

Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby

Hana Veselá

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana VESELÁ**

Osobní číslo: **H09661**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti kvality života onkologicky nemocných pacientů a sociálních aspektů nemoci.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu a kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DIENTSBIER, Zdeněk. Kvalita života onkologických pacientů. Regena. 2002, roč. 12, č. 11, s. 10. ISSN 1212-2289.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta, 2009. 100 s. ISBN 978-80-8063-305-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: TRITON, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

VAĎUROVÁ, Helena. Sociální aspekty kvality života v onkologii. Brno: MSD, 2006. 148 s. ISBN 80-86633-60-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Šťastná
Ústav pedagogických věd

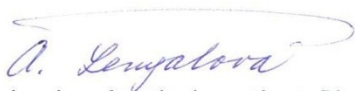
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

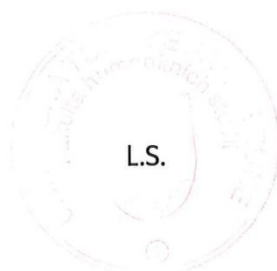
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 23.4.2012

.....


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

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

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

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

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

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

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života onkologických pacientů v průběhu léčby. Teoretická část se podrobněji zaměřuje na vymezení pojmu kvality života a některých sociálních aspektů onkologického onemocnění. Praktická část prezentuje průběh a výsledky smíšeného výzkumu. Pozornost je věnována především subjektivnímu hodnocení kvality života, fyzického zdraví, životních potřeb a sociálních aspektů onkologického onemocnění. Na základě analyzovaných výsledků jsou vyhodnoceny cíle práce.

Klíčová slova: kvalita života, onkologický pacient, sociální aspekty nemoci, WHOQOL-BREF

ABSTRACT

The bachelor paper deals with the oncological patients quality life during the medical treatment. The theoretical part is in detail focused on both the quality life concept and some of the oncological illness aspects. The practical part presents the development and the results of the mixed research. The attention is paid above all to the subjective evaluation of the quality life, physical health, life needs and social aspects of the oncological illness. On the base of the results reached the aims of the work are evaluated.

Keywords: quality life, oncological patient, illness social aspects, WHOQOL-BREF

Děkuji Mgr. Jarmile Šťastné za trpělivý přístup a odborné rady, které mi při vedení bakalářské práce poskytla.

Moje velké poděkování patří především těm, kteří mě v době nelehkého boje s onkologickým onemocněním nechali nahlédnout do svého života a podělili se se mnou o cenné informace, životní zkušenosti a nejnítější pocity. Velký dík patří všem pacientům podílejících se na výzkumném šetření, bez nichž by má práce nikdy nemohla vzniknout a v neposlední řadě děkuji Komplexnímu onkologickému centru Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně.

Tuto práci věnuji tatínkovi.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA	13
1.1 OBECNÉ POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	13
1.2 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA	15
1.2.1 Modely kvality života	17
1.3 KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ	18
1.4 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ	21
2 ČLOVĚK A NEMOC	24
2.1 SOCIOLOGIE NEMOCI	24
2.2 VYMEZENÍ POJMU ONKOLOGIE, ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ	25
2.2.1 Onkologie v České republice	26
2.3 SEZNÁMENÍ SE S DIAGNÓZOU A PROCES ADAPTACE.....	26
2.4 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM PACIENTEM	29
2.5 ROLE SOCIÁLNÍ OPORY	29
2.6 SOCIÁLNÍ VZTAHY V KONTEXTU NEMOCI	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
3 KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ VÝZKUM V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V PRŮBĚHU LÉČBY	34
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
3.2 VÝZKUMNÝ CÍL	34
3.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	35
3.4 METODA VÝZKUMU.....	35
3.4.1 Kvantitativní výzkum.....	35
3.4.2 Kvalitativní výzkum.....	37
3.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	38
3.5.1 Kvantitativní výzkum.....	38
3.5.2 Kvalitativní výzkum.....	40
3.6 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT.....	41
3.6.1 Kvantitativní výzkum.....	41
3.6.2 Kvalitativní výzkum.....	42
4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	43
4.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	43
4.1.1 Vyhodnocení položek z dotazníku	43
4.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	80
4.2.1 Otevřené kódování	80
5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	90
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	95
ZÁVĚR	97

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	98
INTERNETOVÉ ODKAZY	101
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	102
SEZNAM GRAFŮ	103
SEZNAM TABULEK.....	104
SEZNAM PŘÍLOH.....	105

ÚVOD

„Není na světě smrtelníka, jehož by se nikdy nedotkla bolest a nemoc.“

Marcus Tullius Cicero

Téma „Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby“ jsem si vybrala proto, že problematika kvality života onkologicky nemocných je mi z osobních důvodů velmi blízká a samotné onkologické onemocnění aktuálně zapadá do problémů současné společnosti. I když je onkologické onemocnění v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtí, mnoho z nás stále předstírá, že se jich tato nemoc vůbec netýká. S prodlužující se délkou lidského života však paradoxně vzrůstá i pravděpodobnost, že nás onkologické onemocnění postihne. Zjednodušeně řečeno je to tím, že stále více lidí se ho prostě "dožije". Za dobu mého tříletého studia onemocněli rakovinou dva mladí spolužáci, z toho jedna dívka v letošním roce zemřela. S určitou nadsázkou tak lze říci, že v nějaké podobě se s nádorovým onemocněním v průběhu svého života setkáme úplně všichni bez výjimky. Proto bychom před ním neměli zavírat oči a měli bychom chtít poznat, jak nemoc prožívají ti, kteří se nedobrovolně stali onkologickými pacienty a co můžeme udělat pro to, aby kvalita jejich života i v boji s nelehkým onemocněním byla co nejlepší.

Slovo rakovina nahání lidem strach a hrůzu odnepaměti, přitom mnozí nemají o tomto onemocnění žádné informace. Pokud se totiž řízením osudu sami staneme onkologickým pacientem nebo nemoc zasáhne naše blízké, stojíme před otázkou, co nás vlastně v průběhu léčby čeká, jaký bude náš další život, v jakých oblastech se změní a jaká bude jeho kvalita. V naprosté většině případů však na tyto otázky neznáme správnou odpověď.

Cílem mé práce je nastínit problematiku kvality života onkologických pacientů. Není snadné být nemocný, a už vůbec není snadné být onkologickým pacientem. Pro většinu nemocných a jejich nejbližších je to velký krok do neznáma. Sociální aspekty onkologického onemocnění ovlivňují všechny oblasti lidského života. Zasáhnou osobní vztahy, rodinu, zaměstnání a v nemalé míře i vlastní psychiku nemocného. A právě proto se kvalita života onkologických pacientů stala předmětem mé bakalářské práce.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část vymezuje pojem kvalita života, onkologie, onkologické onemocnění, onkologický pacient a nastiňuje některé sociální aspekty onkologického onemocnění. Výzkumná část prezentuje

průběh a výsledky smíšeného výzkumu, který zjišťoval subjektivní vnímání kvality života u onkologických pacientů, což se promítá i do postoje a způsobu chování souvisejících s daným onemocněním.

Odhalením některých faktorů, které pozitivně nebo negativně ovlivňují kvalitu života, lze přispět ke zlepšení a zkvalitnění přístupu k nemocným ze strany partnerů a rodinných příslušníků, ale i laické veřejnosti a v neposlední řadě odborných zdravotnických pracovníků. Můžeme se naučit, jak s nemocnými lépe komunikovat, jak chápat jejich pocity, porozumět jejich přáním, vnímat největší obavy a pomáhat jim v naplnění každodenních potřeb. Abychom mohli být pro onkologicky nemocné skutečnou oporou a přínosem, musíme především vědět, jak oni sami vnímají a hodnotí kvalitu svého vlastního života a svého zdraví. A to je cílem této bakalářské práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“, neboli „quality of life“, je velmi obtížné přesně vymezit, neboť se jedná o složitý a nesmírně obsáhlý pojem. Je těžko uchopitelný pro svou komplexnost. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Být šťastný však nemusí nutně znamenat být zdravý, ačkoliv zdraví je bez diskuze částí kvality života. Měření kvality života také bývá, mimo jiné, používáno jako nástroj pro posouzení efektu intervencí sociálních služeb.

1.1 Obecné pojetí kvality života

Kvalita života je diskutována v různých vědních oborech, jako jsou například psychologie, sociologie či medicína. Všechny její známé definice mají společné to, že pojem „kvalita života“ by měl zahrnovat informace o fyzickém (zdraví, nemoc), psychickém (duševní projevy člověka) a sociálním (životní podmínky jednotlivce) stavu jedince. Definice mohou být velmi důležité, protože platí, že způsob, jakým lidé rozumějí základním pojmům, se odráží v jejich každodenním životě. Existuje několik faktorů, na kterých závisí, jak rozumíme pojmu kvality života. Patří mezi ně typ klinické zkušenosti, typ pacienta, profese, kulturní příslušnost a také prostředí, ve kterém se s pojmem pracuje. „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Světová zdravotnická organizace, v originálu World Health Organization - WHO, 1948)

Jako podstatný aspekt kvality života ve vztahu ke zdraví udává WHO (1948) tělesný a psychický stav, stupeň nezávislosti a kvalitu sociálních vztahů. Vlivy, které mohou zcela zásadně ovlivnit kvalitu života ve stáří či nemoci, jsou následující:

- tělesné funkce: stupeň omezení tělesných aktivit (soběstačnost, chůze, schopnost sehnout se, chůze do schodů apod.) zdravotním stavem;
- tělesná bolest: míra vlivu bolesti na práci a tělesné aktivity;
- obecné vnímání zdraví a nemoci: osobní posouzení aktuálního zdravotního stavu, očekávání do budoucna a návrat schopností po nemoci;

- vitalita: určení, zda se osoba cítí nabitá energií, cítí se aktivní, či je unavená a vyčerpaná;
- sociální schopnost: míra, do které tělesné nebo emocionální problémy omezují normální sociální aktivity;
- emocionální role: míra, v níž se uplatňují emocionální pracovní problémy a omezují denní aktivity;
- psychická pohoda: obecné duševní zdraví, včetně jeho poruch (např. deprese, úzkosti, strach), obecné pozitivní myšlení;
- změny zdraví: posuzování vývoje aktuálního zdravotního stavu.

Některým aspektům kvality života se budu ještě později věnovat ve své práci, zejména sociální schopnosti, na kterou se zaměřuje výzkumná část.

Hartl a Hartlová (2000) definují kvalitu života jako „vyjádření pocitu životního štěstí, míru seberealizace a duševní harmonie, míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. Smyslem existence člověka se čím dál víc stává život sám. Symbolizuje přechod civilizace od kvantitativního ke kvalitativnímu. Od druhé poloviny minulého století se začíná pojem kvality života objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách. Předmětem zájmu byla z počátku především materiální stránka života společnosti jako celku (založená na objektivizovaném pojetí kvality života), postupně však můžeme zaznamenat silící proud výzkumu nematerialistické stránky a posun k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života samotného individua (Rapley, 2003).

Společenské vědy v této souvislosti začínají hovořit o kvalitě života jako o posunu od materiálních hodnot k postmateriálním. K nejznámějším příkladům patří hypotéza *Tiché revoluce* Ronalda Ingleharta (1977), který zkonstruoval dvě generace na základě modelu s hypotézami nedostatku (Maslowova hierarchie potřeb) a socializace. Zatímco v tradičních či raně moderních společnostech bylo prvořadým cílem dosáhnout uspokojení základních materiálních potřeb, zhruba od šedesátých let dvacátého století se žebříček hodnot posouvá od uvedených primárních cílů směrem k důrazu na sebevyjádření, snaze žít kvalitní život a uspokojovat individualizované cíle v podobě budování osobní kariéry či rozšiřování vzdělání.

Co dříve muselo být vybojováno a bylo součástí každodenní reality, tj. materiální potřeba zajistit samotnou existenci, zejména obživu či výchovu potomků, se dnes již považuje za

samozřejmě nebo je garantováno sociálním státem. Právě potřeba žít kvalitní život odpovídající přesně našim potřebám a individuálním volbám, tj. níže zmíněný důraz na seberealizaci, znamená onen posun k postmaterialismu (Heywood, 2008).

Hovoříme-li o kvalitě života, pak jednou z neodmyslitelných stránek kvality života je bezesporu zdraví. Zdraví jako takové bylo vždy pojímáno jako norma, která má své hranice a je tak snadno definovatelná. Dnes je však pojem „zdraví“ často nahrazován pojmem „dobrá kondice“, popř. cizím slovem „fitness“ nebo „wellnes“. Co však znamená dobrá kondice? Zřejmě vyhovění požadavku jít stále dál, splnit neustále vzrůstající nároky trhu práce nebo prostě jen našeho okolí. Dosažení úplné „fitness“ je přitom nemožné, protože není definována, vyplývá spíše z porovnání s ostatními. Žádný z nás si tedy nemůže být jist, zda je definitivně fit a musí se stále zdokonalovat.

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i celých společností.“ (Payne, 2005). S tímto tvrzením se plně ztotožňuji.

1.2 Subjektivní a objektivní kvalita života

Dle Payna je možné se domnívat, že „vztah mezi objektivní stránkou kvality života a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivním hodnocením) je zprostředkován očekáváním.“ (Payne, 2005). Osobně se domnívám, že tomu tak skutečně je. „V současné době panuje shoda odborníků v názoru, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především mylný.“ (Haškovcová, 2010). Mnozí autoři se shodují na tom, že posuzování kvality života je velice subjektivní. Kvalita života se vyjadřuje určitou mírou nebo stupněm proměnné, kterou chceme sledovat (Payne, 2005).

O kvalitě života se začalo mluvit asi nejdříve v ekonomii dvacátých let, kdy se ve vyspělých státech zjistilo, že ukazatelem spokojenosti a společenského blaha není jen hojnost spotřebovaného zboží, ale subjektivní prožitek těchto podmínek, kde je rozhodující osobní kognitivní a emocionální hodnocení. Přes sociologii se dostal pojem kvalita života

do medicíny, kde se udržování dostatečné kvality života stalo důležitým cílem např. v geriatrici, psychiatrii či onkologii (Hnilicová, Bencko, 2005).

WHO (1994) ve své definici uvádí, že kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast. Můžeme však celou tuto problematiku shrnout ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro, mezo a personální rovině (Křivohlavý, 2002). Rozdělení je následující:

- **v makro - rovině** jde o otázky kvality života velkých společenských celků - např. dané země, kontinentu a podobně. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a oblast kvality života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah,
- **v mezo - rovině** jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, například ve škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domě. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (například v týmu lékařů, pečovatelek, zdravotních sester), otázky uspokojování (frustrace a satiace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot (existence humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii),
- **personální (osobní) rovina** je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce (individua), ať jím je pacient či kdokoliv jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde zde o osobní, zcela subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí. Každý z nás v této dimenzi hodnotí sám kvalitu vlastního života.

Každý člověk má v životě určitou hierarchii potřeb, přičemž míra naplnění těchto potřeb ovlivňuje naše subjektivní vnímání kvality života. Abraham Harold Maslow - americký psycholog, vypracoval stupňovité řazení potřeb, které v hierarchickém systému organizoval podle jejich naléhavosti pro člověka. Každý člověk má své potřeby různě

rozvinuté, každý více či méně upřednostňuje něco jiného. Maslow uváděl, že potřeba vyšší se objevuje až po uspokojení potřeb nižších. Základní hierarchie je tvořena potřebami:

- fyziologické potřeby (voda, spánek, potrava),
- potřeba bezpečí a jistoty (zdraví, rodina, zaměstnání, vyhýbání se neznámému),
- sociální potřeby (láska, přátelství, sounáležitost, touha někam patřit, být přijímán),
- potřeba uznání (úcta, ocenění, úspěch, být sám sebou kladně hodnocen),
- seberealizace (naplnit své možnosti růstu a rozvoje, poznání, estetické potřeby).

Pojmem kvality života se rovněž zabývá i argentinská lékařka Mariela Bertolino, která se věnuje paliativní péči v Buenos Aires a hovoří o fyzických symptomech, psychologických potížích, sociální a finanční situaci a všechno nakonec vztahuje k oblasti duchovních a existenciálních problémů, které podle ní tvoří dvě hlavní domény, na jejichž základě se vymezuje pojem kvality života. Pojem kvality života je podle ní užitečný právě proto, že propojuje všechna tato témata (Bertolino, 2000).

Slováček a kol. (2008) udává, že obecně je kvalita života nemocného definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ a vychází z koncepčního modelu kvality života, který je vymezen 4 oblastmi plnohodnotného života jedince:

- fyzický stav,
- psychický stav a psychologické aspekty,
- sociální stav a
- spirituální aspekty.

Předpokládám tedy, že při snížení kvality života již v jednom bodě se bude celkově snižovat i subjektivní vnímání celkové kvality života.

1.2.1 Modely kvality života

Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto (The quality of life model, University Toronto, Canada, 1978) říká, že kvalitu života lze vymezit třemi doménami. Tento vícerozměrný model vychází z holistického pojetí kvality života a zahrnuje tři základní domény a devět dílčích domén. Skutečná kvalita života u konkrétního

jedince je určena osobním významem jednotlivých domén a rozsahem, v jakém u něj dochází k jejich naplňování v reálném životě.

1. Bytí (Being) – osobní charakteristika člověka
 - Fyzické bytí - zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
 - Psychologické bytí - psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
 - Spirituální bytí - osobní hodnoty, přesvědčení, víra
2. Patřit někam (Belonging) – spojení s konkrétním prostředím
 - Sociální napojení - domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
 - Fyzické napojení - rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé
 - Komunitní napojení - pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity
3. Realizovat se (Becoming) – dosahovat osobních cílů, naděje a aspirace
 - Praktická realizace - domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
 - Volnočasová realizace - relaxační aktivity podporující redukci stresu
 - Růstová realizace - aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Pomocí těchto modelů (ukazatelů), je kvalita života člověka (společnosti) mapována a směřována především do podmínek běžného života. Každý člověk individuálně vnímá význam konkrétních domén pro svůj vlastní život.

1.3 Kvalita života onkologicky nemocných pacientů

Každý z nás se vypořádává s těžkými životními situacemi odlišně. Mezi situace náročné na psychiku bezesporu patří i nemoc, především vážná nemoc a s ní spojené změny v každodenním životě. Nemoc je přirozenou, i když obecně nežádoucí, součástí lidské existence. Nemoc je také výzvou k zamyšlení se nad hodnotou zdraví, kvalitou a smyslem lidského života, je informací o tom, co v našem životě děláme špatně a měli bychom změnit. V současné komplexní onkologické péči je důležité chápat, jak sám pacient nemoc prožívá (Payne, 2005).

Nemoc představuje souhrn nejen tělesných příznaků, kterými se zabývá medicína, ale také psychických a sociálních aspektů, které její průběh výrazně ovlivňují a mohou vést k omezení kvality života. „Kvalita života není vázána pouze na stav zdraví.“ (Haškovcová, 2010). Bylo by však velmi naivní se domnívat, že nemocný člověk bude žít zcela identický život, jaký měl v době před svým onemocněním, byť právě toto přání hodně nemocných vůči svým lékařům projevuje. Vážně nemocní se obávají plánovat, objevují se anticipační úzkosti (úzkost z očekávání – člověk má strach z něčeho neznámého, co má přijít), které se v krajním případě projevují i v tělesné rovině (pocení, slabost, nevolnost, nausea, bušení srdce).

Nemoc má o to větší dopady v současné společnosti, která klade důraz na osobní pocity a možnost se projevit (Heywood, 2008). Dnes, kdy na významu nabývá zaměření se na maximalizaci svobody a autonomie jednotlivce, jeho vlastní duševní prožitek ale i prosté „užívání si“, je vážná nemoc každým z nás vnímána o to tragičtěji. Člověk najednou ztrácí přátele, kteří již o nemocného jako jedince s problémy a starostmi nestojí, má pocit marného, prázdného života, v němž nemoc neumožňuje sbírat zážitky v podobě drahých dovolených nebo návštěv exotických restaurací. Ve společnosti, která odmítá Lévinasovo pojetí morálky v podobě odpovědnosti za Druhého (Bauman, 1999), je tedy kvalita života v kontextu nemoci a celkové poskytování duševní opory nemocným velmi aktuální.

Vorlíček (2011) udává, že k nejčastějším a zároveň nejobávanějším symptomům nádorového onemocnění patří bolest. Ze statistik WHO vyplývá, že 30% pacientů trpí bolestí již v době stanovení onkologické diagnózy, v pokročilejších stádiích je to již 80 - 90% (Vorlíček a kol., 2011). I to může být jeden ze zásadních důvodů, proč si nádorové onemocnění, vzdor všem odborným informačním snahám, stále udržuje stigma „rozsudku smrti“.

Objevuje se i mýtus „přenosičnosti“ rakoviny kontaktem s nemocným. Tyto, pro mnohé, šokující předsudky, vycházející převážně z naprosté neznalosti problematiky onkologického onemocnění, společně s panujícím strachem z neznámého, ještě více posilují izolaci nemocného a jeho rodiny, prohlubují pocit nejistoty, odcizení, vyčleněnosti a studu. Grumanová (2008) se zaměřuje na pomoc a radu všem pacientům s vážnou diagnózou a také jejich blízkým.

Často ani lidé z širšího sociálního okolí nevědí, jak mají správně reagovat, jak s nemocným hovořit, a tak se z ostychu a rozpaků raději nemocnému vyhýbají. Ten se pak nezřídka dostává do situace, kdy musí bojovat nejen s fyzickými obtížemi, které nemoc samotná přináší, ale navíc se přidává pocit sociální izolace, osamění a nepochopení ze strany rodiny a přátel. Mění se sociální role nemocného, jeho postavení ve společnosti a v rodině, což samo o sobě přináší další obrovskou zátěž na kvalitu života. Není tedy pochyb o tom, že onkologické onemocnění má zcela zásadní vliv na kvalitu života. Nejvíce je pak kvalita života ovlivněna v oblasti sociální, fyzické a emocionální. „Je-li kvalita života definována také jako pohoda, pak je třeba se o ni starat i u těžce nemocných, případně umírajících, do poslední chvíle.“ (Haškovcová, 2007).

Mnozí nemocní po určitou dobu léčby a následné rekonvalescence nemohou pracovat. Tato skutečnost, kromě nemalého snížení finančního standardu rodiny, přináší další psychickou zátěž, s níž je potřeba se vyrovnat. Negativní faktory, které nemoc přináší, zasahují do fyzických i psychosociálních aspektů kvality života. Fyzicky i psychicky náročná nemoc radikálně ovlivňuje všechny složky současného života (Konečná a kol., 2002).

Všechny tyto faktory přispívají k tomu, že člověk začne vnímat svůj život zcela jinými očima. Uvědomuje si pocit jistého druhu závislosti. Závislost na fyzické, psychické a nezřídka i materiální pomoci může rovněž velmi negativně ovlivnit kvalitu života. V neposlední řadě je ovlivněna i sexualita nemocného a komplexně se mění partnerské vztahy. Mohou se dostavit pocity zoufalství, beznaděje, frustrace. Nemocný se trápí, může mít pocit, že mu okolí nerozumí, že je svým blízkým na obtíž.

Liga proti rakovině (2010) uvádí, že v nejtěžší fázi nemoci pak mohou propuknout psychické potíže, které v závislosti na síle a intenzitě nezřídka vyžadují odbornou léčbu. Častý je výskyt zejména depresivních stavů, úzkostných poruch a posttraumatických zátěžových poruch. Odhady rozšíření klinické deprese u onkologicky nemocných se pohybují v rozmezí 23% – 66% pacientů. Někteří pacienti, s nimiž jsem přicházela do styku, uváděli, že onkologické onemocnění „obrátil člověku život o 180°“. Psychická zátěž pro nemocného může být tak stresující, že se objeví i suicidní myšlenky. „Závažné tělesné

onemocnění představuje rizikový faktor pro suicidní jednání zvláště v dospělosti.“ (Koutek, Kocourková, 2003).

1.4 Metody měření kvality života onkologicky nemocných pacientů

Vzhledem k tomu, že během posledních dvaceti let byly zaváděny stále nové metody hodnocení kvality života, nebylo snadné porovnávat mezi sebou jednotlivé výsledky. Většina těchto metod byla původně zamýšlena buď pro onkologii, nebo pro pacienty trpící nezhoubnými chronickými onemocněními, jako je chronická bolest, srdeční dysfunkce, migréna nebo cukrovka (Umírání.cz, 2012).

Naprostě přesné, spolehlivé a vysoce objektivní měření kvality života, na kterém by se dokázala shodnout většina odborníků, asi v daný okamžik neexistuje. Hlavním důvodem je především skutečnost, že do výsledků měření se za všech okolností promítají dva základní prvky - subjektivní a objektivní faktory. Rozdělení z pohledu metodologie, na kvantitativní (dotazníky a posuzovací škály), kvalitativní (rozhovor, kresba) a také na kombinaci těchto metod. Změřit kvalitu života ve vši komplexnosti přesto neumíme přímo. Neznamená to ale, že neexistují postupy, modely a koncepty, jak kvalitu života měřit.

Nabízí se samozřejmě i některé otázky. Je vůbec možné kvalitu lidského života změřit? Do jaké míry má vliv na výsledek momentální nálada a fyzický či psychický stav pacienta? Máme vůbec právo nahlížet do sociálního zázemí dotazovaných a ptát se jich na osobní a velmi soukromé informace? Cílem výzkumů v oblasti kvality života je především na základě dosažených výsledků zlepšit a zkvalitnit život člověka v zátěžové fázi jeho života.

Dle Vodrážky se při měření kvality života jedná zejména o zjištění, „jak nemoc a její léčba zasahují do života pacienta.“ (Vodrážka, 2003). Mohou se stát cenným podnětem pro ty, kteří o nemocné pečují, ale také pro jejich rodiny a blízké. Mohou iniciovat programy vedoucí ke zlepšení kvality života, motivovat lékaře, zdravotníky i psychology, kteří o onkologicky nemocné pečují. Mají-li zdravotníci a sociální pracovníci kvalitně pečovat o onkologické pacienty jako o jednotlivé lidské bytosti, musí se nutně zajímat také o duchovní stránku jejich života, o jejich každodenní starosti, vnitřní pocity. K ničemu z toho však nezískáme přístup jinak, než prostřednictvím kvalitativního a kvantitativního výzkumu pomocí dotazníků a rozhovorů s pacienty a jejich rodinami. Teprve díky tomu se

nám může podařit zachytit pojem kvality života odpovídajícím způsobem. Hodnotit kvalitu života lze i z komplexního pohledu, kdy hodnotíme jednotlivé oblasti nebo konkrétní složky. Například Křivohlavý (2002) rozděluje metody měření kvality života podle hodnotitele v dané situaci:

- hodnotí ji druhá osoba – je to ryze objektivní metoda, posuzuje například zdravotní stav jedince z fyziologického hlediska (lékař posuzuje pacienta),
- hodnotitelem je sama daná osoba – je to ryze subjektivní metoda (jak vnímáme vlastní kvalitu života v konkrétním okamžiku),
- metody smíšené – jde o kombinaci obou již zmíněných metod.

K posuzování zdravím ovlivněné kvality života bylo vytvořeno množství pomůcek, především dotazníkového typu (Payne, 2005). V osmdesátých letech dochází k rychlému vývoji dotazníků k hodnocení různých aspektů kvality života, jež vyplňuje sám pacient (Payne, 2005). Hodnocení kvality života však může přinášet i různá úskalí. Například věk a vzdělání respondenta hrají významnou roli při ochotě dotazník vyplnit. Čím vyššího vzdělání respondent dosáhl, tím větší je jeho ochota a vstřícnost podílet se na výzkumném šetření. Stoupá i jeho zájem o problematiku výzkumné otázky. S přibývajícím věkem naopak klesá ochota vyplnit dotazník a klesá i zájem o problematiku výzkumné otázky. Zde platí, že zejména velmi staří lidé v kombinaci s těžkým onemocněním jsou nejméně ochotni spolupracovat a nejčastěji odmítají podílet se na výzkumném šetření.

„Dotazníky by měly být jednoduché a výstižné, aby je byli pacienti schopni vyplnit samostatně. Případná pomoc s vyplňováním by měla být taková, aby neovlivňovala pacientovo rozhodnutí.“ (Vodrážka, 2004). Jako ideální postup se jeví, má-li dotazovaný na výběr jednu z předem definovaných možností odpovědi, případně dotazník s jasně daným škálováním u jednotlivých otázek. Nejméně ochotní jsou respondenti vyplňovat dotazník s otevřenými otázkami, který zahrnuje slovní odpovědi, například vyjádření emocí a pocitů pomocí vlastních vět.

Pro získání co nejlepších dat je potřeba:

- zvolit vhodný dotazník,
- poskytnout jasný a srozumitelný pokyn k jeho vyplnění,
- seznámit respondenta s cílem výzkumu.

U kvalitativního výzkumu formou rozhovoru můžeme o zkoumaném jevu získat detailní informace, které se pomocí kvantitativních metod získávají jen velmi obtížně. Proto jsem při zkoumání kvality života použila nejen kvantitativní výzkum formou dotazníku, ale také kvalitativní metodu porozumění, která přímo vyjadřuje porozumění lidem v sociálních situacích (Disman, 1999).

Kvalitativní výzkum je založen na principu, kdy se tazatel táže a poslouchá vyprávění. Někteří odborníci se domnívají, že tato metoda má pro sociální práci větší význam. Rozumět, to je hlavním úkolem kvalitativního výzkumu (Gavora, 2000). V sociálních vědách pojem kvalitativní výzkum označuje výzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Podle jiných kritérií může být jako kvalitativní výzkum označován takový výzkum, který neuzívá statistických metod a technik.

Hendl (2008) uvádí, že v tomto pojetí je v opozici k výzkumu kvantitativnímu, v praxi psychologického a sociologického výzkumu jsou oba přístupy nejčastěji doplňkem jeden druhého. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Sondážní nestandardizovaný rozhovor umožňuje respondentovi volně vyjadřovat své názory a pocity k předmětu výzkumu, umožňuje detailněji přiblížit, jak lidé chápou určitý problém. Hlubkové rozhovory se používají v situaci, kdy se jedná o velmi citlivá či osobní témata, což bezesporu onkologické onemocnění je. Rozhovor trvá zpravidla více jak 1 hodinu a může být, výhradně se svolením respondenta, zaznamenáván pro pozdější analýzu. Výstupem z výzkumu je kvalitativní analytická zpráva. Domnívám se, že existuje-li navíc mezi výzkumníkem a respondentem přátelský vztah, lze získat velmi detailní a komplexní informace o zkoumané problematice, pramenící často z důvěry a schopnosti otevřeně hovořit i na velmi citlivá a osobní témata.

2 ČLOVĚK A NEMOC

Člověk s vážnou nemocí ztrácí své postavení v životě, ve společnosti, v rodině. Všechny sociální oblasti jeho života jsou náhle zasaženy. Někteří nemocní mohou dospět až k pocitu, že ztratili nad svým životem kontrolu. Stávají se pacientem a kontrolu nad jejich nemocí přebírá školený personál a lékařská věda.

Dle mého názoru se současná společnost vyznačuje přehnaným obdivem k materiálnímu bohatství, touhou po pocitu užít si a užívat si. Dnešní materiální svět, založený na honbě za výjimečnými zážitky, touze poznávat neobvyklá místa a žít naplno, téměř dokonale nahrává tomu, že nemocný člověk může být vnímán jako brzda, jako překážka, která do tohoto „dokonalého“ modelu současného života nepatří a nezapadá. Zároveň nám každá vážná nemoc až bolestně připomíná vlastní smrtelnost, kterou se postmoderní doba snaží spíše vytěsnit, nevnímat ji. A přitom lidský život je tak nevyzpytatelný a tak křehký, že to, co dnes vnímáme jako jev, v našem životě nepatřičný, může být již zítra naším vlastním osudem.

2.1 Sociologie nemoci

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) používá pro vyjádření celé skupiny klasifikovaných stavů sousloví „poruchy, nemoci a stavy“. Označení nějakého stavu za nemoc (nebo s podobným pojmem) mívalo a má ve společnosti různé příčiny i následky. Obvykle, v různém poměru, k nim patří například tyto:

- povinnost nebo nutnost podrobit se omezením (například izolace) určeným k ochraně ostatních, případně i k formálnímu snížení statutu nemocného,
- povinnost nemocného postojově se distancovat od stavu považovaného za nemoc (viz disociace) a buď usilovat o změnu (léčbu) nebo přijmout specifické nebo obecné snížení svého společenského statusu,
- povinnost podrobit se určité interpretaci stavu, procedurám (návštěva lékaře, vyšetřovací a léčebné postupy atd.) v rámci k tomu určeného veřejného mocenského subsystému
- právo na úlevy po dobu nemoci (pracovní neschopnost, uznávaná omluva) a na soucit

- v různé míře právo nemocného na podporu (zajištění nebo financování léčby, etická zásada povinnosti první pomoci, sociální podpora v nemoci a invalidní důchod, přizpůsobení veřejného prostoru handicapovaným atd.)

Sociologické pojetí nemoci, které vznikalo zhruba od poloviny dvacátého století, vychází z předpokladu, že nemoc je sociální jev, jenž určuje chování jedince ve společnosti a současně vyvolává společenskou odezvu. Toto pojetí nepopírá biologické příčiny nemoci, ale zdůrazňuje, že vždy jde současně i o jev sociální, neboť nemoc představuje pro člověka vždy přidělení určité značky či etikety (Mlčák, 2004).

2.2 Vymezení pojmu onkologie, onkologické onemocnění

Onkologie (z řeckých slov *ογκος* tumor, zduření a *λόγος* věda) je obor vnitřního lékařství, který se zabývá prevencí, diagnostikou a nechirurgickou léčbou nádorových onemocnění. Klinická onkologie se vyvinula oddělením problematiky nádorových onemocnění z množství dalších klinických oborů. Rozmanitost nádorových onemocnění, která předpokládá těsnou spolupráci mnoha různých specialistů, dává tomuto oboru multidisciplinární charakter. (Vokurka, Hugo, 2010)

Od slova onkologie vznikla doslovná definice termínu „onkologický pacient“, což je podle České lékařské společnosti (2012) označení uživatele zdravotní péče, který má nádorové onemocnění nebo obtíže související s rakovinou.

Onkologické onemocnění nebo také nádorové onemocnění, je onemocnění způsobené zhoubným nádorem, pro který je charakteristický nekontrolovaný růst nádorové masy, která se šíří do okolních tkání a zakládá nová ložiska – metastázy. Prorůstání nádoru do okolí může připomínat klepítka raka, což dalo název této chorobě i v jiných jazycích - cancer, karcinom, Krebs. Nejde o jedno onemocnění, protože závisí na druhu nádoru a navíc i na stupni jeho zhoubnosti, který nemusí být vždy stejný.

Důležité je rozlišení nádorů na nezhooubné – benigní (z latinského *benignus*, přívětivý) a zhoubné – maligní (z latinského *malignus*, což se překládá jako plodící zlo). Maligní nádor se na rozdíl od benigního vyznačuje velmi agresivním růstem s ničením okolní tkáně a zakládáním metastáz. Nádorová onemocnění v žádném případě nejsou synonymem dnešní doby. Byla odhalena dokonce i u egyptských mumií (Vokurka, Hugo, 2010).

2.2.1 Onkologie v České republice

V České republice je k dnešnímu dni celkem 13 Komplexních onkologických center (KOC), která zajišťují komplexní léčbu onkologických pacientů. Zhoubné nádory jsou v České republice systematicky a celoplošně evidovány Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který byl zřízen v roce 1960. Je organizační složkou státu, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Národní onkologický registr (NOR) je celoplošným populačním registrem, který navazuje na registr provozovaný v ÚZIS ČR od roku 1976. Účelem NOR je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. NOR poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Údaje NOR slouží také k podpoře včasné diagnostiky a léčby novotvarů a přednádorových stavů, ke sledování trendů jejich výskytu, příčinných faktorů a společenských důsledků.

Na celém světě umírá na rakovinu v průměru 6 milionů lidí ročně. Každý rok je v České republice diagnostikováno více než 60 000 nových případů zhoubných onemocnění. Toto závrtné číslo přisoudilo nádorovým onemocněním druhé místo v počtu úmrtí u dospělé populace (hned po srdečně – cévních onemocněních) a druhé místo v počtu úmrtí u dětí (hned po úrazech). V naší zemi umírá na následky nádorového onemocnění každý pátý člověk a v průběhu svého života onemocní některou z forem rakoviny každý třetí obyvatel naší země. U mužů je nejčastější karcinom plic, u žen karcinom prsu. Nádorová onemocnění se vyskytují častěji u mužů, než u žen. Česká republika je se 75 novými případy na sto tisíc obyvatel za rok světovým „rekordmanem“ v počtu nádorů tlustého střeva a v této diagnóze drží již několik let velmi smutné prvenství (Dientsbier, 2003).

Léčba nádorových onemocnění je prakticky vždy postavena na spolupráci více specialistů z několika oborů. Nejčastějšími metodami léčby jsou chemoterapie, radioterapie a chirurgická léčba. Kromě nich dnes dochází k velkému rozvoji biologické léčby, tedy léčby, která působí cíleně na nádorové buňky a nepoškozuje ostatní tkáň.

2.3 Seznámení se s diagnózou a proces adaptace

Nikdo nedokáže předvídat svoji reakci na fakt závažné nemoci. Závisí na mnoha okolnostech, působících právě v období, kdy nemoc přichází. Je dána také povahovými

vlastnostmi člověka – jeho temperamentem, inteligencí, názorem na život, předchozími zkušenostmi, hodnotovou orientací, ale i vzděláním a sociálním zázemím. Přestože každý nemocný prochází svým neopakovatelným osudem, můžeme přesto nalézt určité společné znaky a fáze vyrovnávání se zátěží, jakou nádorové onemocnění přináší (podle Kübler-Rossové). První reakce zpravidla odpovídá tomu, jak člověk běžně reaguje na setkání s překážkou nebo náročnou životní situací. V okamžiku stanovení diagnózy jsou šok, úzkost, zloba, zoufalství, smutek a strach těmi bezprostředními reakcemi na pocit ohrožení a bezmoci. Bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Šok se může projevat tak, že je člověk zmatený, nechápe, co se s ním děje, není schopen ani přijímat ani třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření.

1. fáze - Negace

V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Často sám sebe přesvědčuje, že jde o pouhý omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl se svým osudem vyrovnat.

2. fáze - Agrese

Nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel takhle onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že jeho nejbližší, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci. Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k nemocnému pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi. Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci,

zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život.

3. fáze - Smlouvání

V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se nějaké významné životní události (svatby dcery, promoce syna). Ten, kdo provází nemocného ve fázi smlouvání, má významný úkol pomáhat mu vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neslibujeme něco, co s určitostí nevíme.

4. fáze - Deprese

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti. Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

5. fáze - Smíření

Poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději. Zde je důležité podporovat naději u doprovázeného, projevovat mu účast a být mu na blízku.

2.4 Komunikace s onkologicky nemocným pacientem

Komunikace je bez diskuze základní potřebou každého živého tvora, ovšem zásadní a mnohoznačný význam má především pro člověka, nemluvě o člověku vážně nemocném. Umět dobře komunikovat by měl na prvním místě ten, kdo pracuje v sociálních profesích, tedy například lékař, zdravotní sestra, psycholog a sociální pracovník. Zejména v sociálních povoláních často záleží na každém zvoleném slovu, gestech, mimice a postoji. Rozhovor s onkologicky nemocným pacientem je sám o sobě především přenos důležitých informací o léčbě, prognostických faktorech, léčebných výkonech a výsledcích léčby. Tím, kdo je při komunikaci silně emočně nastaven, je právě onkologický pacient (Vorlíček a kol., 2011).

Naprosto zásadní a nedílnou součástí komunikace s onkologicky nemocným pacientem je i aktivní naslouchání. Aktivní naslouchání je o pozastavení svých vlastních myšlenek a vytváření vědomého úsilí pochopit pozici jiné osoby. Užitím vlastního jazyka, těla, očního kontaktu, a když je to vhodné verbálních náznaků – otázek nebo komentářů, můžeme pomoci mluvící osobě formulovat její myšlenky a ujistíme ji, že posloucháme. Pro onkologicky nemocného pacienta je komunikace a naslouchání jednou z důležitých stránek kvality života a jedním z hlavních způsobů, jak se s nemocí vyrovnávat. Z výsledků mého vlastního výzkumného šetření vyplývá, že možnost hovořit o své nemoci, být poslouchán a slyšen je jedna z nejvíce ceněných podpor.

2.5 Role sociální opory

Člověk, který onemocní vážnou nemocí, může mít pocit, že všechny jeho životní jistoty se ze dne na den vytratily. Kromě špatného fyzického zdraví začíná strádat i po psychické stránce. V takové situaci přichází na řadu sociální opora. Sociální opora je někdy chápána jako efekt nárazníku (buffering effect). V praxi jde o tlumení negativně doléhajících stresových faktorů (stresoru).

Současně, v souvislosti s kvalitou života, můžeme říct, že „sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho osobní pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života.“ (Křivohlavý, 2009).

Kebza (2007) uvádí, že sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora, tedy jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů. Zdroje sociální opory jsou součástí systému sociálních vztahů jedince.

Sociální opora byla jedním z prvních faktorů, jež byly identifikovány jako faktory, moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Protektivní vliv tohoto faktoru konstatuje většina dosud publikovaných studií. Úplná shoda však dosud není ani v pojetí struktury sociální opory, ani v pochopení podstaty jejího účinku. Křivohlavý (2009) rozlišuje následující druhy sociální opory v nemoci:

- instrumentální opora: jde o velmi konkrétní formu pomoci (materiální pomoc, vyřízení neodkladné záležitosti, obstarání potřebných věcí),
- informační opora: zajišťuje orientaci v neznámé situaci, v níž se jedinec ocitl (rady odborníků či osob, které danou konkrétní situaci prožili, naslouchání),
- emocionální opora: empatickou formou sdělujeme emocionální blízkost (láska, pochopení, naděje, uklidnění),
- hodnotící opora: tím, jak s nemocným jednáme, mu projevujeme úctu, respekt, povzbuzení a dodáváme víru v naději.

„Obecně se má za to, že sociální opora má v životě člověka svůj význam. Jeví se jako důležitý moment v procesu zvládnání těžkostí zvláště tam, kde člověk onemocní, kde se dostává do určité životní krize.“ (Křivohlavý, 2009).

Z výzkumné části vyplývá, že sociální opora je pro onkologicky nemocné velmi důležitá. Zejména informační opora se jeví jako zásadní, neboť pro nemocného je důležité, aby mu někdo naslouchal, vnímal jeho potřeby, jeho pocity, případně poskytl radu na základě osobní zkušenosti a osobního prožitku.

2.6 Sociální vztahy v kontextu nemoci

Liga proti rakovině (2010) uvádí, že onkologicky nemocnému se mění pohled na vlastní život a jeho hodnoty, očekávání do budoucnosti (a dokonce i vnímání budoucnosti jako takové). Nemocní se obávají plánovat, objevují se anticipační úzkosti (úzkost z očekávání),

kteřé se v krajním případě projevují i v tělesné rovině (pocení, slabost, nevolnost, nausea). Nelze opomenout ani možné potíže v mezilidských vztazích, vzniklé (nebo vyhocené) vznikem nebo rozvojem nemoci. Ty se mohou týkat širokého okruhu lidí – nejbližší rodiny (životního partnera, dětí, rodičů, sourozenců), ale také přátel, nebo kolegů – a stejně tak širokého spektra různých situací (kariéry, práce, vzdělání, náboženství, financí, naplnění osobních cílů, sexuální aktivity, volného času apod.).

„Zjištění nádorového onemocnění je šokující nejen pro nemocného, ale i pro jeho rodinu, přátele, spolupracovníky. Obava z budoucnosti, z existenčních problémů, z postavení živatele rodiny, z narušení manželských vztahů, starost o děti, starost o majetek.“ (Dientsbier, 2003).

Nejintenzivněji a nejbolestněji přijímá informaci o nádorovém onemocnění zpravidla životní partner nemocného. Pouto, jakým je láska, vzájemná úcta a pohodové soužití, je ohroženo. Bortí se vztahy, společná budoucnost je nejistá, stejně jako výsledek léčby (Dientsbier, 2003). Dospělí jsou rovněž postaveni před úkol, zda a jak hovořit se svými dětmi o onemocnění jednoho z rodičů. Z výzkumu vyplývá, že sociální vztahy hrají v procesu léčby (mimo specializovanou onkologickou léčbu) klíčovou roli. Pevné a dobře ukotvené vztahy pomáhají nemocnému překonávat těžkosti, které onemocnění přináší.

V manuálu pro pacienty, který vydala Liga proti rakovině (2010), se uvádí, že mnohé negativní pocity (strach, úzkost, ale i hněv a frustraci) projeví nemocný jen v nejužších vztazích, vůči rodině nebo nejbližším přátelům. To bývají také ti, kteří projevují největší účast a podporu, nabízejí pomoc. Proto mnohdy vnímají takové chování jako nevděčné nebo nespravedlivé. Odveta nebo falešné uklidňování se mívá účinkem – tyto pocity nepatří přímo jim. Je lépe nereagovat v danou chvíli a s odstupem času nabídnout možnost (nikoli povinnost) mluvit o tom, co nemocného trápí nebo zlobí.

Nemalé procento pacientů uvádí jako zásadní dvě věty, s nimiž se v průběhu léčby vyrovnávají velmi špatně, a které slychají nejčastěji právě od svých nejbližších:

„To nic není, to bude dobré“ - nikdo z rodiny ani přátel, s výjimkou odborníků, pečujících o zdraví nemocného, nedokáže na samotném začátku léčby předvídat průběh a vývoj nemoci. Tato věta může v nemocném vyvolat pocit, že rodina a okolí neberou jeho nemoc dostatečně vážně, že ji bagatelizují, nebo zlehčují. Sám nemocný přikládá svému

onemocnění nesmírnou váhu a není tedy správné hodnotit závažné onkologické onemocnění jako něco nedůležitého.

„Já vím, jak ti je.“ Ani nejbližší lidé nemohou a neumějí přesně vystihnout a definovat pocity či emoce nemocného. Emoční škála onkologického pacienta bývá velmi pestrá (od naprosté beznaděje a pocitu zoufalství, až po naději a víru v lepší budoucnost). Žádný člověk, který si tímto onemocněním na vlastní kůži sám neprošel, nemůže s jistotou prohlásit, že chápe, jak nemocnému je, jak svoje obavy zvládá, co cítí, s čím se potýká, co ho trápí.

Onemocnění jednoho z životních partnerů rakovinou má pochopitelně obrovský vliv na celou dvojici a jejich vzájemný vztah. Často díky onemocnění si lidé uvědomí, jak moc jim na sobě záleží a společně, s přehodnocením životních priorit, začnou přikládat svému vztahu větší důležitost. Vliv nemoci na partnerský vztah se však nikdy nedá jistě předpovědět. Zatímco některé páry pevně stmelí, v jiných mohou právě stresující situací vyplavat na povrch problémy, které byly dříve víceméně skryté. Téměř jisté je pouze to, že mnoho věcí dosud pevně zaběhnutých je nutné ve společném životě přehodnotit a jak řekl jeden z mých respondentů: „Vždycky už bude ‚před nemocí‘ a ‚po nemocí‘.“

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ VÝZKUM V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V PRŮBĚHU LÉČBY

3.1 Výzkumný problém

Tato práce se zabývá kvalitou života onkologických pacientů v průběhu léčby. I když onkologické onemocnění, tedy rakovina, je v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtí a ve věkové kategorii od 45 do 64 let dokonce dominuje ve struktuře příčin smrti, mnoho z nás předstírá, že se jich tato hrozba netýká. Snažíme se vytěsnit všechny myšlenky na zákeřnou nemoc. Zavřít oči a tvářit se, že rakovina se nás netýká, však nestačí, protože právě strach z rakoviny nás může motivovat k tomu, abychom se snažili lépe porozumět těm, kteří s onkologickým onemocněním statečně bojují. Může nás naučit, jak s nemocnými komunikovat, jak vnímat jejich pocity, pochopit jejich největší obavy a pomáhat jim v naplnění každodenních potřeb. Abychom mohli být pro onkologicky nemocné oporou a přínosem, musíme především vědět, jak oni sami vnímají a hodnotí kvalitu svého vlastního života a svého zdraví, jaké motivační prvky jsou pro ně při zvládnutí nemoci nejdůležitější a co je psychicky posiluje, což je podstatou této práce.

3.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají a hodnotí kvalitu vlastního života pacienti, kteří jsou v procesu léčby onkologického onemocnění. Hlavní cíl výzkumu je doplněn dílčími cíli.

Cíl výzkumu

Zjistit, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života.

Dílčí cíle

- a) Zjistit, jak respondenti hodnotí oblast fyzického zdraví.
- b) Zjistit, jak jsou respondenti spokojeni s některými oblastmi každodenního života.
- c) Zjistit, jak jsou respondenti spokojeni se sociálními vztahy.

d) Zjistit, jak respondenti vnímají vliv prostředí.

3.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě cílů výzkumu jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku. Hlavní výzkumná otázka je doplněna dílčími otázkami.

Výzkumná otázka

Jak respondenti hodnotí kvalitu svého života?

Dílčí výzkumné otázky

1. Jak respondenti hodnotí oblast fyzického zdraví?
2. Jak jsou respondenti spokojeni s některými oblastmi každodenního života?
3. Jak jsou respondenti spokojeni se sociálními vztahy?
4. Jak respondenti vnímají vliv prostředí?

Hypotézy

Na základě stanovení cílů výzkumu jsem vyslovila předpoklad, že kvalitu života a spokojenost s fyzickým zdravím budou respondenti hodnotit rozdílně, a to s ohledem na pohlaví. Na základě tohoto předpokladu jsem stanovila dvě hypotézy.

H1: Předpokládám, že ženy ze zkoumaného vzorku budou hodnotit kvalitu svého života lépe, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

H2: Předpokládám, že ženy ze zkoumaného vzorku budou hodnotit spokojenost s fyzickým zdravím hůř, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

3.4 Metoda výzkumu

3.4.1 Kvantitativní výzkum

V praktické části jsem použila metodu kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků. K výzkumu byl použit standardizovaný dotazník WHO, WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 a obsahuje

celkem 26 otázek. Z toho 24 otázek zahrnuje 4 domény – „fyzické zdraví“ (DOM1), „prožívání“ (DOM2), „sociální vztahy“ (DOM3) a „prostředí“ (DOM4). Otázka č. 1 – Kvalita života a otázka č. 2 – Zdraví se vyhodnocují samostatně. Rozpětí škály u těchto otázek je 1-5, přičemž vyšší skór znamená lepší kvalitu života. U každé následující otázky si pak respondent může vybrat odpověď na škále do 1 do 5. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Škálování současně zajišťuje, že žádná z odpovědí není „správná“ nebo „špatná“, ale stanovuje se pouze míra dotazovaného problému. Konečná verze dotazníku WHOQOL-BREF je přílohou bakalářské práce.

Hrubý skór z první domény – fyzické zdraví (DOM1) se zjišťuje z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Z druhé domény – prožívání (DOM2) se hrubý skór vypočítá z otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Třetí doménou jsou sociální vztahy (DOM3) a hrubý skór se zjišťuje z otázek č. 20, 21 a 22. Poslední doménou je prostředí (DOM4) a hrubý skór se vypočítá z otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Tabulka 1 Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

domény		položky	
DOM1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
DOM2	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
DOM3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
		q8	osobní bezpečí

domény		položky	
DOM4	prostředí	q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

3.4.2 Kvalitativní výzkum

V první části výzkumu, založené na dotazníkovém šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, nebylo možné proniknout hlouběji k podstatě zkoumaného jevu, kterým je kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby. Kvalitativní metody pomáhají o zkoumaném jevu získat detailnější informace, než jsme o něm schopni získat pomocí kvantitativních metod. Jedná se především o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu a popis, který je výstižný. Hlavním cílem je především porozumět člověku a chápat jeho vlastní názory a hlediska.

Zvolila jsem techniku strukturovaného interview za použití otevřených otázek. V interview se používají otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené, avšak vzhledem k tomu, že interview umožňuje značnou volnost a pružnost, kterou dotazník nemá, upřednostnila jsem otevřené otázky před uzavřenými. Otevřené otázky umožňují pořízení většího množství dat, než otázky uzavřené. Zároveň tím dávám prostor k formulaci vlastních postojů a nenutím respondenta volit z předem definovaných možností, přičemž ani jedna z nich nemusí přesně vystihovat to, co by chtěl sám vyjádřit. Tím pak získáváme nepřesné informace, neboť respondent musí odpověď přizpůsobit pouze dostupným možnostem předkládané volby, ačkoliv jeho vlastní vyjádření by mohlo přinést mnohem hlubší poznatek.

Kvalitativní výzkum založený na strukturovaném interview zahrnuje popis zkoumaného jevu prostřednictvím osobních názorů a domněnek přímo samotnými respondenty. Pomocí interview získáváme především osobní, důvěrné a bezprostřední informace. V takovém

případě může být osobní vztah mezi respondentem a výzkumníkem hlavní výhodou (Gavora, 2000).

Před samotnou realizací jsem si vytvořila schéma otázek, které mě ve vztahu k výzkumnému problému zajímají. Vzhledem k tomu, že podobný výzkum provádím poprvé, držela jsem se strukturovaného interview, abych předešla tomu, že respondenti začnou zeširoka hovořit o oblastech a tématech, které nejsou předmětem výzkumu a není tedy nutné je v interview zmiňovat a to zejména o léčebných postupech, názorech na kvalitu lékařské péče a zdravotnický personál, či budou hodnotit kvalitu poskytovaných služeb.

Strukturované interview je vlastně určitým druhem ústního dotazníku, avšak z časového hlediska je méně náročné. Současně může respondent ke každé otázce jasně formulovat svoje osobní pocity, emoce a nálady. Otázky musí být formulované srozumitelně, jasným způsobem, musí zohledňovat věk respondenta, případně jeho rozumové schopnosti, sociální status.

Pro získání důvěry respondenta hraje důležitou roli i samotné prostředí, v němž interview uskutečníme. Mělo by být především tiché, klidné, izolované od ostatního dění (Gavora, 2000).

Fixace kvalitativních dat proběhla doslovným zápisem, tedy písemnou formou, kdy jsem si v průběhu setkání zapisovala do přenosného počítače celé interview. Vznikla fixace dat v elektronické podobě. Vzhledem k důvěrnosti a citlivosti tématu ani jeden z respondentů nesouhlasil s pořízením audiozáznamu či videozáznamu interview. Fixací dat vznikl materiál, s nímž je možné nadále pracovat.

3.5 Výzkumný soubor

3.5.1 Kvantitativní výzkum

Základní výzkumný soubor tvoří 110 pacientů s onkologickou diagnózou. Vzorek je tvořen pacienty, kteří byli v období od října 2011 do března 2012 ambulantními nebo hospitalizovanými pacienty Komplexního onkologického centra (KOC) Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně (KNTB), tedy kteří v daném okamžiku podstupovali onkologickou léčbu a byli ochotni vyplnit dotazník WHOQOL-BREF.

Charakteristika respondentů:

- minimální věk 18 let (hranice dospělosti),
- diagnostikované onkologické onemocnění (předmětem výzkumu je „Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby“),
- ambulantní léčba nebo hospitalizace v KOC KNTB (dostupnost respondentů),
- aktuálně probíhající léčba onkologického onemocnění,
- ochota spolupracovat na vyplnění dotazníku.

Celkem jsem rozdala 130 dotazníků, návratnost byla 117 dotazníků. 7 dotazníků nebylo do výzkumného vzorku zařazeno z důvodu neúplného vyplnění. Po vyplnění dotazníku jsem se setkávala, zejména ve věkové skupině od 30 do 50 let, se zájmem o výzkumnou problematiku. Někteří z respondentů mne dokonce požádali, zda bych jim výsledek výzkumného šetření mohla později předložit. U respondentů, kteří si kromě vyplnění dotazníku chtěli i osobně popovídat, jsem tak činila vždy až po samotném dotazníkovém šetření, aby nemohlo docházet k emočnímu ovlivňování odpovědí. Před začátkem výzkumu jsem se vždy domluvila s vrchní sestrou KOC KNTB Bc. Bohumilou Vojtovou na vhodné době návštěvy, abych svou přítomností nenarušovala zaběhnutý chod oddělení a probíhající léčbu.

Jako přílohu dotazníku WHOQOL-BREF jsem respondentům dala vyplnit i základní údaje o jejich osobě. V nich respondenti specifikovali i následující údaje:

- pohlaví,
- věk,
- rodinný stav,
- zaměstnání,
- nejvyšší dosažené vzdělání
- charakter obývané lokality.

Některé z nich jsem zveřejnila ve výsledcích výzkumu za pomoci tabulky doplněné grafem.

3.5.2 Kvalitativní výzkum

Pro výběr výzkumného vzorku jsem se rozhodla použít účelový (záměrný) výběr respondentů. Tato technika je založena na svobodném úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat (Disman, 2000). Získaná data jsou platná pro konkrétní skupinu respondentů a nemohou být považována za obecně platný jev mimo vybraný vzorek. Tato technika téměř nikdy neumožňuje širokou generalizaci našich závěrů, je zde vždy nutné jasně, přesně a otevřeně definovat kritéria populace, kterou tento náš vzorek reprezentuje. Používá se zejména tehdy, zaměříme-li se na jedince ze skupiny příliš široké na to, aby se dala dobře definovat.

Výzkumný vzorek tvoří 4 respondenti - tři ženy a jeden muž ve věku zralosti. Věk respondentů není záměrný, ani předem definovaný. Vyplynul z ochoty níže uvedených respondentů se na interview podílet. Všichni splňují předem definovaná kritéria:

- diagnostikované onkologické onemocnění,
- aktuálně probíhající onkologická léčba,
- ochota spolupracovat na výzkumném šetření.

Vzhledem k velmi důvěrné povaze informací a citlivosti obsahu rozhovoru se rozhodli všichni respondenti zůstat v naprosté anonymitě. Označení respondentů tedy bude obecné a jejich charakteristika, v rámci možností a zachování anonymity, strohá.

Vzorek respondentů:

Respondent č. 1 (R1) – žena, 42 let, vdaná, 3 děti, SŠ vzdělání, učitelka v mateřské škole

Respondent č. 2 (R2) – muž, 44 let, ženatý, 1 dítě, VŠ vzdělání, strojní konstruktér

Respondent č. 3 (R3) – žena, 40 let, vdaná, 2 děti, SŠ vzdělání, majitelka kadeřnictví

Respondent č. 4 (R4) – žena, 37 let, vdaná, bezdětná, SŠ vzdělání, zdravotní sestra

3.6 Způsob vyhodnocení dat

3.6.1 Kvantitativní výzkum

V klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumech získáváme o studovaných jevech zpravidla velké množství číselných údajů (dat). Abychom z naměřených dat mohli zjistit potřebné informace, je nutné je nejdříve zpracovat. Údaje získané pomocí dotazníků jsem proto přepsala do elektronické podoby a vyhodnotila jsem je s využitím statistických funkcí v programu Microsoft Excel 2010. Každá otázka je u žen i u mužů vyhodnocena pomocí tabulky, která obsahuje absolutní a relativní četnosti získaných odpovědí.

- uspořádání dat a sestavení tabulek četností,
- grafické znázornění naměřených dat.

Absolutní četnost – udává počet prvků se stejnou obměnou statistického znaku nebo s hodnotami spadajícími do určité třídy nebo intervalu. Součtem všech absolutních četností dostaneme celkovou četnost v souboru.

Relativní četnost - f_i = podíl četnosti (absolutní) n_i a celkové četnosti n , tj. $f_i = \frac{n_i}{n}$

Relativní četnost je vyjádřena v procentech, proto se vypočítaná hodnota f_i vynásobí 100%. Relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu (kategorii).

U všech otázek v dotazníku WHOQOL-BREF jsem k vyhodnocení použila kromě tabulky i graf.

U každé domény je také uveden průměrný skóre odpovědí, který byl získán výpočtem aritmetického průměru ze všech odpovědí.

Hypotézy jsou vyhodnoceny pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu. U testu významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány pomocí dotazníků, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají nulové hypotéze. Pro výpočet chí-kvadrátu jsem použila čtyřpolní kontingenční tabulku se dvěma řádky a dvěma sloupci. Použití čtyřpolní tabulky přichází v úvahu v případech, kdy proměnné (jevy), mezi nimiž máme ověřovat vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit (např. muž – žena, dobře - špatně).

a	b	a + b
c	d	c + d
a + c	b + d	n

Význam písmen ve vzorci je patrný ze schématu čtyřpolní tabulky. Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti, vypočítanou hodnotu X^2 proto srovnáváme s kritickou hodnotou pro 1 stupeň volnosti a zvolenou hladinu významnosti (0,01).

$$\chi^2 = n * \frac{(ad-bc)}{(a+b)*(a+c)*(b+d)*(c+d)}$$

3.6.2 Kvalitativní výzkum

Analýza interview pomocí otevřeného kódování

Při práci se získanými daty jsem použila metodu otevřeného kódování, kdy významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují konkrétní události. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata – kategorie. Každé kategorii pak náleží konkrétní znaky či charakteristiky, které nazýváme vlastnosti. Dimenze je umístění takové vlastnosti na dimenzionální škále (Miovský, 2006).

Každá kategorie má několik obecných vlastností a každá z těchto vlastností se mění v rozsahu škály. Kategorie mají pojmovou přitažlivost a vážou na sebe subkategorie. Jednotlivé kategorie a subkategorie pojmenováváme adekvátními názvy. Je možné používat i velmi originální názvy s použitím slangových výrazů. Při tvorbě kategorií začínáme nejdříve s vlastnostmi a dimenzemi. Vzniká tak v zásadě kostra příběhu.

4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

4.1 Kvantitativní výzkum

4.1.1 Vyhodnocení položek z dotazníku

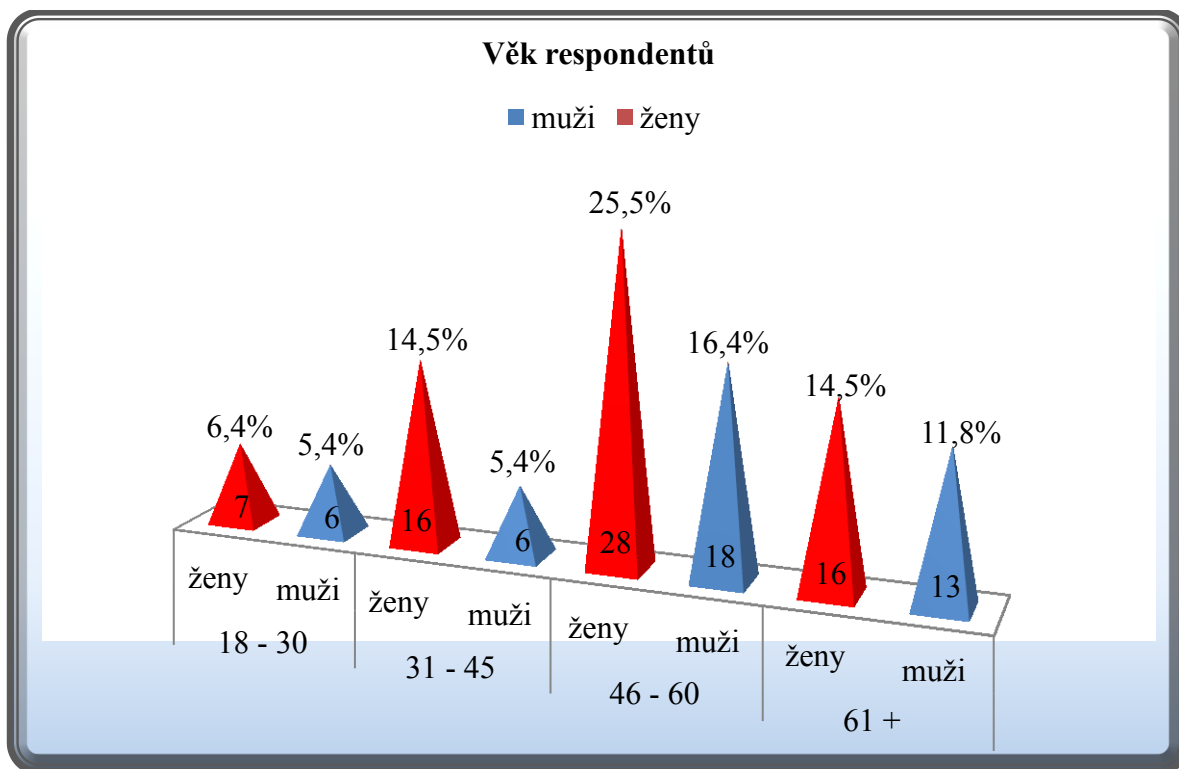
Věk respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	18 - 30		31 - 45		46 - 60		61 +	
Pohlaví	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
Absolutní četnost	7	6	16	6	28	18	16	13
Relativní četnost (%)	6,4	5,4	14,5	5,4	25,5	16,4	14,5	11,8

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Pro lepší znázornění věkového složení respondentů jsem si vytvořila celkem 4 věkové kategorie. Dospělost (18-30 let), zralost (31-45 let), střední věk (46-60 let) a stáří (nad 61 let).

Průměrný věk všech respondentů je 50,1 let.

Průměrný věk žen je 49,4 let.

Průměrný věk mužů je 51,2 let.

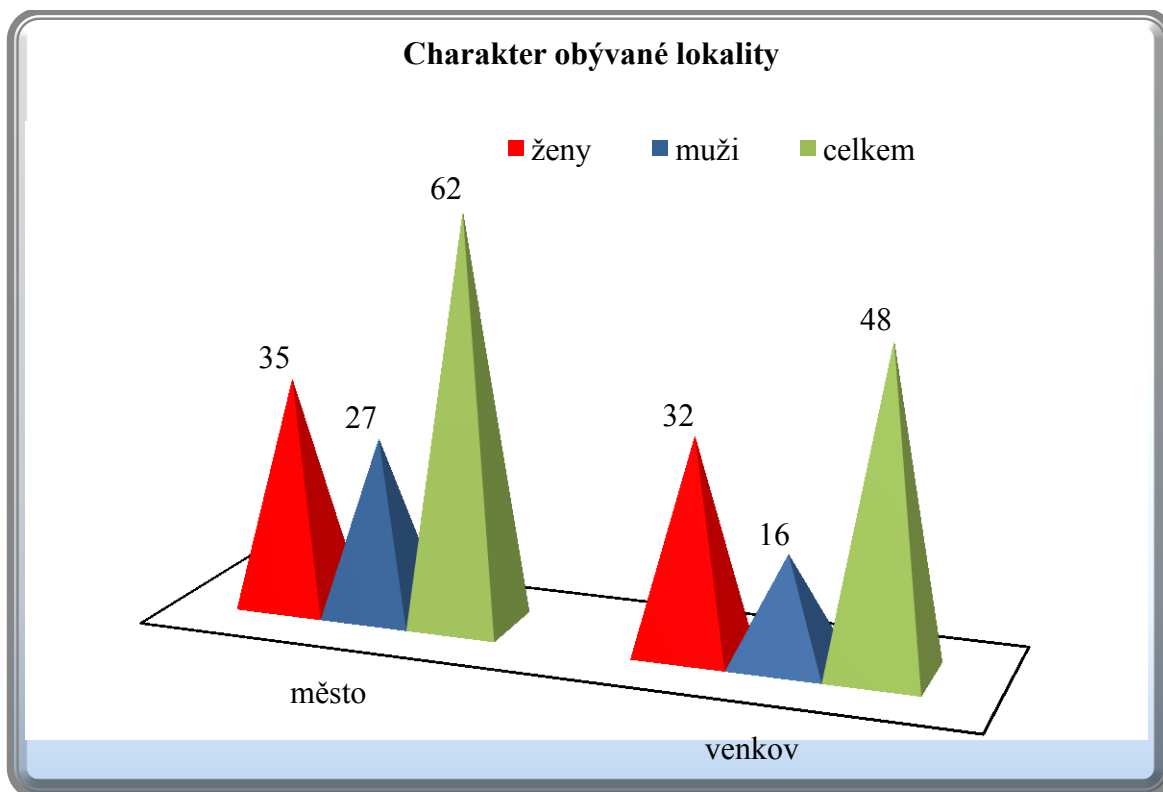
Charakter obývané lokality

Tabulka 3 Charakter obývané lokality

Pohlaví	ženy		muži		celkem	
	Absolutní	Relativní (%)	Absolutní	Relativní (%)	Absolutní	Relativní (%)
Město	35	31,80	27	24,50	62	56,40
Venkov	32	29,10	16	14,50	48	43,60
Celkem	67	60,90	43	39,10	110	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 Charakter obývané lokality



Zdroj: vlastní výzkum

Pro lepší znázornění charakteru obývané lokality respondentů jsem si vytvořila celkem dvě kategorie. Ve městě žije 35 žen a 27 mužů. Na venkově žije 32 žen a 16 mužů. Z uvedeného výzkumného vzorku tedy vyplývá, že většina respondentů trvale žije ve městě.

Vyhodnocení otázek z dotazníku WHOQOL-BREF

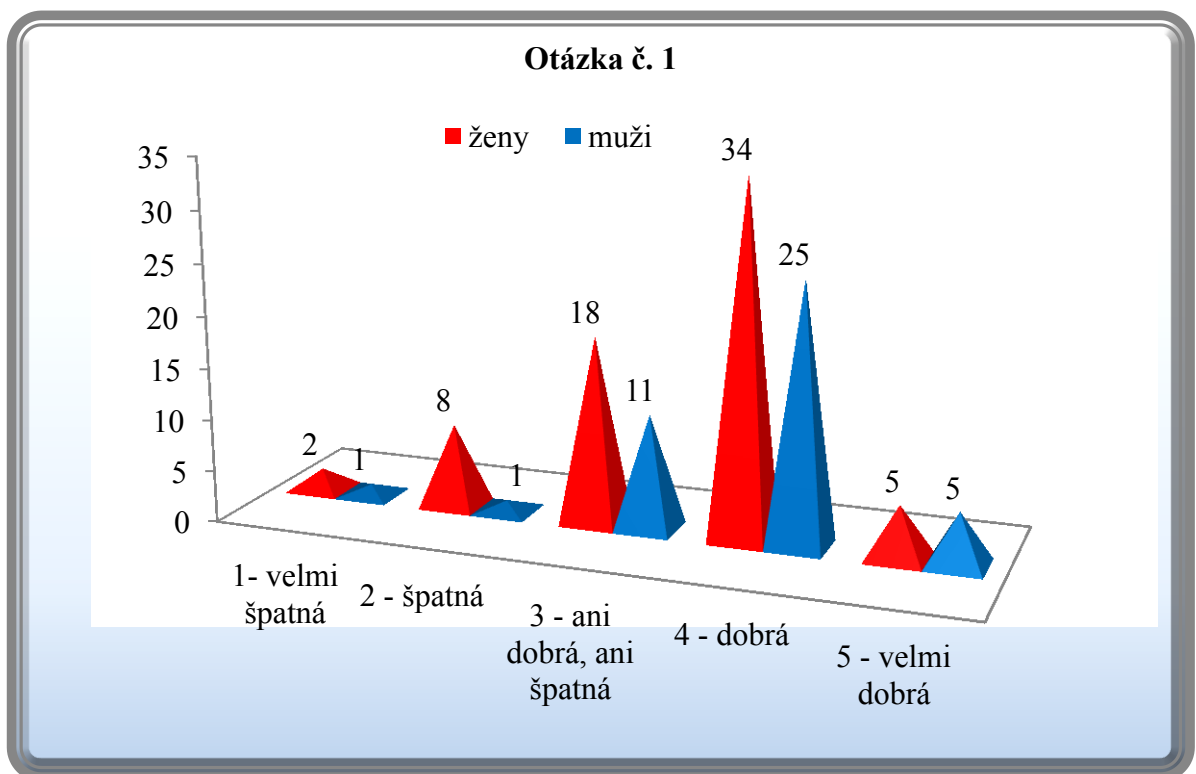
Otázka č. 1 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 4 Hodnocení kvality života

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi špatná	2	1	1,8	0,9
2 - špatná	8	1	7,3	0,9
3 - ani špatná, ani dobrá	18	11	16,4	10,0
4 - dobrá	34	25	30,9	22,7
5 - velmi dobrá	5	5	4,5	4,5
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 Hodnocení kvality života



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 1 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení kvality života.

Nejvíce respondentů ohodnotilo kvalitu života termínem „dobrá“ (53,6%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „dobrá“ (30,9%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí kvalitu života jako „velmi špatnou“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „dobrá“ (22,7%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí kvalitu života jako „špatnou“ a „velmi špatnou“ (0,9%).

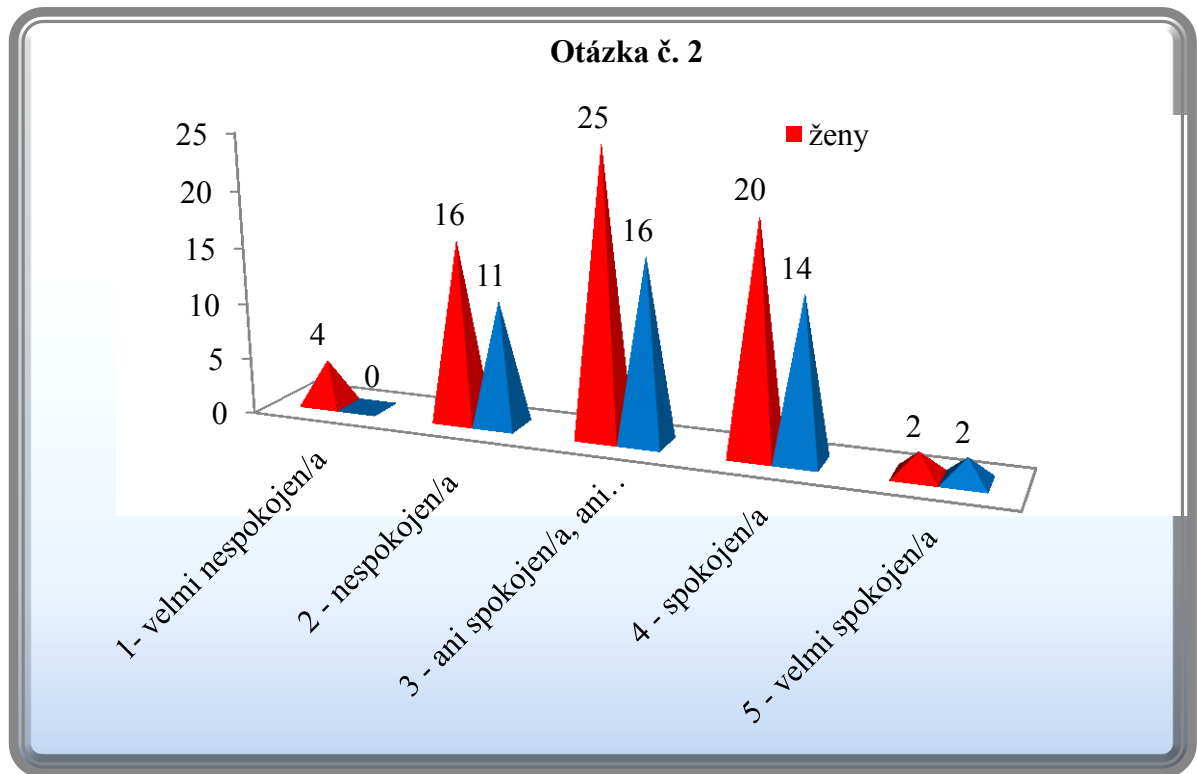
Otázka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka 5 Hodnocení fyzického zdraví

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1- velmi nespokojen/a	4	0	3,6	0,0
2 - nespokojen/a	16	11	14,5	10,0
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	25	16	22,7	14,5
4 - spokojen/a	20	14	18,2	12,7
5 - velmi spokojen/a	2	2	1,8	1,8
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 Hodnocení fyzického zdraví



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení fyzického zdraví.

Nejvíce respondentů ohodnotilo fyzické zdraví termínem „Ani spokojen/a, nespokojen/a“ (37,2%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ani spokojena, ani nespokojena“ (22,7%).
Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojena“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ani spokojen, ani nespokojen“ (14,5%).
Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojen“ (1,8%).

Tabulka 6 Popisná statistika výzkumu – otázka č. 1 a otázka č. 2

<i>q1</i>		<i>q2</i>	
Stř. hodnota	3,661444805	Stř. hodnota	3,074066558
Chyba stř. hodnoty	0,114007481	Chyba stř. hodnoty	0,092751341
Medián	4	Medián	3
Modus	4	Modus	3
Směr. odchylka	1,206541773	Směr. odchylka	0,981587932
Rozptyl výběru	1,45574305	Rozptyl výběru	0,963514868
Špičatost	25,45760279	Špičatost	0,094868156
Šikmost	3,188401065	Šikmost	0,09231658
Minimum	1	Minimum	1
Maximum	12,5	Maximum	6,25
Součet	410,0818182	Součet	344,2954545
Počet	110	Počet	110

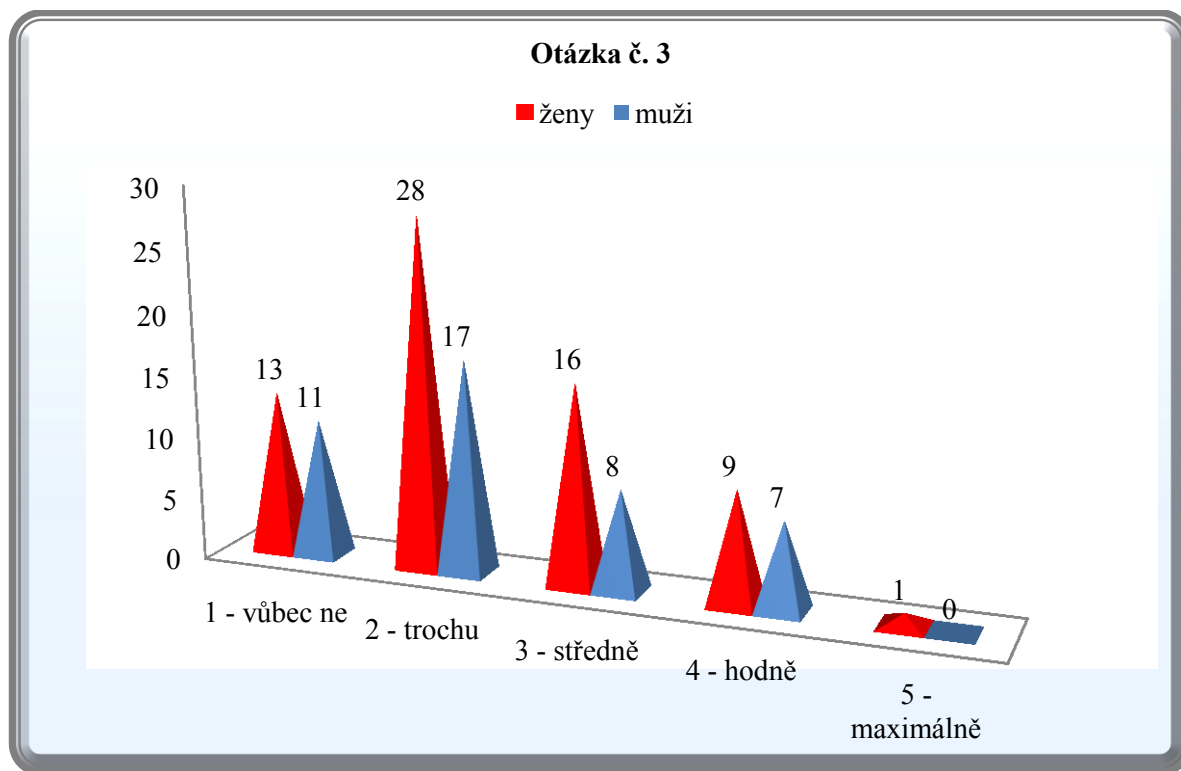
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 - Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?**Tabulka 7** Hodnocení bolesti a nepříjemných pocitů

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	13	11	11,8	10,0
2 - trochu	28	17	25,5	15,5
3 - středně	16	8	14,5	7,3
4 - hodně	9	7	8,2	6,4
5 - maximálně	1	0	0,9	0,0
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 Hodnocení bolesti a nepříjemných pocitů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 3 - Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení bolesti a nepříjemných pocitů.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „trochu“ (41%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „trochu“ (25,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „maximálně“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „trochu“ (15,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „hodně“ (6,4%).

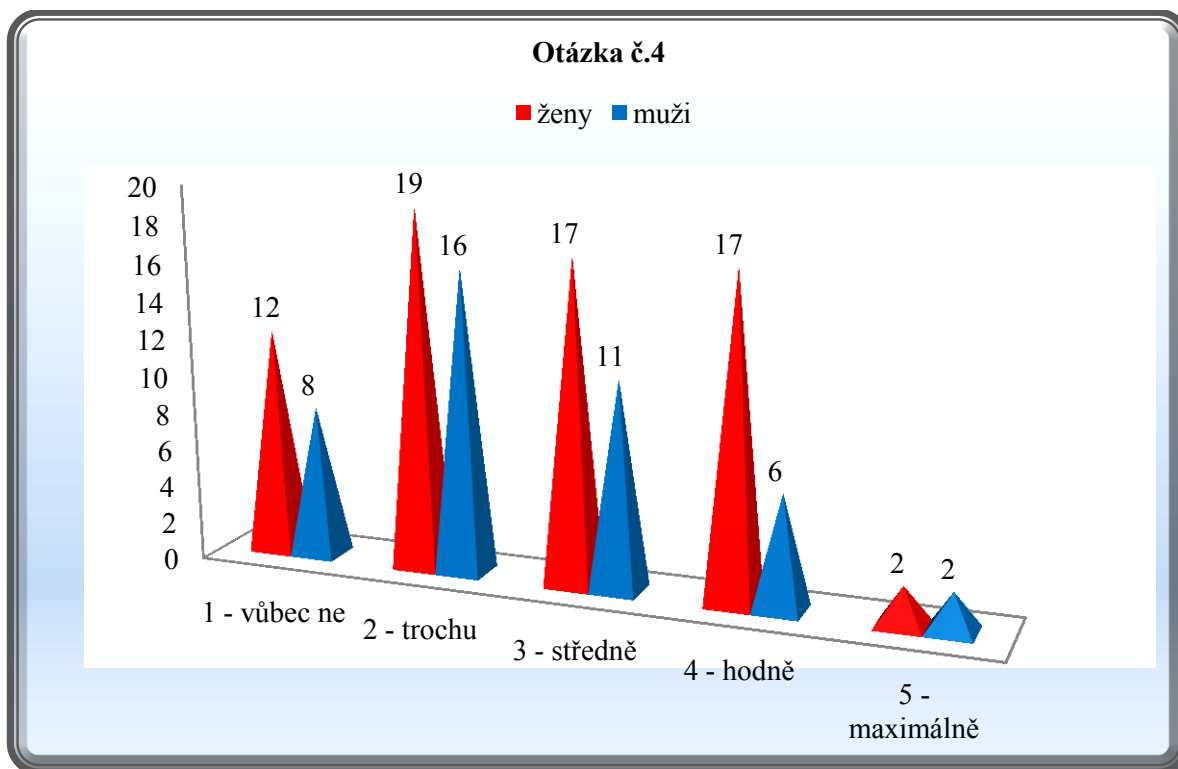
Otázka č. 4 - Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Tabulka 8 Hodnocení závislosti na lékařské péči

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	12	8	10,9	7,3
2 - trochu	19	16	17,3	14,5
3 - středně	17	11	15,5	10,0
4 - hodně	17	6	15,5	5,5
5 - maximálně	2	2	1,8	1,8
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 Hodnocení závislosti na lékařské péči



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Otázka č. 4 - Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení závislosti na lékařské péči.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „trochu“ (31,8 %).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „trochu“ (17,3%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „maximálně“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „trochu“ (14,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „maximálně“ (1,8%).

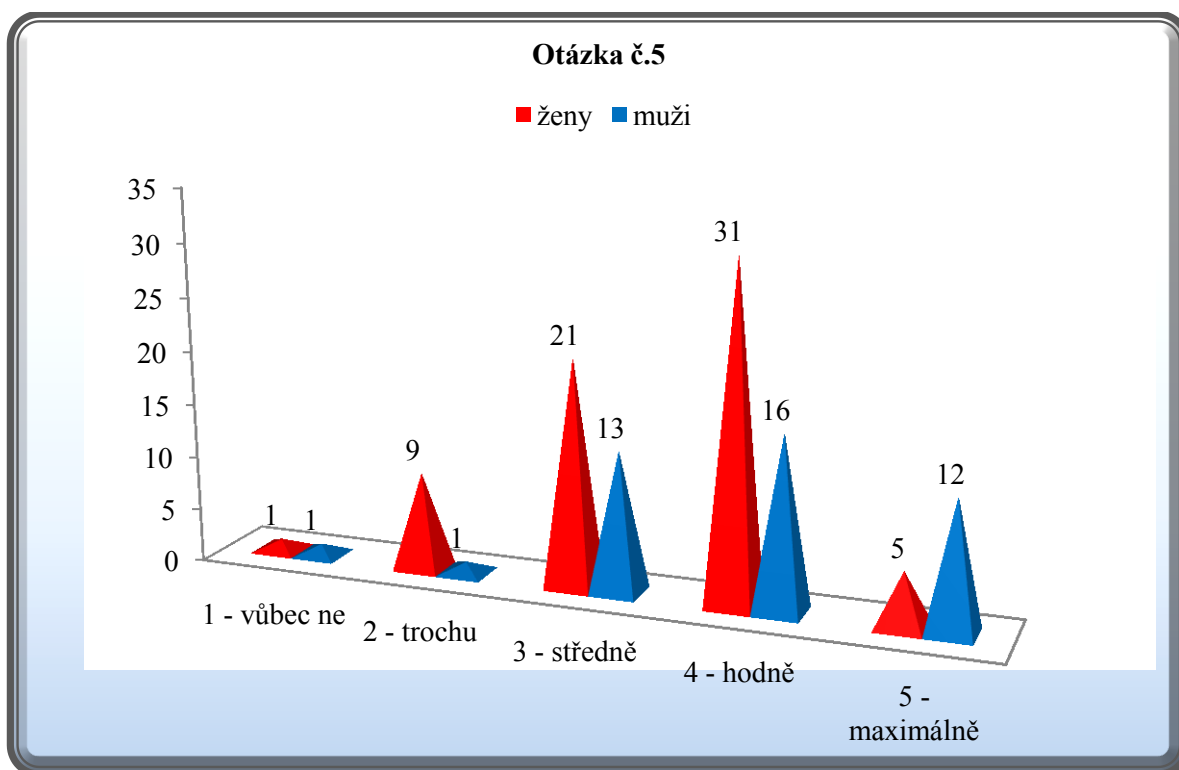
Otázka č. 5 - Jak moc Vás těší život?

Tabulka 9 Hodnocení potěšení ze života

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	1	1	0,9	0,9
2 - trochu	9	1	8,2	0,9
3 - středně	21	13	19,1	11,8
4 - hodně	31	16	28,2	14,5
5 - maximálně	5	12	4,5	10,9
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 Hodnocení potěšení ze života



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 5 - Jak moc Vás těší život?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení potěšení ze života.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „hodně“ (42,7%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „hodně“ (28,2%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

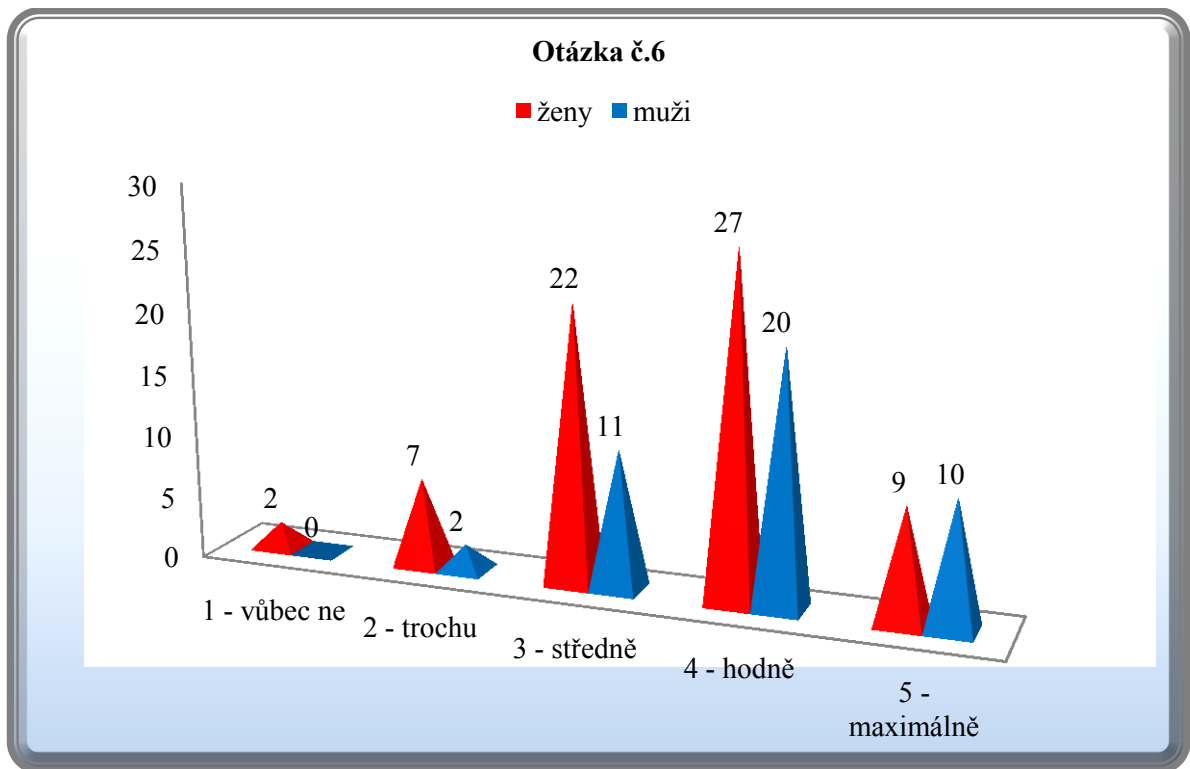
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „hodně“ (14,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ a „trochu“ (1,8%).

Otázka č. 6 - Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?**Tabulka 10** Hodnocení smyslu života

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	2	0	1,8	0,0
2 - trochu	7	2	6,4	1,8
3 - středně	22	11	20,0	10,0
4 - hodně	27	20	24,5	18,2
5 - maximálně	9	10	8,2	9,1
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 Hodnocení smyslu života



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 6 - Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení smyslu života.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „hodně“ (42,7%).

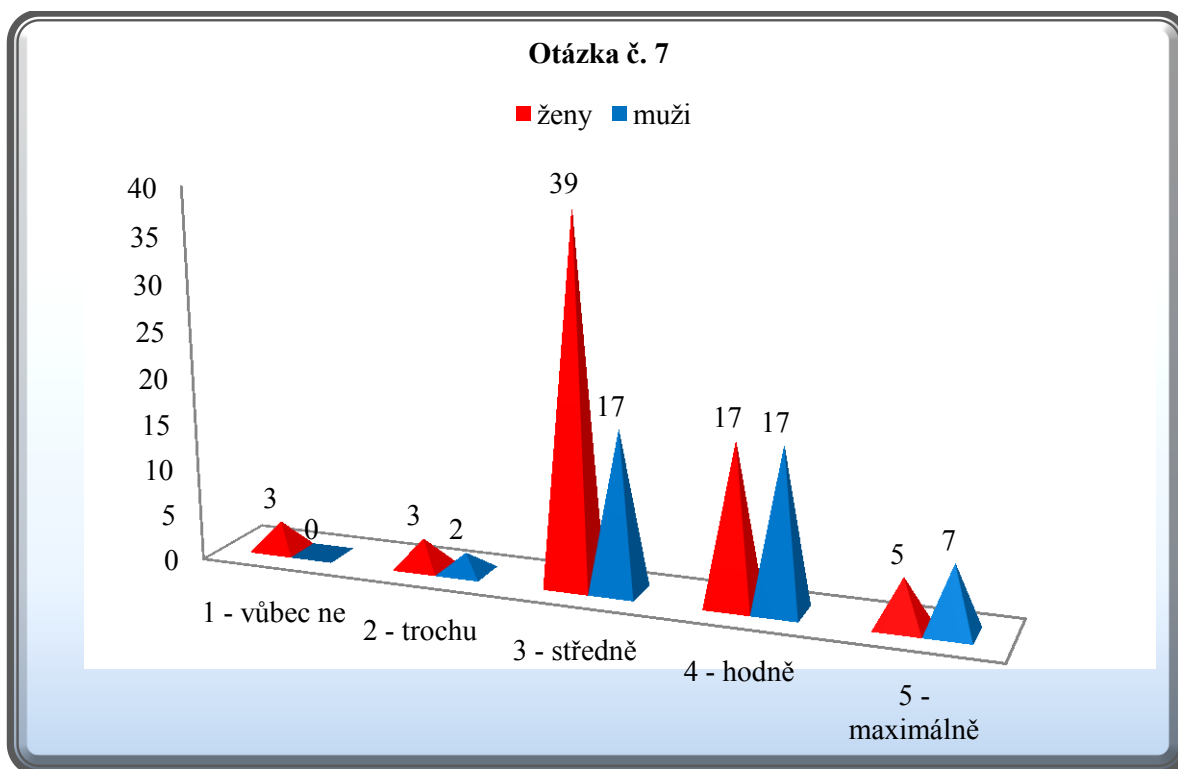
Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „hodně“ (24,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „hodně“ (18,2%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „trochu“ (1,8%).

Otázka č. 7 - Jak se dokážete soustředit?**Tabulka 11** Hodnocení schopnosti se soustředit

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	3	0	2,7	0,0
2 - trochu	3	2	2,7	1,8
3 - středně	39	17	35,5	15,5
4 - hodně	17	17	15,5	15,5
5 - maximálně	5	7	4,5	6,4
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 Hodnocení schopnosti se soustředit

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 7 - Jak se dokážete soustředit?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení schopnosti se soustředit.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „středně“ (51,0%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ (35,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „trochu“ a „vůbec ne“ (2,7%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „hodně“ a „středně“ (15,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „trochu“ (1,8%).

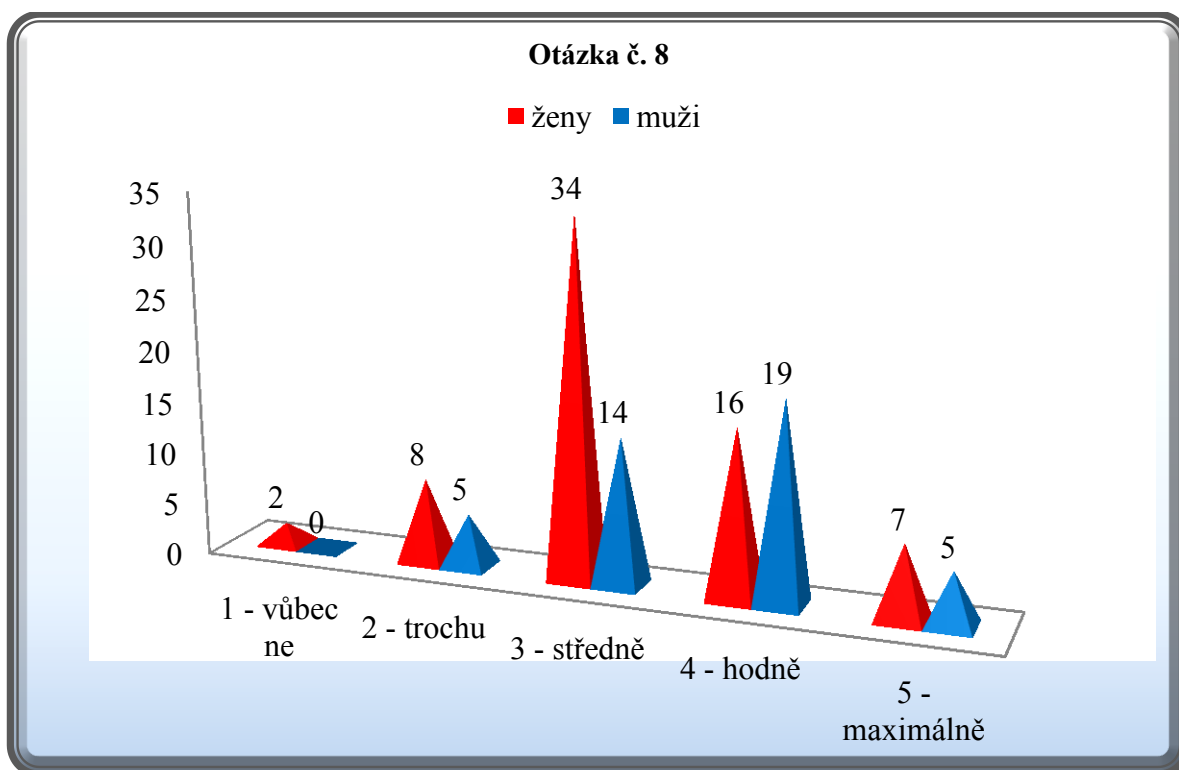
Otázka č. 8 - Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka 12 Hodnocení pocitu bezpečí

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	2	0	1,8	0,0
2 - trochu	8	5	7,3	4,5
3 - středně	34	14	30,9	12,7
4 - hodně	16	19	14,5	17,3
5 - maximálně	7	5	6,4	4,5
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 Hodnocení pocitu bezpečí



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 8 - Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení pocitu bezpečí.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „středně“ (43,6%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ (30,9%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (1,8%).

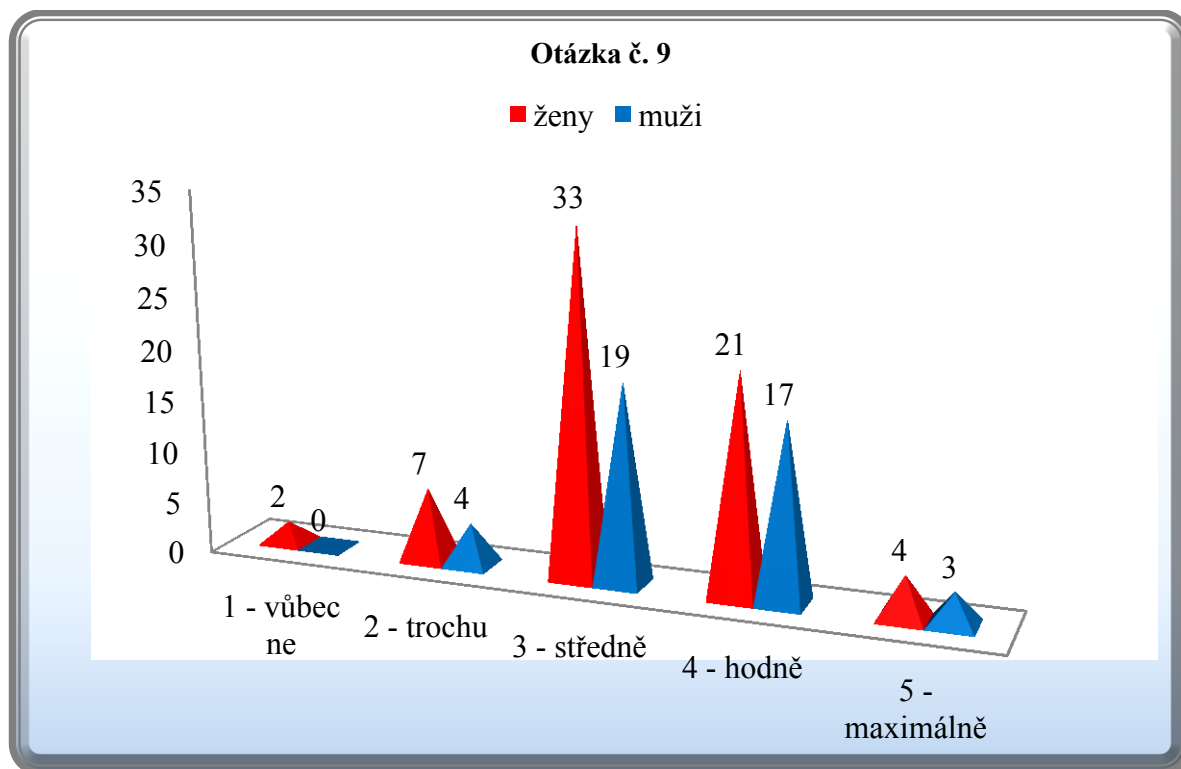
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „hodně“ (17,3%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „trochu“ a „maximálně“ (4,5%).

Otázka č. 9 - Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?**Tabulka 13** Hodnocení životního prostředí

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	2	0	1,8	0,0
2 - trochu	7	4	6,4	3,6
3 - středně	33	19	30,0	17,3
4 - hodně	21	17	19,1	15,5
5 - maximálně	4	3	3,6	2,7
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 Hodnocení životního prostředí



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 9 - Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení životního prostředí.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „středně“ (47,3%).

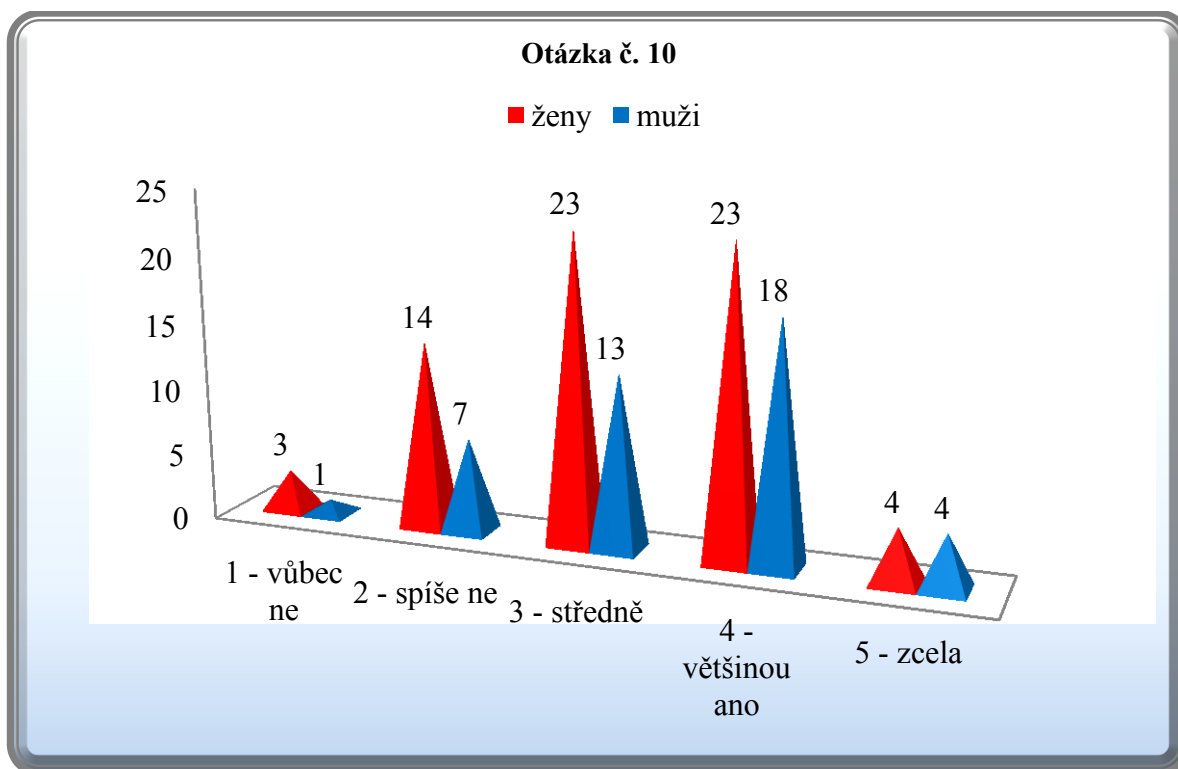
Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ (30,0%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „středně“ (17,3%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „maximálně“ (2,7%).

Otázka č. 10 - Máte dost energie pro každodenní činnost?**Tabulka 14** Hodnocení únavy a energie

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	3	1	2,7	0,9
2 - spíše ne	14	7	12,7	6,4
3 - středně	23	13	20,9	11,8
4 - většinou ano	23	18	20,9	16,4
5 - zcela	4	4	3,6	3,6
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 Hodnocení únavy a energie

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 10 - Máte dost energie pro každodenní činnost?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení únavy a energie.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „většinou ano“ (37,3%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ a „většinou ano“ (20,9%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (2,7%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „většinou ano“ (17,3%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

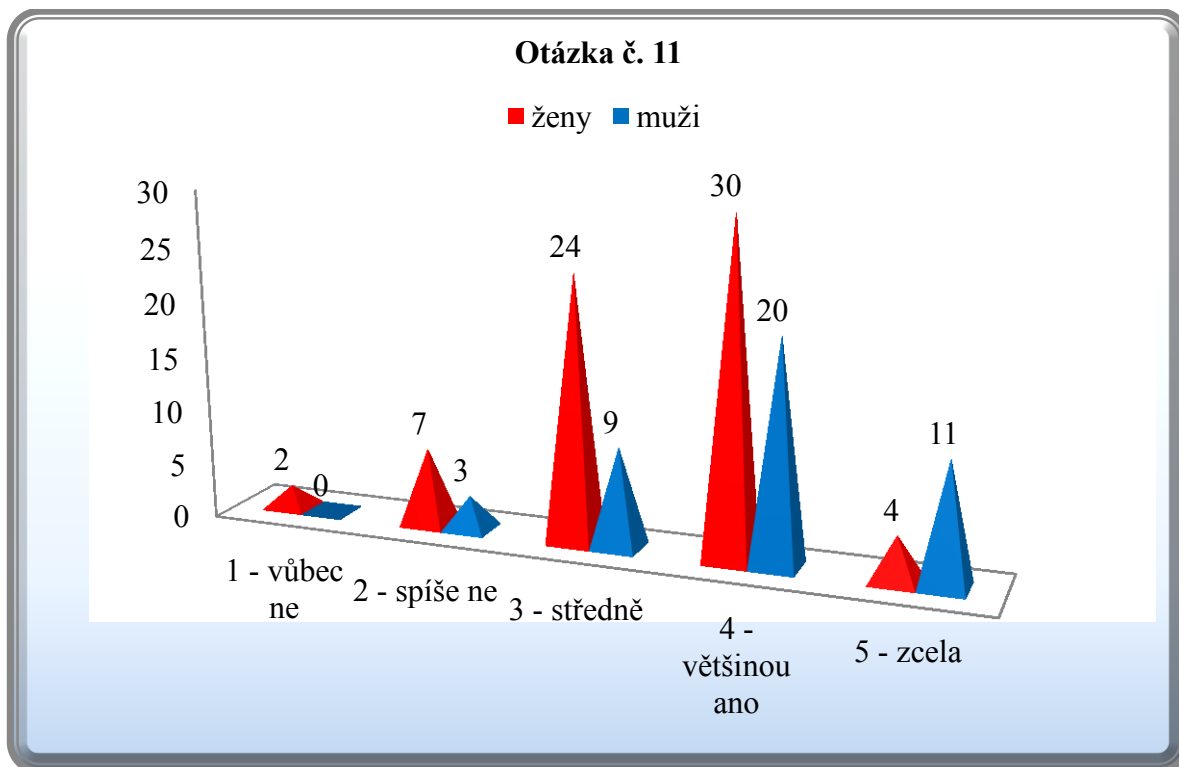
Otázka č. 11 - Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tabulka 15 Hodnocení přijetí tělesného vzhledu

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	2	0	1,8	0,0
2 - spíše ne	7	3	6,4	2,7
3 - středně	24	9	21,8	8,2
4 - většinou ano	30	20	27,3	18,2
5 - zcela	4	11	3,6	10,0
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 Hodnocení přijetí tělesného vzhledu



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 11 - Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení přijetí tělesného vzhledu.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „většinou ano“ (45,5%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „většinou ano“ (27,3%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (1,8%).

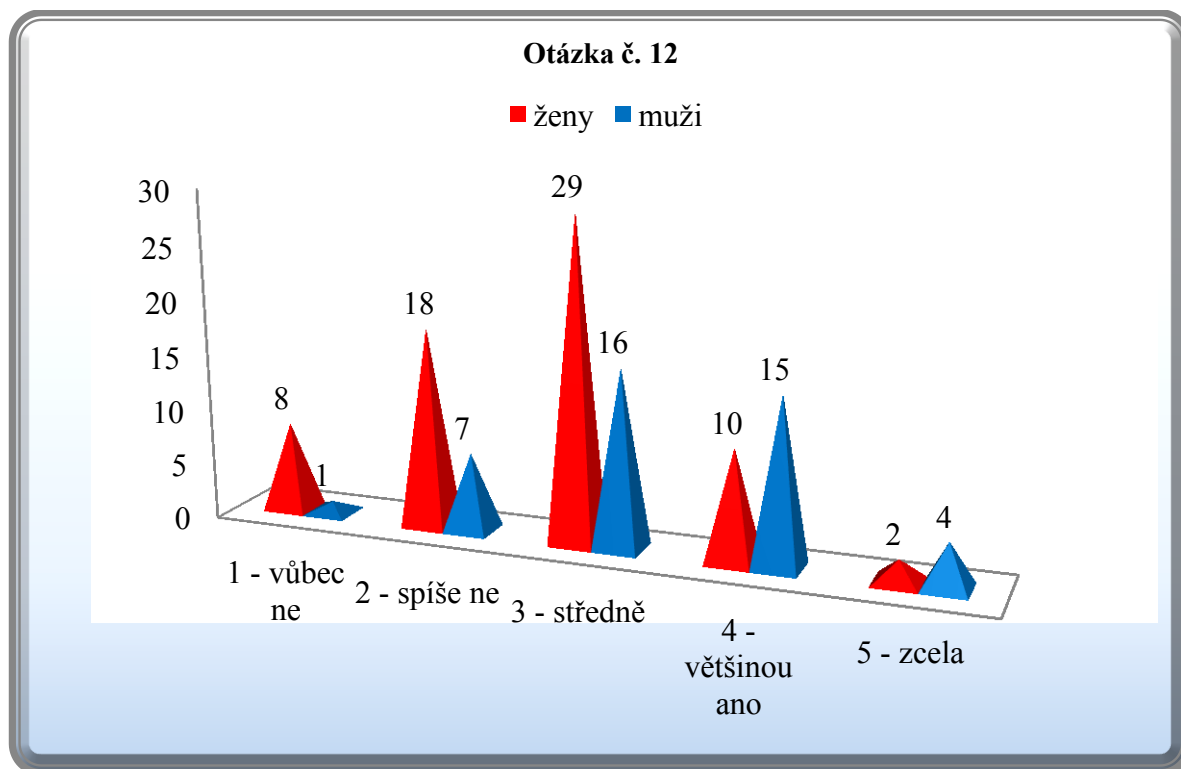
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „většinou ano“ (18,2%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „spíše ne“ (2,7%).

Otázka č. 12 – Máte dost peněz na uspokojení svých potřeb?**Tabulka 16** Hodnocení finanční situace

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	8	1	7,3	0,9
2 - spíše ne	18	7	16,4	6,4
3 - středně	29	16	26,4	14,5
4 - většinou ano	10	15	9,1	13,6
5 - zcela	2	4	1,8	3,6
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 Hodnocení finanční situace



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 12 - Máte dost peněz na uspokojení svých potřeb?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení finanční situace.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „středně“ (40,9%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ (26,4%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „středně“ (14,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

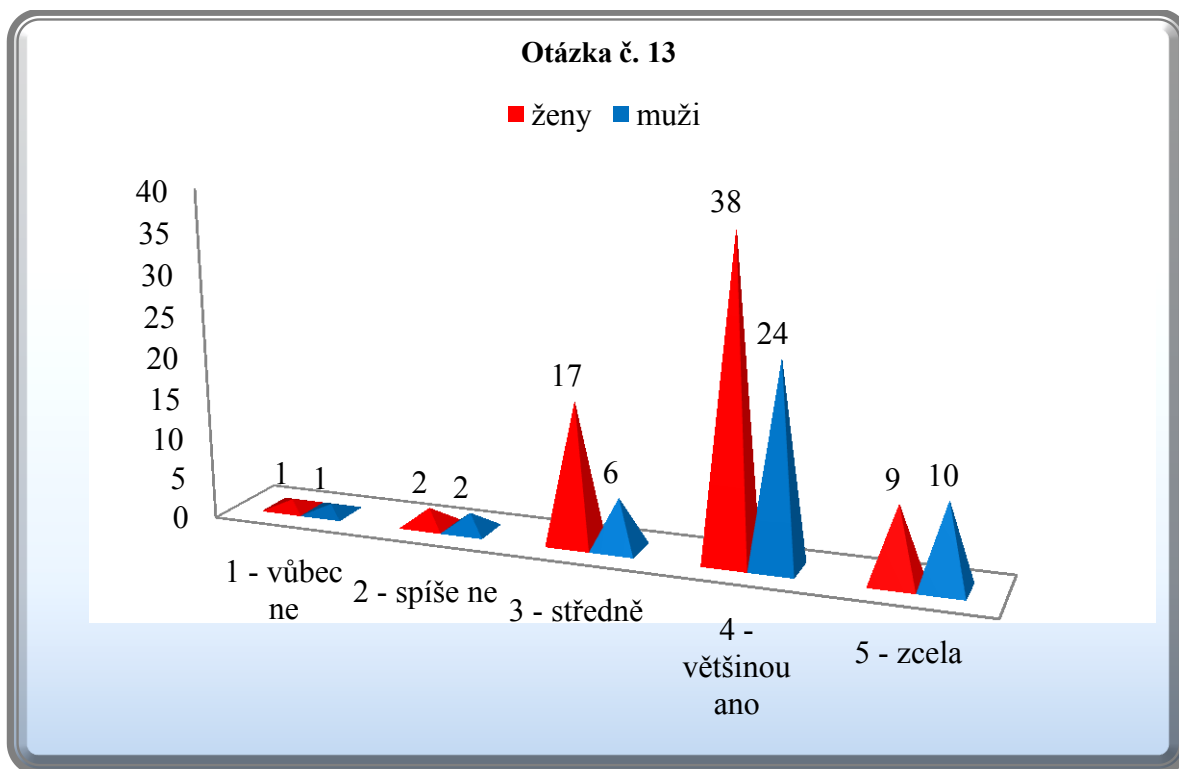
Otázka č. 13 - Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 17 Hodnocení přístupu k informacím

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	1	1	0,9	0,9
2 - spíše ne	2	2	1,8	1,8
3 - středně	17	6	15,5	5,5
4 - většinou ano	38	24	34,5	21,8
5 - zcela	9	10	8,2	9,1
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 Hodnocení přístupu k informacím



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Otázka č. 13 - Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení přístupu k informacím.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „většinou ano“ (56,3%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „většinou ano“ (34,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „většinou ano“ (21,8%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

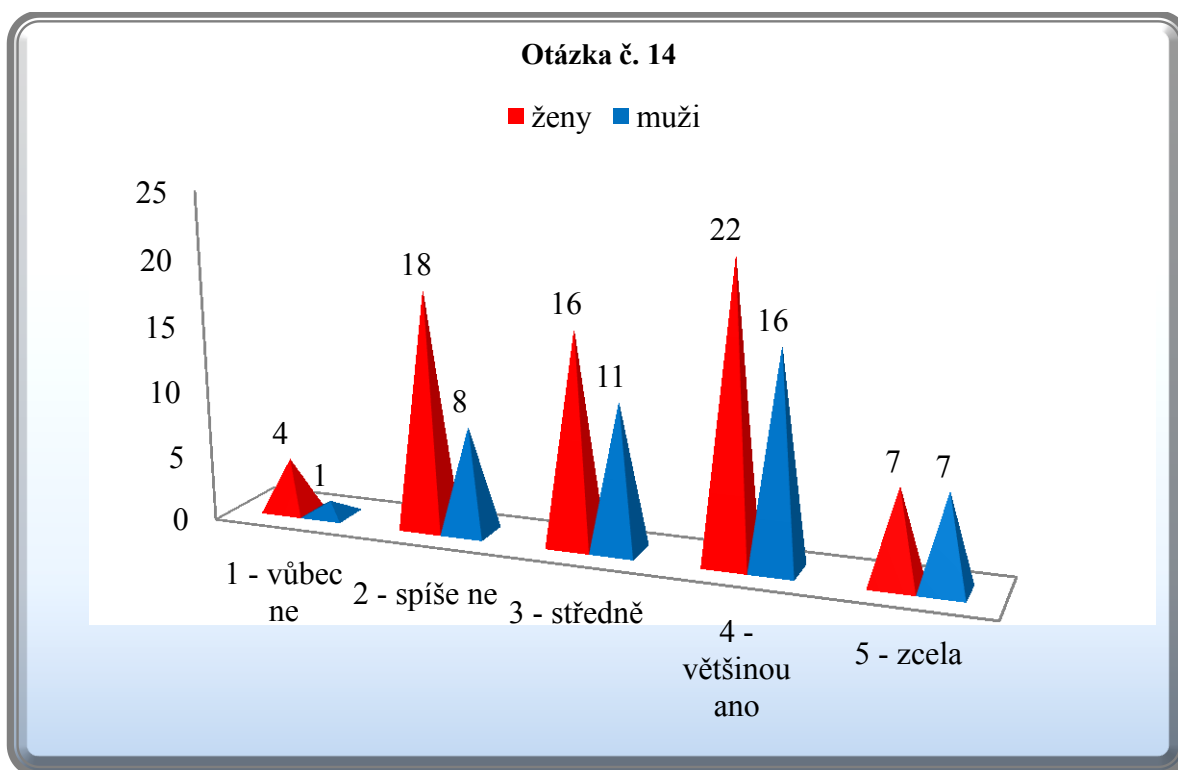
Otázka č. 14 - Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tabulka 18 Hodnocení možnosti věnovat se zálibám

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - vůbec ne	4	1	3,6	0,9
2 - spíše ne	18	8	16,4	7,3
3 - středně	16	11	14,5	10,0
4 - většinou ano	22	16	20,0	14,5
5 - zcela	7	7	6,4	6,4
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 Hodnocení možnosti věnovat se zálibám



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 14 - Máte možnost věnovat se svým zálibám?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení možnosti věnovat se zálibám.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „většinou ano“ (34,5%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „většinou ano“ (20,0%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (3,6%).

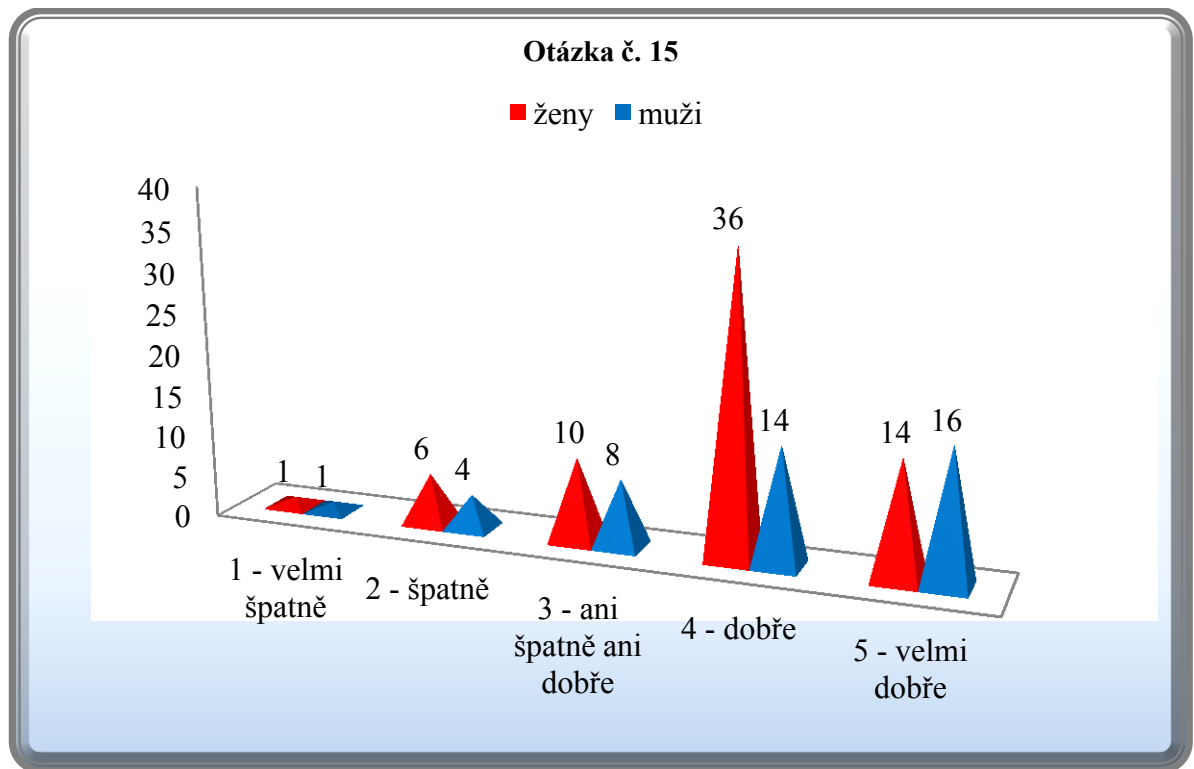
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „většinou ano“ (14,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „vůbec ne“ (0,9%).

Otázka č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?**Tabulka 19** Hodnocení pohyblivosti

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi špatně	1	1	0,9	0,9
2 - špatně	6	4	5,5	3,6
3 - ani špatně ani dobře	10	8	9,1	7,3
4 - dobře	36	14	32,7	12,7
5 - velmi dobře	14	16	12,7	14,5
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 Hodnocení pohyblivosti



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 15 - Jak se dokážete pohybovat?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení pohyblivosti.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „dobře“ (45,4%).

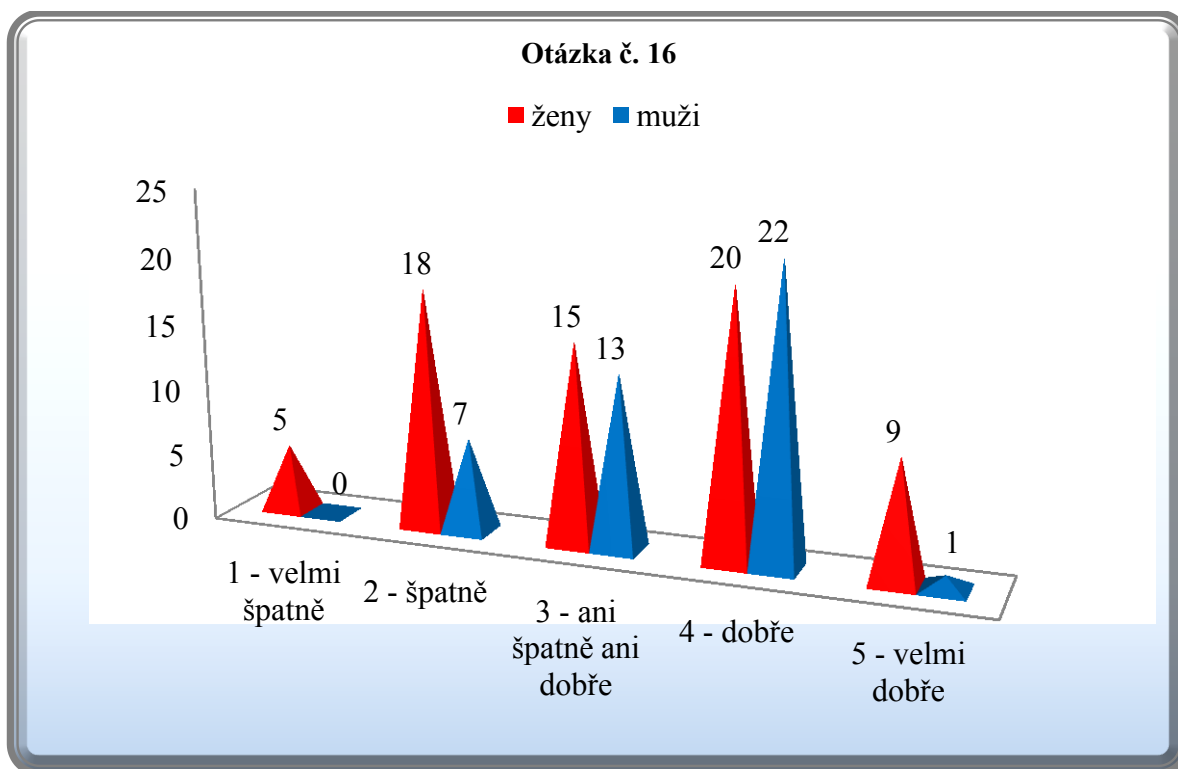
Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „dobře“ (32,7%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi špatně“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „velmi dobře“ (14,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi špatně“ (0,9%).

Otázka č. 16 - Jak jste spokojen/a se svým spánkem?**Tabulka 20** Hodnocení kvality spánku

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	5	0	4,5	0,0
2 - nespokojen/a	18	7	16,4	6,4
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	15	13	13,6	11,8
4 - spokojen/a	20	22	18,2	20,0
5 - velmi spokojen/a	9	1	8,2	0,9
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 Hodnocení kvality spánku

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 16 - Jak jste spokojen/a se svým spánkem?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení kvality spánku.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (38,2%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (18,2%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (4,5%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (20,0%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojen“ (0,9%).

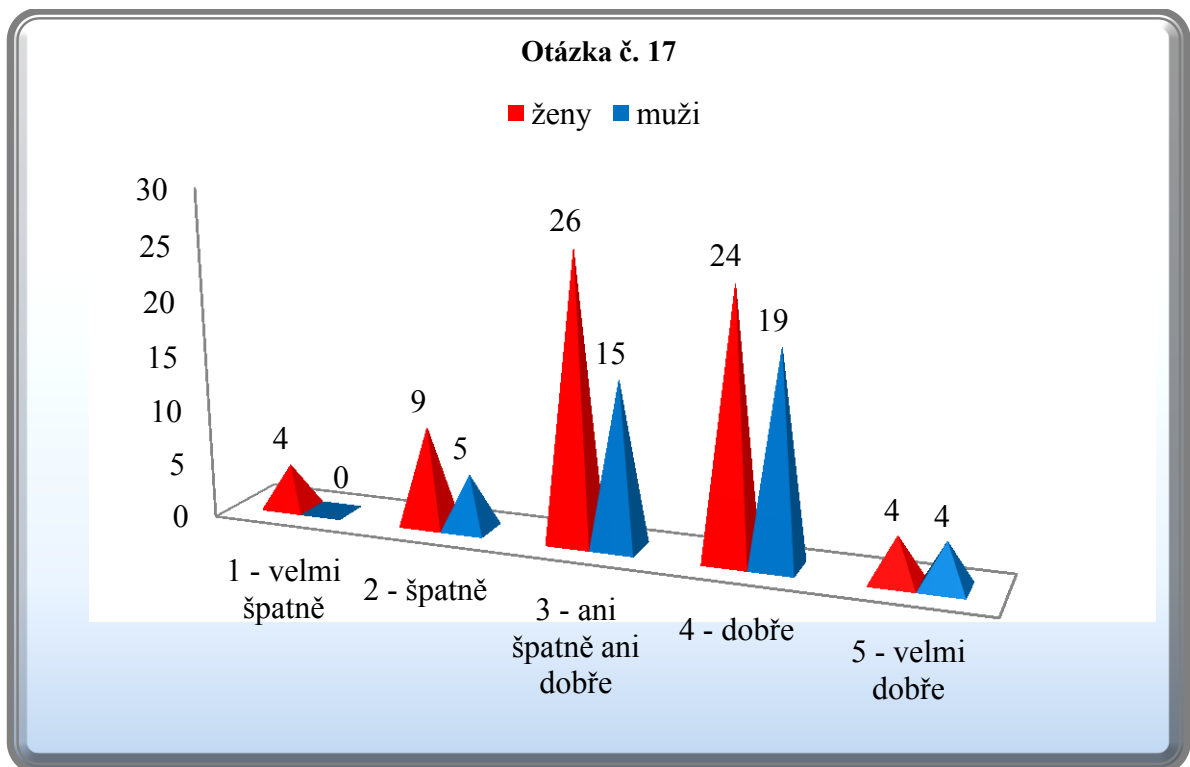
Otázka č. 17 - Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka 21 Hodnocení schopnosti vykonávat každodenní činnosti

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	4	0	3,6	0,0
2 - nespokojen/a	9	5	8,2	4,5
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	26	15	23,6	13,6
4 - spokojen/a	24	19	21,8	17,3
5 - velmi spokojen/a	4	4	3,6	3,6
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19 Hodnocení schopnosti vykonávat každodenní činnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 17 - Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení schopnosti vykonávat každodenní činnosti.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (39,1%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ani spokojena, ani nespokojena“ (23,6%).

Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ a „velmi spokojena“ (3,6%).

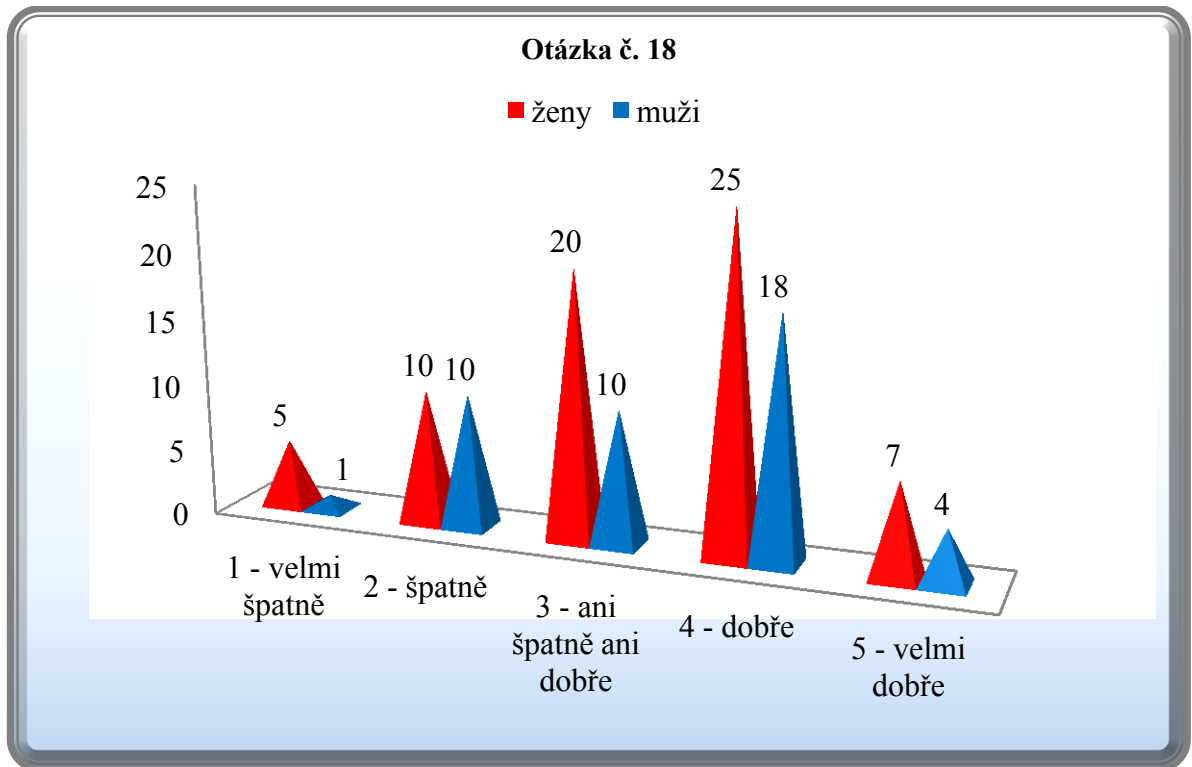
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (17,3%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojen“ (3,6%).

Otázka č. 18 - Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**Tabulka 22** Hodnocení pracovní výkonnosti

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	5	1	4,5	0,9
2 - nespokojen/a	10	10	9,1	9,1
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	20	10	18,2	9,1
4 - spokojen/a	25	18	22,7	16,4
5 - velmi spokojen/a	7	4	6,4	3,6
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 Hodnocení pracovní výkonnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 18 - Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení pracovní výkonnosti.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (39,1%).

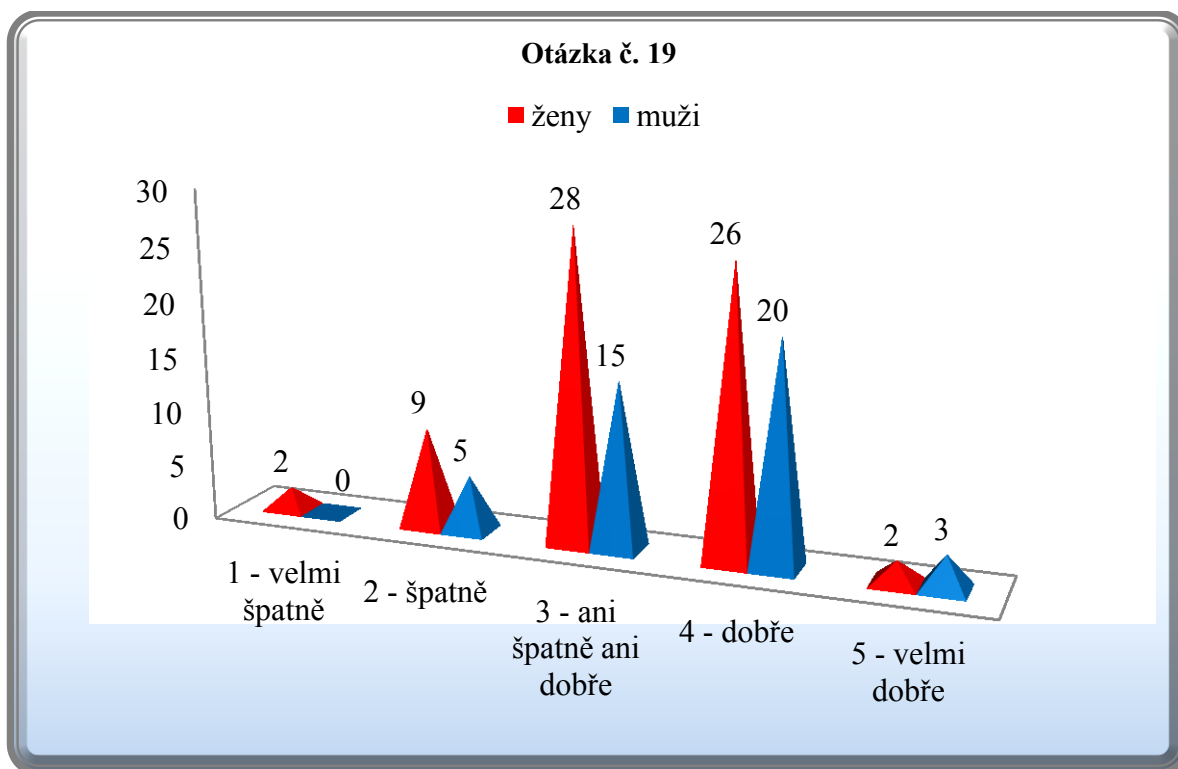
Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (22,7%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (4,5%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (16,4%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojen“ (0,9%).

Otázka č. 19 - Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?**Tabulka 23** Hodnocení spokojenosti sám se sebou

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	2	0	1,8	0,0
2 - nespokojen/a	9	5	8,2	4,5
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	28	15	25,5	13,6
4 - spokojen/a	26	20	23,6	18,2
5 - velmi spokojen/a	2	3	1,8	2,7
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21 Hodnocení spokojenosti sám se sebou

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 19 - Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení spokojenosti sám se sebou.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (41,8%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ani spokojena, ani nespokojena“ (25,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ a „velmi spokojena“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (18,2%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojen“ (2,7%).

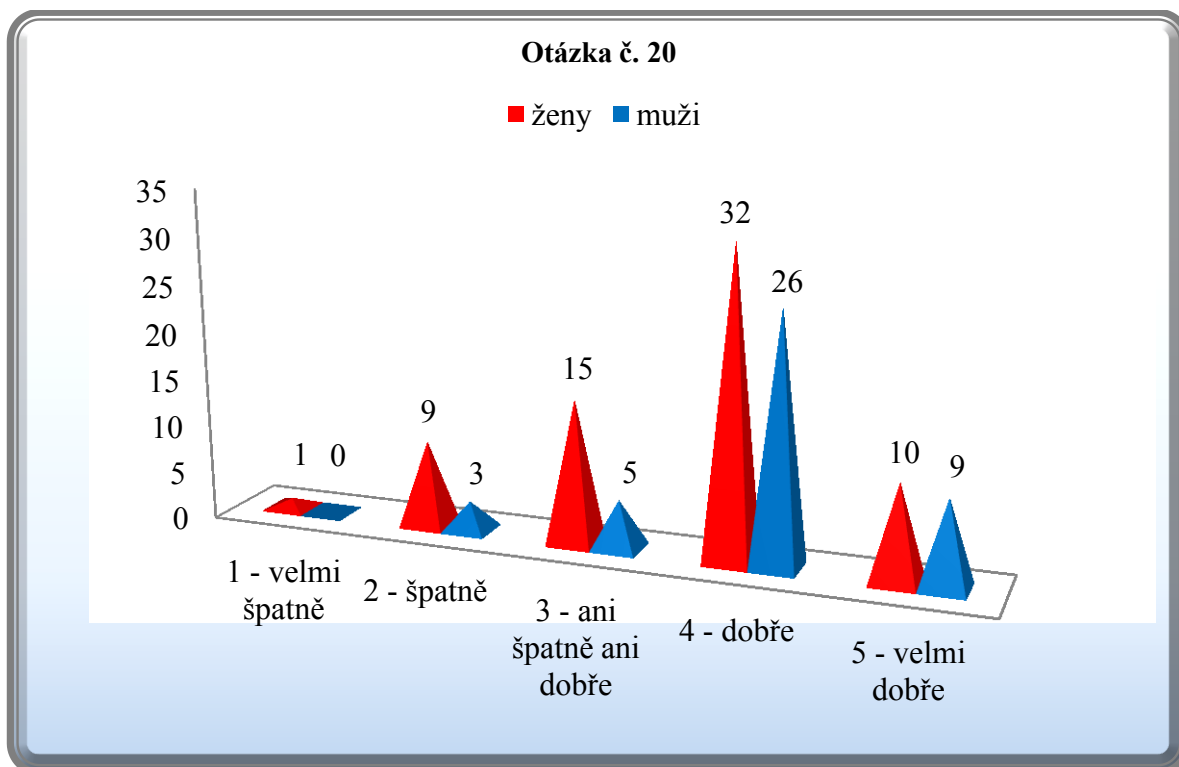
Otázka č. 20 - Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Tabulka 24 Hodnocení osobních vztahů

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	1	0	0,9	0,0
2 - nespokojen/a	9	3	8,2	2,7
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	15	5	13,6	4,5
4 - spokojen/a	32	26	29,1	23,6
5 - velmi spokojen/a	10	9	9,1	8,2
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22 Hodnocení osobních vztahů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 20 - Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení osobních vztahů.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (52,7%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (29,1%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (23,6%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „nespokojen“ (2,7%).

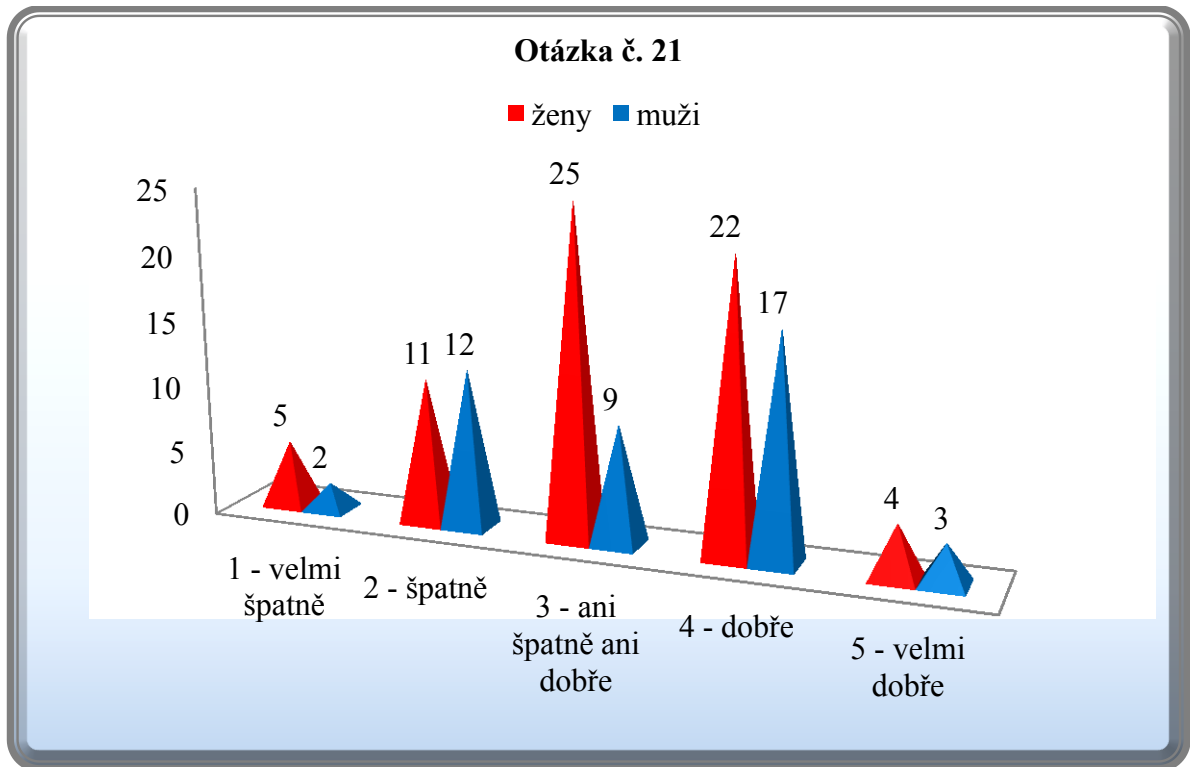
Otázka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Tabulka 25 Hodnocení spokojenosti se sexuálním životem

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	5	2	4,5	1,8
2 - nespokojen/a	11	12	10,0	10,9
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	25	9	22,7	8,2
4 - spokojen/a	22	17	20,0	15,5
5 - velmi spokojen/a	4	3	3,6	2,7
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23 Hodnocení spokojenosti se sexuálním životem



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 21 - Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení spokojenosti se sexuálním životem.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (35,5%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ani spokojena, ani nespokojena“ (22,7%).

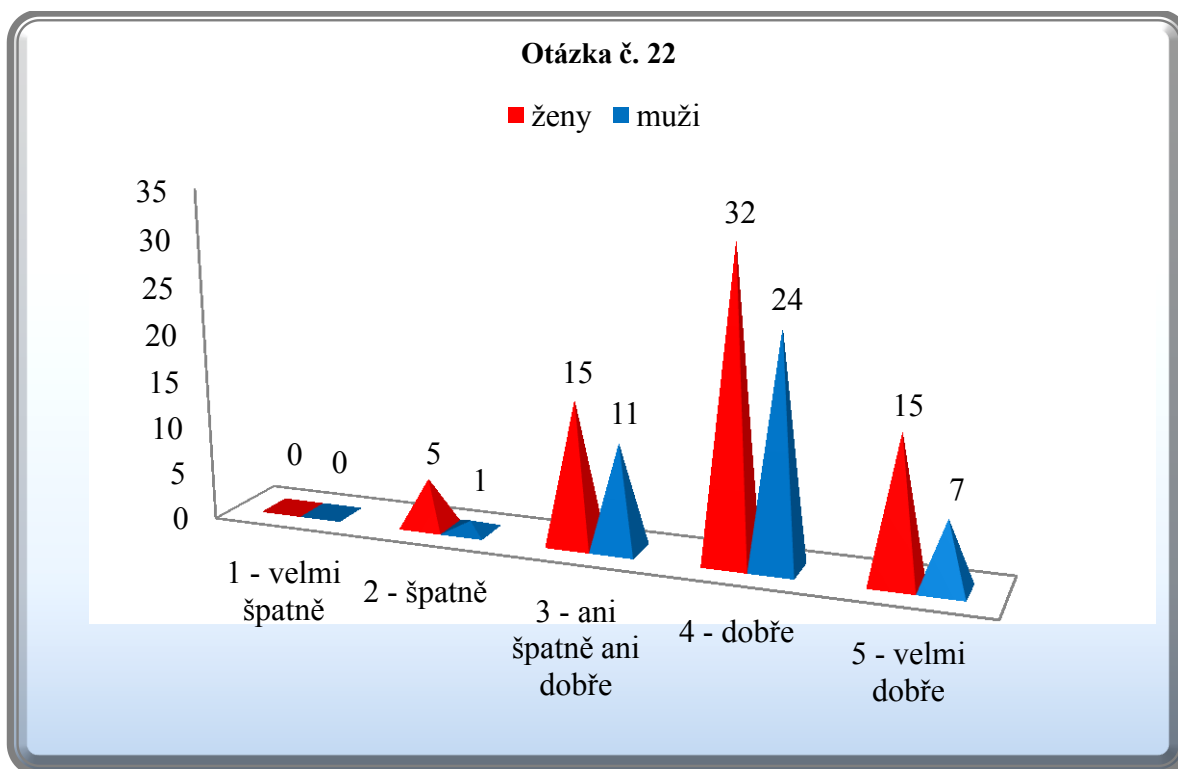
Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (3,6%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (15,5%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojen“ (1,8%).

Otázka č. 22 - Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?**Tabulka 26** Hodnocení podpory přátel

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	0	0	0,0	0,0
2 - nespokojen/a	5	1	4,5	0,9
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	15	11	13,6	10,0
4 - spokojen/a	32	24	29,1	21,8
5 - velmi spokojen/a	15	7	13,6	6,4
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24 Hodnocení podpory přátel

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 22 - Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení podpory přátel.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (50,9%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (29,1%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „nespokojena“ (4,5%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (21,8%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „nespokojen“ (0,9%).

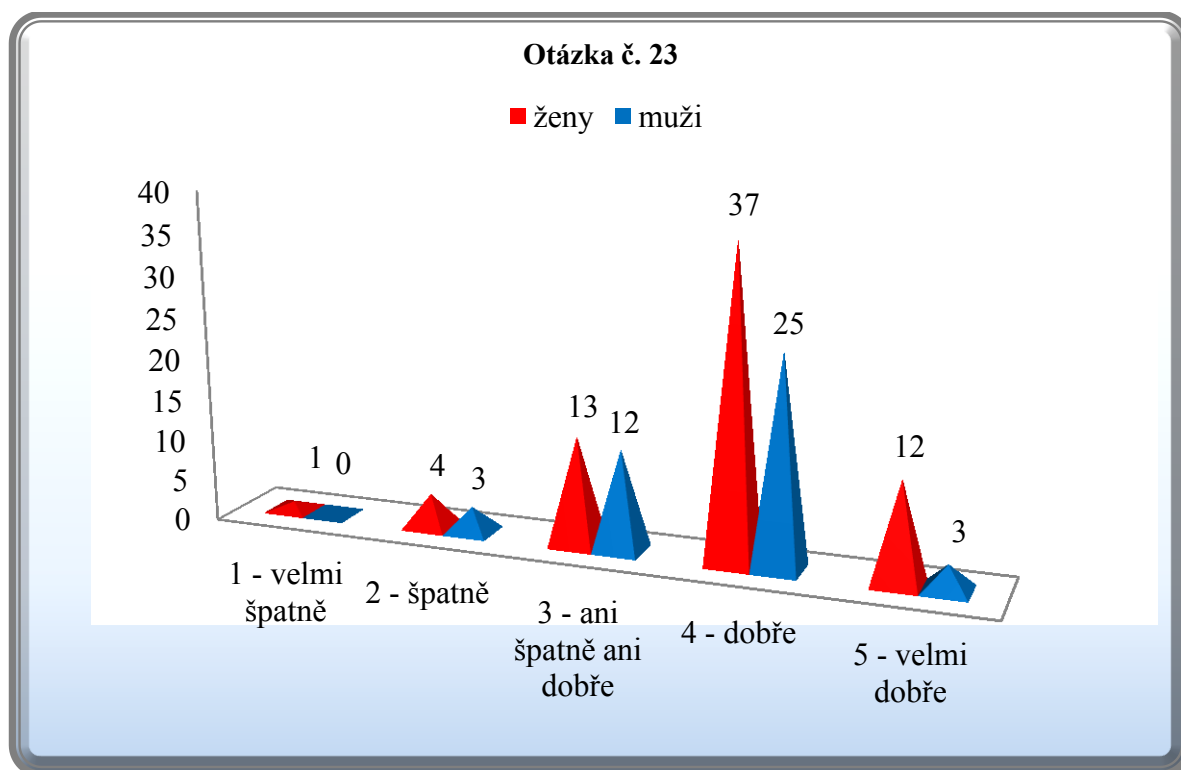
Otázka č. 23 - Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tabulka 27 Hodnocení prostředí v místě bydliště

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	1	0	0,9	0,0
2 - nespokojen/a	4	3	3,6	2,7
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	13	12	11,8	10,9
4 - spokojen/a	37	25	33,6	22,7
5 - velmi spokojen/a	12	3	10,9	2,7
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 25 Hodnocení prostředí v místě bydliště



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 23 - Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení prostředí v místě bydliště.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (56,3%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (33,6%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (0,9%).

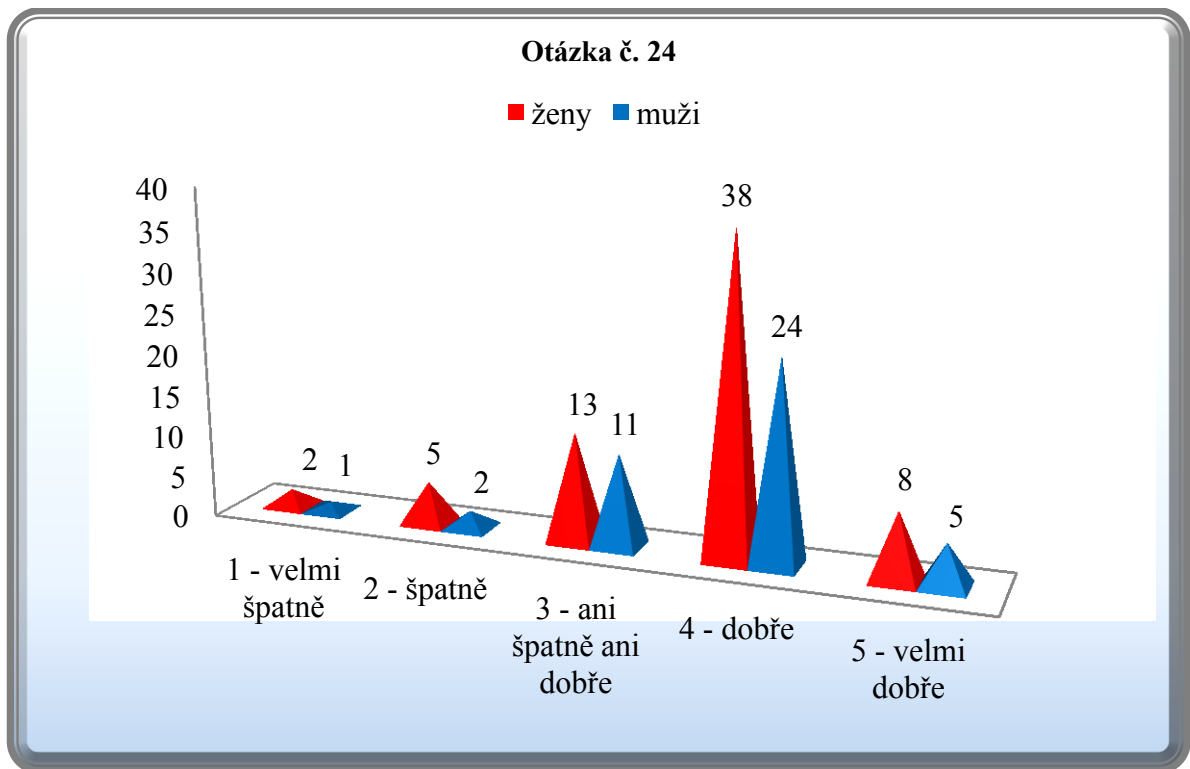
Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (22,7%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi spokojen“ a „nespokojen“ (2,7%).

Otázka č. 24 - Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?**Tabulka 28** Hodnocení dostupnosti zdravotní péče

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	2	1	1,8	0,9
2 - nespokojen/a	5	2	4,5	1,8
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	13	11	11,8	10,0
4 - spokojen/a	38	24	34,5	21,8
5 - velmi spokojen/a	8	5	7,3	4,5
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 26 Hodnocení dostupnosti zdravotní péče



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 24 - Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení dostupnosti zdravotní péče.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (56,3%).

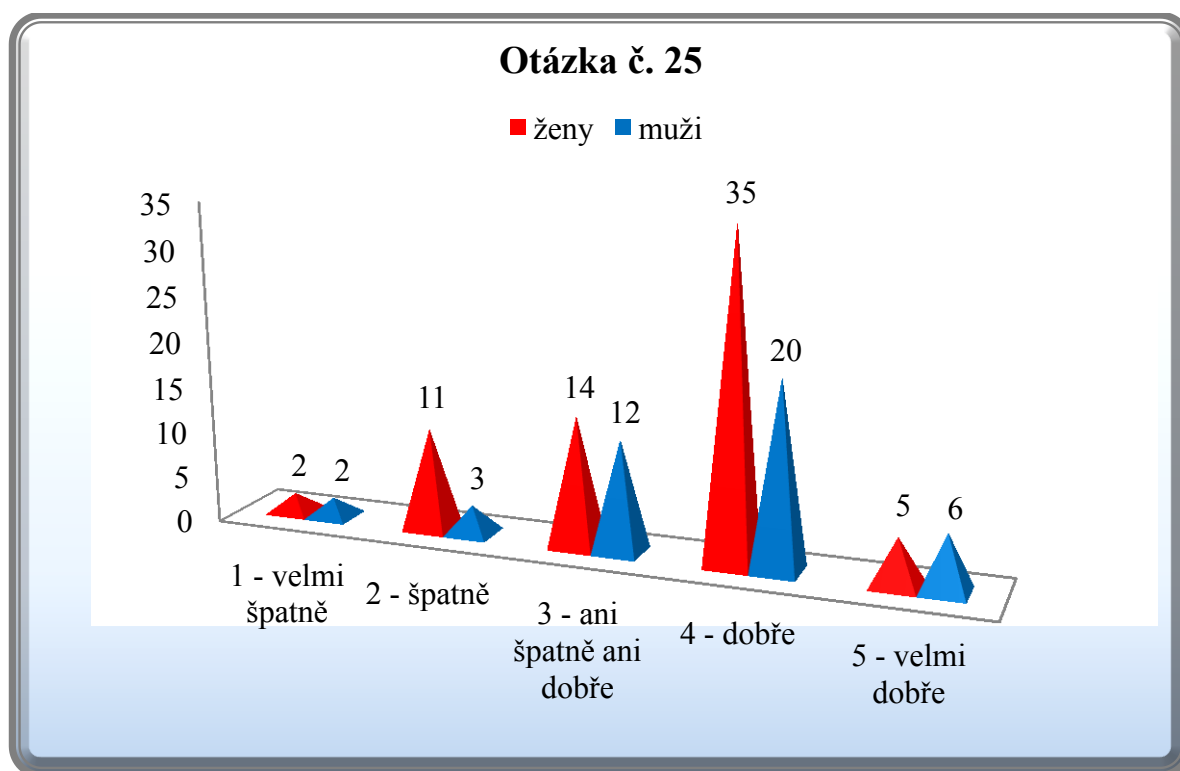
Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (34,5%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (21,8%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojen“ (0,9%).

Otázka č. 25 - Jak jste spokojen/a s dopravou?**Tabulka 29** Hodnocení spokojenosti s dopravou

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - velmi nespokojen/a	2	2	1,8	1,8
2 - nespokojen/a	11	3	10,0	2,7
3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	12	12,7	10,9
4 - spokojen/a	35	20	31,8	18,2
5 - velmi spokojen/a	5	6	4,5	5,5
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27 Hodnocení spokojenosti s dopravou

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 25 - Jak jste spokojen/a s dopravou?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení spokojenosti s dopravou.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „spokojen/a“ (50,0%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „spokojena“ (31,8%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojena“ (1,8%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „spokojen“ (18,2%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „velmi nespokojen“ (1,8%).

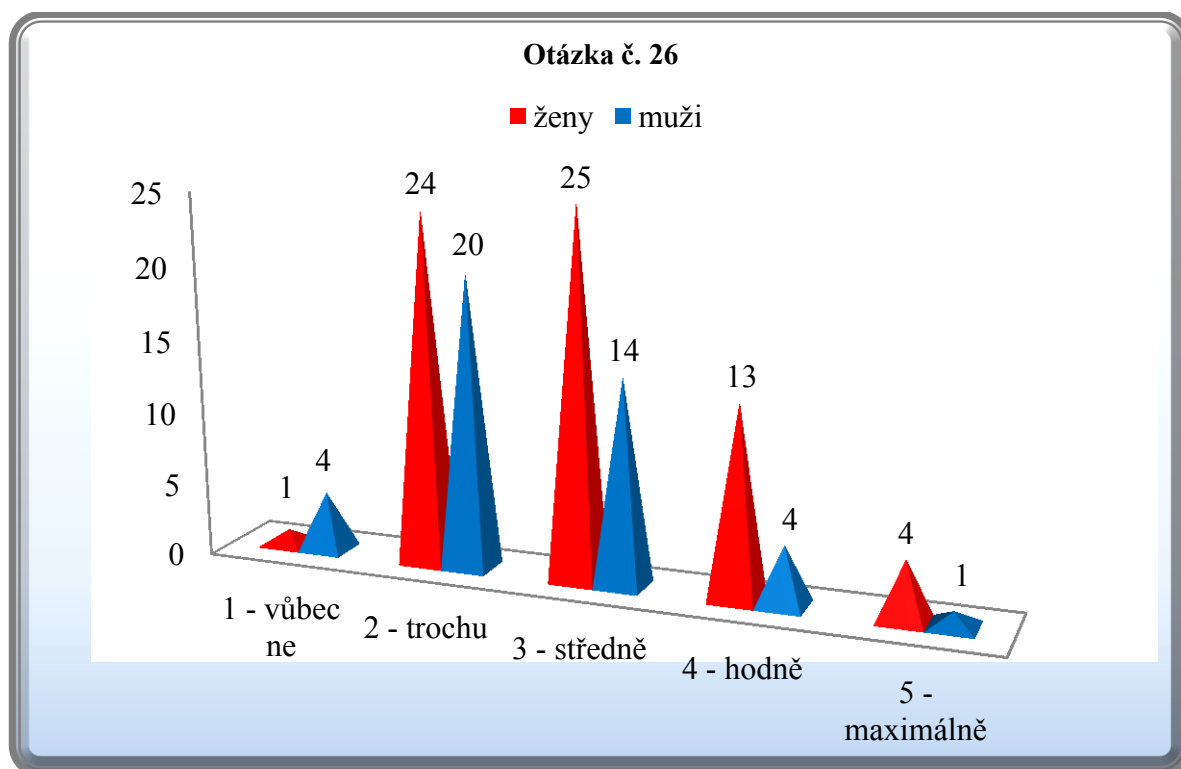
Otázka č. 26 - Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 30 Hodnocení negativních pocitů

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	ženy	muži	ženy	muži
1 - nikdy	1	4	0,9	3,6
2 - někdy	24	20	18,2	18,2
3 - středně	25	14	22,7	12,7
4 - celkem často	13	4	11,8	3,6
5 - neustále	4	1	3,6	0,9
Celkem	67	43	60,9	39,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 28 Hodnocení negativních pocitů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:**Otázka č. 26 - Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení negativních pocitů.

Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto otázku termínem „středně“ (36,4%).

Ženy nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „středně“ (18,2%). Nejméně žen pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „nikdy“ (0,9%).

Muži nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „někdy“ (18,2%). Nejméně mužů pak odpovědělo, že hodnotí otázku termínem „neustále“ (0,9%).

4.2 Kvalitativní výzkum

4.2.1 Otevřené kódování

Kategorie č. 1. – Psychické prožívání nemoci

Vlastnosti:

Pocity

Strach

Nejistota

Emoce

Dimenze:

Smíšené

Silný

Přetrvávající

Nestabilní

Ve všech interview shodně vnímám, že psychické prožívání nemoci je u všech respondentů silné. Společným prvkem je strach nebo obava o budoucnost. Překvapivě všichni respondenti přiznávají, že vykazují větší toleranci vůči bolesti fyzické, před bolestí psychickou.

Lidská psychika a lidské tělo fungují jako dvě propojené nádoby. Když se něco stane v naší psychice, automaticky to vyvolá změny i v našem těle a přesně naopak, tělesné změny mají vliv na naši psychiku. Je tedy nanejvýš pravděpodobné, že dlouhodobé fyzické či psychické nepohodlí ovlivní vnímání vlastního života.

Subkategorie č. 1.1 – Negativní vliv na psychiku aneb veverka v bubnu pračky

Pocity bezmoci, strachu, beznaděje a zoufalství si prožil každý z respondentů. Každý z nich zvládá psychické problémy odlišně a s různou intenzitou, pouze jeden ze čtyř respondentů užívá dlouhodobě antidepresiva (R3), jeden je dle svých slov nepotřebuje (R2) nebo je dobrovolně odmítají (R4) a (R1).

„Cítím se jak veverka v bubnu pračky. Mele mě to sem a tam a jsem z toho pomlácená na těle, ale hlavně na duši.“ (R4)

„Na začátku jsem měla skoro půl roku hrozné deprese. Strašné stavy. Přiznám se, že když mi nezabrala chemoterapie, bleskla mi hlavou myšlenka na sebevraždu.“ (R1)

„Bolesti snáším statečněji, než psychické problémy.“ (R4)

„Mám teď život jak jízdu na horské dráze, někdy na vrcholu a to se střídá s bezmocí na úplném dně. Mám dny, kdy to na mě padne, všechno vidím černě, všeho se bojím. Mám hlavu jak pytel plný čočky.“ (R3)

„Na Štědrý den jsem se zhroutila, protože jsem si vsugerovala myšlenku, že určitě umřu a jsou to moje poslední svátky s rodinou, s dětmi. Nedokázala jsem mluvit, myslet, jíst, spát. Deprese podle učebnice.“ (R3)

„Jsem šokovaná, kolik mladých lidí v nemocnici potkávám. Rakovina je hrozná věc.“ (R3)

Subkategorie č. 1.2 – Pozitivní vliv na psychiku

Respondenti uvádějí, že určité situace je psychicky posilují nebo možná spíš motivují. Pozitivní emoce a pocity jsou pro ně při zvládání nemoci nesmírně důležité.

„Máma mi pomáhá, jak může, dokonce pro mě chtěla pěstovat marihuanu, že to pomáhá na všechno. Chodím k psychiatrovi. Pan doktor je moc fajn, už čtyři měsíce beru léky, které pomalu zabírají.“ (R3)

„Manžel mi koupil štěně. Nikdy jsem psa v bytě nechtěla. Teď mám psí holčičku. Ona potřebuje mě a já se mám ke komu přitulit. Chodím jí slzet do kožichu a ze všech nervů se jí vypovídám. Jsem z ní nadšená.“ (R4)

„Ale když vidíš, že léčba zabírá a lékaři se tváří optimisticky, začneš se cítit psychicky lépe.“ (R2)

Kategorie č. 2 – Pomoc

Pomoc může být žádoucí, ale také naprosto nežádoucí. Každý v boji s onkologickým onemocněním potřebuje a využívá něco jiného. Někdo dává před samotou přednost přítomnosti druhých lidí a pomáhá mu se jednoduše vypovídat, někdo jiný zase může být introvert a hovořit o své nemoci je pro něj velmi obtížné. Tyto potřeby se v proměně času mohou různit. U všech respondentů však vykazují podobné znaky.

Vlastnosti:

Naslouchání

Porozumění

Informovanost

Podpora

Dimenze:

Zásadní

Důležité

Nutná

Vítaná

Subkategorie č. 2.1 – Co mi nejvíc pomáhá

Jako společná nit se všemi interview vine potřeba komunikace a potřeba získat dostatek informací o svém onemocnění. Kontakt s člověkem, který je ochoten naslouchat je pro respondenty určitým zdrojem třídění myšlenek, ale zároveň i upevňuje pocit, že na svoji nemoc nejsou sami. V jednom případě respondentka uvádí, že jí například pomáhá, když jsou lékaři v průběhu péče příjemní a milí. (R4)

„Nejdůležitější je pro mě vědomí, že někdo má chuť mě poslouchat, když se potřebuju vypovídat. Občas se hrozně potřebuju vypovídat, vyplakat. Na začátku jsem o tom potřebovala pořad mluvit. Pořád. Potřebovala jsem si to rovnat v hlavě, získat hlavně

informace, najít někoho s podobnou zkušeností. Četla jsem všechny články, hledala informace na internetu. Je pro mě důležitý dostatek informací.“ (R1)

„Asi aby mě nikdo nelitoval a nedával mi falešnou naději.“ (R2)

„Možná to zní divně, ale pomáhá mi vědět o jiných nemocných, protože aspoň vidím, že někteří jsou na tom ještě mnohem hůř.“ (R2)

„Nejvíc ocením, když je někdo ochotný mě poslouchat a probírat se mnou co mám zrovna v hlavě. A pomáhá mi hledat informace, které jsou o mojí diagnóze dostupné. Brouzdám na internetu, hledám si diskuze na webovkách, odborné články. Abych měla co nejvíc informací. Čím víc se dozvídám, tím mám asi větší nadhled. Potřebuji nadhled, abych nebyla odkázaná jenom na to, co mi řeknou doktoři.“ (R3)

„Pomáhá mi, když se mnou někdo jde na procházku, na kafe, udělá mi radost, když maminka něco uvaří, když si se mnou jenom tak sedne a povídáme se. Největší pomoc je pro mě psychická podpora, prostě poklábosit si, ulevit si a ochota komunikovat se mnou o věcech, které mě trápí. A taky doktoři, když jsou příjemní a milí.“ (R4)

Subkategorie č. 2.2 – Jakou pomoc nechci aneb co nesnáším

Některé postoje nebo modely chování mohou být pro nemocného nepříjemné. Zejména přehnaná lítost a falešný soucit jsou naprosto nežádoucí.

„Nesnáším, když mě někdo lituje. Je to zvláštní, ale nemám potřebu o tom s lidmi mluvit. Je pro mě lepší předstírat, že mám něco jako rýmu.“ (R2)

„Nabídli mi klinickou psycholožku, moc milá a příjemná paní, ale nedokázala jsem s ní o tom hovořit. Nebyla jsem k ní otevřená, ani upřímná, protože mám pocit, že mi stejně nemůže rozumět, když si tím sama neprošla. Třeba se mýlím.“ (R4)

„Hlavně nestojím o falešný soucit.“ (R4)

Kategorie č. 3 – Vztahy

Vlastnosti:	Dimenze:
Omezení kontaktu s přáteli	Citelné
Partner	Stěžejní
Nápor na rodinu	Obrovský
Děti	Motivující

Otázka osobních vztahů je jedna z nejdůležitějších a také nejožehavějších. Všichni respondenti bez výjimky se shodli na tom, že jejich vztahy doznaly změn a to zejména vztahy přátelské. V otázce přátelství a kamarádství vnímám z interview největší vzájemnou shodu. Současně největší pomoc a podporu vnímám ze strany životního partnera.

Subkategorie č. 3.1 – Životní partner

Od partnera, s nímž sdílíme společnou domácnost a žijeme s ním společný život, očekáváme, že nám v těžké situaci bude největší morální a fyzickou oporou. Každý z nás, kdo se někdy ocitl v přímém ohrožení života, měl možnost poznat, že partnerské vztahy prověří nemoc opravdu do hloubky. Tři respondenti ze čtyř udávají, že partner je pro ně základní opěrný bod při zvládnání nemoci.

„Kdysi hrozně dávno, ještě před svatbou, jsem se manžela zeptala, jestli by mě opustil, kdybych zůstala upoutaná na invalidní vozík, nebo přišla o nohu. Odpověděl z fleku, že ne. Můj manžel není moc zvyklý projevovat nějaké emoce, ale je zvyklý zastat každou práci. Když mi nebylo dobře, tak bez řečí uvařil, nakoupil, vypral. Dokonce mi v ruce pral jemné prádlo. Jenomže já jsem potřebovala obejmout, utěšit, povzbudit, potřebovala jsem, aby mi říkal, že to bude dobré, že se nemusím ničeho bát, že to zvládneme. Potřebovala jsem se vypovídat, sdílet to s ním. Potřebovala jsem vědět, že na to nejsem sama. Musím říct, že dodnes se to pořád učí, ale jsem vděčná, že ho mám, a že tolik snaží. Už vím, že to tehdy myslel upřímně. Nemáme děti a já je už nikdy mít nebudu. Teď to neřešíme, manžel tvrdí, že to není problém. Ale třeba za pár let změni názor.“ (R4)

„Manželka je ohromně statečná ženská, žádná hysterka, ani citlivka. Velice mě povzbuzuje, pomáhá mi a je mi obrovskou oporou. Měli jsme dobré manželství, ale teď

jsme ještě víc semknutí. Stará se o mě úžasným způsobem, někdy mám výčitky, že jsem jako její druhé dítě. Ale hlavně věří a pořád mi opakuje, že to dobře dopadne a tím mi dává pocit naděje a víry, že to zvládnou.“ (R2)

„On vždycky trávil většinu dne v práci. Nikdy jsme nebyli nerozlučný tým. Strach určitě má, ale když jsem byla týden po operaci, tak odjel s kamarády na hory, protože to měli zaplacené. To mě tehdy pěkně vykojilo. Utvrdila jsem se v tom, že žijeme tak trochu vedle sebe, než spolu. Zásadní změny nevnímám.“ (R3)

„Manžel je od začátku velmi optimistický. Hrozně mě motivoval, povzbuzoval. Vlastně to dělá stále, jen už oba víme, že není důvod k optimismu. Jsem na něm do značné míry závislá. Nikdy si na nic nestěžuje. Je to nejstatečnější mužský, jakého znám. Hrozně si ho vážím a obdivuju ho. A je mi ho hrozně líto. Musel se naučit postarat o celou domácnost, o děti, o mého tátu. V noci se stará o mě, když je mi zle, někdy se mnou nespí celou noc a ráno musí vypravit děti a jde do práce. Odpoledne mu začíná druhá směna doma. Nechápu, jak to zvládá. Tohle si nikdo nezaslouží.“ (R1)

„Bojím se řídit, takže jsem odkázaná na manžela.“ (R1)

Subkategorie č. 3.2 – Přátelé a kamarádi aneb jak se to protřeše

„Přítel je ten, který přichází, když celý svět odešel.“

Marden Orison Swett

Postoj kamarádů a přátel je v podání respondentů podobný. Někteří se s nimi po čase přestali stýkat úplně, někteří omezili kontakty na minimum. Zůstalo jen několik skutečných přátel. Ze všech čtyř interview tato oblast vztahů vyznívá nejvíce negativně a každý respondent se s tím vyrovnává odlišně. Společným prvkem by mohl být názor, že problémy druhých jsou z dlouhodobého hlediska spíše na obtíž.

„Na začátku se všichni bojí s tebou o tom mluvit. Takové podivné tabu. Rakovina je jak zaříkadlo. O rakovině se nemluví. Nechápu proč, vždyť to může potkat každého. Čím hůř ti je a čím hůř vypadáš, tím méně kamarádů zbývá. Dnes je „in“ být úspěšný a šťastný. A já jsem nemocná, takže nejsem „in“. Nechtějí slyšet moje starosti a nechtějí se tím nechat zatěžovat. Myslím si, že dnes lidí obtěžují starosti druhých. Každý má svoje problémy.

V mých vztazích proběhla obrovská čistka. Zůstalo skutečně pár dobrých přátel, kteří mi pomáhají, povzbuzují a naslouchají. Těžká nemoc neskutečně prověří stabilitu všech vztahů a charakter lidí. Nerada o tom mluvím, protože jsem se v mnohých lidech hrozně zklamala.“ (R1)

„Když je člověk zdravý, má pocit, že má spoustu kamarádů. Ale rakovina ti to pořádně protřídí. Takové síto, jak ve šterkovně. Pořád se to třese a nakonec ti zbude pár nejlepších kamarádů, pár skutečných přátel, kteří tě chtějí vyslechnout, povzbudit a tvoje nemoc je neobtěžuje. Nebo taky ani jeden. Mám kamaráda z dětství. Popovídáme, probereme chlapské věci. Děláme si plány, jak pojedeme na motorce do Norska na ryby. Když si něco naplánuješ, tak to přeci musíš splnit.“ (R2)

„Taková hnusná nemoc ti ukáže, kdo je a kdo není kamarád. Některé lidi jsem od vánoc neviděla, třeba nemají chuť poslouchat moje problémy. Ale taky dobře, aspoň nebudu brečet na rameno někomu, koho to obtěžuje. A na druhou stranu, nemůžeš nikoho nutit, aby ti byl vrbou a chodil poslouchat tvoje trable, když má sám svých problémů nad hlavu.“ (R3)

„Mám jen dvě důvěrné kamarádky, které jsou mi oporou, ale taky jen do určité míry. Nemůžeš po druhých chtít, aby tady byli pořád pro tebe, aby tě pořád poslouchali. Na začátku ti každý pomůže a vyslechne tě docela ochotně, po roce už je tvoje starosti a nářky můžou udusit. Vztahy se nezměnily. Přátelé jsou stále přátelé, kamarádi prořídli, ale pořád jsou to jenom kamarádi. Já jsem od nikoho nic nečekala.“ (R4)

„A taky jsem nečekala, že většina přátel nás přestane navštěvovat a telefonovat.“ (R1)

Subkategorie č. 3.3 – Děti jako motivace

V interview se v souvislosti s rodinou (kromě partnera) objevila zmínka především o dětech. V kontextu nemoci se vlastní děti jeví především jako velmi silný motivační prvek. Z jednoho interview je patrné, že v případě, kdy vážně onemocní v rodině maminka, může mít tato zátěž velký dopad i na děti, zejména, je-li diagnóza infaustní. (R1)

„Dcera má 12 let. Řekli jsme jí, že jsem nemocný, ale do hloubky to s ní neprobíráme. Bere to optimisticky, její plány do budoucnosti a veselá povaha mi moc pomáhají bojovat. Taky chci, aby viděla, že její táta není nějaká bačkora.“ (R2)

„Mám strach, aby holky nepřišly o mámu, aby moje máma nepřišla o jedinou dceru, prostě mám hlavu jak pytel plný čočky.“ (R3)

„Děti jsou malé. Učím sedmiletou holčičku pečovat o tříletá dvojčátka, o domácnost, pomáhat. Moje nemoc jí vzala dětství. Musela předčasně dospět. Koupe malé, obléká je, hraje si s nimi. Děti od začátku ví, že jsem nemocná, že některé věci nemůžu dělat, a že mě často bolí břicho. Jsou moc hodné. Snažím se jim pořád říkat, jak moc je miluju a jak pro mě znamenají nejvíc na světě, aby to věděly, až tady nebudu. Nejvíc se bojím, že dvojčátka si mě nebudou ani pamatovat. Že mě budou znát jenom z fotek.“ (R1)

Kategorie č. 4 – Práce je důležitá

Vlastnosti:

Potřeba pracovat

Práce

Zdroj financí

Dimenze:

Výrazná

Důležitá

Potřebný

U všech respondentů shodně převažuje pozitivní vztah k práci a nemožnost dočasně chodit do zaměstnání všichni vnímají jako tíživou. Ačkoliv pouze dva respondenti v současné době pracují bez omezení (R4) a (R3) a jeden jen částečně (R2), potřeba mít nějakou pracovní aktivitu je všem společná všem bez výjimky. Zároveň je patrný vliv nemoci na ekonomickou situaci rodiny a to především ve fázi, kdy nemocný nemůže dočasně pracovat.

„Po zdravotní stránce mám velká omezení, i když teď po léčbě se to lepší, ale pořád nemůžu chodit do práce a cítíme výrazný ekonomický propad. Myslel jsem si, že budu normálně pracovat, ale nejde to. Některé dny to prostě nejde. Samozřejmě se snažím dělat z domova, ale ten objem je menší. Naštěstí manželka má skvělou práci a máme nějaké úspory. Vůbec nechápu lidi, kteří dobrovolně nechtějí pracovat. Mne to ubíjí.“ (R2)

„Chybí mi práce, kterou jsem si vysnila a tolik milovala a nemůžu se do ní vrátit. Život mezi dětmi byl můj náboj, práce mě dobíjela a taky nám teď chybí peníze.“ (R1)

„Nesmím přestat pracovat, protože jinak se zblázním. Práce mě nutí se ráno namalovat, učesat, obléknout. Mezi lidmi přijdu na jiné myšlenky, protože zavřená doma bych se zbláznila.“ (R3)

„A jsem ráda, že už konečně můžu chodit do práce a být celý den mezi lidmi. Doma to bylo dlouhé a být bez normální výplaty je taky na nic. Chvilku to člověka fakt baví, ale dlouho bych doma být nechtěla.“ (R4)

Kategorie č. 5 – Kvalita života

Vlastnosti:

Dopad na život

Změny

Problémy

Prožitek

Dimenze:

Nezpochybnitelný

Zásadní

Individuální

Silný

Je-li měřítkem kvality života určitý poměr spokojenosti se stavem fyzickým, psychickým a sociálním, pak můžeme přepokládat, že u onkologicky nemocných je minimálně jedna, nejčastěji však všechny složky alespoň částečně zasaženy. Kvalita života tedy v kontextu předchozích kategorií vyznívá jako přirozený výsledek posloupnosti jednotlivých složek, které v celku ovlivňují subjektivní vnímání kvality vlastního života. Jako důsledek nemoci se pak mohou objevovat psychosomatické potíže, jako jsou bolesti hlavy, porucha spánku, zažívací obtíže a úzkost.

Subkategorie č. 5.1 – Subjektivní pocity a názory na současný život

Vnímání změn je velmi subjektivní a u všech respondentů zcela odlišné. Někdo vnímá nejsilněji změny v oblasti sociální, někdo nejsilněji vnímá změny fyzické a psychické. V každém rozhovoru je však na první pohled patrné, že ani jeden z respondentů nežije identický život, jaký žil před onemocněním a dopady na kvalitu života jsou u všech nezpochybnitelné. Nelze však jednoznačně stanovit, že kvalita života je buď špatná, nebo

dobrá. Oscilace k jedné či druhé straně je závislá na mnoha faktorech, jakým třeba může být i prostá nálada respondenta v den výzkumu.

„V mém případě diagnóza znamená, že nebudu mít nikdy možnost porodit vlastní dítě. To ovlivní nejen mě, ale i moje manželství, moje rodiče, celý můj život.“ (R4)

„Špatně spávám, nemám ani chuť k jídlu, pořád mám sevřený žaludek, někdy do sebe sotva dostanu teplý čaj a trochu polévky. Jsem dost unavená, protože špatně spím. A pořád mě bolí hlava. Vždycky jsem mívala migrény, ale teď mě bolí hlava skoro každý den. Asi ze stresu. Takže stojí to za starou bačkoru, ale snáším to čím dál líp.“ (R3)

„Rakovina ti otočí život o 180° a pokud někdo řekne, že ne, tak lže sám sobě. Nic není stejné. Nic. Pominu-li zdravotní stránku a s tím související omezení, tak se ti změní od základu celý svět.“ (R1)

„Už bylo i líp, ale pořád ještě může být hůř. Mohla jsem umřít, mohla jsem přijít o nohu, o ruku, oslepnout. Já jenom nemůžu mít děti a s tím se asi žít dá. To dokáže vyřešit třeba adopce. Nohu nebo oči ti nikdo nevrátí. Takže stojí to dočasně za houby, ale nestěžuju si. Aspoň jsem konečně zhubla těch přebytečných 10 kg (smích).“ (R4)

„Moje budoucnost se omezila akorát na to, abych se ráno probudila, abych pomazlila děti, abych se dokázala sama obléknout, umýt, uvařit čaj a dojít si na záchod. Moje budoucnost je naprosto krátkozraká. Žiju vždycky konkrétní den. Ale pořád mám tajná přání, co bych ještě chtěla prožít.“ (R1)

„No rozhodně je to horší, než to bylo dřív, ale musím být upřímný, mohlo by být mnohem hůř. Jak se lepší můj stav, lepší se i ten pohled na věc. Já myslím, že v porovnání se spoustou jiných lidí je to vlastně docela dobré. Nikdy to ale nebude jako dřív. Vždycky už bude „před nemocí“ a „po nemoci“. Snažím se být optimista. Lékaři optimističtí jsou, takže se přestávám pomalu bát smrti a začíná mě zase bavit život.“ (R2)

„Jsem věřící, takže věřím, že to zvládnou.“ (R3)

„Nejvíc tě zaskočí, když v určité fázi přestaneš zvládat dosud samozřejmé věci. Třeba udělat velký nákup, protože jsi unavená a dělá se ti v marketu špatně. Nebo nemůžeš být s dětmi při sportu, nezvládneš velký úklid.“ (R1)

5 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním cílem bakalářské práce bylo pomocí kvantitativního a kvalitativního výzkumu zjistit, jak vnímají a hodnotí kvalitu života pacienti, kteří jsou v procesu léčby onkologického onemocnění. Vyhodnocení výzkumu jsem provedla na základě výše uvedeného postupu zpracování dat. Na výzkumném kvantitativním šetření se podílelo celkem 110 respondentů Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín a 4 respondenti se podíleli formou interview na kvalitativním výzkumu.

K měření kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF jsem spočítala průměrné hrubé skóry jednotlivých domén, které jsou standardizovanými průměrnými hodnotami položek příslušnými ke každé doméně. Vzorce k výpočtu jednotlivých hrubých skóru, které byly zpracovány v programu Microsoft Excel 2010, jsou uvedeny v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO. Pro první doménu „fyzické zdraví“ se tento průměrný hrubý skór počítá ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18) podle vzorce $=\text{PRŮMĚR}(6-C1);(6-D1);J1;O2;P1;Q1;R1)*4$. Druhá doména „prožívání“ je průměrným hrubým skórem ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19, q26), k výpočtu slouží vzorec $=\text{PRŮMĚR}(E1;F1;G1;K1;S1;(6-Z1))*4$. Doména „sociální vztahy“ představuje průměrnou hodnotu tří položek (q20, q21, q22), výsledek domény získám výpočtem podle vzorce $=\text{PRŮMĚR}(T1;U1;V1)*4$. Doména „prostředí“ je průměrný hrubý skór vypočten z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25), výpočet jsem získala vzorcem $=\text{PRŮMĚR}(H1;I1;L1;M1;N1;W1;X1;Y1)*4$. Následně jsem vypočítala hrubé skóry dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života (Q1) a zdraví (Q2). Rozpětí hrubých skóru jednotlivých domén se pohybují od minima 4 do maxima 20. Přičemž platí, že čím vyšší hodnotu získáme, tím lepší je kvalita života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Tabulka 31 Výsledky hrubých skóru domén

Domény	Výsledky hrubých skóru
Q1 - celková kvalita života	3,58
Q2 - zdravotní stav	3,04
doména 1 - fyzické zdraví	13,76
doména 2 - prožívání	13,92
doména 3 - sociální stavy	14,33
doména 4 - prostředí	13,86

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumná otázka: Jak respondenti hodnotí kvalitu svého života?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku mi poskytla dotazníková položka č. 1 (Q1) „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ Výsledný průměr 3,68 vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že kvalita jejich života není „ani špatná, ani dobrá“. Výsledná hodnota 3,68 se však přibližuje spíše k hodnocení „dobrá“, dalo by se tedy možná říct, že se jedná o „lepší průměr“, neboť hodnota se kloní k výsledku na straně pozitivního škálování. V tomto případě však nelze jednoznačně stanovit, že kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby je dobrá, nebo špatná.

Dílčí výzkumné otázky**1. Jak respondenti hodnotí oblast fyzického zdraví?**

Odpověď na tuto otázku mi poskytla samostatná položka č. 2 (Q2) „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ a položky náležející k doméně „fyzické zdraví“ (DOM1), do níž spadají otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. V této doméně respondenti odpovídali na otázky vztahující se například k vnímání bolesti, potřebě lékařské péče, schopnosti pohybovat se nebo pracovat.

Výsledný průměr položky Q2 činí 3,04 a vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že jsou s kvalitou svého zdraví „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“.

Výsledný průměr položek z domény DOM1 „fyzické zdraví“ činí 13,76, což vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že fyzické zdraví hodnotí jako velmi lehce nadprůměrné, tedy ohodnotili je nejčastěji odpovědí „středně“.

2. Jak jsou respondenti spokojeni s některými oblastmi každodenního života?

Odpověď na tuto otázku mi poskytly položky z domény DOM2 „prožívání“ do níž spadají otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. V této doméně respondenti odpovídali na otázky vztahující se například k hodnocení smyslu života, schopnosti soustředit se, akceptace tělesného vzhledu nebo prožívání negativních pocitů.

Výsledný průměr položek z domény DOM2 činí 13,92, což vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že spokojenost a prožívání hodnotí jako velmi lehce

nadprůměrné, tedy ohodnotili jej nejčastěji odpovědí „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ nebo „středně“.

3. Jak jsou respondenti spokojeni se sociálními vztahy?

Odpověď na tuto otázku mi poskytly položky z domény DOM3 „sociální vztahy“ do níž spadají otázky č. 20, 21 a 22. V této doméně respondenti odpovídali na otázky vztahující se k spokojenosti s osobními vztahy, sexualitou a podporou svých přátel.

Výsledný průměr položek z domény DOM3 činí 14,33, což vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že sociální vztahy hodnotí jako velmi lehce nadprůměrné, tedy ohodnotili je nejčastěji odpovědí „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“.

4. Jak respondenti vnímají vliv prostředí?

Odpověď na tuto otázku mi poskytly položky z domény DOM4 „prostředí“ do níž spadají otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. V této doméně respondenti odpovídali na otázky vztahující se například ke spokojenosti s přístupem k informacím, finanční situaci, zálibám nebo dostupnosti zdravotní péče.

Výsledný průměr položek z domény DOM4 činí 13,86, což vypovídá o tom, že onkologičtí pacienti nejčastěji uváděli odpověď, že prostředí hodnotí jako velmi lehce nadprůměrné, tedy ohodnotili je nejčastěji odpovědí „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ nebo „středně“.

Obecně lze tedy říct, že ze všech výzkumných otázek a hodnocených domén je nejlépe hodnocenou částí výzkumu oblast sociálních vztahů, kde průměrný skóre odpovědí dosáhl hodnoty 14,33. Naopak nejzáporněji hodnocenou částí je oblast fyzického zdraví, kde průměrný skóre odpovědí dosáhl hodnoty 13,76.

Na závěr lze říct, že získané výsledky se vyznačují pozoruhodnou vyrovnaností ve všech sledovaných doménách.

Hypotézy

Na základě stanovení cílů výzkumu jsem stanovila dvě hypotézy:

H1: Předpokládám, že ženy ze zkoumaného vzorku budou hodnotit kvalitu svého života lépe, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

H2: Předpokládám, že ženy ze zkoumaného vzorku budou hodnotit spokojenost s fyzickým zdravím hůř, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

Hypotézy jsou vyhodnoceny pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu. U testu významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány pomocí dotazníků, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají nulové hypotéze. Pro výpočet chí-kvadrátu jsem použila čtyřpolní kontingenční tabulku se dvěma řádky a dvěma sloupci.

a	b	a + b
c	d	c + d
a + c	b + d	n

Význam písmen ve vzorci je patrný ze schématu čtyřpolní tabulky. Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti, vypočítanou hodnotu χ^2 proto srovnáváme s kritickou hodnotou pro 1 stupeň volnosti a zvolenou hladinu významnosti (0,01).

$$\chi^2 = n * \frac{(ad-bc)}{(a+b)*(a+c)*(b+d)*(c+d)}$$

Hypotéza č. 1

H₀: Ženy a muži ze zkoumaného vzorku budou hodnotit kvalitu svého života stejně.

H_A: Ženy a muži ze zkoumaného vzorku budou hodnotit kvalitu svého života rozdílně.

Chí-kvadrát

	Dobrá	Špatná	
Ženy	39	10	49
Muži	30	2	32
	69	12	81

$$\chi^2 = n * \frac{(ad - bc)^2}{(a + b) * (a + c) * (b + d) * (c + d)}$$

$$\chi^2 = 81 * \frac{(39*2 - 30*10)^2}{(39+10)*(39+30)*(10+2)*(30+2)} = 81 * \frac{49284}{1298304} = 3,24$$

Při 1. stupni volnosti a hladině významnosti 0,01 = 6,635 > 3,24

Zjišťuji, že vypočítaná hodnota χ^2 je menší, než hodnota kritická, proto byla přijata nulová hypotéza, tedy hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2

H_0 : Ženy a muži ze zkoumaného vzorku budou hodnotit spokojenost s fyzickým zdravím stejně.

H_A : Ženy ze zkoumaného vzorku budou hodnotit spokojenost s fyzickým zdravím hůř, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

Chí-kvadrát

	Spokojen/a	Nespokojen/a	
Ženy	22	20	42
Muži	16	11	27
	38	31	69

$$x^2 = n * \frac{(ad - bc)^2}{(a + b) * (a + c) * (b + d) * (c + d)}$$

$$x^2 = 69 * \frac{(22*11-20*16)^2}{(22+20)*(22+16)*(20+11)*(16+11)} = 69 * \frac{6084}{1335852} = 0,314$$

Při 1. stupni volnosti a hladině významnosti 0,01 = 6,635 > 0,314

Zjišťuji, že vypočítaná hodnota x^2 je menší, než hodnota kritická, proto byla přijata nulová hypotéza, tedy hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

5.1 Doporučení pro praxi

Tato práce má především popisný charakter, avšak výsledky výzkumu mohou přispět k pochopení pocitů a potřeb onkologických pacientů partnerem, rodinou a širším sociálním společenstvím, ale mohou být nápomocny i odborným zdravotnickým pracovníkům, kteří s těmito pacienty přicházejí do každodenního kontaktu a jejichž odborná péče a profesionální přístup jim pomáhají zvládat onkologické onemocnění a dávají jim naději na uzdravení. Rovněž může být prospěšná klinickým psychologům, kteří s nemocnými spolupracují a poskytují jim psychoterapii před, v průběhu a po onkologické léčbě, koordinují léčebné postupy s lékaři, sestrami a jsou prostředníkem mezi pacientem a jeho rodinou. V neposlední řadě mohou sloužit sociálním pracovníkům, kteří onkologicky nemocným pomáhají zvládat různé sociální těžkosti v průběhu léčby, jako je například ztráta zaměstnání.

Výsledky výzkumu budou po obhajobě bakalářské práce předány primáři Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín MUDr. Milanu Kohoutkovi a klinické psychologce centra PhDr. et Mgr. Janě Poláškové.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na téma „Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby“ bylo zmapovat situaci, jak se pacienti vyrovnávají se závažným onemocněním a jak vnímají a hodnotí kvalitu svého života během náročné léčby. V teoretické části jsem za pomoci odborné literatury vymezila pojem kvality života a zaměřila se na popis některých sociálních aspektů onkologického onemocnění. Nedílnou součástí bakalářské práce bylo uskutečnění smíšeného výzkumného šetření, jehož cílem bylo, na základě kvantitativního a kvalitativního výzkumu, získat informace o tom, jak onkologičtí pacienti v procesu léčby vnímají kvalitu svého života. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL- BREF a kvalitativní výzkum vznikl ze čtyř interview s onkologickými pacienty. Myslím, že na tomto místě mohu konstatovat, že všechny vytyčené cíle bakalářské práce byly splněny.

Smyslem této práce bylo nejen probudit zájem o kvalitu života onkologicky nemocných pacientů, ale přispět zjištěnými výsledky k rozšíření poznatků o jejich subjektivním vnímání různých oblastí každodenního života, případně přinést informace, které by bylo možné využít přímo v praxi.

Jak již bylo naznačeno, kvalita života v sobě ukrývá informace o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. To jak se cítíme ve svém vlastním těle, v kruhu rodiny, ve společnosti přátel nebo v zaměstnání, zda jsme v dobré nebo špatné psychické pohodě, zda nemáme žádné bolesti a dokážeme se o sebe sami postarat, má celkový vliv na to, jak hodnotíme kvalitu svého života.

Výsledná zjištění z dotazníkového šetření se vztahují výhradně na onkologické pacienty Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně a nelze je proto žádným způsobem zobecňovat.

Mým návrhem pro další práci by mohlo být posouzení kvality života onkologických pacientů v průběhu léčby a následně jejich srovnání u totožné skupiny respondentů po uplynutí určitého časového úseku do chvíle, kdy respondenti budou již zcela mimo léčebný režim a budou se řadit ke zdravé populaci, případně posouzení aspektů kvality života onkologických pacientů v průběhu léčby a jejich porovnání s hodnocením kvality života u zcela zdravé populace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Jiří VORLÍČEK a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.
- [2] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [3] BAUMAN, Zigmunt, 1999. *Individualizovaná společnost*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-1195-X.
- [4] DIENSTBIER, Zdeněk, 2003. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha: Grada. ISBN 80-7169-303-0.
- [5] DIENSTBIER, Zdeněk, 2002. *Kvalita života onkologických pacientů*. Praha: Regena. Ročník 12, číslo 11. ISBN 1212-2289.
- [6] DISMAN, Miroslav, 1999. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024601397.
- [7] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
- [8] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [9] GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-305-9.
- [10] GRUMANOVÁ, Jessie, 2008. *První dny s vážnou diagnózou*. Praha: Euromedia Group. ISBN 978-80-249-1164-9.
- [11] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303.
- [12] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [13] HENDL, Jan, 2009. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [14] HEYWOOD, Andrew, 2008. *Politologie*. Praha: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-115-1.

- [15] HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO, 2005. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praktický lékař, roč. 85, č. 11. ISSN 0032-6739.
- [16] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1369-1.
- [17] INGELHART, Ronald, 1977. *The Silent Revolution, Changing Values and Political Styles among Western Publics*. Princeton: Princeton University Press.
- [18] KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- [19] KONEČNÁ, Dagmar, Blanka GAJOVÁ a Jindřich MACHÁČEK, 2002. *Následná péče o onkologicky nemocné ženy. Onkologická péče*. ISSN 1214-5602. Ročník 6, č. 1.
- [20] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2003. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.
- [21] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [22] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [23] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death and Dying*. Routledge. Velká Británie: Taylor & Francis Ltd. ISBN 0-415-04015-9.
- [24] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA. ISBN 80-247-1362-4.
- [25] MLČÁK, Zdeněk, 2004. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. ISBN 80-7368-035-1.
- [26] PAYNE, Jan a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- [27] RAPLEY, Mark, 2003. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. United Kingdom: Sage Publications Ltd. ISBN 9780761954576.
- [28] VAĐUROVÁ, Helena, 2006. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-60-8.

-
- [29] VODRÁŽKA, Pavel, 2003. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-264-1.
- [30] VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

INTERNETOVÉ ODKAZY

- [1] BERTOLINO, Mariela. *Promoting quality near the end of life in Argentina: An interview with Mariela Bertolino* [online] ©2000 [cit. 2012-04-05]. Dostupné z: <http://www.edc.org/lastacts>.
- [2] Česká onkologická společnost ČLS JEP: *Informace pro pacienty a jejich blízké* [online] ©2011 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/>.
- [3] KEBZA, Vladimír. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze* [online] ©2012 [cit. 2012-04-14] Dostupný z: <<http://portal.lfl.cuni.cz/clanek-764-socialni-opora-jako-vyznamny-protektivni-faktor>>. ISSN 1803-6619.
- [4] *Komplexní onkologické centrum: Podpůrná symptomatická léčba* [online] ©2011 [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <http://www.koc.cz/>.
- [5] *Léčba-rakoviny.cz: Informace pro pacienty* [online] ©2012 [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.lecba-rakoviny.cz/>
- [6] *University Toronto, The quality of life model, Canada* [online] ©2012 [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.
- [7] ZACHAROVÁ, Eva. Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta. *Sestra* [online] ©2011 [cit. 2012-03-31]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KOC	Komplexní onkologické centrum.
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
QoL	Quality of Life
WHO	World Health Organization
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ČR	Česká republika
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Věk respondentů.....	43
Graf 2	Charakter obývané lokality	44
Graf 3	Hodnocení kvality života	45
Graf 4	Hodnocení fyzického zdraví.....	46
Graf 5	Hodnocení bolesti a nepříjemných pocitů.....	48
Graf 6	Hodnocení závislosti na lékařské péči	50
Graf 7	Hodnocení potěšení ze života.....	51
Graf 8	Hodnocení smyslu života	52
Graf 9	Hodnocení schopnosti se soustředit	54
Graf 10	Hodnocení pocitu bezpečí	55
Graf 11	Hodnocení životního prostředí.....	56
Graf 12	Hodnocení únavy a energie	58
Graf 13	Hodnocení přijetí tělesného vzhledu	59
Graf 14	Hodnocení finanční situace	60
Graf 15	Hodnocení přístupu k informacím.....	62
Graf 16	Hodnocení možnosti věnovat se zálibám.....	63
Graf 17	Hodnocení pohyblivosti	64
Graf 18	Hodnocení kvality spánku.....	66
Graf 19	Hodnocení schopnosti vykonávat každodenní činnosti	67
Graf 20	Hodnocení pracovní výkonnosti.....	68
Graf 21	Hodnocení spokojenosti sám se sebou	70
Graf 22	Hodnocení osobních vztahů	71
Graf 23	Hodnocení spokojenosti se sexuálním životem	72
Graf 24	Hodnocení podpory přátel.....	74
Graf 25	Hodnocení prostředí v místě bydliště.....	75
Graf 26	Hodnocení dostupnosti zdravotní péče	76
Graf 27	Hodnocení spokojenosti s dopravou	78
Graf 28	Hodnocení negativních pocitů.....	79

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Přehled domén a položek WHOQOL-BREF	36
Tabulka 2	Věk respondentů	43
Tabulka 3	Charakter obývané lokality	44
Tabulka 4	Hodnocení kvality života	45
Tabulka 5	Hodnocení fyzického zdraví	46
Tabulka 6	Popisná statistika výzkumu – otázka č. 1 a otázka č. 2	48
Tabulka 7	Hodnocení bolesti a nepříjemných pocitů	48
Tabulka 8	Hodnocení závislosti na lékařské péči	50
Tabulka 9	Hodnocení potěšení ze života	51
Tabulka 10	Hodnocení smyslu života	52
Tabulka 11	Hodnocení schopnosti se soustředit	54
Tabulka 12	Hodnocení pocitu bezpečí	55
Tabulka 13	Hodnocení životního prostředí	56
Tabulka 14	Hodnocení únavy a energie	58
Tabulka 15	Hodnocení přijetí tělesného vzhledu	59
Tabulka 16	Hodnocení finanční situace	60
Tabulka 17	Hodnocení přístupu k informacím	62
Tabulka 18	Hodnocení možnosti věnovat se zálibám	63
Tabulka 19	Hodnocení pohyblivosti	64
Tabulka 20	Hodnocení kvality spánku	66
Tabulka 21	Hodnocení schopnosti vykonávat každodenní činnosti	67
Tabulka 22	Hodnocení pracovní výkonnosti	68
Tabulka 23	Hodnocení spokojenosti sám se sebou	70
Tabulka 24	Hodnocení osobních vztahů	71
Tabulka 25	Hodnocení spokojenosti se sexuálním životem	72
Tabulka 26	Hodnocení podpory přátel	74
Tabulka 27	Hodnocení prostředí v místě bydliště	75
Tabulka 28	Hodnocení dostupnosti zdravotní péče	76
Tabulka 29	Hodnocení spokojenosti s dopravou	78
Tabulka 30	Hodnocení negativních pocitů	79
Tabulka 31	Výsledky hrubých skóre domén	90

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF

PŘÍLOHA P 2: Rozhovor R2

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK WHOQOL-BREF

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

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

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR R2

Muž, 44 let, ženatý, 1 dítě, VŠ vzdělání, strojní konstruktér

1. Jaké životní změny v současnosti vnímáš nejvíc v souvislosti s onemocněním?

Všechno se změnilo. Rakovina ti ovlivní život po všech stránkách. Vlastně i celé rodině. Po zdravotní stránce mám velká omezení, i když teď po léčbě se to lepší, ale pořád nemůžu chodit do práce a cítíme výrazný ekonomický propad. Myslel jsem si, že budu normálně pracovat, ale nejde to. Některé dny to prostě nejde. Samozřejmě se snažím dělat z domova, ale ten objem je menší. Naštěstí manželka má skvělou práci a máme nějaké úspory. Vůbec nechápu lidi, kteří dobrovolně nechtějí pracovat. Mne to ubíjí.

2. Jak aktuálně hodnotíš svůj vztah s manželkou? Vnímáš ve vztahu změny?

Manželka je ohromně statečná ženská, žádná hysterka, ani citlivka. Velice mě povzbuzuje, pomáhá mi a je mi obrovskou oporou. Měli jsme dobré manželství, ale teď jsme ještě víc semknutí. Stará se o mě úžasným způsobem, někdy mám výčitky, že jsem jako její druhé dítě. Ale hlavně věří a pořád mi opakuje, že to dobře dopadne a tím mi dává pocit naděje a víry, že to zvládnou.

3. Jak hodnotíš vztahy s kamarády, přáteli? Změnily se tyto vztahy v souvislosti s onemocněním?

Když je člověk zdravý, má pocit, že má spoustu kamarádů. Ale rakovina ti to pořádně protřídí. Takové síto, jak ve šterkovně. Pořád se to třese a nakonec ti zbude pár nejlepších kamarádů, pár skutečných přátel, kteří tě chtějí vyslechnout, povzbudit a tvoje nemoc je neobtěžuje. Nebo taky ani jeden. Mám kamaráda z dětství. Popovídáme, probereme chlapské věci. Děláme si plány, jak pojedeme na motorce do Norska na ryby. Když si něco naplánuješ, tak to přeci musíš splnit (smích).

4. Jaká pomoc je pro Tebe momentálně nejdůležitější?

Nevím. Asi aby mě nikdo nelitoval a nedával mi falešnou naději. Nesnáším, když mě někdo lituje. Je to zvláštní, ale nemám potřebu o tom s lidmi mluvit. Je pro mě lepší předstírat, že mám něco jako rýmu. Možná to zní divně, ale pomáhá mi vědět o jiných nemocných, protože aspoň vidím, že někteří jsou na tom ještě mnohem hůř. Dcera má 12 let. Řekli jsme jí, že jsem nemocný, ale do hloubky to s ní neprobíráme. Bere to optimisticky, její plány do budoucnosti a veselá povaha mi moc pomáhají bojovat. Taky chci, aby viděla, že její táta není nějaká bačkora.

5. Potřebuješ (využíváš) v současné situaci pomoc psychologa, psychiatra?

Ne, ačkoliv na začátku to bylo hrozné a možná jsem tu pomoc měl opravdu přijmout. Ale když vidíš, že léčba zabírá a lékaři se tváří optimisticky, začneš se cítit psychicky nesrovnatelně lépe.

6. Jak momentálně hodnotíš kvalitu svého života?

No rozhodně je to horší, než to bylo dřív, ale musím být upřímný, mohlo by být mnohem hůř. Jak se lepší můj stav, lepší se i ten pohled na věc. Já myslím, že v porovnání se spoustou jiných lidí je to vlastně docela dobré. Nikdy to ale nebude jako dřív. Vždycky už bude „před nemocí“ a „po nemoci“. Snažím se být optimista. Lékaři optimističtí jsou, takže se přestávám pomalu bát smrti a začíná mě zase bavit život. Musím bojovat, mám přeci ty plány.