nemocnými více komunikovat, informovat je a povzbuzovat.



Nutnost potřeby lékařské péče bych očekávala u více než poloviny respondentů, přesto potřebu lékařské péče označilo pouze 29 respondentů odpověďmi hodně a maximálně, vyjádřeno v procentech 29%. Dostupnost kvalitní lékařské péče je dle šetření dostačující pro většinu respondentů. Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**, protože z celkového počtu 101 respondentů udávalo negativní odpověď celkem 4 - 30 respondentů v každé ze čtyř otázek (1.1,1.2,1.3,1.5), týkajících se subjektivního hodnocení kvality života u onkologicky nemocných. Vyjádřeno v procentech, 4% – 30%.

K porovnání výsledků šetření jsem použila výsledky šetření Veroniky Krupkové, v její bakalářské práci s názvem Kvalita života dlouhodobě nemocných. Zvolila si stejný cíl jako já, a to zjistit subjektivní hodnocení kvality života. Předpokládala negativní odpovědi u více než poloviny dotázaných respondentů. Veronice Krupkové se hypotéza také nepotvrdila, negativní odpověď udalo pouze 15% dotázaných (Krupková, 2008).

Cílem druhé hypotézy bylo zjistit, jakou oporou pro onkologicky nemocné jsou jejich blízcí a přátelé, kteří s nimi sdílejí náročné okamžiky, jejich utrpení, smutek, rozpaky a nemoc samotnou. Odpovědi jsem analyzovala pomocí otázek, týkajících se pomoci od ostatních, podpory rodiny, pocitu štěstí v rodině a s tím spojený dostatek energie pro každodenní činnost. Pomoci od ostatních se nemocným dostává ve větší míře. 65 respondentů dostává od ostatních takovou pomoc, kterou potřebují. Vyjádřeno v procentech 66%. Podpora rodiny a přátel se v dotaznicích setkala s velkými sympatiemi. Většina respondentů odpověděla spokojen/a nebo velmi spokojen/a, a to 80 respondentů, 81%. Pocit štěstí v rodině, ve vztazích se svými nejbližšími shledává pozitivně 79 respondentů, 78%. Síla rodiny, setrvávání v domácím prostředí je silnou podporou v těžkých chvílích života nemocného. Je zřejmé, že ve skupině testovaných respondentů převažuje lidská solidarita, zájem o důstojné a co nejpříjemnější zvládnutí nemoci a splňování základních potřeb onkologicky nemocných. Cíle druhé hypotézy jsem dosáhla. Více než polovina respondentů hodnotí pozitivně pomoc od rodiny a okolí. Tato hypotéza se mi **potvrdila**, protože z celkového počtu 101 respondentů označilo otázky pozitivními odpověďmi (většinou ano, zcela, spokojen/a, velmi spokojen/a) 80 respondentů, na otázky, týkající se opory blízkých a přátel (2.1,2.3,3.3,3.6), což činí 81% dotázaných.

Cíl třetí hypotézy jsem situovala na pomoc víry a osobní přesvědčení onkologicky nemocných. Chtěla jsem zjistit, jak intenzivně ovlivňuje víra nemocného a dává-li nemocnému sílu chápat a čelit těžkostem. V otázce vlivu víry na smysl života byly pozitivně hodnoceny odpovědi středně, hodně a maximálně u celkem 75 respondentů, 76%. Tito respondenti nalézají smysl života díky svému osobnímu vyznání a víře. Právě víra je jejich nadějí a nabízí pomocnou ruku pochopení a smíření. Má život nemocného smysl? Tato další výzkumná otázka odhalila vysoký počet respondentů z celkového počtu 101

dotázaných, kteří odpověděli pozitivně, a to 90, vyjádřeno v procentech 91%. Jejich život má smysl i v těžkých chvílích během nemoci. Taktéž jsem vyhodnotila i otázky, zda dává víra sílu čelit těžkostem a umožňuje-li těžkosti chápat. V obou otázkách odpovědělo shodně 84 respondentů v pozitivním smyslu, odpověďmi středně, hodně a maximálně. Vyjádřeno v procentech 86%. Většina respondentů se přiklání k víře a jejímu vlivu na smysl života nemocného. Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**. Ze 101 dotázaných respondentů ve 4 otázkách, které se týkají smyslu života, víry a osobního přesvědčení (7.1,7.3,7.4), odpovědělo pozitivně od 46 – 52 respondentů, což činí 46% - 53%. Tudiž více než 50% respondentům dává víra smysl života, pomáhá zvládat těžkosti a dávat sílu v nemoci.

Provedla jsem srovnání s výsledky šetření Bc. Petry Mitrovské, která se podobné problematice věnovala v diplomové práci s názvem Fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním. Dala si za cíl vyhodnotit míru naděje respondentů v jednotlivých obdobích nemoci, zjistit závislost mezi náboženským vyznáním respondentů a celkovou mírou naděje, kterou vykazují. Předpokládala, že bude zjištěna závislost mezi náboženským vyznáním, vírou a mírou naděje u většiny respondentů. Na základě výsledků z testovací metody potvrdila na rozdíl ode mne svou hypotézu (Mitrovská, 2011).

Mým cílem u čtvrté hypotézy bylo zjistit, zda má onkologické onemocnění vliv na ekonomickou situaci nemocného, včetně problematiky zaměstnanosti a schopnosti pracovat. V oblasti finančních potíží udalo 13 respondentů negativní odpověď, tedy odpověď hodně a maximálně, vyjádřeno v procentech 13%. Dostatek finančních prostředků označilo 73 respondentů, tedy většina, odpověďmi středně, většinou ano a zcela, vyjádřeno v procentech 74%. Překvapilo mě vysoké procento spokojenosti

s dostatkem finančních prostředků k uspokojení potřeb nemocného. Sama jsem se před časem stala rodičem, který se staral o onkologicky nemocné dítě. Ekonomický deficit jsem pociťovala velice. Pro mě bylo nejcitelnější přerušit pracovní poměr a tím přijít o větší díl svých příjmů. Domnívám se, že většina respondentů měla optimální zázemí jak rodinné, tak i sociální. Maximální nedostatek finančních prostředků označili pouze 3 respondenti. Schopnost pracovat označilo 59 respondentů odpověďmi dobrá a velmi dobrá schopnost pracovat, což činí 60%. Většina respondentů se pohybovala ve věkové hranici 56 – 65 let. Na tento fakt úzce navazuje schopnost pracovat, kterou udává 50 respondentů (většinou ano, zcela), 51%. Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**. Ze 101 dotázaných respondentů ve 4 otázkách, které se týkají finančních potíží, dostatku finančních prostředků k uspokojení potřeb nemocného, posouzení schopnosti pracovat a schopnost pracovat (1.4,2.4,5.1,5.3) odpovědělo celkem od 50 – 88 respondentů ve smyslu spokojenosti se situací, což činí 51% - 89%. I přes svízelnou životní situaci, kterou způsobila onkologická choroba, se většina respondentů snaží zůstat v sociálním kontaktu a neizolovat se od společnosti.

### 11.1 Vize do budoucna

V oblasti zjišťování kvality života onkologických pacientů je stále co zkoumat, projednávat a zdokonalovat. Následně na základě získaných informací tyto využít k dokonalejšímu zkvalitnění péče o tyto nemocné. Je potřeba dále sledovat a hodnotit kvalitu života nemocných v dotazníkových šetřeních. Mnohdy nám nemocní v rozhovoru nesdělí ty informace, které jsou v dotaznících. Důležité je nemocné a jejich blízké edukovat v problematice dlouhodobé péče, poskytované v domácím prostředí. Domácí prostředí je nemocným blízké a každé vyloučení z této situace nese s sebou spoustu negativních pocitů a jevů, které mohou ovlivnit léčbu a celý další život s nádorovým onemocněním. Proto má význam zvýšit podporu pečujících rodin, za účelem setrvání nemocného v domácím prostředí. Důležité je informovat o dostupnosti sociálních služeb, které jsou mnohdy východiskem v náročné životní situaci. Ulehčit a řešit náročnou situaci pomocí psychoterapeutických rozhovorů, a to již od prvních chvil od sdělení diagnózy, nadále vyzvat rodinu ke spolupráci. Psychoterapeutické rozhovory ulehčují pochopit situaci, reagují na aktuální stav a potřeby nemocného. Výrazným atributem je vzdělávání, zvyšování kvalifikace personálu pracujícího v oblasti péče o onkologicky nemocné.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem chtěla přiblížit kvalitu života onkologických nemocných, dostupnost sociální péče, ekonomické výhody a možnosti, které by měly pomoci zpříjemnit žití nemocnému v nemoci i v rekonvalescenci. V současné době je onkologický pacient vnímán jako kompetentní osoba, schopná podílet se na rozhodování o poskytované péči a určovat si vlastní budoucnost. Každý nemocný očekává od své nemoci pozitivní vývoj a jeho přání se ubírají pozitivním směrem. Síla lidské psychiky je obrovská. Člověk dokáže dlouho odolávat nepříjemným životním okolnostem a nemusí si všimnout, že se jeho fyzická síla vytrácí. Ve chvílích, kdy mu lékař sděluje, aby byl silný a statečný pro boj se zákeřnou chorobou, sahá do rezervních zdrojů lidské psychiky.

Sociální poradenství a služby mají pro vážně nemocné zásadní význam. Jde především o práci s rodinou pacienta, odbornou pomoc při vyřizování důchodu, pomoc při orientaci na trhu práce, zajišťování domácí péče. Ne každý si poradí sám se sociálně správně situací, která se u nemocného podstatně mění oproti jeho aktivitám, pracovnímu postavení před chorobou. Ve světě vyspělé medicíny je samozřejmostí, že na onkologických pracovištích pracuje klinický psycholog. Bohužel u nás je psychologická péče péčí mnohdy nedostupnou nebo nedostačující. Podle mého názoru nedostatečná psychická podpora nemocných plyne také z nedostatku času, prostoru a dovedností zdravotnického personálu řešit psychosociální potřeby pacientů. Způsob řešení a zvládnutí problémů ovlivňuje postoj pacienta k léčbě, jejímu průběhu a tím i výsledek léčby.

Mě osobně se situace onkologicky nemocných také týkala. Před lety mi onemocněl syn zhoubnou chorobou. Dostala jsem se do role ošetřovatele na plný úvazek a musela jsem se potýkat s existencionálním problémem, který nebyl nikterak jednoduchý. Byla jsem nucena přerušit pracovní poměr na dobu deseti měsíců. Teprve po šesti měsících mi byla poskytnuta dávka v hmotné nouzi a příspěvek na péči o osobu nezletilou od regionálních sociálních služeb. Pobírala jsem minimální mzdu a výživné na syna. Celková částka nestačila na pokrytí potřeb nemocného syna a na vedení domácnosti. Vzhledem k tomu, že nejsme kompletní rodina, byla jsem na úhradu péče sama s jedním příjmem. Situaci mi značně ulehčila solidarita spoluzaměstnanců, kteří vytvořili finanční sbírku a tím nám život velice zpříjemnili. Solidarita se projevila i v místě našeho bydliště, které nám poskytlo další finanční výpomoci. V době léčby jsme se dostali do problémů s bytovou situací, ve které nám bylo pomoheno ze strany obecního úřadu. Umožnil nám odkoupení nového bytu

za dostatečné prostředky, na které jsme dosáhli. Naše okolí nás přesvědčilo o jediném, a to o tom, že je důležité nebýt vůči lidem v tísní lhostejní. Otevřít jim pomocnou náruč a ulehčit život v nemoci. Nezáleželo mi na okolním světě, mým světem byl syn a jeho splněná přání a potřeby. Na onkologickém oddělení se nám dostalo péče psychologa, sociálního pracovníka a profesionálního přístupu všech zdravotnických pracovníků. Komunikace s nimi byla milá, laskavá a chápající. Komunita nemocných, rodinných příslušníků a zdravotnického personálu na onkologii vytváří velkou rodinu, která odbourává svým přístupem negativní pocity a projevy doprovázející onemocnění. Nemocní dovedou být hodně nepříjemní i agresivní. Mají na to právo, je to součást jejich boje s nemocí a my se tím nesmíme nechat odradit.

Jaká je má vize do budoucna? Co bych si přála a představovala? Vhodná by byla úprava systému sociálních dávek tak, aby onkologicky nemocného zachytil, aby onkologicky nemocný měl šanci tento systém využít a dávky zachytil včas. Bylo by potřeba rozšířit síť hospicové péče. Dát větší prostor psychosociální péči v nemocnicích, na klinikách, v domovech pro dlouhodobě nemocné, v hospicích, ale i v ambulantní péči. Možná i lepší spolupráci zdravotnických pracovníků s neziskovými organizacemi v terénu. Poskytovat psychoterapeutickou podporu rodinám nemocných, napomáhat zvládání náročných situací zdravotnickému personálu v dovednostech komunikace. Vést k prevenci syndromu vyhoření u zdravotníků. Vnést do péče prvky komunitního přístupu, spočívajícího ve zjišťování potřeb nemocných a jejich blízkých a podporovat zájem zdravotního i sociálního personálu o tyto potřeby. Společně poskytovanou péči plánovat.

Předpokládám, že se mi podařilo přiblížit problematiku zdravotních a sociálních služeb, kdy jejich negativní prvky mnohdy převažují nad těmi pozitivními.

## 6 LITERATURA A PRAMENY

ALEN PRAHA. Alen Praha. [online]. [Cit. 1. 9. 2012]. Dostupné z:  
<http://www.alen.tym.cz>

AMELIE. Poslání. [online]. [Cit. 1. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.amelie-os.cz/cz/onas/poslani>

BIČÁKOVÁ, Olga. Státní politika zaměstnanosti v právním kontextu roku 2010. *Sestra*, 2010. **04**, 12-15. ISSN 1210-0404.

ČEŠKA, Richard a kolektiv. *Interna*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením. *Portál ministerstva práce a sociálních věcí*. [online]. [Cit. 11.9.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>

DOBŘÝ ANDĚL. Více o dobrém andělovi. [online]. [Cit. 1.9.2012]. Dostupné z:  
<http://www.dobryandel.cz/vice-o-dobrem-andelovi/>

DRAGOMIRECKÁ, Eva., BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DUČAIOVÁ, Jarmila., LITVÍNOVÁ, Blažena. Důstojnost při péči o onkologicky nemocné. [online]. [Cit. 11.5.2011]. Dostupné z:  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dustojnost-pri-peci-o-onkologicky-nemocne-459794>

Finanční podpora rodiny. *Portál ministerstva práce a sociálních věcí*. [online]. [Cit. 10. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství. Manuálek ze sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2004. ISBN 80-7013-363-5.

Invalidní důchody. *Portál ministerstva práce a sociálních věcí*. [online]. [Cit. 11.9.2012].  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/619>

KLENER, Pavel a kolektiv. *Vnitřní lékařství III*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-98-X.

KOMÍNKOVÁ, Helena. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. 2002, **01**, 21-22. ISSN 1210-0404.

KRUPKOVÁ, Veronika. Kvalita života dlouhodobě nemocných. [online]. [Cit. 18.2.2013].  
Dostupné z:  
[https://is.muni.cz/th/176636/lf\\_b/Kvalita\\_zivota\\_dlouhodobem\\_nemocnych\\_\\_V.Krupkova.pdf](https://is.muni.cz/th/176636/lf_b/Kvalita_zivota_dlouhodobem_nemocnych__V.Krupkova.pdf)

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000. ISBN 80-85942-42-9.

LIGA PROTI RAKOVINĚ. 20 let Ligy proti rakovině Praha. [online]. [Cit. 6.5.2010].  
Dostupné z: [http://www.denprotirakovine.cz/TZ\\_6.5.10.doc](http://www.denprotirakovine.cz/TZ_6.5.10.doc)

MAMMA HELP. Mamma HELP - sdružení patientek s rakovinou prsu. [online]. [Cit. 1.9.2012]. Dostupné z: <http://www.mammahelp.cz>

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-368-0.

MITROVSKÁ, Petra. Fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním. [online]. [Cit. 19.2.2013]. Dostupné z:  
[https://is.muni.cz/th/214706/lf\\_m/Fenomen\\_nadeje\\_u\\_pacientu\\_s\\_onkologickym\\_onemocnenim.pdf](https://is.muni.cz/th/214706/lf_m/Fenomen_nadeje_u_pacientu_s_onkologickym_onemocnenim.pdf)

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.

NEZU, Arthur. *Psychosocial Oncology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2003. DOI: 10.1002/0471264385.wei0912.

O'CONNOR, Margaret., ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

OPATRŇÝ, Aleš. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. ISBN 80-7192-347-8.

Paliativní onkologická péče v systému poskytování zdravotní péče. *Klinická onkologie*. 2011, 24(4), 265-270. ISSN 0862-495X.

PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triniton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PEŠEK, Miloš. Desatero onkologického pacienta. [online]. [Cit. 27. 6. 2011]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/lecba-17/desatero-onkologickeho-pacienta/>

Pomoc v hmotné nouzi. *Portál ministerstva práce a sociálních věcí*. [online]. [Cit. 1.9.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5>

SLAVÍKOVÁ, Šárka. Činnost sociálního pracovníka na onkologickém oddělení pro dospělé v rámci multidisciplinárního týmu. [online]. [Cit. 15. 9. 2010]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/authors/slavikova/>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049 -0-2.

SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději s Marií Svatošovou*. 2. Vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7195-049-1.

ŠPAČEK, Ladislav. *Nová velká kniha etikety*. 2. rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1954-5.



TSCHUSCHKE, Volker. *Praxis Psychoonkologie*, Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: MVS Medizinverlage, 2. unveränderte Auflage, 2010. 216 s. ISBN 978-3-8304-7439.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VADUROVÁ, Helena. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-60-8.

VADUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Masarykova universita v Brně, Brno: 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VODVÁŘKA, Pavel. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2004. ISBN 80-7266-168-X.

VODVÁŘKA, Pavel. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská universita, 1997. ISBN 80-7042-314-5.

VORLÍČEK, Jiří., ABRAHAMOVÁ, Jitka., VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VYKOPALOVÁ, Hana. *Krize a psychosociální pomoc*. Zlín: Universita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2007. ISBN 978-80-7318-621-0.

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 – Pohlaví

Graf 2 – Věk

Graf 3 – Radost ze života

Graf 4 – Vliv smutku nebo deprese

Graf 5 – Potřeba lékařské péče

Graf 6 - Finanční situace

Graf 7 - Dostupnost lékařské péče

Graf 8 - Energie pro každodenní činnost

Graf 9 - Schopnost provádět každodenní činnost

Graf 10 - Pomoc od ostatních

Graf 11 - Dostatek finančních prostředků k uspokojování potřeb

Graf 12 - Přístup k informacím

Graf 13 - Získávání potřebných informací

Graf 14 - Spokojenost s kvalitou života

Graf 15 - Spokojenost se zdravím

Graf 16 - Podpora rodiny

Graf 17 - Dostupnost zdravotní péče

Graf 18 - Spokojenost se sociální péčí

Graf 19 - Pocit štěstí v rodině

Graf 20 - Kvalita sociálních služeb

Graf 21 - Výskyt bolesti

Graf 22 - Výskyt negativních pocitů

Graf 23 - Schopnost pracovat

Graf 24 - Plnění povinností

Graf 25 - Posouzení schopnosti pracovat

Graf 26 - Schopnost pohybovat se

Graf 27 - Problémy s pohyblivostí

Graf 28 - Spokojenost s pohyblivostí

Graf 29 - Vliv víry na smysl života

Graf 30 - Smysl života

Graf 31 - Víra versus zdolávání těžkostí

Graf 32 - Víra versus chápání těžkostí života

# SEZNAM PŘÍLOH

## Příloha 1

### Desatero onkologického pacienta

#### Desatero onkologického pacienta

Deset nejdůležitějších doporučení pro pacienty se zhoubnými novotvary.

#### **Rada č. 1 – Buďte aktivním pacientem!**

Staňte se aktivním partnerem v medicínském rozhodování. Abyste mohli být aktivním partnerem lékaře, měli byste získat dost informací, porozumět podstatě nemoci a jejího léčení.

#### **Rada č. 2 – Hledejte pravdu o své nemoci!**

Hledejte a poznejte pravdy ohledně své nemoci a ohledně vašich vyhlídek do budoucna (prognózy). Získávejte informace od ostatních pacientů se stejnou chorobou, hledejte také v knihovnách a na internetu, snažte se porozumět zvláštnostem vaší vlastní nemoci.

**Pozor** - nekladte otázky, dokud nejste připraveni na odpovědi! Většina nemocných akceptuje rozhodování samotného lékaře. Zkušenosti však ukazují, že k lepším rozhodnutím lze dojít, když je pacient dobře informován a aktivně se na rozhodování podílí.

#### **Rada č. 3 – Hledejte nejlepší odbornou radu!**

Požadujte názor jiného odborníka, když je tento názor odlišný od prvního doporučení, žádejte třetí, nebo i čtvrté doporučení od dalších specialistů. Váš lékař může s vaším svolením zapůjčit naše lékařské nálezy jinému odborníkovi k vyslovení druhého názoru.

#### **Rada č. 4 – Hledejte důvěru ve svého lékaře!**

Posuďte nejprve, jak velká je zkušenost vašeho lékaře v léčení vašeho určitého typu nádoru, zvláště pokud jsou nezbytné složité postupy a/nebo se využívá nových léčebných metod.

### **Rada č. 5 – Hledejte špičkové pracoviště!**

Jestliže vaše onemocnění má špatnou prognózu a/nebo vám bylo řečeno, že trpíte vzácným typem zhoubného nádoru, hledejte vynikající pracoviště alespoň pro zjištění druhého názoru.

### **Rada č. 6 – Řiďte se vlastními hodnotami!**

Nedovolte svým pečovatelům, aby promítali své cíle, očekávání a hodnoty do vás, řiďte se vlastními přáními a předsevzetími.

### **Rada č. 7 – Ekonomická stránka léčení**

Uvědomte si, že moderní diagnostika a léčení nádorových onemocnění pomocí velmi nákladných moderních přístrojů, vyšetřovacích metod a léků je nesmírně nákladná a má-li být účinná, je třeba přesně dodržovat veškerá doporučení vašeho lékaře.

### **Rada č. 8 – Využijte k boji každý den!**

Nakonec - najděte si lékaře, kterému důvěřujete, ale neočekávejte, že bude za všech okolností vždy dokonalý.

Osvědčený přístup k léčbě je využít každý den a nedat nádorušanci růstu odkladem vyšetření a léčby. Jednejte cílevědomě, snažte se činit správná rozhodnutí a neohlízejte se zpět, šetřete veškerou fyzickou i mentální energii, abyste tolerovali léčbu a přemohli svou nemoc.

### **Rada č. 9 – Léčit potřebuje nejen tělo, ale i duše!**

Co když se nemoc vrátí a zejména bude-li to spojeno s bolestmi? V takovém případě byste měli vědět, že v současnosti je možnost i dlouhodobě tlumit jakoukoliv bolest a že existují odborníci na léčbu bolesti, kteří by v takové situaci byli schopni se o vás i dlouhodobě postarat. Nezapomeňte léčit svou mysl podobně jako své tělo. Poté, co jste porozuměli své nemoci, našli nejlepšího možného lékaře a dostáváte nejlepší možnou léčbu, musíte se ještě vypořádat s náročnými mentálními stránkami onemocnění nádorem. Moderní účinná protinádorová léčba může být často spojena s nepříjemnými, byť i jen dočasnými potížemi. Jak zvládnou náročnou léčbu, jak mají zvládat či potlačit své obavy a pocity se svými milovanými a s dětmi, jak budou schopni žít od kontroly ke kontrole, co když se nemoc vrátí, co dělat, aby posílili své tělo i duši pro boj s rakovinou.

**Rada č. 10 – Váš přístup je Vaší nejmocnější zbraní proti rakovině!**

Váš přístup a vaše víra v uzdravení jsou nejmocnějšími zbraněmi proti rakovině.

## Příloha 2

### Dotazník kvality života

Jmenuji se Lenka Klinková a jsem studentkou bakalářského studia, obor všeobecná sestra Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás tímto oslovit k vyplnění tohoto dotazníku.

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních událostí. Použila jsem otázky z dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL 100.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, zvolte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti a starosti.

Při vyplňování zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry se strachujete o své zdraví.

Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za ochotu a spolupráci, bez které bych se při zpracování své bakalářské práce neobešla.

1. Následující otázky zjišťují, jak moc prožíváte určité věci, například kladné pocity jako je štěstí nebo spokojenost.

1.1 Jak moc Vás těší život?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

1.2 Jak moc Vám pocity smutku nebo deprese překážejí v každodenních činnostech?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

1.3 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě ?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

#### 1.4 Máte finanční potíže?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

#### 1.5 Je pro Vás kvalitní lékařská péče snadno dostupná?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

2. Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti, například každodenní činnosti jako je mytí, oblékání a jídlo.

#### 2.1 Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

#### 2.2 Nakolik jste schopen/schopna provádět každodenní činnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

#### 2.3 Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

#### 2.4 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

#### 2.5 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

#### 2.6 Máte možnost získat informace, které podle Vašeho názoru potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

3. Další otázky se zaměřují na to, jak jste šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života. Například s rodinným životem nebo s tím, kolik jste měl/a energie.

3.1 Jak jste spokojen/a s kvalitou svého života?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

3.2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

3.3 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

3.4 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

3.5 Jak jste spokojen/a se sociální péčí?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

3.6 Cítíte se šťastný/á ve vztazích se členy své rodiny?

velmi nešťastný/á	nešťastný/á	ani šťastný/á ani nešťastný/á	šťastný/á	velmi šťastný/á
1	2	3	4	5

3.7 Jak byste hodnotil/a kvalitu sociálních služeb, které máte k dispozici?

velmi špatná	Špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5



4. Následující otázky se týkají toho, jak často prožíváte určité věci, jako je například podpora rodiny nebo přátel, nebo nepříjemné zážitky jako je například pocit ohrožení.

4.1 Jak často máte bolesti?

nikdy	Někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

4.2 Jak často prožíváte negativní pocity, jako je například rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

nikdy	Někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

5. Následující otázky se týkají jakékoliv práce, kterou děláte. Prací se zde míní jakákoliv hlavní činnost, kterou se zabýváte. Patří sem dobrovolná práce, studium, péče o domácnost, péče o děti, placená i neplacená práce.

5.1 Jste schopen/schopna pracovat?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

5.2 Máte pocit, že dokážete plnit své povinnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

5.3 Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat?

velmi špatná	Špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

6. Několik dalších otázek zjišťuje, jak jste schopen/schopna se pohybovat. Týká se to Vaší fyzické schopnosti se pohybovat a zabývat se věcmi, které chcete dělat nebo které potřebujete vykonávat.

6.1 Jak se dokážete pohybovat?

velmi špatně	Špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

6.2 Nakolik Vás obtěžují případné problémy s pohyblivostí?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

6.3 Jste spokojen/a s tím, jak se můžete pohybovat?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

7. Následujících několik otázek je zaměřeno na Vaši osobní filosofii nebo víru a její vliv na kvalitu Vašeho života. Tyto otázky se týkají náboženství, duchovní oblasti a dalších názorů a přesvědčení, které zastáváte.

7.1 Dává Vaše osobní víra smysl Vašemu životu?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7.2 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7.3 Nakolik Vám Vaše osobní víra dává sílu čelit těžkostem?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7.4 Nakolik Vám pomáhá Vaše osobní víra chápat těžkosti života?

vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

## Osobní údaje

**Pohlaví:** muž žena

**Věk:**

### Nejvyšší ukončené vzdělání:

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vysokoškolské

### Rodinný stav:

- Svobodný/á
- Ženatý/vdaná
- Žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná
- Žiji odděleně
- Rozvedený/á
- Ovdovělý/á

Jaký je Váš zdravotní stav?

velmi špatný	Špatný	ani dobrý ani špatný	dobry	velmi dobrý
1	2	3	4	5

**Jste v současné době nemocný/á?** Ano Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu.....

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

**DĚKUJI VÁM ZA SPOLUPRÁCI**

