

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

ZMYSEL A ZMYSLUPLNOST  
V KONTEXTE EXISTENCIÁLNEJ  
ANALÝZY U PACIENTOV  
S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM  
MEANING AND MEANINGFULNESS IN THE CONTEXT  
OF EXISTENTIAL ANALYSIS IN CANCER PATIENTS



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Ing. Iveta Pivarčiová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2021

## Podakovanie

Na tomto mieste by som chcela poďakovať predovšetkým MUDr. PhDr. Miroslavovi Orlovi Ph.D. za odborné vedenie, rady, pripomienky, empatický prístup a podporu pri písaní bakalárskej práce.

Zároveň moja vďaka patrí respondentkám za ich účasť na výskume.

### Prehlásenie

Čestne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: Zmysel a zmyslupnosť v kontexte existenciálnej analýzy u pacientov s onkologickým ochorením vypracovala samostatne, pod odborným dohľadom vedúceho bakalárskej diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa .....

Podpis .....

## Obsah

Úvod.....	7
<b>Teoretická časť .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Zmysel a zmyslupnosť života pohľadom existenciálnej analýzy .....</b>	<b>9</b>
1.1 Zmysel života v širších súvislostiach .....	9
1.1.1 Podstata zmyslu a zmyslupnosti.....	10
1.1.2 Podstata existenciálnej analýzy .....	11
1.2 Vybrané filozofické súvislosti zmyslu života .....	12
1.3 Existencializmus a fenomenológia na pozadí zmyslu života .....	15
1.4 Prístup V. E. Frankla a hlavné myšlienky k zmyslu existenciálnej analýzy .....	17
1.5 Vybraní nositelia myšlienok V. E. Frankla .....	20
1.5.1 E. Lukasová a jej pojetie zmyslu v logoterapii .....	20
1.5.2 A. Längle a jeho pojetie zmyslu v existenciálnej analýze.....	21
1.5.3 I. D. Yalom a jeho pojetie zmyslu v existenciálnej dynamickej terapii.....	23
<b>2 Onkologické ochorenie pohľadom klinickej medicíny .....</b>	<b>25</b>
2.1 Onkologické ochorenie v súvislostiach života .....	25
2.1.1 Podstata onkologického ochorenia.....	26
2.1.2 Definícia nádoru .....	27
2.2 Vznik onkologického ochorenia.....	28
2.3 Príčiny a rizikové faktory onkologického ochorenia .....	29
2.3.1 Vybrané rizikové faktory onkologického ochorenia .....	29
2.4 Klasifikácia onkologického ochorenia .....	31
2.5 Diagnostika a vyšetrovacie metódy onkologického ochorenia .....	33
2.6 Možnosti liečby onkologického ochorenia.....	34
2.6.1 Liečebné ciele a metódy onkologického ochorenia .....	35
2.7 Prevencia a skríning onkologického ochorenia.....	37
<b>3 Onkologické ochorenie pohľadom klinickej psychológie .....</b>	<b>40</b>
3.1 Problémy a záťaž onkologického pacienta.....	40

3.2	Obdobie liečby onkologického pacienta .....	41
3.2.1	Oznámenie o onkologickej diagnóze .....	41
3.2.2	Komunikácia lekára s onkologickým pacientom .....	42
3.2.3	Osobnosť onkologického pacienta .....	43
3.2.4	Psychosociálne aspekty ovplyvňujúce liečbu onkologického pacienta .....	44
3.3	Vybrané psychologické aspekty človeka s onkologickým ochorením.....	45
3.3.1	Najčastejšie emočné reakcie a afektívne poruchy onkologických pacientov..	48
3.4	Obdobie po vyliečení z onkologického ochorenia, obdobie remisie.....	49
	<b>Výskumná časť .....</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>Výskumný problém, cieľ práce a výskumné otázky .....</b>	<b>52</b>
4.1	Výskumný problém a cieľ práce .....	52
4.2	Výskumné otázky .....	52
<b>5</b>	<b>Popis metodologického rámca výskumu .....</b>	<b>54</b>
5.1	Design výskumu .....	54
5.2	Popis výskumného súboru.....	54
5.3	Etické problémy a spôsob ich riešenia .....	57
5.4	Metóda tvorby dát .....	58
5.5	Metóda spracovania dát.....	61
<b>6</b>	<b>Prezentácia výsledkov výskumu .....</b>	<b>65</b>
6.1	Výsledky analýz jednotlivých rozhovorov .....	65
6.1.1	Analýza rozhovoru – Respondentka 1 .....	65
6.1.2	Analýza rozhovoru – Respondentka 2.....	70
6.1.3	Analýza rozhovoru – Respondentka 3.....	77
6.1.4	Analýza rozhovoru – Respondentka 4.....	84
6.1.5	Analýza rozhovoru – Respondentka 5.....	91
6.2	Súhrnné výsledky z analyzovaných rozhovorov .....	96
<b>7</b>	<b>Diskusia .....</b>	<b>101</b>
<b>8</b>	<b>Záver.....</b>	<b>105</b>

<b>9</b>	<b>Súhrn .....</b>	<b>108</b>
	<b>Literatúra .....</b>	<b>110</b>
	<b>Prílohy .....</b>	<b>117</b>

# ÚVOD

Onkologické ochorenie je v súčasnosti označované za civilizačnú chorobu ľudstva, ktorou moderný človek trpí najčastejšie, hneď po kardiovaskulárnych ochoreniach obehového systému. Vzhľadom k nepriaznivým prognózam ďalšieho vývoja je problematika onkologického ochorenia, jeho skúmanie, liečba, prevencia a zisťovanie vplyvu na psychiku človeka, nanajvýš aktuálnou témou.

Dôležitosť Existenciálnej analýzy v ponímaní človeka je v tom, že konkrétnemu jedincovi pomáha v hraničných situáciách hľadať ich zmysel a spôsob ako naplniť život zmysluplnosťou, navzdory nepriaznivým okolnostiam osudu. Tento proces hľadania môže byť psychoterapeuticky facilitovaný, avšak zmysel si musí objaviť človek sám.

Môj záujem o danú problematiku vychádza tiež z vlastnej skúsenosti s dobrovoľníckou činnosťou, ktorá spočívala v sprevádzaní onkologických pacientov na rádiologickom oddelení Národného onkologického ústavu v Bratislave ako aj z lepšieho pochopenia toho, čím prechádza onkologicky chorý človek. Počas dvoch rokov sprevádzania a v bezprostrednej konfrontácii s ťažko chorými ľuďmi, ožívali aj vo mne mnohé otázky, týkajúce sa vlastného bytia.

Bakárska práca pozostáva z teoretickej a praktickej časti. Cieľom teoretickej časti je na základe rešerše literatúry priniesť témy, ktoré sú rozdelené do troch hlavných kapitol. Tie ponúkajú vybrané pohľady na zmysel a zmysluplnosť života z hľadiska existenciálnej analýzy, na onkologické ochorenie z hľadiska klasickej medicíny a prežívanie onkologického ochorenia prostredníctvom klinickej psychológie.

Cieľom praktickej časti je priniesť individuálne žitú skúsenosť pohľadom onkologických pacientov po liečbe s daným ochorením. K tomuto cieľu sú využité metódy kvalitatívneho výskumu.

# TEORETICKÁ ČASŤ



# 1 ZMYSEL A ZMYSLUPLNOSŤ ŽIVOTA POHĽADOM EXISTENCIÁLNEJ ANALÝZY

Predložená bakalárska práca sa zaoberá otázkou prežívaného zmyslu a zmyslupnosti u vybraných onkologických pacientov. Z toho dôvodu považuje autorka za vhodné, venovať tejto téme samostatnú kapitolu.

Cieľom prvej kapitoly je pohľadom existenciálnej analýzy popísať a predstaviť zmysel a zmyslupnosť života vo vybraných filozofických súvislostiach a v myšlienkových tézach jej hlavných osobností.

## 1.1 Zmysel života v širších súvislostiach

Čo je zmyslom ľudského života? Čo znamená žiť zmyslupný život? Čím je naplnený spokojný život? O čo človeku ide?

S variáciami otázok pátrajúcich po zmysle a zmyslupnosti života, sa potýka ľudstvo od nepamäti. Táto téma bola dlho **doménou filozofie a náboženstva**, pričom záujmu vedeckej psychológie spočiatku unikala, pretože ako uvádza Halama (2000) subjektívnosť zmyslu bez metodológie bola na prekážku a nemohla obstáť pred objektívnosťou vedy.

Vo svojej každodennosti sa bežne väčšinou človek nepýta na zmysel života, skôr ho cíti a vníma v podobe kvalitnej alebo **uspokojujúcej existencie**. Zároveň neblahým faktom je, že postmoderná doba, prináša jedincovi čoraz viac hraničných a psychicky vypätých situácií, ktoré obracajú jeho pozornosť ku zmyslu vlastnej existencie a to najmä vtedy, keď chciac nechtiac musí čeliť utrpeniu a nepriaznivému osudu ako aj konečnosti vlastného života (Lukasová, 2006).

Za týchto okolností, ako tvrdí Tavel (2004), je **otázka po zmysle života** nanajvýš provokatívnou otázkou a stavia človeka do filozofickej role. Ak v nej jedinec neobstojí

a nenájde uspokojivú odpoveď, môže upadnúť do bezhraničného priestoru duševného prázdna. Z absencie zmyslu a až bez-zmyselnosti života a sveta vyplývajú nepríjemné pocity, ktoré sa človek pokúša umlčať jedlom, alkoholom alebo v drogami (Frankl, 2019).

Podobne tiež Lukasová (2006) upozorňuje na iluzórnosť myslenia moderného človeka o tom, že všetko sa dá napraviť. Konštatuje, že človeku nechýba odvaha bojovať s nepriazňou osudu, za to mu chýba pokora prijať utrpenie či nezmeniteľný osud a zaujať k nim zmysluplný postoj.

### 1.1.1 Podstata zmyslu a zmyslupnosti

Fenomén zmysluplného žitia ako aj absencia zmyslu patrí výsostne človeku, je jeho osobnou záležitosťou a v kontexte vyššie uvedeného aj predpokladom kvalitného života a duševného zdravia (Frankl, 2011).

Nájsť jednoznačnú odpoveď, tykajúcu sa **zmyslu ľudskej existencie** nie je vôbec jednoduché, o čom svedčí približne 170 definícií a fakt, že na daný fenomén je možné sa dívať z viacerých uhlov (Tavel, 2004).

Podľa Wahla (1957) človek v bežnej komunikácii považuje zmysel a cieľ za synonymá, zamieňa si ich význam, pričom intuitívne rozumie tomu, o čo sa jedná. Zmysel väčšinou implikuje význam a je spojený s predstavou niečoho dôležitého. Život človeka sa neustále mení a vyvíja, avšak z pohľadu času zostáva to, čo je pre každého cenné, dôležité alebo zmysluplné, zároveň nemenné (Baumeister & Vohs, 2002).

Hodnotný ľudský kontakt a prepojenosť s ostatnými, vystihuje Baumeisterova (1991, 15) definícia zmyslu: „*Smysl je sdílená mentální reprezentace možných vztahů mezi věcmi, událostmi a jejich vztahy*“.

Z psychologického hľadiska, Halama (2007, 3) klasifikuje „*zmysel*“ ako viacdimeznionálny „*konštrukt, ktorý má potenciál prispievať ku optimálnemu fungovaniu a psychologickej kvalite života človeka*“.

Podľa Křivohlavého (2006) zmysel v kontexte jedinca poukazuje na zameranosť vo vzťahu ku ľudskej existencii. Domnieva sa, že o zmysle sa dá uvažovať zo sémantického hľadiska ako o slove význam, ak chce človek vyzdvihnúť hodnotu a dôležitosť určitej veci či diania, alebo z hľadiska ľudskej motivácie, ak vyjadruje zmyslom nejaký účel, snahu, zámer alebo

smer konania či diania. Prídavné meno odvodené od podstatného mena zmyslupnosť odkazuje na niečo, čo je pre človeka hlboké, niečo čo predpokladá **hlboký význam**.

Všeobecná a presná definícia zmyslupnosti neexistuje, podobne ako neexistujú dva rovnaké životy. Zmysel a život, postupujú spoločne v čase a vytvárajú jeden „*privátny, osobný, individuálny a subjektívny celok*“, konštatujú Reker a Chamberlain (2000, 199), aby sa v najťažších chvíľach objavili pred človekom.

Watzlawik (2010) píše, že človek má neuveriteľnú schopnosť prežiť aj za najťažších podmienok keď má dobrý dôvod, ale nedokáže prežiť vo svete, ktorý nemá pre neho zmysel a význam. Taktiež Tavel (2004) na inom mieste tvrdí, že **vedomie zmyslu** umožňuje človeku vydržať všetky ťažkosti v živote.

Potreba zmyslupného žitia je **základnou ľudskou potrebou**, ktorá človeku poskytuje rámec na tvorbu a interpretáciu príbehu a napĺňanie cieľov (Křivohlavý, 2010). Soukupová (2006) hovorí, že negatívne udalosti môžu narušiť zmysel života, ale zmenou vnímania situácie sa môžu znovu obnoviť.

### 1.1.2 Podstata existenciálnej analýzy

Jednotná kategória existenciálnej a humanistickej psychológie a psychoterapie usiluje o pochopenie podstaty človeka v jeho ľudskej existencii. Kľúčové pojmy spojené s existenciou bytia ako napríklad zmysel a zmyslupnosť života, neuróza, zameranie sa na hodnoty či strata zmyslu a iné, sú podľa Bašteckej a Macha (2015) ašpirujúcou odpoveďou minulého storočia na prekonanie prílišného redukcionizmu zo strany psychoanalýzy a behaviorizmu.

Hlavný predstaviteľ a tvorca existenciálnej psychológie **V. E. Frankl** pomenoval svoj psychologický prístup ako **existenciálna analýza a logoterapia**. Novým konceptom o človeku, doplnil a rozšíril doposiaľ existujúce smery v psychológii, o duchovný, noetický rozmer (Kratochvíl, 2017).

**Existenciálna analýza** je terapeutický prístup, zaoberajúci sa existenciálnymi problémami človeka a možnosťami ich riešenia. Okrem telesnej a psychickej stránky človeka, má na zreteli aj jeho **duchovnú podstatu**. V kontexte takých nadčasových tém ako sú sloboda, zodpovednosť, kríza zmyslupného života, smrť, samota a ďalších, spolu s prakticky orientovanou psychoterapiou, dopomáha človeku k slobodnému prežívaniu, autentickému

zaujímaniu postojov, zodpovednému žitiu a zaobchádzaniu so sebou a okolitým svetom. (Vymětal, 2004).

Balcar (1995) o Existenciálnej analýze hovorí ako o skúmaní a vykladaní ľudského bytia. Človek je celistvá bytosť telesného, duševného a duchovného, ktorá smeruje ku uskutočňovaniu hodnôt a napĺňaniu života zmyslom. Vo svojej existencii je človek slobodný a má zodpovednosť. V Existenciálnej analýze majú hodnoty a zmysel objektívnu povahu a presahujú telesné a duševné hranice individuálneho života. Logoterapia je liečebným postupom, ktorý vyplýva z Existenciálnej analýzy. V jej centre stojí dôvera v človeka a v jeho schopnosť zaujímať samostatný, slobodný a aktívny postoj k životným situáciám.

Existenciálna terapia podľa Yaloma (2020) zohľadňuje dynamický prístup k človeku a zameriava sa na podstatné záležitosti plynúce z existencie človeka. Tvrdí, že každý človek najmenej raz v živote hlboko premýšľa nad existenciálnymi otázkami, ktoré nazýva základnými záležitosťami. Premýšľať situácie do hĺbky z existenciálneho pohľadu znamená, odložiť každodenné starosti a žasnúť nad tým, ako je vôbec možné, že človek je, že existuje.

Záverom Yalom (2012, 132) konštatuje, že našou hlavnou úlohou v živote je „*vymyslet si smysl dostatečně silný, aby byl odůvodneněm života*“.

## 1.2 Vybrané filozofické súvislosti zmyslu života

Sojka (in Havrdová & Hejný, 2008) s Tavelom (2004) sa zhodujú v tom, že do **otázky** pátrajúcej **po zmysluplnom žiti**, zasiahla túžba človeka po vedeckom pokroku a technologickom raste. Do konca 19. storočia sa zdal byť život jednoduchým a ľudská existencia bola sama o sebe „daná“, štruktúrovaná a zmysluplná. Človek cítil životné istoty opierajúc sa o istý poriadok sveta. Následkom technologického rozvoja vymizli jednoznačné opory a spoločnosť sa stala zložitou a nezrozumiteľnou pre jednotlivca.

Otázka zmyslu života prerástla do naliehavosti, pretože cesta životom bez viditeľného cieľa alebo aspoň tušeného konca, bola v priemyselnom chaose ťažko rozpoznateľná (Lakoff & Jonhson, 2002).

Zárodok existenciálnych názorov na zmysluplné žitie môžeme vidieť vo filozofickom premýšľaní nad svetom a človekom, z ktorého neskôr čerpá psychologický konštrukt V. I.

Frankla (Kosová, 20014). Sojka (in Havrdová & Hejný, 2008) píše, že analytická filozofia sa zaoberá otázkou zmyslu po jazykovej stránke a sústreďuje sa na konzistentnosť otázky. Samotná **otázka po zmysle** života evokuje skôr premýšľanie nad životom čo je možné preformulovať do otázky „Aký život je hodnotný a stojí za námahu žiť?“

K hľadaniu odpovedí prispelo Brunerove (1990) rozlíšenie myslenia na logicko-vedecké a naratívne. Podobný názor má Turner (1996) keď predpokladá, že naratívne myslenie je spojené s **výkladom života** podľa nejakého **príbehu**. Naratívne rozprávanie poskytuje človeku pevný bod a priestor, v ktorom môže jedinec nachádzať kontext a interpretovať svoj život v súvislostiach. Objavením príbehu, človek ako jediný, vedomý a zodpovedný tvorca vlastnej životnej cesty, uspokojuje univerzálnu ľudskú potrebu nie len po zmysluplnom výklade, ale aj po dôvode vlastnej existencii (Habán & Bláha, 1981).

V tejto súvislosti sa Chrz (2009) domnieva, že prostredníctvom **naratívneho modelovania** človek uchopuje život a dodáva mu tvar, poriadok, smerovanie a zmysel. Gjuríčová a Kubička (2009) dodávajú, že cieľom vyrozprávania životného príbehu nie je odhaľovať pravdu o udalostiach, ale sústreďovať sa na ich význam, čím sa človeku darí akceptovať a vytvárať pre seba aktuálnu verziu s emočnou, osobnou a minulosťou.

Ľudských príbehov, ktoré poskytujú človeku oporu a orientáciu pri hľadaní zmysluplných súvislostí je mnoho a analytická filozofia predkladá **štyri základné typy príbehov** (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008)

- supranaturalizmus,
- objektívny naturalizmus,
- subjektívny naturalizmus,
- pesimistický naturalizmus (nihilizmus).

Pozrime sa stručne na jednotlivé charakteristiky vyššie uvedených príbehov, ako sa prepájajú s prirodzenou zvedavosťou človeka, pre lepšie pochopenie ľudskej existencie a toho, čo znamená byť človekom či aký je cieľ alebo účel ľudského bytia.

Po dlhý čas, poskytoval **supranaturalistický príbeh** zmysluplnú platformu na formulovanie životných skúseností a pochopenie existencie človeka. V predvedeckej dobe, to bol spočiatku prevládajúci spôsob ako dať životu štruktúru, zmysel a cieľ. Nevyhnutnou podmienkou zmysluplného života je tu existencia **Boha ako vyššej bytosti**, ktorá stvorila svet. Človek so svojimi rozumovými schopnosťami nie je schopný pochopiť túto pre človeka

tajomnú a nedostupnú nadprirodzenú bytosť, pretože stojí nad ním a svetom (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008).

Človek ako aktívny činiteľ zúčastňujúci sa pozemského diania má možnosť oddať sa zmyslu slobodne prostredníctvom viery a na zaklade toho, žiť morálne cnostný život (Hines, 2011). Zmysel existencie je určovaný správnym postojom človeka k božskej sile, ktorá zabezpečuje zmysl (Young, 2003).

Metze (2013) zistil, že historicky najväčšej popularite sa teší práve supranaturalistický výklad, pretože viera a oddanosť Bohu, slúži človeku ako kompas pre zmysluplnú orientáciu v živote. Zmyslom naplnené bytie jedinca prirovnáva ku pravému svetu, ktoré nachádza **oporu v nadpozemskej sile**. Supranaturalisti veria, že konečným zmyslom a cieľom nášho pozemského života je dosiahnutie nebeského raja. Príkladom takéhoto výkladu zmyslu života sú napríklad náboženské koncepcie.

**Objektívny naturalizmus** v kontexte predošlého typu príbehu, neodmieta spoluúčasť človeka na zmysle a nadprirodzené bytosti, no vieru nepovažuje za jedínú a postačujúcu podmienku zmysluplného žitia. Zmysel hľadá v prirodzenom svete a vo vykonávaní činnosti. Záleží len na rozlišovaní a výbere zmyslupnej, hodnotnej a správnej činnosti, ktorej sa človek venuje a tým naplňa svoj osud (Young, 2003).

Naopak, **subjektívny naturalizmus** odmieta rozdeľovanie činnosti podľa ich správnosti. Človek dokáže sám posúdiť čo je pre neho vhodné a zmysluplné a čomu zasväťí svoj život. Verí, že každá činnosť má svoj vlastný inherentný účel a záleží len na jedincovi, čo si vyberie (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008).

V spomínaných príbehoch sa človek opiera o konečný zmysel života, ktorý nachádza mimo pozemský svet alebo ho rozpoznáva v činnosti. Zmyslupnosť objavuje prostredníctvom viery, buď intuitívnou cestou, alebo sa riadi rozumom (Kosová, 2014).

Posledný typ príbehu, **pesimistický naturalizmus** alebo **nihilizmus** predpokladá bezzmyselnosť, neprítomnosť zmyslu. Svet neobsahuje žiadnu hodnotu a nič nie je tak významné alebo dôležité, aby bolo možné vnímať zmyslupnosť života. Oproti zmyslu života sa vyjavuje nezmyselnosť a absurdita života (Sartre, 2006).

Spolu s vedeckými objavmi bola zničená ilúzia o absolútnej pravde (Bohu) a podľa Nietzscheho (2001) svet ovládol chaos. So slobodou a zbavením sa svetských ilúzií, človek pocítil vlastnú individualitu a slobodu, ktoré ho naplňujú úzkosťou. Napriek pesimistickému naladeniu a strate zmyslu, nabáda nihilizmus k tvorbe vlastného životného príbehu. Podľa

Nietzscheho, človek sa ma sám a slobodne odhodlať k autobiografickej tvorbe vlastného zmysluplného príbehu a vytvoriť zo života, najlepší možný príbeh, na ktorom nie je čo meniť.

### 1.3 Existencializmus a fenomenológia na pozadí zmyslu života

Existencializmus –teistický a ateistický – ako filozofický smer reflektuje a reaguje už na minimálnu úroveň existencie, ktorá vždy zostáva vo svete, aj keď sa svet zdá byť nepredvídateľný a neistý. Tvrdí, že človek nie je bytie uzavreté v sebe. Človek je bytosť, ktorá sa utvára zo seba prostredníctvom vlastného rozumu, jednania a vôle (Cakirpaloglu, 2009; Puc, 2009).

Psychologické korene uvažovania nad zmyslom života môžeme nájsť v dielach mnohých existenciálnych a fenomenologických filozofov, ktorí postavili do centra pozornosti existenciu človeka a jeho **bytie vo svete** (Tavel, 2004).

Existenciálna analýza čerpá z prvých pokusov napríklad Kierkegaarda, Heideggera, Husserla, Schelera či Sartre alebo Camusa.

Pre **Kierkegaada** (2010), zakladateľa existenciálnej filozofie, je dôležité presmerovať záujem od objektov vonkajšieho sveta na človeka a jeho existenciu. Podľa neho je subjektivita vnútornou pravdou alebo ideou, pre ktorú sa oplatí žiť aj umrieť a, ktorú musí človek hľadať v seba. Keď si potom uvedomí, že nie je len telesnou, ale aj duchovnou bytosťou, ktorá má slobodu rozhodovať sa, uvedomí si zároveň tiež neistotu a úzkosť z bytia. Záchranu vidí vo viere v Boha.

Podobne **Heidegger** (1996) premieňa o úzkostnom prežívaní človeka v zlomových okamihoch, kedy v ňom ožívajú **existenciálne témy** ako smrť, osamelosť, sloboda, zodpovednosť a s nimi spojený zmysel života. Bytie človeka a svet tvoria aktívnu jednotu, celok, pričom existenciu sa dá najlepšie porozumieť ako bytiu vo svete. Rozlišuje dva základné spôsoby bytia vo svete, jedno nevedomované a neautentické každodenné bytie a bytie ontologické, vedomé a autentické. Podľa neho smrť ako psychicky náročný stav vyzýva človeka k presunu z nevedomovaného bytia do vyššieho stavu uvedomovania si bytia. Autentické bytie zároveň odhaľuje nebytie (neexistenciu) a tým aj skutočnosť, že sa raz naše bytie vo svete rozplynie v ničotu.

To nepredstaviteľné nič naplňa človeka hrôzou a úzkosťou. Zmysel existencie sa prepojuje s hrozbou jej nezmyselnosti. Prochaska s Norcrossom (1999, 420-424) to vyjadrujú slovami „Časť úzkosti vychádza z poznání, že sme to pouze my, kdo dáva svému životu smysl. A my sami jedini, kdo ho nechají umřít. Takže sme to my, kdo musí pokračovat v utváření hodnotného života“.

**Husserl** (in Petříček, 1997) do sveta vedeckej filozofie zaviedol **transcendentálnu fenomenológiu** a spolu s **fenomenologickou metódou** tvrdil, že napriek svojim úspechom, veda ako taká, nevyrieši otázku týkajúcu sa zmyslu života. Namietal, že človek žije a zažíva v prirodzenom svete zatiaľ čo vedecko-filozofický svet je svetom teoretických konštruktov. Inými slovami, schéma o živote nie je samotné žitie života.

Fenomenologické zaostrenie na to, čo sa bezprostredne vyjavuje, prispieva k usporiadaniu sveta a pochopeniu štruktúrovanej skúsenosti z pozície vlastnej perspektívy, čo by sa podľa Sojku (in Havrdová, Hejný et al., 2008) dalo označiť zmyslom života. Zámerné vnímanie osobného sveta smeruje pohľad človeka zvonku do vnútra, od opisu k tomu, čo sa práve ukazuje. Zámerom fenomenológie je porozumieť a správne opísať štruktúru subjektívnej skúsenosti tak, ako sa človeku vyjavuje (Gallagher & Zahavi, 2008).

Husserlova (in Cakirpaloglu, 2009) objavná domnienka, že vedomie je odlišné od vonkajšieho sveta a existencia určuje bytie, umožňuje človeku slobodne voliť z nekonečných možností a tvoriť si vlastný život.

**Scheler** (in Halama, 2004, Cakirpaloglu, 2009), ako zakladateľ filozofickej antropológie sa zaoberá podstatou človeka a poukazuje na jeho duchovnosť. Skúma tiež ľudské hodnoty, ktoré sú podľa neho dané, pôsobia v človeku a prostredníctvom neho vyrastajú.

Autentický pobyt vyžaduje zodpovednosť za tvorbu zmyslu, tvrdí **Sartre** (2006) a ďalej uvažuje, že všetko čo existuje, vzniká bezdôvodne a náhodne, preto nevidí zmysel v tom, že sa človek rodí a zomiera. Človeka považuje za slobodného vo výbere svojho životného zmyslu. Sloboda z možností ho, ale vedie k úzkosti a spolu s náhodným výberom odhaľuje absurditu života v pozemskom svete. Podobne aj **Camus** (1995) začína svoju tvorbu z pozície pesimizmu avšak na rozdiel od Sartra, v beznádeji života nachádza vzdor ako životný postoj, ktorým prekonáva osud a utrpenie.



## 1.4 Prístup V. E. Frankla a hlavné myšlienky k zmyslu existenciálnej analýzy

Ako už bolo spomenuté Existenciálna analýza a logoterapia je neodlučiteľne spätá s menom V. E. Frankla. Teoretický koncept a s ním spojené myšlienky o ľudskej existencii, seba-transcendencii, seba-odstupe a snahe žiť, osvedčil aj vlastnou skúsenosťou holokaustu (Tavel, 2004).

V ťažkých podmienkach, mnohokrát premýšľajúc nad smrťou, zmyslom života, či pomínutosťou bytia, opätovne zapájal vlastnú „*vzdornú moc ducha*“ čo tiež malo vplyv na formovanie a vývoj logoterapie a existenciálnej analýzy (Frankl, 2006, 169).

Vedľa freudovskej „*túžbe po uspokojení*“ a adlerovskej „*túžbe po nadradenosti*“, V. E. Frankl (2011, 84-85) prináša „*túžbu po zmysle*“ ako primárnu motivačnú silu človeka.

Bol presvedčený o tom, že táto duchovná sila v človeku, je tou silou a motiváciou, ktorá ho robí schopným čeliť danostiam vonkajšieho sveta, slobodne sa rozhodovať a zaujať voči osudu postoj (Božuková, 2013).

Človek v kritických chvíľach chce nájsť niečo, pre čo by žil, chce nájsť hodnotu alebo účel svojej existencie. Podobne uvažuje aj Maslow (2014), keď tvrdí, že človek v rôznych historických obdobiach a v nepriaznivých situáciách, potrebuje niečo čo ho prevyšuje v empirickom a nenáboženskom zmysle, aby neupadal do nihilistických myšlienok beznádeje a ľahostajnosti (Maslow, 2014).

Filozoficko-antropologický základ Franklovho prístupu, pátrajúci po odpovedi na otázku „*Ako môže človek prežiť naplnený život?*“, sa opiera o základné piliere – zmysel v živote, slobodnú vôľu a vôľu ku zmyslu (Kosová, 2014, 14).

V. E. Frankl (2011) tvrdí, že nie je možné nájsť všeobecný zmysel života tak, aby bol pre každého rovnaký. Život človeka je jedinečný a nikto ďalší ho nemôže prežiť ani zopakovať. Podobne ani v procese objavovania zmyslu, nikto nemôže zastúpiť daného človeka. Je to sám život, ktorý každému kladie otázku po zmysle a človek na neopakovateľnú a jedinečnú situáciu odpovedá svojim zvoleným postojom a zodpovedným žítím. Je to sám človek, ktorý utvára svoj život, slobodne zvažuje možnosti, vyberá z nich a ich realizáciou rozhoduje o svojej budúcnosti. Človek by mal hľadať zmysel mimo seba, von vo svete, pretože podstata jeho bytia spočíva v oddanosti a v transcendencii seba samého.

Všetko čo človeku nie je ľahostajné, na čom mu záleží a je pre neho dôležité sa odráža v hodnotách, ktoré formujú cestu k zmysluplnému žitiu. Už Maslow (2014) vo svojej teórii hovorí o tom, že hľadanie zmyslu života je potrebou, ktorá je bazálnym ľudským motívom chovania. Potrebu zmyslu radí medzi vyššie potreby.

Wirtz a Zöbeli (1995) si kladú otázku po množstve potrebného zmyslu a hovoria o zmysle časti a zmysle celku, ktorý presahuje ľudský materiálny svet. Obidve časti patria neoddeliteľne k sebe, tvoria jednotu, ktorou sa dá prekonať nezmyselnosť osudu.

Potom zmysel života je slovami Kosovej (2014, 46) „*konkrétní podoba plodného bytí. Když nacházíme smysl, nalézáme své místo ve světě a své úkoly, kterými naplňujeme den po dni svůj život*“.

Zámerné žitie pre niečo alebo niekoho, čo sa človeku javí ako zmysluplné, je to, čo Mrkvička (2005, 76-77) prirovnáva k prežitiu „*dobrého príbehu*“, v ktorom vládne zmysel a osobný poriadok. Človek žije s vedomím, že je sám autorom príbehu, že smeruje k nádeji a k naplneniu zmyslu existencie a že nie je ohrozený prázdnotou.

Zmysluplnosť človek nachádza v žití a uskutočňovaní hodnôt, ktoré V. E. Frankl (Längle, 2002) popisuje ako hierarchicky usporiadané hodnoty:

- **tvorivé**, charakterizované ako aktivita, práca alebo služba, ktoré „ťahajú“. Človek má možnosť prispievať kreatívnymi schopnosťami k premene vonkajšieho sveta,
- **zážitkové**, ktoré sa uskutočňujú prijímaním vonkajšieho sveta a týkajú sa prežívania všetkého pestrého, mnohostranného či krásneho v prírode, umení, športe či v partnerských a medziľudských vzťahoch,
- **postojové**, najvyššie, sú hodnotami, ktoré človek realizuje v neovplyvniteľných situáciách ako je smrť alebo nevyliciteľná choroba. Človek v konkrétnej situácii môže zaujať jedinečný postoj k bezvýchodiskovej tvrdomu životu a k utrpeniu.

Človek sa pri hľadaní zmyslu opiera o svedomie, o ľudskú schopnosť odhaľovať jedinečný zmysel v každej situácii. Pobáda ho, za každých okolností čeliť osudu alebo utrpeniu, ak je to nevyhnutné. Svedomie človeka podlieha ilúzii, môže sa myliť a vyžaduje odvahu aj tak čeliť nepríjemnostiam a neistote. Zušľachtovaním a pestovaním svedomia sa človek stáva zodpovedným (Tavel, 2004).

V dobrých časoch sa človek nezaobera zmyslom vedome a uskutočňuje všeobecné postojové hodnoty, ktoré spočívajú v podpore a pomoci okoliu. Cestu k napĺňaniu postojových hodnôt človek hľadá v konfrontácii s nešťastím a utrpením (Lukasová, 2006).

Logoterapia postuluje, že človek je duchovnou bytosťou, ktorá v prípade nevytvárania osobného priestoru na uskutočňovanie a žitie vlastných hodnôt, je bytosťou žijúcou nezmyselne a hrozí jej duchovný úpadok. Výsledkom je existenciálna frustrácia, ktorá môže vyústiť do noogennej neurózy v podobe úzkostných či fóbických, nutkavých stavov alebo rôznych sexuálnych porúch či porúch spánku. Úlohou terapeuta je pomôcť človeku opätovne hľadať a napriek obmedzeným alebo nezvratným okolnostiam, žiť dané možnosti zaujatím správneho postoja voči sebe aj druhým (Vymětal, 2004).

Pre zdravie je škodlivý pocit absolútnej nezmyselnosti, prežívaný tiež ako vlastná prázdnota a V. E. Frankl (2011, 91) ju označuje termínom „*existenciálne vákuum*“. Tento novodobý fenomén vyvolaný nudou, nadbytkom a voľným časom, zaskakuje človeka depresiou počas jeho voľna alebo víkendov, keď sa frustrovaná túžba po zmysle nepriamo derie na povrch.

Podobne v čase kríz, chorôb, v starobe či na sklonku života, sa človek v úzkosti potrebuje vzťahovať k tomu čo ho oslovuje, čím sa zachraňuje od bezmocnosti, čo ho zároveň presahuje a dáva jeho existencii zmysel.

Franklova logoterapia uznáva platnosť duchovných potrieb, ktoré presahujú telesné a materiálne potreby človeka a zároveň tvrdí, že terapia končí tam, kde začína teológia. Zmysel ako ústredný pojem existenciálneho prístupu, nie je nábožensky založený a nekladie si náboženské otázky, podotýka teológ a religionista Lapide (2009). Napriek tomu nevylučuje fenomenologickú spoluprácu s veriacim klientom v terapii.

Existenciálna analýza (Frankl, 2019, Heretik & Heretik, 2016) využíva na psychoterapeutickú pomoc špecifické metódy **dereflexie**, **paradoxnej intencie** a **prestavbu negatívnych postojov** na postoje konštruktívne a zdravé.

V. E. Frankl (2016) otázkou po zmysle života, obnažil čím človek je a čo je v ňom podstatné. Ľudské bytie je konečné a pominuteľné, vyznačené narodením, začiatkom a smrťou, koncom, ktoré človeka desí.

## 1.5 Vybraní nositelia myšlienok V. E. Frankla

Ideí a v nich obsiahnutý Franklov odkaz existenciálnej analýzy a logoterapie sa šíria po celom svete. Prakticky ich aj dodnes prehlbujú mnohí jeho následníci a pokračovatelia (Tavel, 2004). V nasledujúcich podkapitolách sa autorka zamerala na vybraných nositeľov myšlienok V. E. Frankla.

### 1.5.1 E. Lukasová a jej pojmá zmyslu v logoterapii

E. Lukasová je najznámejšou žiačkou a najbližšou spolupracovníčkou V. E. Frankla. Na základe empirického skúmania a vlastných klinických skúseností, významne obohatila teoretický a terapeutický systém logoterapie. Popielski (in Lukasová, 2006, 7) zvlášť oceňuje jej „*osobní až dojemnou lidskost, která ji chrání před upadnutím do pouhé techniky nebo manipulující strategie*“. Podobne Kratochvíl (2017,102) poukazuje na dodnes používaný kvalitatívny „Logo-test“ či zaisťovanie systematického výcviku v logoterapeutickom prístupe.

Logoterapia a psychoterapeutická pomoc podľa E. Lukasovej (2006, 15) nie je žiadna príručka technickej pomoci, pretože ako sama hovorí „*člověk jako duchovní bytost je nasměrován tak, aby sám sebe transcendoval, aby přesáhl daleko za sebe a své potřeby, k cíli, kterým nemůže být jen on sám, ke smyslu, jemuž je ochoten podřídít svoje potřeby i sebe sama*“. Preto svoj prístup v liečebnej praxi vníma najmä ako odborné doplnenie a efektívnu pomoc pacientovi na základe logoterapeutických, špecifických a nešpecifických metód.

V kontexte vyššie uvedeného, E. Lukasová (2006) v psychoterapii hovorí o poskytovaní najlepšej možnej rady, ktorú člení na tri fázy:

- **Diagnostickú fázu**, v ktorej sa odborník zväčša venuje zisťovaniu problémov a príznakov pacienta. Zvlášť upozorňuje na to, aby poradca svojím nadmerným záujmom o negatívne aspekty života nevyvolal v psychicky labilnom pacientovi iatrogénnu neurózu, alebo v ňom neposilnil hyperflexiu. V praxi preto navrhuje používať **techniku striedavej diagnostiky** a upevňovať presvedčenie pacienta, že okrem jeho slabých stránok a negatívnych aspektov života, existujú v jeho osobnosti aj zdravé sily podobne ako jestvujú aj pozitívne stránky života, ktoré nesúvisia

s problémami. Touto technikou zlepšuje vnímanie pacientovej krízy a je prvým vykročením z nej.

- **Terapeutickú fázu**, tvoria ju nové humánne formy pomoci vyplývajúce zo samotnej podstaty logoterapie. Patria sem **špecifické logoterapeutické techniky** (paradoxná intencia a dereflexia) a **nešpecifické nástroje** (logoterapeutická modulácia postojov).

**Paradoxná intencia** vychádza zo základného princípu a poznatku logoterapie, že prianie a obava si konkurujú a teda sa vylučujú. To čo si pacient praje, toho sa zväčša nebojí. Vybočením zo zabehnutého stereotypu zároveň vykračuje ku dá sa „také jinak“ (Lukasová, 2006, 45).

**Dereflexia** je opakom hyperflexie a súvisí s nadmerným sústredení sa pacienta na problémy bez pozitívnych prvkov v jeho živote. E. Lukasová (2006) hovorí o dvoch druhoch utrpenia. Jedno je osudové, nezmeniteľné, ku ktorému sa viaže terapeutická pomoc na moduláciu postoja pacienta (nešpecifický nástroj pomoci) a druhé je zbytočné utrpenie, ktoré si väčšinou človek spôsobuje sám, nechcene alebo bezdôvodne, ktoré je možné zvládnuť dereflexiou.

- **Postterapeutickú fázu**, predstavuje poliečebnú fázu. Predstavuje čas potrebný na stabilizáciu po prekonaní psychických problémov, kedy pacient vyčerpal svoje psychické sily pri zvládaní krízy alebo choroby. E. Lukasová (2006) poukazuje na neodolateľnosť medzi oddychom a stresom klienta. Terapeut pomáha pacientovi s vytváraním rovnováhy medzi pracovnou záťažou, aktivitami a relaxom ako aj s vytváraním nového obsahu v živote po strate z obdobia krízy alebo choroby.

Logoterapeutické myšlienky neuplatňuje len v rámci psychoterapie, ale prenáša ich aj do rôznych oblastí života (rodinné a výchovné poradenstvo, krízová intervencia, problémy týkajúce sa dospievania, medziľudských vzťahov). Snaží sa tiež laickej verejnosti ukázať, ako si človek môže pomôcť sám v duchovnej núdzi a tým skvalitniť život. Príkladom je liečebná biblioterapia a E. Lukasovej (2001) poukazovanie na 5 faktorov pri čítaní literatúry, ktorá vedie človeka ku tichému rozjímaniu nad konečným otázkami ľudskej existencie.

## 1.5.2 A. Längle a jeho pojmá zmyslu v existenciálnej analýze

Ďalším významným žiakom a osobným asistentom V. E. Frankla je všeobecný lekár, klinický psychológ a psychoterapeut **A. Längle**, v súčasnosti rozvíjajúci existenciálnu

analýzu v GLE (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse). Na základoch logoterapie vytvoril vlastný, samostatne fungujúci prístup, ktorý nesie názov Existenciálna analýza. Je autorom dotazníku **Existenciálna škála** (Wagenknecht, 2001).

A.Längle utriedil základné existenciálne tézy o človeku, filozoficky zakotvil a metodicko-teoreticky ich rozšíril do samostatne uznaného psychoterapeutického smeru, ktorý zahŕňa tiež diagnostickú a poradenskú prax.

Roztriedenie sa týka spoločných znakov zmyslu (Längle, 2002, 41-52):

- zmysluplne žiť znamená pracovať na splnení úlohy, ktorá sa objavila pred človekom,
- zmysel musí každý človek rozpoznať a pochopiť sám za seba,
- každá situácia obsahuje v sebe zmysel, pričom niektoré ťažké a pre človeka bezradné, situácie môžu evokovať hlbší zmysel,
- vidieť zmysel znamená vidieť celok a odpovedať na otázku „kvôli čomu“ či „pre čo“,
- zmysluplné žitie netúži po majetku alebo nadmernom pohodlí, ale vyvstáva pred človekom ako výzva na angažovanie sa,
- zmysel nesúvisí s inteligenciou človeka, ani s vedomým premýšľaním nad ním. Človek ho intuitívne rozpoznáva, vyciťuje,
- zmysel je prístupný prostredníctvom svedomia každému, kto je schopný rozhodovať sa,
- svoju ľudskú existenciu človek naplňuje tým, že sa sústreďuje na práve prítomnú chvíľu a prežíva ju.

K zisťovaniu a existenciálnemu prijatiu konkrétnych situácií a životných skúseností vytvoril A. Längle (2010) metódu **osobnej existenciálnej analýzy**. Jej podstata vychádza z emočného a osobného príklonu k subjektu v terapeutickej praxi. Na teoretickej a praktickej úrovni ide o obnovu osobného dialógu medzi osobou a svetom.

A.Längle (2002, 12) píše, že zmysel je pre človeka ústredným a vyplýva z trojakej skúsenosti. Prvá skúsenosť sa vzťahuje k slobodnej voľbe medzi možnosťami, druhá k rozhodnutiu o výbere hodnôt a tretia skúsenosť vyplýva z nestálej a neustále sa meniacej situácie. V existenciálnom ponímaní je metóda liečebnou, ktorá zasahuje do skresleného vnímania osoby tak, aby bola opäť schopná prežívať a prakticky uskutočňovať svoj vzťah k svetu. Deje sa to v niekoľkých krokoch (Vymětal, 1997):

- vecné vnímanie skutočnosti a faktov,

- prijatie prežívaných dojmov z pôvodnej situácie,
- prepracovanie sa k porozumeniu prostredníctvom zaujatia hodnotiaceho postoja (seba-odstupom) a adekvátnej odpovedi činom (seba-presahovanie).

V tejto súvislosti je potrebné poukázať na vzťah terapeuta a pacienta (osoba) a na to, že terapeut nevystupuje v roli expertného odborníka na život pacienta, ale je jeho sprievodcom, ktorý ho môže viesť, povzbudzovať, nabádať poprípade vyprovokovať k vlastnému rozhodnutiu alebo činnosti.

Autentické a súhlasné prežívanie vlastného života a vyvedenie človeka z neosobnej existencie osvetľujú **štyri základné osobné motivácie (ZOM)**, ktoré sú predpokladom naplnenej existencie a predchádzajú motivácii zmyslu (podľa Klastová Pappová, 2013):

1. **ZOM** sa viaže na ontologickú rovinu (môcť byť) a je základnou osobnou motiváciou spojenou s pocitom bezpečia, istoty, ochrany a priestoru. Človek hľadá odpoveď na základnú otázku: **Som na svete, ale môžem tu byť?**
2. **ZOM** je axiologickou rovinou (chcieť byť) a súvisí s pozitívnym hodnotením svojho bytia na svete. Pocit, že človek žije rád, v ňom otvára túžbu po blízkosti, vrelosti a vzťahoch. Odpoveďou je: **Dobre, že som.**
3. **ZOM** je spojená s etickou rovinou a tým, čo si človek cení sám na sebe, ako si zvyšuje alebo znižuje vlastnú hodnotu. Odpoveďou je: **Smiem byť takým, hovorí áno sebe samému.**
4. **ZOM** sa neviaže len na osobu, ale aj na vonkajší svet a vzťahuje sa k úsiliu človeka naplniť (a chcieť) zmysel v konkrétnej situácii.

Súčasná existenciálna analýza v praxi narába aj s biografiou pacienta, pokiaľ zážitok z minulosti ovplyvňuje súčasné prežívania (príkladom je traumatická skúsenosť). Primárne sa naďalej zaoberá budúcnosťou. Tento odklon od pôvodnej logoterapie bol pre V.E. Frankla neprijateľný, vnímal ho negatívne a rozšírený prístup neuznal (Kratochvíl, 2017).

### 1.5.3 I. D. Yalom a jeho pojmie zmyslu v existenciálnej dynamickej terapii

Americký psychiater, psychológ a spisovateľ **I. D. Yalom** je predstaviteľom dynamickej existenciálnej psychoterapie, ktorého od mladosti priťahovali filozofické otázky zmyslu ľudskej existencie. Svoj záujem dokázal pretaviť aj do bohatej odbornej a literárnej tvorby.

V beletristických príbehoch pacientov, pútavým spôsobom vykresľuje osudy pacientov počas erapie a odhaľuje subjektívne prežívanie terapeuta (Kratochvíl, 2017).

Josselsonova (2009) v súvislosti s jeho nadaním konštatuje, že I.D. Yalom dokáže jedinečne vystihnúť ľudskú stránku a podstatu človeka a zároveň priblížiť príbeh z filozofického, medicínskeho a existenciálneho pohľadu.

Jeho premýšľanie nad zmyslom života súvisí s existenciou a chápe ho ako jedinečný výtvar, ako vedomé alebo nevedomé premietanie z človeka von do sveta. Predpokladá, že človek potrebuje zmysel, no život ako taký, nemá jediný a konečný cieľ, ale len aktívnu a tvorivú odpoveď človeka na bez-zmyselnosť sveta (Halama, 2000).

V porovnaní s logoterapiou I.D. Yalom (2020) rozlišuje:

- **kozmickej zmysel**, ktorý je spojený s náboženským svetonázorom a predpokladá plán, ktorý existuje mimo a nad človekom,
- **pozemskij zmysel**, ktorý spočíva v súlade s kozmickým zmyslom alebo jeho napĺňaním.

Existenciálna terapia je dynamickou psychoterapiou vychádzajúcou „z konfrontácie človeka s podmínkami existence“. „Podmienky“ alebo „záležitosti“ sú vnútornou súčasťou bytia človeka vo svete a sú rozpoznateľné hlbokou sebareflexiou, ktorú spúšťajú krízové udalosti a skúsenosti. Stret so štyrmi základnými zážitkami, so **smrťou, slobodou, osamelosťou** a **stratou zmyslu** vyúsťuje do existenciálnej zrážky a vyvoláva napätie a úzkosť. Prežívanie bez-zmyselnosti môže maskovať úzkosť, ktorá súvisí so smrťou a osamelosťou. Úlohou terapeuta je dopomôcť pacientovi opäť sa zapájať a zúčastňovať na vlastnom živote, pretože pocit zmyslu je vedľajším produktom angažovanosti. Pri práci s onkologickými pacientami mal možnosť opakovane pozorovať, aký je pre život človeka zmysel dôležitý. Altruizmus, zapálenie pre vec, tvorivý prístup k problémom, služba druhému človeku ako aj sebarealizácia, sú významnými zdrojmi zmyslu (Yalom, 2020, 16).



## 2 ONKOLOGICKÉ OCHORENIE

### POHĽADOM KLINICKEJ MEDICÍNY

Onkologické ochorenie je závažná a život ohrozujúca skúsenosť, ktorá významne ovplyvňuje prežívanie postihnutého človeka a mení mu doterajší život na rôznych úrovniach -fyzickej, psychickej, sociálnej či duchovnej. Cieľom nasledujúcej kapitoly je priblížiť chorobu z hľadiska klinickej medicíny, nakoľko onkologická diagnóza úzko súvisí s témou práce a je jej nevyhnutnou podmienkou.

#### 2.1 Onkologické ochorenie v súvislostiach života

Onkologické ochorenie a s ním spojená strata zdravia znamená pre človeka a jeho najbližšie okolie obrovskú telesnú a psychickú záťaž. Aj keď veda v tejto oblasti napreduje a dosahuje významné úspechy, počet novo-diagnostikovaných pacientov každým rokom narastá. Onkologická choroba ako život ohrozujúce ochorenie tak v modernej dobe predstavuje vážny celospoločenský, hospodársky, medicínsky a aktuálny problém (Hatoková, 2013).

Civilizačná choroba ľudstva, ako môžeme zhubné nádorové ochorenie nazvať, tvorí druhú najčastejšiu príčinu úmrtí vo svete, hneď po kardiovaskulárnych ochoreniach obehového systému (Kliment, Plank, & Kavcová, 2014).

Autori Kaušitz a Ondruš (2017) v tejto súvislosti upozorňujú na neblahú skutočnosť, že príčinou smrti každého štvrtého človeka vo vyspelých spoločnostiach, je práve onkologická choroba, pričom podotýkajú, že každý tretí človek, sa vo svojom živote skôr alebo neskôr stretne s nádorovým ochorením. Alarmujúcim faktom je, že od roku 2000, počet nových onkologických prípadov v populácií významne narástol a naďalej bude mať vzostupný charakter. Týka sa to najmä malígnych nádorov pľúc, prsníka a kolorekta pri oboch pohlaviach. Na druhej strane tiež uvádzajú, že niektoré druhy nádorov ako Hodgkinov lymfóm, detské nádory, karcinóm žalúdka a iné, sú stabilizované vo svojom výskyte.

Zdá sa, že príčina vyššieho počtu pacientov s onkologickým ochorením, by mohla súvisieť so zvyšujúcim sa priemerným vekom človeka, s jeho na pohyb chudobným, životným štýlom a nezdravými, stravovacími návykmi či so znečisteným životným ovzduším (Jurga, 2000).

Klinický vedný odbor, zaoberajúci sa diagnostikou, liečbou a výskumom nádorových chorôb sa nazýva onkológia, ktorá je vo svojej podstate multidisciplinárnym odborom. **Onkológia** poskytuje pacientom komplexnú starostlivosť. Človeka, v jeho zdraví a chorobe, vníma ako celistvú bytosť v jeho bio-psycho-sociálnom modeli fungovania (Rečková, 2014).

V tejto súvislosti Orel, Facová a Kaláb (2014) poukazujú na to, že aj keď doposiaľ nejednotná teória vysvetľujúca všetky súvislosti tohto prístupu, pozitívom komplexného pohľadu je zahrnutie existenciálnej otázky zmyslu. Holistický prístup, ku človeku, ktorý sa stal pacientom a je postihnutý a trpiaci onkologickou chorobou, môže viesť k objaveniu nových súvislostí.

Onkologické ochorenie a jeho liečba predstavujú náročné obdobie a to nielen v živote pacienta, ale aj v živote jeho rodiny či najbližšieho okolia. Dôsledkom toho sa spoločne s onkológiou sa rozvíja od 80-tych rokov minulého storočia nový klinický odbor, nazývaný **psychoonkológia**, o ktorého vznik a rozvoj sa zaslúžila onkologička Holladová (in Heretik sr., & Heretik jr., 2016). Táto časť psychosomatickej medicíny zameriava svoju starostlivosť a psychologickú intervenciu nie len na onkologických pacientov a ich najbližších, ale aj na zdravotnícky personál, lekárov a sestry, čím prepája onkológiu s psychológiou a psychoterapiou (Tschuschke, 2004).

Cieľom psychoonkológie je poskytovať efektívnu terapiu zameranú na zmiernenie, prípadne odstránenie emocionálnych príznakov súvisiacich s liečbou a zlepšenie kvalitatívnych podmienok života pacienta a tým predĺženia jeho život (Holland, 1998).

### **2.1.1 Podstata onkologického ochorenia**

Každá živá hmota je zložená z buniek, ktoré sú schopné samostatne existovať a plniť svoju nezastupiteľnú úlohu (Merkunová & Orel, 2018).

Rast a obnova buniek zodpovedá potrebám individuálneho organizmu. Aby bol každý orgán v ľudskom tele funkčný, obsahuje preddefinované množstvo objemu rastových buniek. Okrem nich, v organizme existujú aj tzv. spiacie bunky, ktoré disponujú schopnosťou rastu

a delenia sa podľa potrieb organizmu a určitého stimulu. Rast zdravých, normálnych buniek je prísne regulovaný a keď sa chýbajúci stav buniek doplní, dôjde k zastaveniu ich bunkového rastu. Pre zdravý organizmus je charakteristická istá rovnováha medzi delením a odumieraním buniek. Ak je tento rovnovážny stav v dôsledku poruchy regulácie bunkového cyklu narušený a regulačno-kontrolné mechanizmy organizmu sú nefunkčné alebo zlyhávajú, dochádza ku rozvoju nádorového ochorenia (Kaušitz & Ondruš, 2017).

Pod súhrnným názvom nádorových ochorení rozumieme skupinu onkologických chorôb, ktorých spoločným menovateľom sú patologické zmeny prebiehajúce na génovej úrovni (Černoch, 2012).

**Nádorové bunky** na rozdiel od zdravých buniek k svojmu deleniu nevyžadujú rastové faktory okolitých buniek, ich rast je nezávislý od pevného extra-celulárneho prostredia, absentuje u nich vlastnosť tzv. kontaktná inhibícia, takže môžu prerastať okolité bunky, vyznačujú sa zníženou schopnosť adhezivitu a môžu sa neobmedzene deliť (Kolář, 2009).

### 2.1.2 Definícia nádoru

Velký lékařský slovník Vokurky & Huga (2015, 672-673) definuje **nádor** ako „*patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle*“ a ďalej na inom mieste pokračuje „*nádory mohou vzniknout v jakékoliv tkáni a orgánu, přičemž nejčastější jsou v oblastech, kde dochází i za normálních okolností ke značnému množení buněk či k jejich stimulaci, např. pohlavními hormony (trávicí ústrojí, průdušky, prsy, ženské pohlavní ústrojí, prostata apod)... nádory se označují koncovkou -om a nazývají se podle tkáně, z níž vznikají. Zhoubné epitelové nádory (karcinomy) patří k nejdůležitějším nádorům u lidí. Nezhoubný nádor ze žlázevého epitelu je adenom, zhoubný nádor se nazývá adenokarcinom...*“

Podľa Planka (in Kliment, Plank, & Kavcová, 2015) neexistuje jediná či ideálna definícia nádoru, ktorá by mala všeobecnú platnosť. Staršie charakteristiky nádoru zdôrazňujú tri základné aspekty nádorového rastu a to:

- **nadmernosť** – čo znamená nekontrolovateľný rast a rozsev abnormálnych buniek, ktorý je spôsobený poruchou regulácie rastových mechanizmov bunkového cyklu,
- **nekoordinovanosť** – rast nádoru je nezávislý a autonómny pričom nereaguje na koordinačné a kontrolné mechanizmy hostiteľského organizmu,

- **nepretržitosť** – nové tkanivo rastie bez vyvolávajúcej príčiny, pretože orgán postupne stratil svoju funkčnosť.

Modernejšie definície sa opierajú o novšie výskumné poznatky z oblasti biológie rastu nádorov a ich mikroprostredia, pričom dôraz kladú na molekulo-biologické a genetické zmeny vlastných buniek nádoru.

V súvislosti s pojmom nádor, sa v literatúre používajú tiež termíny tumor alebo neoplazma (Kliment, Plank, & Kavcová, 2014). V bežnom živote je v spoločnosti zaužívaný aj názov „rakovina“.

## 2.2 Vznik onkologického ochorenia

Vznik a vývoj zhubného nádoru predstavuje komplikovaný a viacstupňový proces, pri ktorom nádorová bunka s vysoko malígnym a metastazujúcim potenciálom získava v dôsledku mutácií rôznych génov svoje invazívne a agresívne schopnosti, nekontrolovateľne sa delí a uniká imunitným, kontrolným mechanizmom. Tento zložitý proces transformácie buniek sa nazýva **karcinogéza** a jej detailný popis je predmetom špecializovanej onkologickej literatúry (Kaušitz & Ondruš, 2017; Soumarová & Kubecová, 2019).

V roku 2000 Hanahan a Weinberg uskutočnili syntézu doposiaľ známych vedeckých poznatkov a definovali znaky zhubného nádoru, ktoré sú aplikovateľné na väčšinu nádorových ochorení. Pod vplyvom rozvíjajúceho sa pokroku v oblasti nádorovej biológie, svoju prácu v roku 2011 revidovali a doplnili o ďalšie umožňujúce znaky vznikajúceho maligného nádoru (Hanahan & Weinberg, 2000; Hanahan & Weinberg, 2011).

Pre karcinogézu je charakteristický postupný mnohostupňový proces, ktorý vo všeobecnosti prechádzajúci tromi štádiami (Masopust & Chromý, 2003):

1. **Iniciačné štádium alebo štádium klonálnej dysplazie** – normálna bunka sa mení na preneoplastickú léziu vďaka mutácii určitého génu.
2. **Promočné štádium** – zmeny v genome buniek pokračujú, pričom dochádza ku stimuláciám intenzívnejšej proliferácii klonu nádorových buniek.
3. **Štádium progresie** – trvalá aktivácia onkogenných signálov vedie ku vzniku klinicky zistiteľného nádoru.

Nádor je tvorený klonálnou expanziou jedinej prekursorovej bunky, u ktorej nastalo genetické poškodenie. Pre pochopenie molekulárnych dejov karcinogenézy, majú rozhodujúci význam nasledujúce skupiny génov (Büchler, 2019):

- **onkogény** – sú mutované formy génov (protoonkogény), ktoré zapríčiňujú v postihnutej bunke nadmernú, autonómnú a nekontrolovateľnú proliferáciu aktivitu,
- **nádorové supresory** – sú gény zabezpečujúce zastavenie bunkového cyklu pri poškodení DNA a nadmernej proliferácie, podporujúce diferenciáciu a odumieranie buniek,
- **gény regulujúce naprogramovanú apoptózu (smrť) bunky** – môžu sa správať dominantne ako onkogény alebo recesívne ako nádorové supresorové gény,
- **gény zabezpečujúce reparáciu DNA** – gény zapojené do opravných DNA procesov poškodených génov (priradíme k nim aj vyššie vymenované gény).

## 2.3 Príčiny a rizikové faktory onkologického ochorenia

Napriek dosiahnutému vedeckému pokroku v skúmaní onkologických ochorení, odborníci doposiaľ nepoznajú presnú príčinu vzniku nádorových chorôb. Vznik onkologického ochorenia je **multifaktoriálne** podmienený. Vo všeobecnosti sa uvažuje o spolupôsobení viacerých vplyvov a faktorov, vedúcich k ich vzniku. Jedná sa najmä o vrodenú genetickú predispozíciu, fajčenie tabaku, nadmerné užívanie alkoholu, vírusové a bakteriálne infekcie, stravovacie zlovyky, obezitu, telesnú inaktivitu, kontamináciu životného prostredia chemickými a fyzikálnymi látkami a psychickú záťaž v podobe stresu (Kliment, Plank & Kavcová, 2014).

### 2.3.1 Vybrané rizikové faktory onkologického ochorenia

Na onkologické ochorenie podobne ako na mnohé iné choroby, majú vplyv rôzne faktory, ktoré zvyšujú riziko vzniku a následného rozvoja choroby. Za **rizikové faktory** sa dá považovať v podstate čokoľvek, čo zvyšuje šancu na rozvinutie ochorenia. Nádorové choroby sú nevyspytateľné v tom smere, že sú nepredvídateľné. Sú ľudia, ktorí majú niekoľko rizikových faktorov (fajčiari, alkoholici a iní) a onkologická choroba u nich neprepukne, iní nemajú žiadne faktory a rakovina, ako sa nádorové ochorenie laicky nazýva,

sa u nich rozvinie. Mnohé vedecké štúdie potvrdili škodlivé účinky **fajčenia** na ľudský organizmus a Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1986 zaradila tabakový dym do zoznam IARC medzi preukázané humánne karcinogeny (International Agency for Research of Cancer, 1997).

Existuje kauzálna súvislosť medzi fajčením tabaku a vznikom nádorového ochorenia najmä respiračného, tráviaceho a močového systému ako aj karcinómu krčka maternice a niektorých typov leukémií. Veľkosť rizika je ovplyvnená typom tabaku, množstvom vyfajčeného tabaku za deň, celkovou dobou fajčenia a individuálnou vnímavosťou, pričom nie sú potvrdené rozdiely medzi pohlaviami (Williams & Samet, 1994).

**Infekcie** rôzneho pôvodu ako napríklad vírusová hepatitída B a C (viac v rozvojových krajinách ako vo vyspelých), HIV/AIDS, HPV – human papiloma virus, rôzne parazitárne ochorenia, bakteriálne infekcie – najmä *Helicobacter pylori* a iné, predstavujú približne 18 % všetkých prípadov onkologických ochorení vo svete, u ktorých je preukázaná kauzálna súvislosť s onkogenézou (Kliment, Plank, & Kavcová, 2014).

**Nadmerné užívanie alkoholu** je považované za významný rizikový faktor, ktorý sa podieľa na rozvoji rôznych nádorových chorôb a to najmä na malígnych nádoroch ústnej dutiny, pažeráka, hltana, hrtana, žalúdka, kolorekta, pečene a prsníka. Celosvetovo mu možno pripísať približne 3,6 percent všetkých nádorov z toho 5,2 percent u mužov a 1,7 percent u žien. Na základe jednoznačných dôkazov zaradila Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny (IARC), etanol a jeho hlavný metabolit acetaldehyd, medzi ľudské karcinogeny (Seitz & Stickel, 2007).

Doll a Peto (1981) odhadli, že 30 až 35 percent úmrtí na onkologické ochorenie v USA súvisí so **stravovacími návykmi**, pričom rozsah v akom strava prispieva k úmrtiam sa líšia podľa druhu nádorového ochorenia. V tom čase postulovali, že až 70 percent prípadov nádorov hrubého čreva a konečníka súvisí so stravou. Väčšina užitých karcinogénov (dusičnany, pescitídy, dioxíny a iné), pochádza z potravín alebo prídavných látok používaných pri príprave jedla. Kliment, Plank a Kavcová (2014) v tejto súvislosti hovoria skôr o životnom štýle a o vzájomnom spolupôsobení stravovacích návykov, o **obezite a telesnej inaktivite** než iba o jednej konkrétnej príčine, ktorá prispieva k rozvoju nádorového ochorenia.

Na rozdiel od faktoru stravy, bol jednoznačne preukázaný karcinogénny efekt **ultrafialového** (slnečné žiarenie a umelé zdroje napr. soláriá a pod.) a **ionizačného žiarenia**. 85 percent všetkých prípadov malígnych nádorov kože, je vo vyspelých

európskych štátoch zapríčinené ultrafialovým žiarením a problémom stenčovania ozónovej ochrannej vrstvy v atmosfére (Parkin, Mesher, & Sasieni, 2011). K všeobecne známym rizikovým faktorom, ktoré ovplyvňujú kvalitu života patrí aj zažívanie **stresových situácií** v bežnom živote, aj keď jednoznačná kauzálna súvislosť nebola preukázaná (Holland, 1998; Tschuschke, 2004).

Negatívne vnímané a prežívané životné udalosti v človeku vyvolávajú stresovú odozvu. Stresová reakcia ako odpoveď organizmu na vplyvy z prostredia, neúmerne zaťažuje a ohrozuje jeho funkčnosť (Lewis, O'Sullivan, & Barraclough, 1995). Katecholamíny adrenalín a noradrenalín ako špeciálne stresové hormóny sú spojené s fyzickou a psychickou záťažou a môžu viesť k zmenám až na bunkovej úrovni a v imunitných funkciách (Schedlowski & Tewes, 1999).

## 2.4 Klasifikácia onkologického ochorenia

Existuje veľký počet nádorov. Klinická medicína rozoznáva pri nádoroch ich charakteristické znaky a osobitné biologické vlastnosti, na základe, ktorých ich môžeme deliť podľa rôznych kritérií a klasifikačných princípov. V praxi hodnotenie nádorov vychádza z presne stanoveného typu nádora a zo stupňa pokročilosti nádorového procesu. Medzinárodná klasifikácia onkologických ochorení ICD-O je morfológickou zložkou (M) časti SNOMED – systematickej nomenklatury v medicíne. Rôzne nádory sú špecifikované systémom TNM – T- tumor, N – nodus (uzlina) a M – metastáza (Kliment, Plank, & Kavcová, 2014; Linkos, 2018).

**Klinická klasifikácia** TNM onkologického ochorenia sa určuje na základe klinického a zobrazovacieho vyšetrenia. **Patologickú klasifikáciu** prevádza **patológ** na základe vyšetrenia nádoru a okolitého tkaniva odobraného pri operačnom zákroku alebo pri pitve. Kombináciou rôznych hodnôt T, N, M sa identifikuje jedno zo štyroch štádií onkologického ochorenia (**štádium I – IV**), ktoré je špecifické pre každý typ nádoru. Štvrté štádium zvyčajne označuje prítomnosť vzdialených metastáz (Národný onkologický program Slovenskej republiky, 2018).

Podľa kritéria zhubnosti sa tumory delia na **benígne** (nezhubné) a **malígne** (zhubné). Ak sa nádorový proces rozšíri z pôvodného miesta vzniku do iných častí tela, vznikajú **metastázy**.

**Lymfogénne** metastázy sa šíria lymfatickými cestami a krvnou cestou prebieha **hematogénne** metastázovanie (Andrášiová in Heretik, sr., & Heretik, jr., 2016).

Nádory je možné klasifikovať napríklad z hľadiska biologického a histogenetického, tak ako to uvádzajú autori Kaušitz & Ondruš (2014) nasledovne:

#### **Biologické hľadisko:**

- **benígne nádory** – zostávajú na mieste svojho vzniku, sú ohraničené, vyznačujú sa pomalým, ale za to expanzívnym rastom, pričom utláčajú okolité zdravé tkanivo a prerastajú bazálnu membránu,
- **neinvazívne (in situ) nádory** – predstavujú populáciu buniek, ktorá neprerastá bazálnu membránu, neinfiltuje sa do okolia a nemá schopnosť vytvárať metastázy, aj keď časom to nie je vylúčené,
- **malígne nádory** – sú neohraničené, rýchlo a nekontrolovateľne rastúce patologické (nezdravé) útvary, ktoré prenikajú do svojho zdravého okolia. Majú schopnosť šíriť sa aj do vzdialených miest v tele, kde vytvárajú druhotné ložiská tzv. metastázy.

#### **Histogenetické hľadisko:**

- **epitelové nádory** – vychádzajú z krycieho alebo žľazového epitelu a delia sa na **benígne papilómy** a **malígne karcinomy**,
- **nádory mäkkých tkanív, kostí a chrupavky** – sú nádory pochádzajúce zo spojivového tkaniva, z nervov, svalov, krvných lymfatických ciev, kostí a chrupavky. Patria sem rôzne **sarkómy**, **leukémie** alebo **Hodgkinove** a **non-Hodgkinove lymfómy**,
- **nádory zo zárodočných buniek** – zvyčajne vznikajú v semeníkoch alebo vo vaječníkoch,
- **ostatné nádory** – predstavujú skupinu malígnych nádorov tzv. **blastómov** (embryómov).



## 2.5 Diagnostika a vyšetrovacie metódy onkologického ochorenia

Súčasná **diagnostika** onkologických ochorení predstavuje komplexný proces. Výsledná diagnóza zahŕňa okrem klinických prejavov pacienta, tiež výsledky rádiologických, biochemických a molekulo-biologických vyšetrení, čo si vyžaduje úzku spoluprácu rôznych odborníkov od onkológa až po patológa. V porovnaní s minulosťou, predstavujú dnes metódy biopcie a cytologického vyšetovania odobratých vzoriek z tela pacienta pred a po operácii, štandardnú prax a patria medzi najcitlivejšie spôsoby, ktorými je možné odhaliť malígnu nádor. V priebehu času sa možnosti rýchleho a presného identifikovania nádorových ochorení stali prelomovými a naďalej sa zlepšujú, čím sa stávajú pre onkologických pacientov čoraz viac dostupnejšími (Kaušitz & Ondruš, 2017).

Medzi najčastejšie **typy diagnostických vyšetrení** patria (Národný onkologický inštitút, 2020):

- Základné **klinické vyšetrenie** – lekár klinicky vyšetruje pacienta pohľadom, pohmatom, posluhom, poprípade odoberá vzorku z postihnutého tkaniva a zasiela ju na laboratórne histologické vyšetrenie.
- Základnou a najrozšírenejšou diagnostickou metódou, využívajúcou ionizačné žiarenie je **RTG – rentgenové vyšetrenie**, ktoré sa používa na zobrazovanie tvrdých tkanív napr. kostí. Pacient absolvuje toto vyšetrenie len v indikovaných prípadoch, kedy v najkratšom možnom čase je mu ožiarená len vyšetovaná časť tela a ostatná časť je chránená.
- Nízkodávkovým typom RTG vyšetrenia, je **mamografické vyšetrenie** pre včasné vyhľadávanie karcinómov prsníka. Pre jasné zobrazenie sú prsníky pri röntgenovaní stláčané medzi dve platne.
- **USG – ultrasonografické vyšetrenie** patrí k prvej voľbe vyšetrenia vnútorných orgánov a svalov. Vyšetrenie je bezbolestné, trvá len niekoľko minút a môže sa opakovať v krátkodobých intervaloch, pretože pacientovi nehrozí radiačná záťaž

RTG vyšetrenia. Lekár nanáša na postihnuté miesto gél a pomocou ultrazvukových vln RTG sondy, priamo zobrazuje a zároveň vidí zdravotný problém vyšetrovanej časti tela.

- **CT – počítačová tomografia** je veľmi presná metóda, ktorá dokáže odhaliť detail s presnosťou 2 mm. Používa sa na zobrazovanie častí ľudského tela vo vrstvách pomocou počítačového spracovanie röntgenových lúčov a výhodou je vyšetrenie aj mäkkých častí alebo orgánov. Pre presnejšie zobrazenie vyšetrovaných orgánov sa pacientovi podáva do žily kontrastná látka. Spracovaním jednotlivých snímok lekár získava trojrozmerné zobrazenie pacienta.
- K modernej vyšetrovacej metóde, ktorá poskytuje detailné a veľmi presné zobrazovanie orgánov a tkanív ľudského tela patrí **MRI – magnetická rezonancia**, využívajúca silu magnetického poľa. Táto metóda je bezbolestná a bezpečná, avšak samotné vyšetrenie prebieha v stiesnenom priestore zariadenia, ktoré má tvar trubice a je sprevádzané nepríjemným piskľavým zvukom. Vyšetrenie trvá od 30 do 50 minút a pre kvalitu snímku je dôležité, aby pacient ležal po celý čas nehybne.
- **PET, PET/CT – pozitronová emisná tomografia**, sa môže prevádzať ako samostatné vyšetrenie alebo kombinované s **počítačovou tomografiou**. Je jednou z najmodernejších diagnostických vyšetrovacích metód z odboru nukleárnej medicíny, ktorá spája dve metódy v jednu. Používa sa na zobrazovanie ľudských tkanív na základe ich rozdielneho metabolizmu. Ide o nebolestivú metódu, kedy je pacientovi podaná rádioaktívna látka vo veľmi malom množstve. Vyšetrenie využíva špeciálne rádioaktívne látky, ktoré sa akumulujú v určitých postihnutých orgánoch a tkanivách a týmto umožňujú diagnostiku ochorenia. Najčastejšie sa využíva hybridný prístroj PET/CT (vyšetrenie PET a vyšetrenie CT) a výsledkom je získaný obraz s vysokou výpovednou hodnotou.

## 2.6 Možnosti liečby onkologického ochorenia

Na základe skúsenosti sa domnievam, že vo verejnosti stále panuje názor, že onkologické ochorenie je neliečiteľné a nevyliciteľné ochorenie. Rečková (2014) nás vyvádza z omylu

keď upozorňuje, že pre priaznivú a úspešnú liečbu nádorových ochorení je rozhodujúce skoré rozpoznanie choroby a určenie jej rozsahu.

Vzhľadom k rôznorodosti, šírke a hĺbke problematiky nádorového ochorenia, nie je možná univerzálna liečba pre všetkých onkologických pacientov. Liečebné postupy nádorových chorôb majú **multidisciplinárny charakter**. Kombinácie liečebných metód súvisia s typom nádoru, ich množstvom, miestom výskytu v ľudskom tele a ďalšími aspektami, ktoré vyžadujú individuálny prístup ku každému pacientovi zvlášť a spoluprácu rôznych špecialistov (histopatológov, rádioterapeutov, chemoterapeutov a ďalších). Na prognózu vývoja a liečbu ochorenia má podstatný vplyv najmä skoré zachytenie choroby, vek pacienta, jeho psychická a fyzická kondícia či pridružené chronické ochorenia, ktoré by mohli vyliečenie sťažovať (Kaušitz & Ondruš, 2017).

### 2.6.1 Liečebné ciele a metódy onkologického ochorenia

Z hľadiska **cieľov** pri všetkých druhoch onkologických chorôb rozlišujeme liečbu kuratívnu, adjuvantnú a paliatívnu (Kliment, Plank & Kavcová, 2014):

- **Kuratívna liečba**, je liečba, ktorá vedie k celkovému vyliečeniu onkologického pacienta.
- **Paliatívna liečba**, je liečebným postupom pre nevyliciteľne chorých pacientov, ktorý zabezpečuje odstránenie a zmiernenie sprievodných príznakov choroby a zlepšuje kvalitu života v jej pokročilom štádiu u onkologických pacientov.
- **Adjuvantná liečba** (zaist'ovacia), sa uplatňuje v prípadoch, keď po chirurgickom odstránení nádoru nie je možné určiť výskyt nádorových buniek v tele pacienta a cieľom je znížiť riziko znovuobjavenia onkologického ochorenia.
- V niektorých prípadoch sa uplatňuje **neoadjuvantný liečebný postup**, uplatňovaný pred samotným chirurgickým zákrokom. Cieľom je, čo do najväčšej možnej miery zmenšiť samotný tumor, čo následne vedie buď k jeho celkovému odstráneniu alebo odobratiu menšej časti zdravého orgánu.

Z hľadiska **metód** sa v súčasnej onkológii uplatňujú liečebné postupy, ktoré sú vždy individuálne, vzhľadom k množstvu druhov nádorov a osobitosti každého pacienta. Jedná sa o chirurgickú liečbu, rádioterapiu a chemoterapiu.

**CHIRURGICKÁ LIEČBA** alebo operatívna liečba, je najstaršou a základnou liečbou, ktorá dominuje pri liečbe solídnych tumorov. Chirurgické odstránenie nádoru sa uplatňuje predovšetkým v prípade, keď je nádor radikálne operovateľný a bez kontraindikácií operácie. Ak rozsah ochorenia neumožňuje tak invazívny zásah, zmysel má odstránenie podstatnej časti nádoru spolu s časťou zdravého tkaniva. V kombinácii s ožarovaním alebo systémovou liečbou je následne možné vykonať ďalšiu reoperáciu. Je potrebné podotknúť, že pri niektorých chirurgických zásahoch, napríklad pri operácii prsných žliaz, je možné vykonanie len menšieho zákroku a inokedy je potrebné okrem samotného nádoru chirurgicky odstrániť aj jeho metastázy. Chirurgická liečba sa zvyčajne používa v kombinácii s rádioterapiou alebo systémovou liečbou (Hatoková, 2013; Kaušitz & Ondruš, 2017).

**RÁDIOTERAPIA** ako liečebná metóda sa využíva najmä pri liečbe nádorových ochorení a v menšej miere pri liečbe degeneratívnych alebo zápalových postihnutiach. Aj keď má radiačná onkológia dlhú tradíciu, (prvé pokusy liečby s rentgenovými lúčmi sa uskutočnili v roku 1903 v súvislosti s nádorovým ochorením kože a prsníka pričom bol zaznamenaný aj paliatívny efekt, či úplné vyliečenie), patrí ku najmladším medicínskym odborom. Je to odbor, ktorý pri liečbe využíva biologické účinky **ionizujúceho žiarenia**. Konkrétne dva druhy žiarenia a to ožarovanie vonkajším lúčom (zdroj žiarenia je umiestnený mimo tela pacienta) a vnútorné ožarovanie (zdroj žiarenia sa zavádza priamo do tela, do nádoru alebo do jeho bezprostrednej blízkosti). Potom proces efektu ionizujúceho žiarenia na živé tkanivo prebieha v niekoľkých štádiách, pričom k rozvoju funkčných a morfológických zmien dochádza v poslednej biologickej fáze procesu. V závislosti od dávky žiarenia, sa efekt môže dostaviť v priebehu niekoľkých minút (vysoká dávka), dní (stredná dávka) alebo rokov (pri nízkych dávkach ako latentné poškodenie v dôsledku ožarovania). Každý nádor je inak **rádiosenzibilný** a pravdepodobnosť vyliečenia nádoru koreluje s celkovou dávkou žiarenia, pretože každá dávka zabíja fixné percento buniek. Cieľom rádioterapie je vpraviť do oblasti tumoru takú dávku žiarenia, ktorá by zničila nádor a súčasne čo najmenej poškodila okolité zdravé tkanivo. Celková výška aplikovanej dávky je závislá na tolerancii zdravého tkaniva. Pacient môže rádiologickú liečbu absolvovať buď ambulantne alebo v nemocničnom zariadení (Národný onkologický inštitút, 2020; Soumarová, & Kubecová, 2019).

Okrem vyššie spomenutých lokálnych metód, do liečby onkologických ochorení patria aj **systémové postupy** zahŕňajúce **cytostatickú liečbu (chemoterapia)**, **hormónovú liečbu** a **biologickú liečbu (imunoterapia a monoklonové protilátky)**. Opätovne platí, že

efektivita použitého liečebného postupu a uplatňovanie jednotlivých metód závisí od typu karcinómu a špecifických faktoroch každého pacienta (Hatoková, 2013; Soumarová, & Kubecová, 2019).

**CHEMOTERAPIA** je systémová liečba nádorových ochorení (leukémie a lymfómy) pomocou liekov (tzv. cytostatiká), ktorej cieľom je využiť cytotoxický efekt. **Cytostatiká** sú látky, ktoré zasahujú do bunkového cyklu deliacich sa abnormálnych buniek, takže im bránia v ich ďalšom delení. Ich nevýhodou je, že nerozlišujú medzi zdravými a nádorovými bunkami a pôsobia na nich rovnako. Z normálnych tkanív sú na chemoterapiu najsenzitívnejšie tie, ktoré sa najaktívnejšie delia (najmä krvotvorné bunky kostnej drene a bunky výstelky tráviaceho traktu).

Liečba je rozlíšená na **monochemoterapiu** (podávanie len jedného cytostatika, používaný skôr len v paliatívnej indikácii) a na **kombinovanú chemoterapiu** (podávanie kombinácie viacerých cytostatík súčasne alebo v časovej následnosti s cieľom zvýšiť intenzitu liečby bez zvýšenia toxicity pre lepšiu efektivitu terapie). Z povahy cytostatík vyplýva, že chemoterapiu sprevádzajú vedľajšie nežiadúce účinky (hematologická toxicita, vypadávanie vlasov, nevoľnosť (nauzea) a vracanie, kardiotoxicita, strata libida, vznik sekundárnych malígnych nádorov ako dôsledok protinádorovej liečby a iné). Najčastejšie sa cytostatická liečba podáva v opakovaných cykloch. (Klener, 2002).

## 2.7 Prevencia a skrining onkologického ochorenia

Podľa dostupných údajov Slovenského onkologického inštitútu, pribudne na Slovensku každoročne okolo 30 000 nových onkologických prípadov (Národný onkologický inštitút, 2020). V Českej republike má obdobnú skúsenosť viac než 85 0000, s každoročným 2 percentným prírastkom (Linkos, 2018). Vzhľadom k celosvetovému trendu onkologických ochorení profesorka Adámková hovorí (in Medical Tribune, 2020), že *„Je pravda, že se výrazně zlepšila léčba, diagnostika, nic méně situaci je třeba se věnovat, protože moderní svět očekává nárůst onkologických diagnóz. Nemůžeme čekat až epidemie onkologických onemocnění propukne, ale již nyní musíme vytvářet podmínky, abychom jim mohli vzdorovat...“*

Spočiatku sa onkologické ochorenie nemusí prejavovať žiadnymi, alebo len zanedbateľnými symptómami, preto je dôležitá prevencia, ktorá je zakotvená v národnom onkologickom programe štátu. Zároveň, v rámci predchádzania onkologickým ochoreniam, je osobnou

zodpovednosťou každého z nás, absolvovať zdravotno-preventívne prehliadky a zúčastnene naplňať skriningové programy vlády (Národný onkologický program Slovenskej republiky, 2018).

K základným cieľom jednotlivých národných onkologických programov (SR a ČR) je v súlade s WHO (Svetová zdravotnícka organizácia), znižovať výskyt onkologických ochorení, zlepšovať kvalitu života onkologicky chorých pacientov a racionalizovať či zefektívniť náklady na diagnostiku a liečbu onkologických chorôb. Vzhľadom k nejednoznačnej príčinne vzniku nádorových ochorení má zmysel venovať pozornosť rôznym druhom **prevencie** (Soumarová & Kubecová, 2019):

- **primárna prevencia** je zameraná na pravdepodobné a u niektorých faktorov aj preukázateľné riziká, ktoré vedú k vzniku a rozvoju onkologických ochorení. Je potrebné vzdelávať, diskutovať a najmä nabádať ľudí k zmene životného štýlu a nezdravých stravovacích návykov aj vzhľadom k tomu, že len asi 5 percent nádorového ochorenia má dedičný pôvod a najmenej tretina nádorov je prevetabilných (napríklad kolorektálny karcinóm, karcinóm prsníka, pľúc, kože a iné). Cieľom primárnej prevencie je znížiť výskyt a úmrtnosť v spojení s onkologickými diagnózami a znížiť nežiadúce účinky liečby,
- **sekundárna prevencia** alebo tiež **skrining** je včasné zachytávanie zhubných nádorov, ktoré sú lepšie liečiteľné v ich skorších štádiách. Skrining je celoplošne cielený na definovanú časť populácie (napríklad mamografické vyšetrenia žien nad 45 rokov). V ČR prebiehajú tri skriningové programy a to mamografický skrining (od 2002), skrining cervikálny – rakoviny krčka maternice (od 2008) a skrining kolorektálneho karcinómu (od 2009). Na Slovensku, bol od januára 2019 zdravotnými poisťovňami zahájený skrining kolorektálneho karcinómu a mamografický skrining karcinómu prsníka, pričom prebieha intenzívna príprava skriningu rakoviny krčka maternice,
- **terciálna prevencia** je zameraná na zachytenie prípadného návratu onkologického ochorenia po primárnej liečbe a čase, bez príznakov, keď je ešte choroba liečiteľná. Okrem **relapsu** (návrat ochorenia), sú chorí pacienti ohrození aj vznikom druhotných (**sekundárnych**) nádorov. Aj z tohto dôvodu je zavedenou praxou celoživotné sledovanie onkologických pacientov tzv. **dispenzarizácia** a neustále zlepšovanie jej systému.

- **kvartérna prevencia** znamená predvídať a predchádzať následkom progredujúceho a nevyliciteľného ochorenia, ktoré môžu skracovať zbytok života alebo znižovať ho po kvalitatívnej stránke. Patrí sem napríklad zabezpečenie dostatočného množstva analgetických liečiv a odbornej starostlivosti ešte v čase, pokiaľ bolesť naplno neprepukla.

# 3 ONKOLOGICKÉ OCHORENIE

## POHĽADOM KLINICKEJ

### PSYCHOLÓGIE

Napriek medicínskemu pokroku, onkologické ochorenie, zostáva ochorením, ktoré je v predstavách človeka spojené s existenciálnou hrôzou, bolesťou, utrpením a najmä smrťou. Táto kapitola sa bude bližšie venovať fázam prežívania a vyrovnávania sa s ochorením ako aj aspektami, ktoré s tým súvisia.

#### 3.1 Problémy a záťaž onkologického pacienta

Človek postihnutý chorobou, bez ohľadu na reálnu šancu vyliečenia sa, alebo prežitia, zažíva náhlu konfrontáciu s **nebezpečenstvom smrti**, stratu ilúzií o svojej nesmrteľnosti a výnimočnosti, stratu kontroly nad životom. Je spochybnený v celej svojej integrite, zažíva neistotu, cíti sa nevykonný, nefunkčný, nevyužitý. **Prežíva ohrozenie** vo vykonávaní doterajších rolí a je znepokojený nad budúcimi možnosťami. Premieta o náročnej a dlhodobej liečbe a zároveň o perspektíve nového života (Rudolf & Henningsen, 2018).

Kastová (2015) tvrdí, že strata zdravia sa človeka hlboko dotkne a vyvolá v ňom **krízu**, ktorá ho môže zmeniť alebo zlomiť. Podobne Yalom (2020) konštatuje, že **povedomie o vlastnej smrteľnosti** v dôsledku ťažkej choroby spôsobí, že sa človek prestane zaoberať malichernosťami a začne vnímať život v jeho celej vážnosti. Kupka (2014) poukazuje na to, že bez pripomienky smrti ako významnej udalosti, by sa neformovala a neuvádzala do pohybu prítomná chvíľa života.

V čase plného zdravia sa človek **téme smrti** prirodzene vyhýba. Zážitok smrti predstavuje silnú emočnú záťaž a Parkes (1978) ju radí k najsilnejšiemu stresu, aký môže človeka zasiahnuť.

Smrť ako odvrátená strana života je ľudskou realitou a nepatrí k udalostiam, na ktoré by človek dobrovoľne obracal svoju pozornosť (Kübler-Ross, 2015). Yalom (2020) píše, že



kedysi to bola stoikmi vysoko oceňovaná časť života, no dnes jej prítomnosť spôsobuje úzkosť, strnulosť a strach. Potvrdzuje to aj Kübler-Rossová (2015) keď tvrdí, že vedomie smrti si človek pripúšťa len málokedy, alebo len výnimočne. Je toho názoru, že občasné premýšľanie o ľudskej smrteľnosti, skôr než dá o sebe kruto vedieť, napríklad v podobe nádorového ochorenia, by mohlo byť prínosné pre obdobie zlomových okamžikov života.

## 3.2 Obdobie liečby onkologického pacienta

Každý reaguje inak na skutočnosť, že ochorel a hľadá spôsob, ako sa vysporiadať s novými podmienkami. Keď sa človek stane onkologickým pacientom, choroba ho zasiahne a zaťažuje v jeho celosti a to po stránke telesnej, psychickej, sociálnej aj duchovnej (Křivohlavý, 2002).

Stanovenie smrteľnej diagnózy je medzníkom, ktorý rozdelí život pacienta na obdobie pred chorobou a po nej, pričom spôsobí existenciálny otras, zásah do bežného života a jeho radikálnu zmenu (Andrášiová & Bednařík, 2015).

### 3.2.1 Oznámenie o onkologickej diagnóze

Čakanie na výsledky je psychicky náročné obdobie, sprevádzané neistotou a narastajúcou úzkosťou zo straty zdravia a ohrozeného života. Po vyriešení diagnózy človek väčšinou zažije **šok**. Dovedy vnímal svoje telo ako dobre fungujúci stroj, prípadne mal dojem, že onkologické ochorenie sa týka druhých ľudí, ale rozhodne nie jeho. Oznámenie spúšťa emocionálny, myšlienkový a fyzický zmätok, ktorý sa môže prejavovať rôznymi reakciami, od plaču až po neschopnosť myslieť (Andrášiová & Bednařík, 2015).

Buckman (1992) uvádza, že vplyvom stresu a zahltenia silnými pocitmi či chaotickými myšlienkami, človek nedokáže vnímať a chápať oznámenie o chorobe alebo zapamätať si návrh liečby. „*Po stanovení diagnózy rakoviny už nic není jako dřív*“ tvrdí Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke (2010, 93). Podľa Andrášiovej (2009) chorý v takejto chvíli najviac potrebuje lekárove uistenie, že na chorobu nebude sám a nádej, že sa vylieči. Základnými piliermi, umožňujúcimi zvládať psychicky náročnú situáciu sú dostatok podpory, priestor na vyjadrenie sĺz a obáv a základné informácie o chorobe či o tom, čo sa bude diať, čo bude nasledovať.

Človek sa pomaly adaptuje na nové podmienky, aby po prekonaní prvotného šoku bol schopný nielen vydržať náročnú liečbu, ale aj spolupracovať s lekárom a spoločne rozhodovať o type a načasovaní liečenia (Angenendt, Schütze-Kreilkamp & Tschuschke, 2010).

### 3.2.2 Komunikácie lekára s onkologickým pacientom

Podľa Hatokovej (2013) je komunikácia s pacientom, ktorý má nádorové ochorenie, náročná a zložitá aj vzhľadom k rozdielnym fázam choroby a liečby, ktorými sú:

- oznámenie onkologickej diagnózy,
- informovanie o liečebných možnostiach,
- informovanie o vyčerpaných postupoch kuratívnej liečby, poprípade
- komunikovanie s umierajúcim pacientom.

Andrášiová a Bednařík (2015, 44-45) poukazujú na to, že rozhovor lekára s pacientom sa odohráva v dvoch rovinách, v obsahovej a vzťahovej pričom vzťahová komunikácia „nemôže byť neutrálna, objektívna, neosobná. Môže byť len vzťahová, subjektívna a osobná“. Výsledkom komunikácie lekára je buď pomáhanie alebo ubližovanie, budovanie dôvery alebo nedôvery, spolupráca alebo odpor zo strany pacienta. Správne a efektívne vedený dialóg predpokladá lekárov empatický postoj, jeho snahu porozumieť tomu, čo sa deje v pacientovi a osvojenie si komunikačných a sociálnych zručností.

Křivohlavý (2002) píše, že pre pacienta je lekár autoritou, od ktorej človek v roli pacienta očakáva nielen vyšetrenie tela, stanovenie diagnózy a príslušnú liečbu, ale aj sociálnu oporu. Podpora sa prejavuje v dobrosrdečnom a prosociálnom postoji ošetrojúceho lekára. Pacient potrebuje byť prijatý predovšetkým ako ľudská bytosť a nie ako nejaké číslo v poradí alebo ďalší prípad.

Komunikácia s onkologicky chorým pacientom vyžaduje v tomto smere zvláštnu ohľaduplnosť a trpezlivosť. Jednanie lekára a zdravotníckeho personálu vzhľadom k náročnej situácii človeka, by malo byť citlivé a rešpektujúce. Lekár by mal zohľadniť momentálny psychický stav pacienta a tomu prispôbiť množstvo a spôsob poskytovaných informácií (Dostálová, 1986).

K faktorom, ktoré zhoršujú priebeh rozhovoru zo strany lekára Andrášiová a Bednařík (2015) priradujú predovšetkým:

- časový stres a poskytovanie informácií na nevhodnom mieste (chodba nemocnice, rozhovor medzi dverami alebo na chodbe nemocnice),
- odborný alebo nezrozumiteľný jazyk lekára,
- zahltenie pacienta informáciami,
- absencia jednoduchého súhrnu celkovej diagnózy a prognózy,
- neprejavenie osobného postoja a empatie voči situácii pacienta,
- odkladanie vyslovenia zlých správ pri komunikácii s pacientom,
- zo skúsenosti vytvorené zovšeobecnenia o možných reakciách a správaní sa pacientov.

Vo vzťahu lekár-pacient nesmieme zabúdať ani na samotného lekára, ktorého sa smrteľné ochorenie a utrpenie po celý čas liečby pacienta ľudsky dotýka a zároveň týka, pretože ho konfrontuje s jeho vlastnou smrteľnosťou. V tejto súvislosti sa Kübler-Rossová (2015) domnieva, že na komunikáciu s pacientom, má vplyv lekárov samotný postoj jeho schopnosti, ale aj to, do akej miery rozmýšľa a sám je vysporiadaný s existenciálnymi otázkami.

Okrem komplexnej starostlivosti o pacienta, čelí ošetrojúci lekár náporu pocitov zo strany rodinných príslušníkov, etickým otázkam, únave, preťažnosti, stresu, smrti pacientov a vlastným neúspechom, pri liečbe pacienta a iným okolnostiam. Kebza (2012) v kontexte liečby ťažko chorého pacienta, hovorí o burnout syndróme, ktorý hrozí lekárovi a vzniká pôsobením dlhodobého stresu, ktorému je vystavený.

### **3.2.3 Osobnosť onkologického pacienta**

Do procesu prežívania vstupuje celá osobnosť pacienta s jeho individuálnymi vlastnosťami. Podľa Křivolavého (2001) osobnostné rysy pacienta ako temperament, telesné a genetické vybavenie, emočné nastavenie, typ osobnosti, vôľové vlastnosti, intelekt a iné, ovplyvňujú kvalitu života a celkovú spoluprácu pri liečbe.

Niet pochyb o tom, že ťažko chorý človek na zvládnutie náročnej liečby potrebuje dostatok psychickej sily, odhodlania a určitej stability (Kastová, 2010; Rudolf & Henningsen, 2018). V literatúre sa môžeme stretnúť tiež s fenoménom „*rakovinovej osobnosti*“ (Angenendt,

Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, 83) alebo „s osobností karcinogenní“ (Adam & Klimeš et al., 2019, 173), ktorý u niektorých ľudí, môže navodzovať dojem, že pacient si môže sám za to, že ochorel. Ponešický (2014) v tejto súvislosti upozorňuje na zjednodušenú a chybnú interpretáciu, pretože je veľmi ťažké rozlíšiť či niektoré pesimistické sklony, hostilita, depresívne ladenie osobnosti, perfekcionistické jednanie a iné črty, sú dôsledkom a vyústením do choroby, alebo či sú skôr adaptívnou reakciou na ochorenie.

Naopak, dôsledky chronického stresu podľa Adama, Klimeša & et al. (2019), ako aj depresívne, rigidné správanie sa pacienta ešte pred ochorením (Hollandová, 1998), môžu mať podiel na vzniku a vývine choroby.

Stres ako významný a ovplyvňujúci činiteľ všetkého živého, Honzák (2008) analyzuje a delí na eustres a distres. V dôsledku subjektívne vnímanej neúmernej záťaže sa u človeka spúšťajú stresové reakcie, ktoré súvisia s jeho ohrozením a oddeľujú ho od bežne prežívanej istoty. Preto aj strach z nejasnej budúcnosti a prípadnej smrti, je pochopiteľný, keďže človeka odseparuje od všetkého a všetkých, na ktorých mu záleží a, ktorých má rád (Höschl, Švestka, & Libier, 2002).

Andrášiová & Bednařík (2015) uvádzajú aj ďalšie faktory, v súvislosti s reakciou pacienta na liečbu. Môžu to byť nahromadené nepriaznivé životné udalosti, alebo potlačené riešenia konfliktov, alebo nevyjadrené emócie a iné. Liečbu zhoršujú pocity beznádeje a bezmocnosti (**syndróm hopelessness-helplessness**), ktoré chorého predurčujú k tendencii rýchlo sa vzdávať a nekonať. Nezanedbateľným faktom, môže byť aj nízka odolnosť (**nízke skóre hardiness**), ktoré svedčí o malom alebo rezignujúcom postoji k onkologickému ochoreniu. Niektorí pacienti môžu ochorenie vnímať ako osobnú prehru v živote, ktorej nie sú schopní čeliť a z toho vyplýva ich rezignovaný, pasívny a beznádejný postoj k liečbe.

### 3.2.4 Psychosociálne aspekty ovplyvňujúce priebeh a liečbu onkologického pacienta

Paulík (2010) sa domnieva, že pacientovi pomáha zvládnuť situáciu, jeho dostatočná psychická odolnosť (**hardiness**) alebo osobnostná tvrdosť. Odolný človek disponuje komplexom rôznych schopností ako napríklad vyššia miera frustrácie, rýchle zotavenie sa po prežitom strese, vyššia trepezlivosť a adaptabilita na nové okolnosti, pričom tvrdosť sa prejavuje vo vyššej miere sebaovládania, aktívnom zvládaní stresu a lepšej starostlivosti o telesné a duševné zdravie.

Prijatie choroby ako životnej výzvy je spôsob ako prekonať vzniknutú krízu. Kastová (2010) tvrdí, že potom čo sa pacient naučí zvládať úzkosť z choroby, môže k nej tvorivo pristúpiť, bilancovať, zamýšľať sa nad zmyslom života a choroby a hľadať konštruktívne riešenia pre zostávajúci čas.

Jedným z dôležitých ochranných faktorov pri zvládaní stresu z choroby a liečby, je sociálna podpora. Rodina, partner, deti, priatelia pomáhajú účinne znášať najmä emočnú záťaž pacienta z choroby a vplývať na jeho motiváciu v boji s chorobou. Následkom toho sa človek nevzdáva alebo neopúšťa (Andrášiová, 2007).

Nádorové ochorenie sa týka celej rodiny a je spojené so stresom a s psychickou záťažou, kde hlavnú časť záťaže samozrejme nesie chorý človek, ale časť môžu prebrať fungujúci členovia zomknutej rodiny (Adam, Klimeš & et al., 2019).

V čase liečby vplýva na pacienta najmä pozitívne a podporné prostredie. Goodwin (1978) spolu s výskumným tímom zistil, že kvalitnejšie a dlhšie žili tí onkologickí pacienti, ktorí mali pevnejšie rodinné zázemie. Dôvodom je najmä starosť a následne vyvíjaný tlak zo strany najbližších pri zdravotných problémoch pacienta, čo sa odrazí na včasnom diagnostikovaní choroby a začatí liečby. Tým sa nádej na prežitie zväčšuje. Kvalitné medzilidské vzťahy v rodine sa odzrkadľujú a prispievajú k dlhšiemu prežívaniu pacienta.

Väčšina ľudí má potrebu žiť v partnerskom vzťahu, v ktorom funguje vzájomná starostlivosť a ozajstný záujem o druhého. Reagovanie a spoluúčasť na riešení problémov života jedného z partnerov, znižuje stres a znižuje psychické nepohodlie. Onkologicky chorý človek potrebuje od okolia a partnera cítiť, že je tým istým človekom ako pred chorobou a zároveň, že ho partner neopustí a bude podporovať alebo pomáhať mu v prípade potreby či núdze (Höschl, 2004).

### **3.3 Vybrané psychologické aspekty človeka s onkologickým ochorením**

Z psychologického hľadiska onkologický pacient čelí kríze a trpí nenahraditeľnými stratami, prežíva sklamanie, úzkosť, pričom sa mu natíska reálna možnosť straty života, teda možnosť vlastnej smrti a zániku existencie. Tento na psychiku silný nápor, podľa Kastovej (2010) musí byť spracovaný v procese smútenia rovnako ako ktorákoľvek iná strata.

Pomyselná alebo reálna strata života, či už vlastného alebo blízkeho, je sprevádzaná žiaľom a „*doslova si vynucuje truchlení*“ nadväzuje Orel (2020, 110-111). Prácu smútenia považuje za prirodzený, integrujúci a stabilizujúci proces, ktorý napomáha prijatiu toho, čo je nevratné, trvalé a nezmeniteľné. Postupné vyrovňovanie sa so stratou a obnovu životnej perspektívy alebo aspoň toho, čo je ešte možné v živote, je prežívané subjektívne a týka sa vždy konkrétneho človeka. Priebeh ako aj čas smútenia je individuálny a nepodlieha všeobecnej alebo jednotnej forme.

**Elisabeth Kübler-Rossová** (2015), ako prvá popísala proces prispôsobovania sa pacientov faktu onkologického ochorenia v ich terminálnom štádiu života. Svoje poznatky o tom, čo pomáha pacientom zmieriť sa so situáciou v zostávajúcom čase, zhrnula do piatich štádií. Vyrovňovanie sa so smrťou chápe ako pravidelnú postupnosť jednotlivých procesov s vedomým prijatím vlastnej smrti. V tejto súvislosti Köhle a Obliers (2011) tvrdia, že klinická skúsenosť, predstavu lineárnej a predvídateľnej postupnosti nepotvrďuje najmä vzhľadom ku komplexnosti celého procesu umierania. Podobne tiež Andrášiová (2009) píše, že novšia literatúra uvádza skôr spôsoby reagovania pacienta v jednotlivých etapách liečby. Následne sú uvádzané pôvodne stanovené štádiá podľa E. Kübler-Rossovej (2015):

- **Štádium I – popretie a izolácia** je spôsob pacientovej psychiky ako tlmiť šokujúce oznámenie o ťažkej chorobe a hrozivej skutočnosti. Odmietanie faktu existencie choroby je v určitej miere spoločné všetkým onkologickým pacientom a nesúvisí s oznámením alebo neinformovaním chorého o jeho stave. Funkciou obranného mechanizmu popretia je tlmenie účinkov, život ohrozujúcej správy a získanie času na zmobilizovanie síl, ktoré budú potrebné na liečbu.
- **Štádium II – pocity zlosti, hnevu, závidi, mrzutosti, krivdy**, sú pocitmi, ktoré zväčša zažíva chorý po prvotnom popretí a stiahnutí sa z vonkajšieho sveta do izolácie. Pre toto štádium je typické obviňovanie (seba, druhých, okolností) alebo hľadanie vinníka, zodpovedného za ochorenie pacienta. Toto obdobie je všeobecne náročné na vydržanie emócií a týka sa ako chorého tak aj jeho blízkych. Rodinní príslušníci taktiež zažívajú otras a potrebujú vlastný čas a osobné tempo na vyrovnanie sa s novou situáciou. Zväčša reagujú smútkom, slzami, obavami, previnením, hanbou a inými pocitmi, čo je na jednej strane pochopiteľné avšak zároveň, svojim expresívnym prejavom podporujú a umocňujú nespokojnosť a zlobu pacienta.

- **Štádium III – vyjednávania** je pokusom onkologicky chorého pacienta o odklad (maturita alebo svadba dieťaťa), o predĺženie života, o poskytnutie pár dní bez bolesti alebo iných somatických záťaží, ktoré súvisia s ochorením.
- **Štádium IV – depresie.** Depresia strieda hnev a zlosť a je spojená s pocitom rôznych strát, ktoré musí pacient znášať a uniešť. Depresia je dvojakého charakteru, reaktívnu depresia Kübler-Rossová (2015, 102) odlišuje od prípravnej, ktorú nazýva „*přípravným zármutkem, kterým musí nevyléčitelně nemocný člověk projít, aby se připravil na své definitivní rozloučení s tímto světem*“,
- **Štádium V – akceptácie** je štádiom, kedy v pacientovi osud už nevzbudzuje depresiu ani hnev. Nie je to ani rezignácia, ale čas, kedy sa človek vnútorne vyrovnal a prijal chorobu a zaujal zrelý a zmysluplný postoj k novej životnej situácii.

V súvislosti so stratami (smrti, rozchodu, rozvodu, straty zdravia a inými) a procesom smútenia, **Verena Kastová** (2010, 2015) uvádza nasledujúce **fázy**:

- **I Fáza – kedy človek nechce uveriť** a popiera skutočnosť. Sprevádza ju šok, otras, strnulosť poprípade strata vnímavosti. Môže trvať niekoľko hodín alebo aj týždeň. Chorý človek sa cíti bezradný a osamelý. Aby sa spamätal z emocionálneho šoku, potrebuje najmä súcit, blízkosť a ľudskú vrelosť najbližšieho okolia ako aj dočasnú pomoc so zabezpečením bežného chodu života.
- **II Fáza – otvorených emócií**, súvisí s explóziou striedajúcich sa pocitov, smútku zo stratenej budúcnosti, hnevu na životnú situáciu, zlosti na zdravých ľudí okolo seba, krivdy z nespravodlivého osudu, žiaľu, ale aj bezmocnosti, zúfalstva, rezignácie. Do popredia sa dostávajú pocity viny či už reálnej alebo pomyselnej, ktoré nemusia byť logické alebo racionálne, ale vždy by mali byť rešpektované a uznané ako aj celé prežívanie chorého. Pre pacienta je dôležitá prostá prítomnosť druhého človeka a zdieľanie tohto bolestného prežívania.
- **III Fáza – hľadania, nachádzania a odpútavania** sa od predchádzajúceho života, ktoré môže byť spojené s prevládajúcimi rituálmi, starými návykmi, činnosťami spojenými so životom pred chorobou, vnútorným dialógom, fantáziami o návrate života v plnom zdraví. Objavujú sa rôzne myšlienky, že život už nikdy nebude mať zmysel alebo hodnotu. Chorý človek premieta nad doterajším životom, pomaly prítakáva strate vo vzťahu k sebe a ku vzťahovým osobám. Opäť je podstatné, aby mohol pacient vyjadrovať a ventilovať svoje pocity v bezpečnom a prijímajúcom

prostredí s človekom alebo s terapeutom, ktorý ho chápe v jeho situácií. Táto fáza je prípravná časť procesu pred samotným vyrovaním sa so stratou.

- **IV Fáza – nového vzťahu k sebe a svetu**, je fázou keď človek už nebojuje, je zmierený s odchodom, s vlastnou konečnosťou, odpútava sa od vonkajšieho sveta ak sa nachádza v terminálnom štádiu života. Vtedy hľadá najmä ticho a pokoj, zmysel života a choroby a pomaly sa odpútava sa od vonkajšieho sveta.

### 3.3.1 Najčastejšie emočné reakcie a afektívne poruchy u onkologických pacientov

K zvyčajným psychickým reakciám a afektívnym poruchám ktoré sťažujú alebo uľahčujú liečbu Andrášiová (2007) priraduje:

- **strach a úzkosť**. Úzkosť má dvojaký charakter. Na jednej strane je to existenčná úzkosť, ktorá ohrozuje pacienta na živote a konfrontuje ho s myšlienkami vlastnej smrti. Na druhej strane sa úzkosť týka samotnej liečby, jej dĺžky, vedľajších účinkov alebo neistého výsledku. Vysoká hladina úzkosti a nezvládnutý strach môžu prerásť do **úzkostných porúch a fobií**,
- **smútok a proces smútenia**, sú prirodzenou reakciou pacienta na skutočnosť, že človek trpí smrteľným ochorením. Pocity smútku sa dotýkajú nielen straty zdravia, ale aj kompetencií, zhoršenia kvality života, neistej budúcnosti. Okrem toho sa objavujú pocity bezmocnosti, bezcennosti a spolu s anticipáciou hrozného budúceho života môžu prerásť do **depresie**,
- **hnev a agresia**, vyjadrujú negatívny postoj pacienta ku skutočnosti, že ochorel. Aktívne prejavovanie pocitov a bojové naladenie voči chorobe predpovedá skôr aktívne zapájanie sa do procesu liečby než prejavy pasívnej rezignácie. Pacientov submisívny postoj a ovládanie sa za každú cenu môže prejsť do sebaobviňovania či iracionálneho odmietania liečby a iných prejavov, ktoré môžu byť odznené alebo vyústiť do **afektívnej poruchy**.
- **Posttraumatická stresová porucha (PTSD)**, súvisí s **depresiou**, ktorá sa môže prejavovať v ktorejkoľvek fáze ochorenia alebo po skončení liečby. Niektorí pacienti trpia po chorobe symptómami typickými pre **PTSD**, čo sa prejavuje narušeným spánkom, nočnými desmi, dlhodobým rozrušením, podráždením, strachom, vyhýbaním sa miestam, udalostiam a ľuďom, ktorí sú spojení so zážitkom ochorenia.



Títo onkologickí pacienti by mali byť dlhodobu sledovaní nielen po stránke telesnej ale aj psychickej.

### **3.4 Obdobie po vyliečení z onkologického ochorenia, obdobie remisie**

Za základné a najvyššie hodnoty človek pokladá život a zdravie. Avšak skúsenosť s onkologickým ochorením, človeku už navždy bolestne pripomína jeho zraniteľnosť, obavy a strach aj po vyliečení sa z choroby.

Vasil'ková (2015) sa domnieva, že pacienti počas liečby túžia po období keď budú zdraví (obdobie remisie), pretože ich predstava asociuje s návratom k pôvodnému, obyčajnému životu. Podotýka, že mnohí z nich zostanú sklamaní a demotivovaní, nakoľko neprítomnosť choroby nezodpovedá vytúženej predstave a predošlej kvalite života.

Carr a Steel (2012) uvádzajú, že onkologickí pacienti sa aj počas remisie potykajú naďalej s psychosomatickými problémami podobne ako tomu bolo pri liečbe. Ich kvalitu života ovplyvňuje najmä únava, bolesť, psychická tenzia a nevoľnosť. Práve únava a vyčerpanosť, ktoré môžu pretrvávajúť aj niekoľko mesiacov po liečbe, znemožňujú mnohým pacientom každodenné činnosti a obľúbené aktivity, zhoršujú náladu, narúšajú spánok a medziľudské vzťahy.

Významný vplyv na psychiku majú taktiež nereálne očakávania od samotného pacienta a jeho rodiny na opätovné začlenenie sa do bežného rodinného a pracovného života. U mnohých pacientov naďalej pretrvávajú strach z možnej recidívy ochorenia (Andrášiová, 2009).

Vyliečený pacient môže žiť s pocitom, že pre neho už normálny život skončil alebo sa rozhodnúť pre prítomnú chvíľu a rozvíjať optimizmus, ktorý zveľaduje pacientovu schopnosť posúdiť, vyrovnať a adaptovať sa na stresujúce okolnosti choroby ako aj nezvratné dôsledky liečby (Chambers & Meng, 2012).

Na druhej strane, ak bola liečba úspešná a človek nadobudol znova dostatočnú telesnú pohodu, môže postupne integrovať onkologickú skúsenosť do svojho života, aj keď to môže trvať roky. V tom čase sa môžu u človeka striedať obdobia dôvery v budúcnosť so skleslosťou a úzkosťou. Nakoniec, konfrontácia s existenciálnymi hranicami pre niektorých

preživších predstavuje obohacujúcu skúsenosť, ktorá ich privádza ku prehodnoteniu života, priorit a vedie u nich ku intenzívnejšiemu prežívaniu vzťahov či prítomného okamihu (Rudolf & Henningsen, 2018).

# VÝZKUMNÁ ČASŤ

## 4 VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIEĽ PRÁCE A VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Praktická časť bakalárskej práce sa zaoberá skúmaním subjektívneho poňatia zmyslu a zmysluplnosti u pacientov s onkologickým ochorením v kontexte existenciálnej analýzy. V nasledujúcich podkapitolách bude popísaný výskumný problém, cieľ výskumu a výskumné otázky, na ktoré predkladaná práca hľadá odpovede.

### 4.1 Výskumný problém a cieľ práce

V teoretickej časti práce boli popísané vybrané pohľady človeka na zmysel a zmysluplnosť života v kontexte existenciálnej analýzy a onkologického ochorenia. Život ohrozujúca choroba a následná liečba často znamená veľkú telesnú a psychickú záťaž, čo sa odzrkadľuje na mentálnom zdraví prežívajúcich pacientov. Skúsenosť s chorobou tak vyvoláva mnohé otázky existenciálneho rázu, čo sa dá hodnotiť ako **aktuálny výskumný problém**.

**Hlavným cieľom práce** je zistiť, či sa respondenti v konfrontácii s podmienkami onkologického ochorenia a hrozbou možného zániku vlastnej existencie, dokážu vzťahovať k hodnotám života a dávať mu zmysel z pohľadu existenciálnej analýzy.

Dielčou snahou výskumu je preskúmať vplyv a dopad onkologickej skúsenosti na život respondentov v priebehu liečenia a po vyliečení.

### 4.2 Výskumné otázky

Po stanovení výskumného cieľa, ďalším krokom k realizácii výskumu, bola tvorba výskumných otázok. Choroba ako vzniknutý stav v prirodzenom behu života, umožnila rozdeliť výskumné otázky do troch oblastí a to na: obdobie zdravia, obdobie choroby a liečby a obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie. Výskumné otázky sú začlenené do etáp príslušného životného obdobia respondenta a označené skratkou VO s príslúchajúcim poradovým číslom:

### **Etapa I. Obdobie zdravia**

- **VO1:** Ako vnímali a hodnotili respondenti svoj život pred onkologickým ochorením?

### **Etapa II. Obdobie choroby a liečby**

- **VO2:** Ako sa vyrovnávali respondenti s diagnózou onkologického ochorenia?
- **VO3:** Čo považovali respondenti za najvýznamnejšie v priebehu liečby ochorenia?

### **Etapa III. Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

- **VO4:** Ako onkologické ochorenie ovplyvnilo život respondentov?
- **VO5:** Čo je pre respondentov najdôležitejšie po prežitej skúsenosti s onkologickým ochorením z existenciálneho hľadiska?
- **VO6:** V súvislosti s onkologickým ochorením a časovým odstupom, aké možné straty alebo zisky vnímajú respondenti?
- **VO7:** Aký postoj k životu a chorobe zaujímajú respondenti po prežitej skúsenosti?

# 5 POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCA VÝSKUMU

Nasledujúca kapitola bude bližšie popisovať zvolený metodologický rámec výskumu, jeho vybraný design, výskumný súbor ako aj metódu tvorby a spracovania dát. Pozornosť bude venovaná tiež etickým problémom a spôsobu ich riešenia.

## 5.1 Design výskumu

Vzhľadom na osobnú, intímnu a citlivú povahu skúmanej problematiky onkologického ochorenia, bola autorkou zvolená **kvalitatívna metóda**. V súlade s odporučeniami Miovského (2006), kvalitatívny prístup umožňuje popisovať, analyzovať a interpretovať nekvantifikované vlastnosti skúmaných fenoménov pri zachovaní princípov jedinečnosti, neopakovateľnosti a dynamiky analyzovaných javov.

V nadväznosti na zvolené výskumné ciele, kvalitatívny prístup najlepšie zodpovedal **holistickému uchopeniu a porozumeniu žitej skúsenosti** respondentiek s onkologickým ochorením ako to uvádza napríklad Ferjenčík (2010).

Autorka si je vedomá, že jedinečné výpovede popisujúce fragmenty života respondentiek s chorobou, neumožňujú zovšeobecňovanie výsledkov. Ako podľa vyjadrení Hendla (2005), aj jej išlo skôr o porozumenie javov a nový pohľad na subjektívne pravdy v ľudských príbehoch.

## 5.2 Popis výskumného súboru

Na stanovenie výberového súboru autorka použila **metódu zámerného výberu a metódou snowball**. Pre oslovovanie potencionálnych účastníkov výskumu využívala vlastné alebo doporučené kontakty od známych. V čase vzniku výskumu autorka počítala s oslovovaním onkologických pacientov aj prostredníctvom inštitúcie ako napríklad Liga proti rakovine, Aliancia povedzme nie rakovine a iných.

Autorka považuje za nutné uviesť už tu, významný a limitujúci aspekt súčasnej doby výskumu. V dôsledku šírenia nákazy COVID 19 a následnej pandémie bola autorkina žiadosť o oslovovanie respondentov zamietnutá. Z dôvodu obmedzeného pohybu a vyhlásenia núdzového stavu na Slovensku, bola nútená opustiť svoj pôvodný zámer výskumu na získanie 10 až 15 účastníkov.

Z okruhu rodiny, blízkych známych, kolegov a susedov sa podarilo skontaktovať 8 potenciálnych respondentov. Dvaja z nich (muži), neprejavili nakoniec záujem o účasť na výskume, jednu respondentku sa viac krát nepodarilo skontaktovať, takže celkovo bolo **zrealizovaných 5 rozhovorov**.

Pred začiatkom výskumu si autorka stanovila šesť **kritérií pre budúcich respondentov** v tomto znení:

1. tí, ktorí prešli skúsenosťou onkologického ochorenia,
2. tí, ktorí absolvovali liečbu nádorového ochorenia,
3. tí, ktorí v čase tvorby dát boli vo fáze vyliečenia sa z choroby,
4. výskumu sa mohli zúčastniť dospelí muži rovnako ako ženy vo veku nad 18 rokov.

Výskumnú vzorku vytvorilo **5 respondentiek ženského pohlavia**. Z dôvodu ochrany súkromia a zabezpečenia anonymity bude autorka práce v ďalšom texte používať ako meno účastníčky označenie „**Respondentka**“ a pri tabuľkách skratku „**R**“ spolu s príslušným poradovým číslom od **1-5**.

**Vek respondentiek** skúmaného súboru sa pohyboval v čase výskumu v rozpätí od 40 do 74 rokov, pričom priemerný vek je 52,8 rokov.

Najnižšie dosiahnuté **vzdelanie** je stredoškolské u jednej respondentky, najvyššie a prevažujúce vzdelanie je vysokoškolské.

Každá z respondentiek žije v manželskom alebo partnerskom **zväzku** a je matkou aspoň jedného **dietťa**.

Tri respondentky sú bez **vierovyznania**, dve sú veriace a jedna respondentka pravidelne a aktívne praktizuje bohoslužby v kostole.

Pre lepšiu orientáciu sú demografické údaje zobrazené v prehľadnej tabuľke č.1:

Tabuľka 1: Základné demografické údaje respondentiek

Resp	Pohlavie	Súčasný vek	Dosiahnuté vzdelanie	Pracovný Pomer	Rodinný stav	Počet detí	Viera/vyznanie
R1	Žena	74	SŠ	Nie	ovdovelá	4	Áno
R2	Žena	40	VŠ	Áno	slobodná	1	Áno
R3	Žena	48	VŠ	Áno	rozvedená	2	Nie
R4	Žena	49	VŠ	Áno	vydatá	2	Nie
R5	Žena	53	VŠ	Nie	slobodná	1	Nie

(Použité skratky: Resp - respondentky)

Najnižší vek respondentiek v čase vzniku choroby bol 29 rokov a najvyšší 69 rokov, pričom priemerný vek bol 47 rokov.

Štyri respondentky sa liečili na diagnostikovaný karcinóm prsníka a v jednom prípade na Hodgkinov lymfóm.

Najkratšia liečebná terapia trvala 8 mesiacov a najdlhšia 5 rokov, pričom priemerný čas liečenia predstavoval 2,6 roka. Najčastejším typom liečby bola chirurgická operácia v kombinácii s rádiologickým ožarovaním, v troch prípadoch bola realizovaná aj chemoterapia, ktorú jedna z respondentiek nedokončila, u jednej z respondentiek nebol potrebný takýto typ liečby a jedna nich odmietla prijať zabezpečovaciu rádiologickú liečbu, ktorá mala nasledovať po operácii a chemoterapii.



Tabuľka č.2 uvedená nižšie, poskytuje prehľadnú orientáciu v popísaných dátach:

Tabuľka č. 2: Základné údaje o onkologickom ochorení a liečbe

Respondenti	Vek v čase dg. och.	Druh och.	Typ liečby och.	Dĺžka liečby och. (v rokoch)	Výskyt och. v rodine
R1	69	karcinóm prsníka	chirurg/rádio	5	Áno
R2	29	Hodkginov lymfóm	Chemo	0,8	Áno
R3	45	karcinóm prsníka	chirurg/rádio/chemo	2	Áno
R4	45	karcinóm prsníka	chirurg/chemo	1	Áno
R5	47	karcinóm prsníka	chirurg/rádio/chemo/bio	1,5	Nie

(**Použité skratky:** och. - onkologické ochorenie, dg. - diagnóza, chirurg - chirurgická liečba, rádio - rádiologická liečba, chemo - chemoterapia, bio - biologická liečba)

### 5.3 Etické problémy a spôsob ich riešenia

V priebehu výskumu autorka uplatňovala etické pravidlá vyplývajúce z etického kódexu práce psychológa. Dodržiavala princíp rešpektu a prijatia klienta (v prípade výskumu respondentiek) a získané dáta spracovala anonymne.

Po oslovení vhodných respondentov výskumu, autorka venovala pozornosť dôkladnému vysvetleniu účelu skúmania a podstate bakalárskej práce. Oslovení účastníci boli taktiež informovaní o princípe dobrovoľnosti zdieľať citlivé a osobné skúsenosti z prežívania choroby a mali možnosť predčasne ukončiť alebo prerušiť nahrávanie a stretnutie bez akéhokoľvek postihu či nutnosti uvedenia dôvodu.

V štyroch prípadoch respondentky vyjadrili súhlas s rozhovorom autorke osobne, podpísaním **informovaného súhlasu** v papierovej forme (príloha č. 1) a v jednom prípade,

bol súhlas vydaný a následne zaznamenaný prostredníctvom diktafónu. Zúčastnené respondentky súhlasili s tým, že výsledky bakalárskej práce môžu byť autorkou použité pre ďalšie účely (diplomová práca, prezentácie na konferencii a podobne). Autorka poskytla respondentkám mailový a telefonický kontakt pre prípad záujmu o výsledky výskumu.

Počas práce s dátami, autorka zabezpečila prístup ku zvukovým záznamom rozhovorov, prihlasovacími údajmi a heslom. Po spracovaní dát boli rozhovory vymazané a údaje v papierovej forme skartované.

V čase nahrávania rozhovorov autorka výskumu ponúkla respondentkám malé občerstvenie vo forme minerálky, kávy alebo čaju a budúcu pomoc pri vyhľadani odborníkov z radov psychiatrov alebo psychoterapeutov. Respondentky sa zúčastnili na výskume dobrovoľne a bez nároku na odmenu.

Autorka predkladanej práce si nie je vedomá žiadnych pochybení v oblasti etiky výskumu.

## **5.4 Metóda tvorby dát**

Dáta autorka získavala prostredníctvom pološtrukturovaných rozhovorov a realizovala od 16.7.2020 do 22.1.2021. V pôvodnom pláne výskumu počítala iba s osobnými stretnutiami a rozhovormi, avšak ako bolo uvedené po neskoršom vyhlásení núdzového stavu na Slovensku a nepriaznivej situácii, spojenou s pandémiou COVID 19, uskutočnila jeden rozhovor online.

V čase pred rozhovormi, vytvorila autorka možný „scenár“ prvého kontaktu a priebehu stretnutia. Po telefonickom kontaktovaní potenciálnych účastníkov výskumu a dohode na rozhovore, nasledovalo v štyroch prípadoch osobné a v jednom prípade online stretnutie prostredníctvom aplikácie Skype.

Všetky rozhovory, ktoré autorka vykonala v čase pandémie, pri dodržaní nevyhnutných hygienických opatrení, sa uskutočnili v prenajatých kancelárskych priestoroch. Uvedená miestnosť poskytovala dostatok súkromia a vhodné podmienky pre rozhovor s respondentkami o ich onkologickej skúsenosti.

Jednotlivé rozhovory trvali v priemere 50 minút s tým, že niektoré museli byť prerušované kvôli indispozícii respondentiek. Žiadny rozhovor nebol predčasne ukončený.

Okrem otvorených otázok v rozhovoroch, autorka použila aj otázky zatvorené. Tento typ otázok bol zaradený hneď na úvod stretnutia pred samotným začiatkom rozhovorov a trval 3-4 minúty. Ich cieľom bolo uvoľniť respondentky, znížiť u nich úzkosť alebo obavy z rozhovoru, pripraviť ich na vzájomnú spoluprácu a zároveň navodiť atmosféru potrebnú k rozpomínaniu sa na prežitú onkologickú skúsenosť. Tieto otázky boli užitočné aj pre autorku výskumu, pretože jej dopomohli k rýchlejšiemu zorientovaniu sa v danej problematike a živote konkrétnej respondentky.

Do úvodnej časti autorka zaradila demografické otázky (vek, vzdelanie, zamestnanie, rodinný stav, počet detí) a otázky týkajúce sa základných faktov liečby (typ a dĺžka liečby) a choroby (vek respondentky v čase diagnostikovania ochorenia, druh nádorového ochorenia, výskyt ochorenia v rodine).

Otvorené bádateľské otázky sa vzťahovali ku trom životným obdobiam participantiek a to k obdobiu života pred onkologickým ochorením, k obdobiu počas onkologického ochorenia a obdobiu po vyliečení sa z onkologického ochorenia, stav remisie. Autorka sa inšpirovala Seidmanom (2006), ktorý takéto rozdelenie interview podporuje a tvrdí, že rozčlenenie rozhovoru na životnú históriu respondenta napomáha k väčšiemu získaniu detailov o danej skúsenosti a výraznejšiemu reflektovaniu jej významu.

Hierarchicky usporiadané otázky navyše poskytovali výskumníkovi štruktúru a oporu pre logicko-myšlienkovú následnosť. V priebehu rozhovorov autorka znenie otázok modifikovala alebo dopĺňala ad hoc podľa aktuálne vzniknutej potreby či okolností.

Štruktúra otázok od všeobecného ku konkrétnemu, vymedzovala rámec rozhovoru a umožňovala jeho nasmerovaniu k cieľom výskumu. Z toho dôvodu sa postupne počet otázok zvyšoval a v období po chorobe dosahoval najvyšší počet.

V nasledujúcom texte sú uvedené **znenia doplňujúcich otázok** alebo ich modifikácia podľa jednotlivých etáp, ktoré použila autorka ako doplňujúce otázky pri rozhovoroch. Pre prehľadnosť sú ďalej označené príslušným dvojčiferným číslom následovne:

### **Etapa I. Obdobie života pred onkologickým ochorením**

- **1.1** Ako by ste popísali svoj život pred chorobou?
- **1.2** Čím bol váš život naplnený?
- **1.3** Čo bolo rozhodujúce pre váš život v tom čase?
- **1.4** Čomu ste najviac venovali svoju pozornosť? Práci, športom, rodine?

## **Etapa II. Obdobie života počas onkologického ochorenia**

- **2.1** Ako u vás choroba začala?
- **2.2** Aké to pre vás bolo počuť diagnózu, onkologické ochorenie?
- **2.3** Kto bol v tom čase s vami?
- **2.4** Čo bolo najhoršie pre vás po vyrieknutí diagnózy?
- **2.5** Aké myšlienky vás napadali v spojitosti s onkologickým ochorením?
- **2.6** Komu to bolo najťažšie povedať?
- **2.7** Čo bolo pre vás v tom období najťažšie zvládnuť?
- **2.8** S akými myšlienkami a emóciami ste sa vtedy potykali?
- **2.9** Kto alebo čo najviac pomáhalo počas liečby?

## **Etapa III. Obdobie života po vyliečení z onkologického ochorenia, stav remisie**

- **3.1** Momentálne ste vyliečená. Ako sa dnes, očami vyliečenej ženy pozeráte na prežitú skúsenosť?
- **3.2** Čo priniesla skúsenosť s onkologickým ochorením?
- **3.3** Ak choroba znamenala zmenu, v čom je teraz váš život iný?
- **3.4** Ako sa zmenili vaše vzťahy s ľuďmi, blízkymi...?
- **3.5** Je niečo, čo ste v súvislosti so vzťahmi prehodnotili?
- **3.6** Aký zmysel alebo hodnoty si po vyliečení uvedomujete?
- **3.7** Čo je pre vás teraz najdôležitejšie?
- **3.8** Aké pocity zažívate v čase remisie?
- **3.9** Čo si s odstupom času, dnes myslíte, o tom čo sa vám prihodilo?
- **3.10** Mohla vám choroba niečo dať alebo poprípade vziať?
- **3.11** Je niečo čoho sa dnes bojíte alebo naopak nebojíte?
- **3.12** Na záver, čo by ste odkázali človeku, ktorému diagnostikovali onkologické ochorenie a práve sa o tom dozvedel?
- **3.13** Napadá vás ešte niečo, o čom sme nehovorili a chceli by ste porozprávať?

## 5.5 Metóda spracovania dát

Na analyzovanie dát prežitej a jedinečnej skúsenosti respondentiek, zvolila autorka **Interpretatívnu fenomenologickú analýzu** (označovanú skratkou **IPA**). Podľa Smitha (2011) sú korene tejto metódy spojené s psychologickou kvalitou zdravia, ktorá umožňuje porozumieť **žitej skúsenosti človeka**. Zároveň Willig (2001) podotýka, že IPA poskytuje výskumníkovi priestor pre **slobodné vyjadrenie** a kreativitu.

Dáta získavané z rozhovorov boli zaznamenané diktafónom (súčasť iPhone výskumníka) a následne doslovnou transkripciou prepísané. Prepis dát autorka ponechala v autentickej podobe, bez následnej opravy gramaticky nesprávnych alebo nespisovných slov, čo je v súlade s odporúčaním Mayringa (1990).

Na začiatku procesu autorka dáta spracovala pomocou počítačových programov Microsoft Word a Microsoft Excel.

Pri analytickej práci s dátami sa nechala viesť všeobecnými postupmi IPA, ktoré popísali Smith, Flowers & Larkin (2009) následovne vo fázach 0 až 6:

### 0. Reflexia výskumníkovej skúsenosti s témou výskumu

Na začiatku výskumu si bola autorka vedomá náročnosti témy, nakoľko dva roky pracovala ako dobrovoľník pri sprevádzaní onkologických pacientov na oddelení rádiológie v Bratislave. Jej sebareflexia, bola nutnosťou, pretože sama z vlastnej skúsenosti vedela, že stretnutie s onkologicky chorým človekom evokuje úzkostné predstavy, ktoré sú spojené s konečnosťou a zánikom vlastnej existencie. V rámci sebareflexie viedla autorka rozhovor osamote sama so sebou. Nasledujúci úryvok zachytáva časť jej monológu k reflektovanej téme:

*„Už teraz, keď myslím na rakovinu, sa ma to dotýka. No nebude to jednoduché, tak ako v službe. V nemocnici mi pomáhali supervízie a pokec s ostatnými, ale teraz? Prinajhoršom sa obrátim na terapeutku. Asi ma na tom znervózňuje, že som v podobnom veku ako väčšina z nich. Jasné, že mám strach. Na jednej strane nechápem ako to vôbec mohli psychicky prežiť a na druhej strane som zvedavá, čo budú hovoriť. Navyše sama viem z vlastnej skúsenosti, že prežiť sa dá aj to, o čom som si kedysi myslela, že sa to absolútne nedá. No nič, uvidím. Dúfam, že to pôjde dobre“.*

## 1. Čítanie a opakované čítanie

Zaznamenanie a prepísanie dát umožnilo autorke opakovane počúvať a čítať texty rozhovorov, vcitovať sa, „obúvať si topánky“ respondentiek a rozvíjať tak tzv. Insider's perspective. To ju viedlo k opätovnému premýšľaniu nad jednotlivými témami.

## 2. Počiatkové poznámky a komentáre

V tejto fáze analýzy bolo dôležité zachytiť a označiť všetko, čo autorka považovala pri čítaní textu za významné alebo čo upútalo jej pozornosť. Na pravú stranu od textu zapisovala prvé poznámky vo forme slov a slovných spojení jednotlivých rozhovorov. Obrázok č.1 pod textom zachytáva presnú podobu počiatkových poznámok a komentárov z tejto fázy.

Brázok č.1: Ukážka počiatkových poznámok a komentárov

<b>Aké myšlienky vás napadli?</b>	
No aké? No nie je jednoduché znova o tom počuť	návrat spomienok z predchádzajúcej skúsenosti s chorobou
<b>Čo bolo najťažšie pre vás?</b>	
Neviem čo. Všetci ma podporovali, aj tie deti okolo mňa chodili, aby som na to nemyslela, lebo nečakala som dlho na tú operáciu lebo mi to bolo diagnostikované koncom augusta a začiatkom septembra ma už operovali, takže dlho som nečakala.	nehovorí o ťažkostiach ale podpore, strach rodiny o ňu a ich podpora rodina nedovolila myšlienky na chorobu, čakanie a dĺžka času na operáciu
No ale nenechali ma samu vôbec, vôbec, takže sa starali, dve dievčatá mám tu v Bratislave a jedna je v Červenohrádku a druhá v Topolčiankach, no ale všetko to chodí do roboty, takže sa starali o mňa aj aby som nebola tak sama aby som to nejak s nimi zniesla	obklopená blízkymi a zahrňaná starostlivosťou, bežné povinnosti rodiny, strach rodiny o ňu
Len som sa snažila to tak prekonať a ťažko sa na to spomína (plač). A teraz sa mi na to ťažko spomína.	snaha o prekonanie "toho", chorobu nepomenováva, ťaživá pripomienka na "to" choroby
Ťažko, asi tak človeka prepadlo, zaplavovalo, asi smútok a možno taká neistota z toho celého	zaplavovanie smútkom a prepádanie do neistoty
<b>O koho alebo čo ste sa opierali, čo pomáhalo</b>	
O dcéry som sa opierala o vzťahy	oporu nachádza bezpečne vo vzťahoch
Oni mi pomáhali to celé zničiť, rozptýliť a nepocitovať ťarchu toho celého	rodina pomáha rozptyľovať a znášať myšlienky na chorobu, ťaživú situáciu
Aj vnúčatá, keď to okolo mňa behalo, to bola skutočne radosť. To ma tak držalo, tých päť rokov, chvála bohu	rozpoznanie dôležitého, prežíva radosť zo vzťahov, viera v boha ju drží po celý čas, nádej
Januári mi povedali, že teraz pôjdem na kontrolu v júli na budúci rok, že som zdravá	výsledok kontroly a správa o zdraví

## 3. Rozvíjanie vznikajúcich tém

V tretej fáze analytického procesu, podľa Koutnej Kostínkovej & Čermáka (in Řiháček et al., 2013) ide predovšetkým o redukciu množstva dát a prácu s výskumníkovým komentárom, pričom cieľom je zachytiť esenciu skúsenosti. V súlade s vyššie uvedeným, autorka pretavovala vlastné poznámky do výstižnejších a všeobecnejších kategórii, ktoré

však naďalej boli previazané s pôvodnými výpoveďami respondentiek. Názvy „rodiacich sa tém“, ktoré identifikovala, tak ako to prezentuje ukážka na obrázku č.2 pod textom, nemusia byť záväzné a definitívne.

Obrázok č.2: Ukážka „rodiacich sa tém“ zo vzniknutých poznámok

návrat spomienok z predchádzajúcej skúsenosti s chorobou	opakovaná skúsenosť
nehovorí o ťažkostiach ale podpore, strach rodiny o ňu a ich podpora rodina nedovolila myšlienky na chorobu, čakanie a dĺžka času na operáciu	vnímaná podpora strach čas ako hodnota
obklopená blízkymi a zahrňaná starostlivosťou, bežné povinnosti rodiny, strach rodiny o ňu	v kruhu rodiny starostlivosť strach
snaha o prekonanie "toho", chorobu nepomenováva, ťaživá pripomienka na "to" choroby	boj s chorobou
zaplavovanie smútkom a prepádanie do neistoty	smútok neistota
oporu nachádza bezpečne vo vzťahoch	vzťahy ako opora
rodina pomáha rozptyľovať a znážiť myšlienky na chorobu, ťaživú situáciu	pomoc rodiny
rozpoznanie dôležitého, prežíva radosť zo vzťahov, viera v boha ju drží po celý čas, nádej	hodnotný život radosť vďačnosť nádej
výsledok kontroly a správa o zdraví	zdravie

#### 4. Hľadanie súvislosti naprieč témami

Po sformulovaní „rodiacich sa tém“, bolo možné prístupit' k ich mapovaniu a prepájaniu. Pre jednoduchšiu orientáciu s dátami, si autorka vzniknuté témy zoradila pod seba a to v poradí v akom sa objavovali spolu s príslušným textom. Manipulácia s dátami prostredníctvom programu Microsoft Excel, umožnila autorke v tejto fáze zoskupovať témy do trsov, zhlukovať do čiastkových tém (s názvami k príslušným textom), farebne rozlišovať,

presúvať, vytvárať a pomenovávať nadradené kategórie. Pri takto usporiadaných témach bolo možné sledovať nielen početnosť ich výskytu v dátach, ale aj prepojenosť „vystrihaných“ dát a formulovať interpretáciami v kontexte života respondentky.

### **5. Analýza ďalšieho prípadu**

Za pomoci uplatnenia rovnakých princípov práce s dátami, ako boli uvedené vo fázach 1. – 4. autorka podobne a nezávisle na sebe, analyzovala ďalšie rozhovory.

### **6. Hľadanie vzorcov naprieč prípadmi**

Po zanalyzovaní všetkých rozhovorov, autorka následne z vyššej perspektívy prepájala jednotlivé analýzy, hľadala a formulovala nadradené témy, ktoré by pomenovávali, vystihovali a osvetľovali prepojenia na žité skúsenosti respondentiek.



# 6 PREZENTÁCIA VÝSLEDKOV VÝZKUMU

V tejto kapitole budú prezentované výsledky výskumu v podobe jednotlivých analýz rozhovorov s oslovenými respondentkami a nasledovať bude ich súhrnná analýza v kontexte tém z existenciálneho pohľadu.

Výsledky analýz jednotlivých rozhovorov zapojených účastníčok výskumu, budú pre väčšiu prehľadnosť a orientáciu, obsahovať získané anamnestické dáta (z osobnej, z rodinnej a zo sociálnej anamnézy), komentár výskumníka z pozorovania pri rozhovore, príslušnú etapu života v súvislosti s ochorením a slovné spojenia, vystihujúce zaznamenanú žitú skúsenosť respondentiek.

Pre lepšiu predstavivosť čitateľa, bude v textoch uvedená tiež autentická výpoveď v úvodzovkách pri každej z participantiek. Záverom každej analýzy budú uvedené kľúčové tézy v bodoch, ktoré vystihujú najvýznamnejšie poznanie respondentiek v ich životnom príbehu.

## 6.1 Výsledky analýz jednotlivých rozhovorov

Pre jednoduchú orientáciu v texte a jeho väčšiu prehľadnosť bola vytvorená jednotná štruktúra nasledujúcich analyzovaných rozhovorov.

### 6.1.1 Analýza rozhovoru – Respondentka 1

#### ANAMNESTICKÉ DÁTA

##### **Z osobnej anamnézy**

V súčasnosti 74 ročná respondentka, ochorela na karcinóm prsníka v 69 rokoch a to v krátkom čase po smrti manžela. Onkologickým ochorením bola diagnostikovaná v mieste

bydliska. Okrem chirurgickej operácie, podstúpila respondentka rádioterapeutickú liečbu, ktorá zahŕňala 42 ožiarov. Celkovo liečba trvala päť rokov. Momentálne je respondentka bez onkologického nálezu, v stave remisie, sledovaná v pravidelných kontrolách, raz ročne

### **Z rodinnej anamnézy**

V minulosti sa v rodine respondentky onkologické ochorenie vyskytovalo. V tejto súvislosti uvádza, že karcinóm prsníka bol diagnostikovaný, starej matke. S medzigeneračným výskytom choroby boli vyšetrené všetky 4 dcéry respondentky. Genetická predispozícia k ochoreniu sa u nich nepotvrdila, zostávajú v sledovaní a pravidelne sa zúčastňujú onkologických preventívnych prehliadok.

Oslovená respondentka má aj nepriamu opakovanú skúsenosť s nádorovým ochorením pred rokmi (10 a cca 5 rokov) a to pri onkologicky chorej, najmladšej dcére a manželovi, ktorý onkologickej diagnóze leukémie podľahol.

### **Zo sociálnej anamnézy**

Uvedená respondentka je toho času vdova na dôchodku, ktorá striedavo žije sama v mieste bydliska alebo s jednou z dcér v inom meste. Najbližšie okolie respondentky tvoria 4 dospelé dcéry s rodinami, 8 vnúčat a 1 pravnúča. Opakovane vyzdvihuje a cenní si srdečné a korektné vzťahy taktiež s 5 súrodencami. So všetkými sa pravidelne navštevuje a stretáva, čo jej umožňuje pestovať a rozvíjať blízke medziľudské vzťahy a necítiť sa osamelo.

Respondentka trávi svoj voľný čas najradšej v kruhu rodiny a prechádzkami v prírode. Chut', silu do života a často aj bolesť z prežitého utrpenia, jej pomáha zvládať najbližšie okolie a viera v Boha.

## **KOMENTÁR Z POZOROVANIA PRI ROZHOVORE**

Respondentka pôsobí od začiatku stretnutia tichým a skromným dojmom. Napriek tomu, že súhlasí s rozhovorom a deklaruje, že jej nevadí baviť sa o chorobe, ukazuje sa opak. Otázky a návrat do čias spojených s chorobou spôsobujú, že sa počas rozhovoru viackrát odmlčí a so zrakom upretým do zeme potichu prehľta slzy, pričom sa snaží premôcť pocity ľútosti. Záplava silných emócií, vedie autorku k otázke o prerušení nahrávania, čo respondentka nakoniec odmieta a pokračuje v rozhovore.

Celkovo je tempo reči respondentky pomalšie s priemernou slovnou produkciou. Svoje odpovede rozvíja poväčšine samostatne, bez zabiehania do detailov a inokedy ochotne reaguje na doplňujúce otázky autorky. Gestikulácia absentuje. Po skončení rozhovoru, respondentka zostáva sedieť na mieste a po pár minútach odchádza v kľude a bez pozorovateľných známkov stresu.

## ANALÝZA DÁT PODĽA JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ / ETÁP

### Etapa I. – Obdobie zdravia

#### Atribúty života pred chorobou

Život pred ochorením vnímala respondentka ako „*celkom v pohode*“. V tom čase bolo pre ňu dôležité prežívanie radosti zo štyroch dcér, 8 vnúčat a jedného pravnúčaťa.

Neskôr, v inej časti rozhovoru respondentka uvádza a pripúšťa, že sa „*človek pred tým dosť tak naháňal*“ v súvislosti s výchovou detí a každodennými starosťami. V období vlastného zdravia, stres zo starostlivosti a straty o „*veľmi chorého*“ manžela, ktorý mal „*rakovinu a zomrel predtým ako som ja ochorela*“, nereflektuje. V retrospektívnom pohľade sa zameriava na pozitívne atribúty prežívania tohto obdobia, s dôrazom na deti a prítomnosť vnúčat. Rozhodujúcim aspektom životného príbehu oslovenej respondentky je „*mat' okolo seba tie deti*“, aby mohla čeliť osudu a prijímať jeho výzvy tak ako „*to prišlo v živote*“.

### Etapa II. – Obdobie choroby a liečby

#### Reakcia na podozrenie a potvrdenie o onkologickej diagnóze

Aj keď sa sama respondentka považuje „*za dosť silnú osobu*“, ktorá má vieru a dôveru vo vyššiu duchovnú silu a prirodzený poriadok sveta, predsa len, počuť diagnózu o onkologickom ochorení, „*nebolo také jednoduché*“ ani pre ňu.

#### Prežívané myšlienky a emócie

Začiatok choroby a následnú liečbu si respondentka spája najmä s myšlienkami na nemocničné prostredie, až pokiaľ jej bola oznámená neočakaná diagnóza, „*že je tam tá rakovina*“. Z toho obdobia, jej v pamäti najviac utkvel rozhovor s chirurgom na onkológii

o tom, že „*bud' mi celý prsník zoberú, alebo, že budú operovať iba to čo je napadnuté, že to nevie povedať, že až keď to otvorí, uvidia a že až potom by som to vedela ja*“. Po nepríjemnej správe sa oslovená účastníčka snažila ovládať a pred lekárom sa „*držala ako hrdina*“. Priznáva, že viac obáv prežívala o najmladšiu dcéru, ktorá ju v tom čase sprevádzala.

Diagnóza onkologického ochorenia pre respondentku znamenala podstúpenie náročnej operácie a na najbližších päť rokov, bezprostredne ovplyvnila jej život a chod celej rodiny.

### **Subjektívne najnáročnejšie aspekty liečby**

Pripomienka nevyspytateľného života v podobe choroby a jej opätovný návrat do rodiny, znamenala pre respondentku „*hrozné*“ precitnutie do reality. „*Znova o tom počuť*“, znamenalo opäť neistotu z výsledku operácie a ďalšieho žitia, absolvovanie cytologických a histologických vyšetrení, zažívanie bolesti, strachu z komplikácií, neustále zapájanie vôle, aby „*to tak nejako zniesla*“. Respondentka uvádza, že náhla ťažoba a negatívne emócie „*keď to tak človeka prepádalo, zaplavovalo*“, sa snažila všemožne prekonať. Aj keď je „*už vekom stará*“, predstava ablácie prsníka a jeho následnej straty spôsobuje, že aj po piatich rokoch od operácie sa účastníčke výskumu „*na to celé ťažko spomína*“.

### **Pomáhajúce a podporné faktory**

V tom čase respondentke najviac pomáhala a oporou jej bola najbližšia rodina. Pravidelnú starostlivosť zabezpečovali a zvládali štyri dospelé dcéry respondentky aj napriek vlastným starostiam a pracovným povinnostiam. Zapojená účastníčka výskumu opakovane uvádza, že ju „*všetci podporovali*“ a pozitívne vnímala ich prítomnosť. Konštatuje, že keď „*okolo mňa chodili, aby som na to tak nemyslela a nebola tak sama*“, darilo sa jej rozptýľovať chmúrne myšlienky spojené s neistotou a negatívnymi emóciami.

Nakoľko je respondentka praktizujúcou kresťankou, silu na boj s chorobou a vlastný vzdor v podobe odhodlania, „*no tak zmôžeme to, prekonáme to*“, naberala taktiež častým modlením sa, chodením do kostola a „*d'akovaním Bohu*“.

## **Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

### **Vlastná prežitá skúsenosť**

Onkologickú skúsenosť zapojená respondentka nespája s obviňovaním a krivdou, pretože ako sama uvádza „*na nikoho sa nedá hnevať, nikto za to nemohol, proste život priniesol*“.

Nad tým, že onkologicky ochorela doteraz nepremýšľala a nevie čo si má o tom, čo sa jej prihodilo, myslieť. Počas rozhovoru skôr nahlas uvažuje o neúčinnosti nádorovej choroby a v odpovedi dochádza k záveru, že „človek to ani nekúpi ani nepredá, teda jednoducho sa to stane, organizmus zlyhá, ja neviem, neviem, neviem...“. Respondentka uvádza, že napriek tomu, že ochorela je vďačná za život v akejkoľvek podobe. Takto zároveň potvrdzuje svoju náboženskú vieru.

### **Možné straty a zisky z choroby**

Po náročných rokoch liečby, respondentka pociťuje a vníma na sebe zmenu, ktorú dáva do súvislosti nie len s onkologickým ochorením, ale aj s pokročilým vekom.

Už počas liečby sa respondentka potýkala s následkami a nežiaducimi účinkami „oximifenu“, lieku, ktorý „vždy niečo napádal“ a spôsoboval „problémy aj s pečňou, aj s maternicou“. Vnútorne vzopretie participantky „dost', dám si to vybrať“ a vlastné rozhodnutie s adresovaním žiadosti lekárke, priniesli ďalšiu operáciu tentokrát na odstránenie následkov onkologickej liečby a zmenu farmakologickej terapie.

Z prežitého obdobia skúseností s chorobou, respondentka hovorí o poznaní subjektívnej pravdy, že človek je „v“ a „s“ chorobou osamotený, aj keď na ňu nie je sám. Najlepšie to vystihuje veta: „človek sa s tým musí vyrovnáť sám, nikto vám s tým nepomôže, zbytočne vás bude niekto utešovať, to nepomôže, sám to musí, lebo inak to nejde“.

S odstupom času u seba respondentka pozoruje ešte viac vnútornej sily a nové vlastnosti v podobe väčšej trpezlivosti a pokory.

Skúsenosť s dlhotrvajúcim ochorením nenaštrbila vzťahy s druhými a neznamenala zmenu, ale naopak, ešte viac prehĺbila vnímanie žitej blízkosti, vzájomnosť a srdečné stretávanie sa nie len s deťmi, vnúčatami a pravnúčat'om, ale aj so súrodencami respondentky.

### **Zmena života po onkologickom ochorení**

Zapojená respondentka uvádza, že po liečbe „je v niečom rozdiel“. Po prežitom ochorení vníma, že sa ľahko unaví a „musí sa teraz“ preto šetriť a starať sa o seba, čo dokladá veta: „Viac oddychujem, teraz si rada aj ľahnem alebo idem do prírody, na nejakú prechádzku, „pováčšine sama, lebo už dost' veľa odišlo, zomreli, dievčatá, takže také už nie, ale ved' šak mám tam dcéru, vnučku a teraz to pravnúča.“

Zmenená imunita si od nej taktiež vyžaduje pravidelné užívanie najmä vitamínov.

### **Dôležité a cenné zo súčasnej perspektívy**

„Zdravie to je to najcennejšie, skutočne“ tvrdí respondentka. Zároveň vníma ľudskú pomínelnosť, keď pripája vlastnou skúsenosťou overené poznanie, že „človek ozaj je tu teraz, momentálne a potom by nemusel byť.“

V kontexte osobnej bilancie zaznieva u respondentky časovosť a vd'ačnosti za život keď konštatuje „vážiť si ten život, že keď ho človek má, tak si ho má aj vážiť.“

K ďalším dôležitým aspektom hodnotného žita, uvádza účastníčka výskumu, korektné vzťahy, spolu-zdieľanie starostí a rodinu ako „ veľkú hodnotu a veľké požehnanie“ v živote.

### **Odporúčania a rady súčasným pacientom**

Pre ďalších onkologických pacientov má jednoduchú radu, ktorou sa sama riadi po celý život a tá znie: „proste život priniesol a vy ste sa postavili čelom“ a to s pokorou, trpezlivosťou a vierou.

### **Kľúčové tézy príbehu analyzovanej respondentky v bodoch**

- čeliť životu a jeho nevyspytateľnosti s odhodlaním, pokorou a trpezlivosťou,
- vnímanie rodiny ako významnej hodnoty a opory v živote,
- vd'ačnosť za život a pomoc pri prekonávaní onkologického ochorenia,
- dôvera v Boha a pokora pred prirodzeným poriadkom života.

## **6.1.2 Analýza rozhovoru – Respondentka 2**

### **ANAMNESTICKÉ DÁTA**

#### **Z osobnej anamnézy**

Toho času u 40 ročnej respondentky, bol v 29 rokoch diagnostikovaný Hodgkinov lymfóm.

Následne prijatá chemoterapeutická liečba v mieste bydliska trvala 8 mesiacov. Momentálne je uvedená respondentka vyliečená a raz ročne absolvuje preventívne zdravotné prehliadky na príslušnom onkologickom pracovisku.

V čase remisie, v období bez klinických príznakov choroby, sa u respondentky objavili postraumatické reakcie na prežitý stres a generalizovaná úzkosť. V tejto súvislosti absolvovala 1 rok trvajúcu psychoterapeutickú liečbu s frekvenciou stretnutí 2x týždenne, v ordinácii psychiatra. Ako podporná liečba bolo doporučené užívanie Bachových kvapiek.

### **Z rodinnej anamnézy**

Respondentka uvádza opakovaný výskyt nádorového ochorenia v pôvodnej rodine. Onkologické ochorenie bolo zaznamenané u matky a starej matky respondentky, pričom v oboch prípadoch sa jednalo o diagnózu karcinómu prsníka. Po podrobení sa príslušným vyšetreniam, genetická predispozícia u účastníčky výskumu na karcinóm prsníka nebola potvrdená. Ďalší výskyt ochorenia súvisí s otcom respondentky. Uvádza, že u otca, ktorý ochoreniu podľahol, bola približne pred 5 rokmi diagnostikovaná leukémia.

### **Zo sociálnej anamnézy**

Oslovená respondentka je slobodná, žije s partnerom, s ktorým vychováva 12 ročnú dcéru. Vysokoškolsky vzdelaná, pracovne činná, pred aj po ochorení. Počas času trvania liečby, bola práceneschopná približne rok. Po opätovnom zapojení sa do pracovného života, respondentka uvádza krátkodobú neschopnosť zaradiť sa do činnosti, spolu s prechodným 2-3 mesačným zhoršeným stavom, najmä v oblasti kognitívnych funkcií. Počas liečby respondentka nebola sociálne izolovaná, uvádza tiež dobré a blízke vzťahy s partnerom, dcérou a mamou. Taktiež srdečné vzťahy udržiava a podporu nachádza u 3 sestier či ďalších členov rodiny a priateľov.

Zo širšej sociálnej siete hovorí o aktívnom zapájaní sa do členstiev a organizovania podporných skupín pre onkologických pacientov. Taktiež uvádza primerané športové aktivity a relax najmä v prírode.

## KOMENTÁR Z POZOROVANIA PRI ROZHOVORE

Pre kompletnosť informácie autorka práce uvádza, že sa s oslovenou respondentkou spoznala približne pred 15 rokmi na vzdelávacom kurze, pričom následné kontakty boli skôr sporadicky náhodné než dlhodobé a pravidelne udržiavané.

Respondentka pôsobí pri stretnutí a rozhovore uvoľnene. Jej osobnosť je dynamická, aktívne a spontánne sa rozhorví o téme bez vyzvania a živo pri tom gestikuluje rukami.

Podobnú skúsenosť so zapojenou respondentkou si autorka vybavuje z minulosti a predošlých stretnutí.

Pri niektorých otázkach a spomienkach sa neubrání slzám, vtedy rozhovor nakrátko prerušujeme. Následne pocity sebaľúlosti a smútku zľahčí a ochotne pokračuje v začatom rozhovore o onkologickej skúsenosti.

Po nahrávaní zostáva približne pol hodinu sedieť a spolu s autorkou si ešte zaspomína na „staré dobré časy“.

## ANALÝZA DÁT PODĽA JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ / ETÁP

<b>Etapa I. – Obdobie zdravia</b>
-----------------------------------

### **Atribúty pred chorobou života**

Na vykreslenie proaktívneho životného štýlu v tomto období, používa respondentka slová ako „rýchly, dravý, hodiny utekali“, pretože mala potrebu „vyťažiť zo všetkého čo najviac.“ Navyše vzhľadom k mladému a produktívnemu veku jej pripadalo legitímne, že „sa človek proste hnal za všetkým.“ Respondentka kládla dôraz na „ideálnu rodinu a samozrejme dieťa, ideálnu kariéru a finančné ocenenie, za to celé.“

V tom čase respondentka nerefletovala a nebrala do úvahy vleké a difúzne zdravotné problémy, ktoré uvádza neskôr v rozhovore a ktoré vyústili do nečakaného záveru onkologického ochorenia.



### **Reakcia na podozrenie a potvrdenie o onkologickej diagnóze**

Počuť diagnózu „*rakoviny*“ znamenalo pre oslovenú respondentku, začiatok „*ťažkého obdobia*“. Neuveriteľnosť správy na ňu doľahla „*ba až priam zdrvivúco*“ a spôsobila, že „*sa celá roztriasla*“. Respondentka sa matne rozpomína, že sa na chodbe „*myslím rozplakala, hej rozplakala*“ a z nemocnice potom „*nejako*“ volala partnerovi, aby za ňou prišiel.

### **Prežívané myšlienky a emócie**

Respondentka na jednej strane popisuje „*nepríjemnú*“ správu ako prežívanú „*úľavu*“ od vlečúcich sa dlhodobých zdravotných problémov a neistoty, kedy „*som nevedela čo mi je*“. Na druhej strane nevedela zastaviť obťažujúcu myšlienku v podobe „*ved' ja zomriem*“. Oznamenie o chorobe spojené s definitívnym koncom života a absencia predstavy respondentky o tom, „*čo so mnou bude potom*“, sa jej zdali byť neuveriteľné a absurdné. Nemožnosť „*zomrieť*“, si participantka nedokázala pripustiť a dlho „*si to nechcela uvedomiť*“. Ako hovorí, sama pre seba argumentovala existenciou malej 2 ročnej dcéry, partnera, rodiny, „*mami a otca*“, alebo vnímaním vlastných povinností či ešte nedokončených záležitostí. Reflektovaný obrovský strach respondentky zo smrti a z toho, že „*nemá veci pod kontrolou*“ s ňou silne rezonovali, najmä v čase biopsie „*kostnej drene a uzlín*“, kedy u nej naplno vyvrcholila úzkosť z jej neistej budúcnosti. Výsledkom bolo, že v hneve obvinila onkologičku so slovami „*ved' vy ma musíte okamžite začať liečiť a nemôžte mi dať 14 dní na histológiu*“. Respondentka spomína, ako ju až „*chladný hlas*“ lekárky a jej nečakane strohá odpoveď prekvapila, pričom jej „*docvaklo, že asi nezomriem zajtra*“.

### **Subjektívne najnáročnejšie aspekty liečby**

V priebehu rozhovoru sa respondentka opakovane vracia k téme smrti v kontexte časovosti a nevedenia toho, čo sa s ňou stane a ako vyzerá posmrtný život, ktorý ju navždy oddelí od budúcnosti jej „*malinkej*“ dcéry.

Najťažšie pre respondentku bolo mentálne začleniť a integrovať existenciu smrteľnej choroby do jej momentálne existujúceho sveta. Negatívne pocity z neexistencie budúcnosti a obsedantné, obťažujúce myšlienky spojené so strachom z konečnosti a definitívneho zániku bytia, vyjadruje veta: „*Ja som sa tej smrti strašne bála. Nechcela som si uvedomiť, že tu proste nebudem, ved' ako je to možné? Ved' zomierajú starí ľudia a nie mladí*“

a pokračuje úvahou o tom, že má síce povedomie o tom, že umierajú aj ľudia jej veku ako napríklad „*náš kamarát, ale to nie je také osobné, ako keď sa to týka teba.*“

### **Pomáhajúce a podporné faktory**

Oslovená účastníčka tvrdí, že zo zahlcujúcich negatívnych emócií a vtieravých myšlienok ju vytrhla reakcia lekárky, keď sa jej spýtala „*a čo cítite, že zajtra zomriete?*“ Jej poznanie, o tom, že „*asi zajtra nezomrie*“ a subjektívne interpretovaná odpoveď „*keď lekárka s tým nemá problém*“ boli pre ňu rozhodujúce v čase liečby a škodlivé po vyliečení sa z choroby. Veľkú pomoc a oporu vnímala respondentka od partnera a 2 ročnej dcéry, ktorú v tom čase „*zámerne*“ neumiestňovala do predškolského zariadenia, aby ju podporovala. Respondentka uvádza, že pokiaľ ju nepremáhala nevoľnosť alebo únava z chemoterapie, chcela čo najviac času stráviť s dcérou, čo najlepšie vystihuje nasledujúca veta: „*Keď si predstavím tú blondínku ako tam skackala, tak to bol môj headline, to moje dieťa a potom samozrejme aj partner.*“

Zapojená účastníčka taktiež vnímala veľkú podporu zo strany „*všetkých blízkych*“ a pozitívne oceňuje prístup členov rodiny, ktorí ochotne pomáhali a podieľali sa na starostlivosti o dcéru a celkovom chode domácnosti.

Pre respondentku bolo taktiež nápomocné ochrániť sa a nezdieľať kusé informácie o svojom stave hneď. V tejto súvislosti potrebovala byť najprv „*tak nejako poistená*“ a až keď boli známe výsledky vyšetrení a najmä to „*v ktorom som štádiu a ako bude nastavená liečba, tak až potom som to povedala rodičom a rodine a ségre*“.

K tomuto obdobiu respondentky patria aj nezdieľané a neprejavujúce negatívne emócie z prežívania ochorenia, ktoré v spätnom pohľade považuje za škodlivé a ktoré viedli v budúcnosti k vytvoreniu ďalších strachov.

## **Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

### **Vlastná prežitá skúsenosť**

Respondentka osvetľuje, že v čase zdravia samu seba hodnotila ako mladú ženu na vrchole fyzických síl a nemyslela sa na to, že by mohla mať zdravotné problémy.

V súvislosti s položenou otázkou, jej najviac utkvela spomienka o tom, že už len slovo „*rakovina*“ v nej kedysi vyvolávalo neprijemné konotácie a zvýšenú úzkosť. V jej ponímaní a predstavách to znamenalo, že „*musí automaticky zomrieť*“.

Respondentka po prežitej chorobe považuje a označuje svoju skúsenosť za „pozitívnu“ vzhľadom k tomu, že „*vidím, že sa to dá liečiť a pokiaľ naozaj nebudem mať nejakú formu, že na to zomriem okamžite, tak ja, keby som mala rakovinu, tak to prežijem.*“ Zároveň dúfa a verí, že je s „*rakovinou vybavená do konca života*“. Dnes už respondentka uvádza, že nepocituje stres a „*nemá takú obavu zo smrti*“, pričom vysvetľuje, že prežívanú úzkosť a to keď „*ma tak stisne vo vnútri*“ už nevníma ako „*problém*“, pretože je schopná zdieľať a nahlas rozprávať o smrti. Respondentka, ešte dodáva, že ju vtedy rozčuľovali a „*hnevali rôzne typy ľudí*“, keď sa dozvedeli o jej ochorení. Analyzandka si spomína, že ťažko znášala najmä dve skupiny ľudí. Tých, ktorí „*ma strašne ľutovali*“ a tých, ktorí boli „*takí vydesení.*“ Pri týchto stretnutiach respondentku „*zaskakovali*“ pocity veľkého hnevu a reakcie ľudí čo dokumentuje veta: „*veľmi ma to hnevalo, že ako môžu byť tak hlúpi, že toto sa ti stalo? No stalo!*“ a na margo vlastnej skúsenosti vysvetľuje, že aj s „*človekom, ktorý má napríklad Downov syndróm sa dá zasmiať, on je normálny, plnohodnotný a nedištancujem sa od neho a on má rakovinu a teraz čo?*“ Z toho sa dá usudzovať, že má zníženú sebhodnotu v dôsledku choroby.

Respondentka taktiež uvádza, že sa nechce nevracať do minulosti, analyzovať či nepremýšľa v intenciách „*prečo sa to stalo*“, ale dôraz kladie na „*stalo sa*“. Dôležitým poznatkom z tohto obdobia je pre uvedenú respondentku fakt, že chorobu je možné prežiť a „*že to nepoznačilo nejako dcéru*“ ba „*naopak, utužilo jej vzťah s partnerom*“.

### **Možné straty a zisky z choroby**

„*Teraz si vážim aj to, že sú včely a že proste je to úžasné*“, poznamenáva participantka o možných ziskoch a stratách pričom pokračuje, že „*rakovina*“ jej dala „*neskutočnú radosť zo života a pokoru*“. Taktiež si u seba všíma a oceňuje nové hodnoty ako trepezlivosť, vytváranie si hraníc v práci, akceptovanie vlastných limitov, uvoľnenosť a vďačnosť. Opätovne vyzdvihuje ešte viac posilnené vzťahy s jej blízkymi, ktorí ju v ťažkých chvíľach vždy „*podržali*“. Zapojená respondentka uvádza, že s chorobou získala jasné uvedomenie si a náhľad, čo je dnes pre ňu v jej živote „*podstatné*“ a s kým chce a nechce tráviť svoj čas. Respondentka si uvedomuje, že následkom onkologického ochorenia má „*stále nejaké problémy so žalúdkom*“ pretože chemoterapeutická liečba bola podľa jej slov silná. Taktiež považuje za smutné, že sa už nikdy nevráti obdobie detstva jej dcéry, ktorého súčasťou nemohla byť stále, kvôli neprítomnosti a únave.

V negatívnom zmysle slova respondentka uvádza aj získanie celého komplexu strachov ako napríklad strach zostať doma sama, strach spontánne sa oddať spánku namiesto bdenia

a polospánku, strach z lietania alebo plávania pod vodou, strach ísť za tmy do práce alebo len tak po ulici a ďalšie strachy a úzkosti ako následok „*potláčaných a neventilovaných emócií v čase liečby*“, ktoré sa objavili s ukončenou chemoterapiou.

### **Zmena života po onkologickom ochorení**

Na základe získaných, nových strachov oslovená respondentka uvádza, že absolvovala terapiu a ročné „*rozhovory 2 krát do týždňa s psychiatrom*“, čo hodnotí pozitívne. Okrem poškodeného zdravia, pociťuje respondentka rôzne zmeny a rozdiel v prístupe k rozhodovaniu sa o vlastnom smerovaní a žití. Uvádza napríklad, že hneď pri opätovnom nástupe do práce, mala dojem „*ako keby vystupovala z iného života a vchádzala do iného, čo som veľmi ťažko prežívala.*“ V porovnaní s minulosťou, dnes participantka víta „*akúkoľvek zmenu*“ čo dokladá vzápätí existenciou novej práce. Hovorí, že v súčasnosti chce byť v prvom rade užitočná jednak preto, že „*si váži samu seba a druhých*“ a zároveň preto, že si uvedomuje ako „*ten čas prejde tak rýchlo*“. V predstavách o ideálnej práci sa respondentka zaoberá predstavou, nechodenia do práce kvôli financiám, ale robenia niečo, čo by ju naplňalo zmyslom a splňalo atribúty užitočnosti.

### **Dôležité a cenné zo súčasnej perspektívy**

Po prežití skúsenosti s chorobou uvádza respondentka pre ňu najvýznamnejšie hodnoty ako jednoznačne „*zdravie, to je dôležité, tá pokora, lebo to veľa ľuďom chýba a zmysel života, proste len ho prežiť.*“ Oproti minulosti považuje uvedená respondentka za veľkú prioritu „*ísť domov a byť s dcérou, pokiaľ sa to ešte dá*“ tráviť čas zmysluplne a užívať si s „*ľuďmi môjmu srdcu najbližšími,*“ pretože vníma a uvedomuje si, že „*všetko je pominuté a ostane ti len rodina, dieťa, mamina, no nie navždy a tam treba investovať čas.*“ Dnes sa uvedená respondentku teší a usiluje sa o to, že „*môžem niekomu pomôcť alebo, že niekomu niečo odovzdať, aby to malo zmysel.*“

### **Odporúčania a rady ďalším pacientom**

Pacientom v liečbe respondentka odkazuje hlavne „*bojovať a nestratiť vieru.*“ Sama dodáva, že sa chorobou naučila veľkej pokore k životu, ktorú dovtedy nemala a nebola jej súčasťou. Respondentka nepozná univerzálny zdroj sily a viery človeka alebo toho, kde sa v ňom odhodlane bojovať berie a také to „*a teraz ideš, nedáš sa jednoducho hej, to má dva roky, to nemôže skončiť*“ no vie, že „*nemala čas na tú sebaľútosť.*“ Respondentka sa v spomienkach vracia k mŕtvemu otcovi, tiež onkologickému pacientovi, ktorý mal „*takú*

*ťažkú formu“ a trpel veľkými bolesťami až „bol úplne zlomený.“ Kladie si zároveň hypotetickú otázku či je vôbec možné niekomu poradiť. Uvažuje nad subjektívnym pohľadom a jedinečnou skúsenosťou, ale v prípade, že by sa život stal opäť raz nevyspytateľným, konštatuje, že jej odpoveďou je „brať to s pokorou a absolútne sa nepoddávať a už vôbec nemyslieť na to, že by to mohlo dopadnúť zle.“*

### **Kľúčové tézy príbehu analyzovanej respondentky v bodoch**

- zmyslom života je dvojročná dcéra, partner a najbližšia rodina,
- poznanie, že smrť je osobná, týka sa konkrétneho človeka
- vnímanie konečnosti a obmedzeného času ľudskej existencie,
- byť v blízkych vzťahoch s druhými,
- učiť sa pokore, pomáhať druhým, byť užitočným a zmysluplne napĺňať svoj život v zostávajúcom čase,
- zapájať vôľu a nevzdávať sa.

## **6.1.3 Analýza rozhovoru – Respondentka 3**

### **ANAMNESTICKÉ DÁTA**

#### **Z osobnej anamnézy**

48 ročnej respondentke, bol diagnostikovaný karcinómom prsníka v 45 rokoch, liečená v mieste bydliska. Prvý krát bola liečená chemoterapeuticky a druhý krát postúpila dve chirurgické terapie, následne chemoterapiu a rádioterapiu ako zabezpečovaciu liečbu. Celková dĺžka liečby bola v trvaní 2 rokov. Uvedená respondentka je v súčasnosti bez onkologického nálezu, v stave remisii a sledovaná raz ročne pri pravidelných onkologických kontrolách, v mieste bydliska.

#### **Z rodinnej anamnézy**

Menovaná respondentka udáva pozitívnu onkologickú anamnézu u obidvoch rodičov a starej matky zo strany matky. Obidve ženy boli liečené na karcinóm prsníka a otec osloveneň účastníčky výskumu trpel onkologickým ochorením prostaty. Vyšetrenia na

genetickú predispozíciu respondentka a jej sestra nepodstúpili. Obidve sestry sú od svojich 40 rokov v sledovaní a pravidelne sa zúčastňujú preventívnych onkologických prehliadok. Zo zdravotných problémov oslovená respondentka uvádza len malé chirurgické zákroky na odstránenie cýst, v skoršom období a urputné migrény, ktorými momentálne netrpí.

### **Zo sociálnej anamnézy**

Respondentka, vysokoškolsky vzdelaná, je od roku 2005 rozvedená. Sama vychováva dvoch, dnes už dospelých synov. Momentálne je práceschopná, žije opäť sama v byte. Pravidelne sa vída a navštevuje s deťmi a rodičmi. Ďalej respondentka uvádza, že jej užšiu podpornú sieť tvorí priateľ, blízka kamarátka, pes a mačka.

K jej obľúbeným činnostiam patria najmä prechádzky v prírode so psom, taktiež rada zľahka športuje a vo voľnom čase relaxuje pri meditáciách alebo čítaní beletrie.

### **KOMENTÁR Z POZOROVANIA PRI ROZHOVORE**

Respondentka pôsobí uvoľneným a príjemným dojmom pri našom stretnutí. Hneď v úvode vyslovuje prosbu o prednostné prečítanie otázok. Po ich vzhladnutí sa rozhoduje pre uskutočnenie rozhovoru. Vysvetľuje, že nemá problém zo žiadnou témou na rozhovor okrem témy jej rozvodu. Po uistení autorky, že jej odpovede sú založené na dobrovoľnosti a vlastnom uvážení, súhlasí s rozhovorom a pôsobí spokojne.

Tempo reči respondentky je rýchle, s primeranou gestikuláciou. Miestami zabieha do prílišných detailov a keď si to uvedomí, vráti sa k pôvodnej otázke.

Autorka výskumu rozhovor dva krát prerušuje, pretože oživené spomienky na chorobu a jej prežívanie vyvolávajú v respondentke pocity sebaľútosti, smútku a slz. Po chvíli vyjadruje opätovné chcenie pokračovať v rozhovore, zatiaľ čo sa pozastavuje nad svojou reakciou.

Po skončení rozhovoru, zostáva uvedená respondentka sedieť pár minút a prijíma ponúkané občerstvenie. Po uistení sa autorky výskumu, že je respondentka dobrom psychickom stave, odchádza v primeranej nálade.

## ANALÝZA DÁT PODĽA JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ / ETÁP

### Etapa I. – Obdobie zdravia

#### Atribúty života pred chorobou

Uvedená respondentka charakterizuje svoj život pred ochorením ako dynamický, ambiciózny a dnes uznáva, že aj namáhavý. Niekedy síce dostávala rady od blízkych priateľov, že by mala znížiť svoje pracovné nasadenie, avšak ako rozvedená matka s dvoma maloletými synmi to podľa nej nepripadalo do úvahy, zvlášť keď nemala pocit únavy alebo prílišného stresu.

Aktívna povaha, „riaditeľská pozícia“ a životný postoj respondentky „v živote sa musí stále niečo diať“, jej nedovoľovali zmierniť vlastné tempo. „Úplne najdôležitejšie bolo zabezpečiť rodinu a moje deti, to bolo prvoradé, potom som bola ja, potom to finančné a aby deti nemali pocit, že sú zanedbávané, trošičku im vydláždičkovať v podstate tú cestu“, uzatvára účastníčka výskumu. Späťne to respondentka reflektuje a vyhodnocuje ako život na „hrane“ čoho dôkazom boli aj opakujúce sa silné migrény a zistenie, že je pre ňu „utrpením chodiť do tej roboty.“ Následná zmena pracovnej pozície, umožnila respondentke „trošičku spomaliť“ aj keď sama konštatuje, že „príznaky tu boli už dávno.“

### Etapa II. – Obdobie choroby a liečby

#### Reakcia na podozrenie a potvrdenie o onkologickej diagnóze

Upravený životný štýl, priniesol respondentke pokojnejší život a ako uvádza, nič nenasvedčovalo tomu, že by mala byť chorá. Po preventívnej mamografickej prehliadke, dostala respondentka mailovou poštou výzvu z nemocnice, aby sa na druhý deň dostavila na opakované, tentokrát sonografické vyšetrenie, čomu neprikladala nadmerný význam. Preto bolo pre ňu „prerieknutie sa“ lekárky pri opätovnom vyšetrení, o podozrení na nádorovú chorobu „dost' šokujúce.“

Jej bezprostrednou reakciou bolo „tak ti treba.“ K vysvetleniu respondentka uvádza, že sa v podstate celý život bála, aby si neprivodila stresom nejakú „rakovinu“, takže vyslovené podozrenie a neskoršie laboratórne výsledky boli pre ňu iba dôkazom toho, že si ochorenie spôsobila sama, vlastnou predstavivosťou a nezodpovednosťou.

### **Prežívané myšlienky a emócie**

Participantka hovorí, že zobrala diagnózu na vedomie a radšej o ničom nechcela vedieť, pretože „*ja som vedela čo ma čaká, v lepšom prípade to čo maminu, len ožiare a v horšom prípade to čo tatina, aj chemoterapia, ale v podstate to bolo vzaté celkom dobre.*“

Na začiatku liečby si respondentka nespomína, že by prežívala pocity „*hanby*“, smútku alebo hnevu, ale „*ani to neviem pomenovať tú emóciu*“. Pocity bezmocnosti, alebo skôr bezradnosti, smútku a nezájmu sa objavili až neskôr, postupne s pribúdajúcimi dávkami chemoterapie. Respondentka hovorí, že pokiaľ jej nevypadli vlasy, bola optimistkou ohľadne budúcnosti a jej myšlienky sa týkali skôr racionálnych úvah, pričom si bola istá, že je na boj s ochorením dobre pripravená a že sa dolieči, „*ale ten pocit, keď mi vypadla polka hlavy, tak môžem vám povedať, že vtedy som si prvý krát uvedomila, že som naozaj chorá a to telo proste reaguje, tak to bol veľký moment.*“ Od toho času sa pre respondentku skončilo obdobie popierania choroby. Ďalšie obdobie liečby prežívala participantka ako pocity prázdna, bezradnosti, nezájmu o nič a nikoho, čo dokladá následovne: „*ono sa človek uzavrie dosť do seba a dosť má čo robiť sám so sebou. Mala som len snahu prežiť, zo dňa na deň, moje deti boli našťastie už dosť veľké a oni ma nezaťažovali.*“

### **Subjektívne najnáročnejšie aspekty liečby**

Respondentka hovorí, že bolo niekoľko silných momentov počas trvania choroby a liečby. Spomína, že syn sa akurát vrátil z dlhodobého pobytu v zahraničí, po troch rokoch domov, takže úplne najťažšie pre ňu bolo povedať synom o tom, že je chorá. Konštatuje, že zatiaľ čo ona správu o chorobe prijala celkom dobre, tak „*deti boli z toho dosť zlé.*“

Ale „*dve veci ma položili najviac*“, vysvetľuje uvedená respondentka a to, že „*musím ísť na chemoterapiu*“ a keď jej lekárka necitlivo a medzi rečou oznámila, „*že zajtra prídete na krv, na také a také vyšetrenie a počítajte s tým, že vám po prvej dávke vypadnú vlasy a hneď mi podala kartičku na parochňu.*“ Po prežitom šoku sa uvedená účastníčka zmohla na otázku „*či to môžeme posunúť o týždeň, lebo syn ma stužkovú a ako tam budem vyzerat?*“ Dnes sa svojej iracionálnej požiadavke smeje, ale po prvej chemoterapii, „*keď začali také stavy a mala som už pocit, že sa vlasov nemôžem dotknúť, že vypadnú každú chvíľu, išla som si umyť hlavu a tam to bolo, fu, vedela som, že som naozaj chorá.*“

O prvej chemoterapii sa respondentka domnieva, že nebola až taká devastačná ako druhá a tretia, keď to fyzicky už jej telo nezvládalo a zlyhávalo, takže „*v podstate som do 24 hodín prestala chodiť a moje deti ma všade nosili, to bolo akože veľmi zlé akože aj pre nich aj pre mňa.*“ Respondentka v tejto súvislosti popisuje neempatickú reakciu lekárky, že „*prečo ste*



*zostali doma? “ Odpovedou bolo „prestali mi fungovať obličky, pečeň, nebola som schopná ani zdvihnúť ruku, tak blízko som bola smrti, mňa to nenapadlo a deti to nenapadlo vôbec, takéto boli zážitky. “*

### **Pomáhajúce a podporné faktory**

Respondentka uvádza, že v čase oznámenia choroby, ju najviac podržalo zostať silnou kvôli deťom pretože to jej dávalo „zmysel“, že „*tu musí byť pre nich, nie, že to nedajú, ale že to bude pre nich ťažké.*“

Taktiež najbližšia rodina, rodičia, partner a deti veľmi pomáhali, každý podľa vlastných možností, ako sa dalo a najmä „*oni ma nezaťažovali, prebrali postupne všetky povinnosti za mňa.*“

Respondentka spätne oceňuje taktiež ústretový prístup napríklad „šéfovej“ v práci pri úprave pracovného času, spomína na okamžitú pomoc kaderničky, empatický postoj obsluhy v parochňovom štúdiu či udeľovanie rád vyliečenej onkologickej pacientky, ktorá dodávala respondentke informácie, čo u nej znižovalo úzkosť z rôznych úkonov a vyšetrení.

Nezabudnuteľnou je pre oslovenú účastníčku pomoc a jedinečná podpora „kámošky“, pri prekonávaní straty vlasov, ako symbolu ženskosti a jej istota byť za každých okolností prirodzená, chápaná a nestrácajúca nadhľad.

Uvedenú pomoc, za všetkých prezentujú nasledujúce vety: „*neurobila nič také, že neboj sa moja, ale pod' ideme vybrať šatku na internete a hneď mi prebehla strojčekom po hlave... domov som proste prišla bez vlasov,*“ alebo od ostatných to boli „*maličkosti, len sa opýtali, čo ako spávaš, je ti moc zle? A hlavne sa ma nebáli opýtať ako mi naozaj je, hej a ako ti je zle a bola si, pila si?*“

## **Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

### **Vlastná prežitá skúsenosť**

Po prežitej skúsenosti, oslovená respondentka reflektuje bezprostredný zážitok z blízkosti smrti, kedy si uvedomila bezradný pocit vlastnej nemohúcnosti. Toto nové poznanie o vlastnej ne-moci, ktorá ju stála skoro život, ju viedlo k vzopretiu sa voči chorobe a osudu a primälo ju k zmene postoja. Respondentka ozrejmuje, že znovuobjavená schopnosť a rozhodnosť voči sebe, jej umožnila zmeniť svoj prístup pričom sa rozhodla predčasne a na vlastnú zodpovednosť ukončiť liečbu aj s prijatým rizikom „*že by ma to malo stáť život, tak*

*už nie, takto zomrieť nechcem.*“ Znovuobjavený priestor toho, čo sa ešte dá a pre čo je ešte možné rozhodnúť sa, naplnilo uvedenú respondentku spokojnosťou.

K negatívnym skúsenostiam a pre ňu „*nepriateľným a necitlivým*“ priradila participantka niekedy neprofesionálnu komunikáciu a prístup lekárov. Uprednostnila by „*taký ten ľudský prístup*“, ktorý „*by tam dosť pomohol.*“

Na otázku autorky práce, či sa niekedy napríklad hnevala na chorobu alebo na niekoho iného za to, v akej životnej situácii sa ocitla, odpovedá respondentka negatívne. Aj keď pripúšťa dvojdnový plač pri strate vlasov ako symbolu ženskosti, uvádza, že „*napríklad hnev alebo nejaká ľútosť ma nikdy neprepadala.*“ Má však neštandardnú spomienku na čas asi rok po vyliečení sa z ochorenia, keď trávila večer sama v byte. Bezdôvodne a náhle, z ničoho nič respondentku prepadol, jej slovami „*hysterický záchvat intenzívneho trojhodinového plaču.*“ Respondentka uvádza, že mala pocity paniky a úzkosti, z neistoty a návratu choroby čo interpretovala následovne: „*čo ak to neprežijem alebo budem znova niekomu na obtiaž.*“ V súčasnosti uvedená účastníčka výskumu s istotou konštatuje, že strach už necíti pretože „*vie, že to prežije alebo keď to má prísť tak to príde, ale urobím všetko preto aby to neprišlo.*“

### **Možné straty a zisky z choroby**

Po prežitej skúsenosti je oslovená respondentka „*kludnejšia*“ no zároveň uvádza „*mne zobrala športovú aktivitu, terapia mi poškodila kĺby a nemôžem sa vrátiť k basketbalu, nemôžem chodiť na korčule a bicykel*“, vymenováva negatívne dopady liečby na vlastné zdravie. Avšak na druhej strane „*keď to tak hodnotím, tak mne tá choroba vlastne pomohla*“ a uvádza ako sa vďaka onkologickej skúsenosti „*zbavila*“ urputných bolestí a stavov z migrén, keď nevedela „*ani vyjsť z domu*“, opuchov nôh, zmizla jej senná nádcha „*teraz sa môže nadýchnuť sena*“, konštatuje.

Zároveň si respondentka uvedomuje, že má „*šťastie na svoj okruh najbližších ľudí*“, vrátane koučky, s ktorou sa stretáva od ukončenia liečby a, ktorá jej „*duchovne*“ pomáha s „*blokmi*“, ktoré si po rozvode a behom života privodila čím jej „*nastavuje zrkadlo*“, na kvalitnejšie žitie.

### **Zmena života po onkologickom ochorení**

Onkologická skúsenosť, ktorou respondentka prešla, mala za následok spomalenie životného tempa a zažívanie kladných emócií, o čom hovorí nasledovne: „*ja som ten človek, ktorý to otočil na tú pozitívnu nôtu, hej a že je to za mnou, a preto to neriešim, viem, že som*

sledovaná.“ Ďalej rozdiel vidí vo vyhodnocovaní svojho správania, pričom dnes respondentka kladie dôraz na premýšľanie o sebe a o tom, čo potrebuje a čo ju teší a akými ľuďmi je obklopená. Vysvetľuje, že si vedome vyberá, s kým bude tráviť svoj čas a komu venuje životnú energiu. Respondentka taktiež na všeobecnej úrovni urobila revíziu vzťahov a skonštatovala, že s niektorými sa rozlúčila. Momentálne je spokojná s okruhom „najbližších, ktorých si zvolila sama.“

### **Dôležité a cenné zo súčasnej perspektívy**

Respondentka dnes vníma ako najvyššiu hodnotu, zdravie, život a pokoru, pričom uvádza, že sa naučila dávať seba a svoje potreby na prvé miesto. V tejto súvislosti hovorí, že si „nejako poprehadzovala život, aj svoje priority a nechcem žiadnu pozíciu, zodpovednosť, ani nikam postupovať. Tých 22 rokov pozícií a všetkého už bolo dost.“ Pre zapojenú účastníčku je cenná schopnosť „pribrzdiť“ a „byť pokorná“, uvedomovať si vlastnú nedokonalosť a krehkosť tela i duše, „mať úctu k životu a aj k druhým ľuďom, nech sú akikoľvek, nesúdim, nehodnotím, ale snažím sa ich pochopiť alebo im nebyť prekážkou.“

Respondentka sa už nezaobera riešením „maličkosťí“ teší ju „krásna lúka“ a uvedomuje si, „aké to je super, keď prší, dám si gumáky a idem po kalužiach.“

Respondentka opakovane vyzdvihuje a vysoko si váži vytvorené a fungujúce vzťahy a je vďačná všetkým, že „nezačali nado mnou lámať palicu alebo ľutovať ma. Rodina ťa vždy podrží.“ Jej mottom do ďalšieho života je byť zdravá a „pomáhať tým druhým ľuďom, vysielat' im niečo hej.“ Záverom konštatuje, že našla vnútorný pokoj a súlad „s vnútorným ja“ kedy „už vieme čo chceme, kam ideme.“

Svoju onkologickú skúsenosť respondentka vníma ako príklad pre deti, čo dokumentuje nasledovný úryvok: „veľmi veľa to dalo aj mojím deťom, myslím, že si uvedomili, že človek je smrteľný a že proste treba ten život žiť... jeden deň ste tu a druhý deň tu nie ste... teraz nie je problém napísať mám ťa rád, daj vedieť keď máš trápenie, taká úcta k životu aj od nich, k tomu, že sa treba o seba starať a pomáhať, že tá rodina je všetko a vždy podrží... všetko ostatné je pomínutelné... takže toto pevne verím, že som aj ja dala svojim deťom.“

### **Odporúčania a rady pacientom**

Aj keď respondentka nepozná presnú odpoveď a radu, odporúča sa v tak ťažkej chvíli poriadne nadýchnuť a hlavne „mať túžbu žiť, nezložiť sa a takého prečo práve ja, vypnúť“ skôr sa zamerať na budúce „takéto pre čo, na čo, za čo.“

### **Kľúčové tézy príbehu analyzovanej respondentky v bodoch**

- objavovať zmysel života a pre čo chcem prežiť,
- deti si môžu uvedomiť, že človek je smrteľný,
- postoj a rozhodnutie dôstojne čeliť nožnej smrti,
- objaviť vzdornosť ducha a zmeniť postoj z ne-moci ku zodpovednosti za vlastný život,
- rodina a pestovanie blízkych vzťahov je najviac a vždy podržia,
- strata vlasov ako symbolu ženskosti,
- poslúženie ako pozitívny príklad pre druhých

### **6.1.4 Analýza rozhovoru – Respondentka 4**

#### **ANAMNESTICKÉ DÁTA**

##### **Z osobnej anamnézy**

V súčasnosti 49 ročná respondentka, ochorela vo svojich 45 rokoch na karcinóm prsníka. Uvedená podstúpila 2 krát onkologickú liečbu, prvý krát to bola chemoterapia a druhý krát, dve chirurgické terapie, nasledovala chemoterapia. Rádioterapia ako navrhnutá zabezpečovacia liečba, bola respondentkou odmietnutá. Poskytnutú liečbu respondentka absolvovala v mieste bydliska, počas 2 rokov. Súčasťou liečby bola obojstranná ablácia prsníkov s následnou plastickou rekonštrukciou. V súčasnosti je spomínaná respondentka bez klinického nálezu, v remisii a sledovaná v pravidelných ročných preventívnych prehliadkach.

##### **Z rodinnej anamnézy:**

Onkologické ochorenie uvedenej respondentky sa v pôvodnej rodine vyskytovalo zo strany otca, jednalo sa o karcinóm prsníka jeho starej matky.

Na genetickú predispozíciu boli vyšetrované a pozitívne potvrdené obidve dcéry respondentky, ktoré sú taktiež preventívne sledované.

### **Zo sociálnej anamnézy:**

Participantka je vysokoškolsky vzdelaná, vydatá a žije v jednej domácnosti spolu s manželom a toho času prechodne aj s dospelou dcérou. Staršia dcéra respondentky, je vydatá a žije s manželom a ročnou dcérou v zahraničí.

Respondentka uvádza uspokojivé medziľudské vzťahy nie len s manželom a dcérami, ale aj rodičmi a širšou rodinou. Uvedená respondentka bola a je po celý čas ochorenia zamestnaná. Spolu s manželom sa venuje vlastnej firme, v ktorej vedie účtovníctvo.

Okrem práce, rodiny a spoločných priateľov, rada trávi svoj voľný čas v prírode a to najmä prechádzkami so psom a cestovaním.

### **KOMENTÁR Z POZOROVANIA PRI ROZHOVORE**

Oslovená respondentka pôsobí pri stretnutí prirodzeným a uvoľneným dojmom. Na začiatku vyjadruje ochotu podeliť sa svoje o skúsenosti s prežívaním onkologického ochorenia. V priebehu rozhovoru, autorka výskumu stopla nahrávanie v dôsledku oživených spomienok a emócií. Po chvíli respondentka vyjadruje súhlas s pokračovaním v interviewu. Celkovo je tempo reči u respondentky plynulé avšak, rozpráva skôr tichšie a monotónne aj keď výrečne. Odpovede oslovená respondentka rozvíja a formuluje väčšinou samostatne a podľa vlastného uváženia. Bez prejavov gestikulácie. Po skončení rozhovoru, zotrúva respondentka s autorkou práce približne 20 minút a bez pozorovateľných známkov stresu, v primeranej nálade odchádza.

### **ANALÝZA DÁT PODĽA JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ / ETÁP**

<b>Etapa I. – Obdobie zdravia</b>
-----------------------------------

#### **Atribúty života pred chorobou**

Zapojená respondentka život v čase zdravia charakterizuje ako „*ideálny*“ prípadne až ako „*nudný*“ a metaforicky to ozrejmjuje vetou: „*dobrý život sa ťažko píše, ale ľahko žije a ťažký život sa ľahko píše a dobre počúva.*“

K dôležitým aspektom dobrého žitia respondentky patrila šťastná rodina, domov, zdravie, „*proste všetko čo som chcela som mala*“, konštatuje.

## **Etapa II. – Obdobie choroby a liečby**

### **Reakcia na podozrenie a potvrdenie o onkologickej diagnóze**

„*No pravdu povediac, ja som túto diagnózu z úst žiadneho lekára povedať nepočula*“, začína oslovená respondentka rozprávať svoj príbeh o skúsenosti s nádorovou chorobou. Uvedená popisuje, že oznámenie o onkologickej diagnóze, po sonografickom vyšetrení si našla sama doma a to na internete, kde hľadala význam medicínskych skratiek. Síce participantka pripúšťa, že ešte bude absolvovať vyšetrenia a odbery vzoriek na histologické skúmanie, no nález bez toho potvrdzoval chorobu „*Braka 1 pozitívna.*“ Pri rozpamätaní sa na situáciu uvádza, že sa „*samozrejme rozplakala*“, pretože jej pri vysávaní „*vlastne došlo, pane bože, veď to odobratie vzorky bude v podstate len o tom, nie že či mám rakovinu, ale akú mám rakovinu.*“

### **Prežívané myšlienky a emócie**

Toto náhle sebauvedomenie respondentka popisuje ako „*údiv a niečo neuveriteľné*“ a nechápala, „*že prečo vlastne ona*“, je presvedčená, že sa o seba poctivo starala a nezanedbávala sa. Spočiatku, v čase odberov a čakania na výsledky sa respondentka rozhodla, nezaťažovať svojimi onkologickými problémami mladšiu dcéru, aby ju neohrozila v jej dôležitom období života, v čase maturít. V tejto súvislosti uvádza, že nie je zástancom rôznych tajností a ne-komunikácie s najbližšími, záležalo jej však veľmi na tom, aby dcéra nezistila, že sa s ňou niečo deje, pretože „*musí, musí odmaturovať a až po tých písomných skúškach jej to môže povedať.*“

Zatiaľ čo sa zaoberala a v myšlienkach neustále vracala k nádoru, ktorý sa zdal byť rastúci a „*dobře prekrvený*“, pričom výsledky biopsie mali byť známe až za tri týždne, zažívala respondentka veľký strach, sebaľútosť, beznádej. Táto nečinnosť vyústila do jej proaktívneho jednania v podobe zháňania vlastnej „*linky, aby sa to urýchlilo a aby so mnou čo najskôr robili čo potrebujú.*“, dopĺňa.

„*To je celá zmes pocitov*“ konštatuje respondentka v súvislosti s otázkou, čo prežívala. Na jednej strane uvádza myšlienky a pocity „*beznádeje a sebaľúposti*“ a na druhej strane „*hnev a až taká bezmocnosť keď ti zabudne lekárka*“ pri chemoterapii predpísať jedno z troch liečiv, hovorí a musela čakať do druhého dňa a stráviť svoj čas na nemocnici.

V súvislosti s celodenným čakaním na chemoterapiu, premýšľa o získanej pokore nasledovne: „*to ťa naučí veľkej trpezlivosti.*“

### **Subjektívne najnáročnejšie aspekty liečby**

Do výskumu zapojená respondentka ochorela v čase prvej remisii znova, čo bola pre ňu ďalšia rana. Prvú chemoterapiu má spojenú s pocitmi bezmocnosti a slzami na nemocničnej chodbe, najmä pred aplikárňou, zvlášť keď tam mala vstúpiť. Vôbec nemocničné prostredie s pacientami, na ktorých je vidieť priebeh choroby a liečby, spôsobuje respondentke veľmi nepríjemné pocity. Spomína, že „*stretávať tých ľudí, mladých ľudí, mladé mamičky čo mali doma trebárs sedem mesačné bábo a vidieť ako tá liečba s tým telom zamáva*“ práve to bolo pre ňu „*najťažšie.*“ Taktiež druhá správa, ktorá oznamovala uvedenej respondentke návrat choroby, bol pre ňu veľkou ranou, ale ako sa sama hypoteticky pýta „*mám na výber?*“ Dnes respondentka prežíva vďačnosť a sumarizuje, keď si uvedomuje, že „*čo ja od života chcem, mám dve dospelé deti, mala som krásny život a aj keby sa to teraz skončilo šak ja môžem byť vďačná.*“

### **Pomahajúce a podporné faktory**

Počas chemoterapeutickej liečby, respondentka cítila oporu a pomoc z rodiny, čo komentuje nasledovne: „*rodičia chodili pomáhať, navariť, upratať, pomáhali všetci jak vedeli, ako fakt sa nemôžem sťažovať.*“ Taktiež si vysoko váži nielen pomoc manžela, ktorý sa staral o firmu, ktorej sa medzičasom tiež prestalo ekonomicky dariť, ale aj výraznú pomoc od mladšej dcéry. Vnímaná opora dcéry, v tom čase maturantky, bola v tom, že respondentku vozila z a na chemoterapie. „*Ona si to celé so mnou odžila*“, hodnotí spätne a oceňuje ju ešte viac za to, že nesedela v aute, ale „*chodila so mnou do tých čakární, videla všetko čo sa tam deje... bola také slniečko.*“

Uvedená respondentka si ďalej myslí, že jej pomohlo nepretržité zapojenie do práce a úprava stravy vždy pred každou dávkou chemoterapie. Nevie, či to bolo pre ňu iba placebo, ale vie, že to u nej fungovalo takýmto spôsobom. Práve to, hovorí respondentka, jej pomohlo zvládať liečbu a stavy s tým spojené bez ďalších liekov, komplikácií, symptómov zvracania a bolesti hlavy.

V súvislosti s pomocou medzi onkologickými pacientami, respondentka si vybavuje „*staručkého pána*“ vyše 80 ročného onkologického pacienta, ktorý keď ju videl plakať a bezradne sedieť pred chemoterapeutickou ordináciou, prisadol si bez opýtania k nej a takto sa jej empaticky prihovril: „*Pani neviem čo vám je, ani sa nebudem pýtať čo vám je, ale*

*pozrite sa na mňa, ja som 20 rokov onkologický pacient, mám za sebou tri chemoterapie, štyri operácie, tri ožarovania a stále som tu... mám spolužiakov, ktorí boli zdraví ako repa a už sú tam pochovaní, proste zomreli tam na iné ochorenie, kardiovaskulárne ochorenia, to nie je konečná... to dáte, to bude dobré... a to bolo tak krásne, že ma to ukludnilo“,* spomína respondentka na to, čo jej tiež utkvelo a pomohlo v ťažkého období.

### **Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

#### **Vlastná prežitá skúsenosť**

Uvedená participantka opakovane v rozhovore vyjadruje počudovanie a najmä rozladenie nad vzťahom a neprofesionálnou komunikáciou lekár-pacient. V tejto súvislosti by respondentka uvítala väčšiu otvorenosť voči pacientom a nie „*iba je mi to ľúto a že šak to všetko bude dobré.*“ Respondentka sa nevníma ako „*nejaký objekt a teraz ho ideme liečiť*“, bez názoru a bez vlastnej schopnosti sa rozhodovať alebo podieľať sa na spolupráci s lekárom. Opakovane zdôrazňuje, že sú pacienti, ktorí nič nechcú vedieť o svojich výsledkoch vyšetrení, stave a momentálnej situácii, no ona k nim rozhodne nepatrí, čo dokladá nasledovne: „*sú pacienti, ktorí potrebujú vedieť, čomu čelia, aby sa nejako psychicky pripravili na to čo ich čaká a nie, že odovzdám sa ako taká ovca a proste budem trpieť a trpezlivo všetko znášať... ja nie som objekt, proste ja rozmýšľam, je to moje telo, ja viem ako sa cítim proste takto to treba brať.*“

Respondentka taktiež uvádza, že sa počas liečby a ani teraz nevníma a nepremýšľa o sebe ako o invalidovi, ktorí je pasívny a nežije, čo dokladá nasledujúcou vetou: „*ja som stále chodila do práce, nie je to tak, že niečo skončilo, že som choručká a teraz sa tak ľutovať, tak to nie,*“ ukončuje.

#### **Možné straty a zisky z choroby**

Respondentka nie je presvedčená o tom, že by potrebovala k životu zážitok onkologického ochorenia, aby sa stala lepším človekom, a preto rozhodne nebude ani vd'ačná, za takú skúsenosť. Na druhej strane si uvedomuje, že po onkologickej skúsenosti je určite trpezlivejšia a má väčší nadhľad na to, čo je významné a čo je malicherné v živote a podotýka, že „*mať na 100 percentne upratané, to nie je životne dôležité, takže trpezlivosť a tie priority.*“



Po druhom vzniku a návrate onkologického ochorenia, respondentke pribudli strachy a obavy z toho, že sa nevie oprieť o vlastné telo a dnes mu už neverí, pretože ju opakovane zradilo, jednoducho konštatuje „*no nemám ho moc v láske.*“

Silným momentom pre oslovenú respondentku bola sebaľútosť a strata prsníkov ako symbolu krásy a ženskosti „*zoberú ti celú tvoju ženskosť*“, smutne konštatuje a pokračuje „*choroba ťa úplne zmení, nielen po duševnej, ale aj po fyzickej stránke, proste tým, že som braka jedna poziívna, tak mi museli vyoperovať vaječníky, zobrali mi pre istotu aj maternicu, čiže zoberú ti prsia, zoberú ti všetko.*“ Respondentka ako veľké negatívum vníma nízku úroveň komunikačnej zdatnosti lekárov, či už v dôsledku absencie času a zaneprázdnenosti alebo neochoty, alebo neschopnosti nadviazať ľudský kontakt s pacientom.

### **Zmena života po onkologickom ochorení**

Oslovená účastníčka výskumu nezdieľa názor, že jej ochorenie zmenilo život, pretože „*človek sa vyvíja stále a aj starne takže aj keby som nemala ochorenie a môj osud by ma nevystavil tomu všetkému, tak aj tak by bol môj život o 5 rokov iný, lebo v podstate, žili sme v rodine, kde nám začali dcéry odchádzať z domu a to teda zamáva ešte viac zmenou ako nejaká choroba.*“ Respondentka uvádza, že vzťahy sa nezmenili, ba naopak, všetci ju v neľahkých časoch liečby podporovali.

Napokon však uvedená respondentka predsa len pripúšťa, že „*choroba ťa úplne zmení*“ ako po stránke telesnej tak po stránke duševnej, konštatuje, ale „*musím s tým žiť, že to ochorenie je neliečiteľné, teraz som v remisii, ale o mesiac už nemusím byť a čo bude potom, neviem.*“

V kontexte predošlého, účastníčka výskumu nevidí zmysel, rozoberať tému onkologického ochorenia a „*zbytočne sa v tom paprať, to neprináša asi nikomu nič dobré.*“ Respondentka uvádza, že súčasťou zmeny po ochorení je aj jej strach a nekončiace obavy z novej onkologickej diagnózy. Tvrdí, že jej telo je pre ňu cudzie keď hovorí: „*nie som s tým vyrovnaná, aj pred chorobou som sa snažila cvičiť, zdravo jesť a napriek tomu som ochorela, tak tomu telu prestaneš veriť a prestaneš ho mať rada, lebo ťa zradí.*“

### **Dôležité a cenné zo súčasnej perspektívy**

Pre respondentku je v čase vyliečenia sa z druhého onkologického ochorenia, dôležité pochopiť a porozumieť chorobe. Povoláním je účtovníčka, takže svet čísel v podobe konkrétnych hodnôt priebežných výsledkov má pre ňu, osobitý význam, napriek tomu, že „*sa stále bojí, stále na to myslí*“ . Ďalej konštatuje, že najdôležitejšia je pre ňu rodina, najbližší, práca, ale aj výsledky o chorobe. Samu seba vníma ako človeka, ktorý potrebuje

rozumieť a chápať čomu vlastne čelí, pretože tak sa u nej „zmenšuje strach“ a zároveň si môže „aspoň troška strážiť ten svoj priebeh liečby.“ Respondentka sa domnieva, že „rakovina“ ako taká nie je a „nemôže byť o vydržaní“, a preto sa rozhodla nepodstúpiť zabezpečovaciú rádiologickú terapiu, čím otvára tabuizovanú tému sebaurčenia, zodpovednosti, smrti a dôstojného umierania, čo vystihuje nasledujúci úryvok: „nemyslím si, že možnosť eutanázie tu nie je, že nie je to správne, pretože mali by sme mať tú možnosť, keď si ťažko chorá tak dôstojne odísť a a nepredlžovať to utrpenie za každú cenu a vybojovať každý jeden deň, len aby si spravila nejaký dobrý bod do štatistiky, hej to nie je dôstojné pre nikoho.“

Pre oslovenú účastníčku je ťažké žiť s pocitom, že odovzdala onkologické ochorenie ďalej ako informáciu ďalším generáciám v podobe dcér. „Jediný prínos, tým že obidve dievčatá sú Brak 1 positive, vďaka tomu ochoreniu sa na to prišlo a majú veľkú šancu, že oni sa tomu môžu vyhnúť,“ uzatvára.

### **Odporúčania sa rady pacientom**

Uvedená participantka odkazuje ostatným pacientom „skúsiť zabojsovať a nepoddávať sa, určovať si hranice a zaujímať sa o svoje ochorenie.“

### **Kľúčové tézy príbehu analyzovanej respondentky v bodoch**

- mať informácie a pochopiť svoje ochorenie, zaujímať sa o neho,
- dôstojne odísť, otvoriť otázku eutanázie,
- vzťahy a rodina to je to najdôležitejšie,
- byť v nadvhľade vo veciach, ktoré neovplyvníme,
- sebaurčenie a zodpovednosť rozhodovať o vlastnom živote,
- dôležité je súcitenie a spoluúčasť od druhým.

## **6.1.5 Analýza rozhovoru – Respondentka 5**

### **ANAMNESTICKÉ DÁTA**

#### **Z osobnej anamnézy**

Momentálne 53 ročná respondentka, diagnostikovaná na karcinóm prsníka vo svojich 47 rokoch. Menovaná participantka podstúpila chemoterapeutickú liečbu, 2 krát chirurgickú, rádioterapeutickú a biologickú liečbu. Liečená bola v hlavnom meste, v celkovej dobe trvania 1,5 roka. V súčasnosti naďalej pokračuje zabezpečovacia farmakologická liečba. Toho času je bez klinického nálezu, v stave remisie. Respondentka je sledovaná v polročných a ročných (sonografia a mamografia) kontrolných prehliadkach.

#### **Z rodinnej anamnézy**

Pred ochorením respondentky sa v rodine, nádorová choroba sa nevyskytovala. Taktiež genetická predispozícia sa u menovanej nepotvrdila. V súčasnosti je otec respondentky liečený na karcinóm hrubého čreva a na demenciu Alzheimerovho typu. Matka respondentky je zdravá.

#### **Zo sociálnej anamnézy**

Vysokoškolsky vzdelaná respondentka uvádza, že krátko pred ochorením stratila prácu a bola nezamestnaná. V súčasnosti je na invalidnom dôchodku. Pred a počas ochorenia, participantka žila v partnerstve s otcom maloletého syna, ktorý je momentálne súdnym rozhodnutím v striedavej starostlivosti obidvoch rodičov. Respondentka uvádza, že momentálne je v partnerstve s iným, dlhodobým priateľom avšak nežijú spolu v jednej domácnosti. Respondentka má blízky vzťah s rodičmi, najmä s matkou. Voľný čas trávi so synom napríklad výletmi do prírody, ďalej v kruhu najbližšej rodiny. Oporou je priateľ respondentky a blízke kamarátky. Respondentka uvádza, že sa zľahka venuje športovej aktivite, výletom v prírode a prechádzkam.

### **KOMENTÁR Z POZOROVANIA PRI ROZHOVOROCH**

Vzhľadom k vládnym nariadeniam a obmedzeniu pohybu v čase pandémie COVID 19, prebehlo s uvedenou respondentkou, online stretnutie vo virtuálnom prostredí, Skype.

Pozorovanie bolo sťažené a obmedzované technickými problémami, ktoré narúšali pozorovanie autorky a ich spoločný rozhovor. Preto, sa sčasti interview konalo bez vizuálneho kontaktu a obmedzovalo sa iba na auditívny odposluch.

Pre komplexnosť autorka výskumu uvádza, že s uvedenou respondentkou bola v kontakte pred 30 rokmi na vysokej škole. Pred uskutočneným rozhovorom, prebehla medzi autorkou a účastníčkou výskumu, mailová komunikácia, kde okrem dohody o účasti na výskume, boli respondentke na jej žiadosť zaslané aj výskumné otázky.

Napriek čiastočným technickým komplikáciám, na online stretnutí, pôsobila respondentka uvoľneným dojmom, podobne ako ju autorka zažívala a pamätala si z predošlých študentských čias.

Jej reč mala primerané tempo a gestikuláciou, pokiaľ to autorka výskumu bola schopná zachytiť.

## **ANALÝZA DÁT PODĽA JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ / ETÁP**

<b>Etapa I. – Obdobie zdravia</b>
-----------------------------------

### **Atribúty života pred chorobou**

Respondentka uvádza, že život pred ochorením, vnímala ako pomerne spokojný a primerane šťastný, s občasnými partnerskými a neskôr aj pracovnými problémami. V tom čase sa participantka liečila na ochorenie štítnej žľazy a zároveň u nej bola diagnostikovaná tetánia ako následok spomenutého choroby. Respondentka uvádza, že po čase sa u nej objavili aj obťažujúce stavy úzkosti. V dôsledku nekontrolovateľných panických epizód, prestala šoférovať a taktiež navštevovať verejné priestranstvá, pretože trpela strachom z „*veľa ľudí v nákupných centrách.*“

Prioritou v živote uvedenej účastníčky výskumu bol malý syn a starostlivosť o neho, ako aj tanec, športové aktivity, prechádzky a výlety do prírody, pobývanie s rodičmi a blízke vzťahy s „*kamoškami.*“

### **Reakcia na podozrenie a potvrdenie o onkologickej diagnóze**

Špecifické vyšetrenie prsníkov si respondentka vyžiadala sama od obvodnej lekárky po nahmataní neidentifikovateľného útvaru v jednom z prsníkov. V tom čase respondentku na vyšetrenie sprevádzali rodičia. Ako uvádza, pri prvom kontakte s nemocničným prostredím, to nebola pre ňu príjemná situácia, najmä zo strany lekára, ktorý medzitým riešil nejaký interný konflikt s kolegyňou. Hovorí, že *„čo mne on bude robiť biopsiu, keď aj tak musím ísť na operáciu a sonoval ma takým štýlom, že ako keby som nebola ani človek a rozprával sa so mnou s takým tónom, s takým opovrhnutím, že som neverila vlastným ušiam, že som vôbec v ambulancii.“* Po tomto incidente respondentka odmietla ďalšie zotrvanie v nečakanej a neprijemnej situácii, v miestnej nemoci a požiadala o pomoc známych.

### **Prežívané myšlienky a emócie**

Uvedená respondentka v tom čase žila v strachu o seba a v úzkosti z výsledku, pričom stále dúfala, že *„no tak snáď už nemám takú smolu v živote, že to bude zlé, takže človek je stále taký vystrašený, no proste zúfalý, stále som plakala, plakala, prečo sa to stalo?“*

Chirurgická operácia, ktorú oslovená participantka absolvovala, potvrdila a objavila ďalšie nádory, benígy aj dva malígne. Celú situáciu dnes respondentka z odstupom času pomenováva ako *„no prúser jak Brno“* a popisuje, že to bolo pre ňu *„šialené... už vieš, že je to zlé a čo ťa všetko čaká a že to už nebude len tak...“*

### **Subjektívne najnáročnejšie aspekty liečby**

Najťažšie pre uvedenú účastníčku výskumu bolo vedomie, že *„keď bude treba, tak že mi zoberú ten jeden prsník a zároveň sa ma opýtali, či by som si chcela dať urobiť rekonštrukciu, že oni to musia vedieť dopredu.“* Po tejto informácii, respondentka uvažovala, či sa dá vôbec liečiť alebo *„či má skočiť z okna,“* skonštatovala o svojej nečakanej situácii. Po operácii, respondentka popisuje, že trpela hrôzou a bála sa preskúmať a zistiť ako dopadla operácia, ktorá mala rozhodnúť o jej doterajšej vnímanej ženskosti. O chemoterapii ako následnej liečbe bola respondentka presvedčená, že neabsolvuje, pretože *„to je svinstvo“* a možno by zvládla rádioterapeutickú liečbu, konštatovala pre seba. Spomína si, že ošetrojúcej onkologičke rovno povedala, že *„chemoterapiu brať nebudem, že to nie, no a vtedy začala ďalšia psycharína.“* Respondentka spomína, že celé obdobie liečby bolo pre ňu náročné a *„deprimujúce“*, s obrovským tlakom na psychiku.

### **Pomahajúce a podporné faktory**

Respondentka tiež uvádza, že napriek ťažkým okolnostiam a strachu o život, bola schopná niektorým situáciám čeliť s humorom seba vlastným a zasmiať sa nad nimi, čo popisuje napríklad takto: „vývod musíš mať normálne v igelitke, lebo to máš ako kabelku, no proste som s tým chodila, no a potom sme sa na tom aj smiali.“

Veľkou pomocou a motiváciou pre prekonanie bolestnej skúsenosti s liečbou boli rodičia a „nad vodou“ uvedenú participantku, podľa jej slov, držal syn.

Po druhej chemoterapii, keď respondentka začala prichádzať, o pre ňu tak dôležitý symbol ženskej krásy a začali jej vypadávať vlasy „katastrófa sa blížila“, veľkú oporu našla v starom priateľskom vzťahu. Respondentka si veľmi cení spoluúčasť kamaráta pri každej aplikácii chemoterapeutickej liečby a jeho najmä „športový“ prístup ku onkologickej diagnóze, ktorý jej umožňoval „cítiť sa normálne“ ako človek, medzi terapiami. Okrem toho respondentke pomáhala starostlivosť blízkych kamarátok o ňu, ktoré „okrem jednej vyšli všetky na jedničku“, pretože to „dali so mnou, chodili ma venčiť, chodili mi pomáhať, podporovali ma“, dojemne uzatvára.

## **Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie**

### **Vlastná prežitá skúsenosť**

Účastníčka výskumu o onkologickej skúsenosti udáva, že to bol „boj a utrpenie, bolo to ťažké, najťažšie v živote, zatiaľ čo zažila,“ a uvedomuje si, že zároveň to je aj veľký pocit šťastia, pri ktorom „sa teraz už musíš držať.“ Respondentka o prežitej skúsenosti uvažuje ako „o nejakej výstrahe, že niečo robíš zle“, ktorá jej zároveň zmenila pohľad na život a prirodzene vyselektovala okruh ľudí a poukázala na žité medziľudské vzťahy. Účastníčka výskumu konštatuje, že choroba „ti prinesie iba to zlé, ty žiješ v neustálom strachu, lebo nikto ti nepovie, teraz budeš mať toľko a toľko rokov pokoj a potom to môže prísť znova.“

### **Možné straty a zisky z choroby**

„Môžem sa zbaľiť, môžem už odísť?“, spýtal sa životný partner respondentky, čo oslovená uviedla ako ďalšiu životnú ranu. Stratu partnera vnímala najmä v súvislosti s negatívnymi dôsledkami onkologickej liečby a fyzickými zmenami na tele.

Strach, úzkosť a predstava neistej budúcnosti ako prevažujúce aspekty života respondentky po vyliečení sa z onkologickej choroby, uvádza nasledovná veta: „je to akoby si chcela

*rýchlo zabudnúť na to zlé, aj keď sa toho už nikdy nezbavíš, lebo keď idem do nemocnice, idem s tým strachom, to sú také ťažké veci, z ktorých nespávaš pomaly a je ti z toho ťažko, ale vždy keď je to dobré, juchu, juchu, tak ideme ideme do boja, ale táto situácia ma aj desí.“* Prínos vidí respondentka v tom, že „*sa naučila brať veci z nadhľadu a že keď nejde o život, tak vlastne nejde o nič“* a riešiť problémy inak, pretože ako sama konštatuje, „*lebo ty si to prežil, stál si jednou nohou hrobárovi na lopate, tam na druhom svete a teraz sa musím chrániť a musím inak žiť.*“

### **Zmena života po onkologickom ochorení**

Oslovená účastníčka výskumu súdi, že choroba „*ťa úplne zmení ako človeka.*“ Uvádza, že zmeny sa týkajú nielen psychického prežívania, ale aj tela a jeho fungovania. Respondentka poukazuje na vedľajšie účinky a následky prekonanej onkologickej liečby, v podobe napríklad ďalšej operácie očí, „*polochromej ruky*“, rizika osteoporózy, rýchlejšie prebieha starnutie a „*skrátka po zdravotnej stránke ideš dole a staneš sa taký trošku cynický, z tých liekov, staneš sa taký chladnokrvný*“, uvedomuje si a následne konštatuje účastníčka výskumu.

### **Dôležité a cenné zo súčasnej perspektívy**

Pre uvedenú respondentku je dnes najcennejšie zdravie, pretože ako uvádza „*pokiaľ máš zdravie, tak máš vlastne všetko, nejde ti o život, stále nie si jednou nohou na druhom svete a uvedomíš si tú prioritu, že aj keď máš kopu peňazí a teraz si užívaj, tak ti to nič nepovie.*“ Respondentka si vysoko cení vzťahy, prežívanú blízkosť, spoluúčasť, prejavovanú praktickú aj psychickú podporu z blízkeho okolia, bez ktorého si to nevie predstaviť, mať kľud a pohodu doma a s partnerom, venovať sa svojim koníčkom, záľubám, cestovaniu, nestresovať sa „*katastrofálne nízkym dôchodkom*“, mať dobré najnovšie výsledky z kontrolných vyšetrení a „*riešiť si seba a pohodovo zas nejakú dobu žiť*“.

### **Odporúčania a rady pacientom**

Respondentka uvádza, že nemá radu v zmysle či podstúpiť alebo nepodstúpiť budúcu liečbu, keď konštatuje „*je to síce ťažké, ale keď ti stojí ten život za to, že máš tých blízkych, rodinu, deti, tak aby do toho išli.*“ Participantka pripomína, že každý zistí sám na sebe, že je to na zodpovednosti daného človeka, ako chce naložiť so svojím životom.

### **Kľúčové tézy príbehu analyzovanej respondentky v bodoch**

- vnímanie života a vzťahov ako najvyššej hodnoty,
- podpora a pomoc blízkej rodiny a priateľov,
- zmyslom života je syn a starostlivosť o neho,
- uvedomovaná blízkosť smrti.

## **6.2 Súhrnné výsledky z analyzovaných rozhovorov**

V tejto časti práce budú výsledky z jednotlivých období analyzovaných rozhovorov zhrnuté do kľúčových tém a doložené vybranými výpoveďami respondentiek.

### **Etapa I. – Obdobie zdravia**

Z analyzovaných rozhovorov vyplýva, že zapojené respondentky v čase zdravia posudzujú svoj životný príbeh na škále žitia od nudného, cez pohodový, radostný, šťastný, rýchly, ambiciózny až po ideálny. Uvedené účastníčky v zhode uvádzajú, že rodina a starostlivosť o rodinu, v menšej miere práca, je pre nich najpodstatnejším aspektom v živote.

Pokiaľ sa v analyzovaných rozhovoroch objavuje téma zdravotných, pracovných a osobných problémov a s tým spojený stres, participantky ho väčšinou buď nevnímajú alebo ho nereflektujú v danom období. Výnimkou je respondentka R5, ktorá uvádza potvrdené ťažkosti v oblasti zdravia.

### **Kľúčové témy**

- rodina a starostlivosť o rodinu,
- kariérny rast a ekonomické zabezpečenie,
- problémom a prežívanému stresu sa neprikladá vážnosť

### **Vybrané výpovede**

**R2:** „*To je veľmi ťažká otázka... hm... môj život pred chorobou bol, by som povedala, až ideálny.*“



**R3:** „...v tom čase som mala pocit, že je v pohode, že zvládam všetko a, že v živote sa stále musí niečo diať, aby nebola nuda.“

**R1:** „No predtým by som povedala, že sa človek tak dosť naháňal, pretože mali sme dosť detí, potom manžel bol veľmi chorý, ten mal tiež rakovinu, zomrel pred tým ako som ja ochorela, takže to bolo také...“

## Etapa II. – Obdobie choroby a liečby

Opýtané respondentky potvrdzujú v zhode, negatívnu konotáciu slovného spojenia „onkologického ochorenia“, ktoré sa vo fáze oznámenia diagnózy spája s prežívaním šoku, budúcimi ťažkosťami, s popieraním, zľahčovaním alebo prepočutím oznámenia o predpokladanej diagnóze, nevedomovaním si choroby. Prekvapivým sa javí miestami až arogantný a neprofesionálny prístup lekára v komunikácii s respondentkami.

Novo-prisúdená rola pacienta vyvoláva v účastníčkach výskumu negatívne myšlienky bezradnosti, bezmocnosti a pocity smútku, hnevu alebo prázdna, z absurdnosti nečakane vzniknutej situácie. Okrem vyššie uvedeného, navyiac krátkodobý pocit úľavy udáva len respondentka R2, ako odpoveď na neznáme, difúzne a vleklé zdravotné problémy.

Čas, po odobratí vzoriek, ktorý je nevyhnutný pre určenie štádia a typu onkologického ochorenia, označujú uvedené respondentky subjektívne ako neúmerne dlhý a toto predliečebné obdobie charakterizujú ako neisté, prežívané s vysokou mierou anxiety. Obdobie sa prelína s obdobím liečby respondentiek, kedy sa objavujú najvýznamnejšie témy ako smrť, konečnosť, Boh ako vyššia duchovná moc, vina za neprimerané myšlienky alebo nevhodný životný štýl, alopecia vlasov alebo imputácia prsníkov ako strata symbolu ženskosti a krásy, opakované pobyty v nemocniciach spojené s trpezlivosťou, s videním iných pacientov s prejavujúcimi sa následkami liečby, strach v súvislosti s náročnosťou chemoterapeutickej liečby, poprípade odmietanie liečby, nízka úroveň informácií o výsledkoch a následných postupoch ako aj vyrovnávanie sa s bolesťou a fyzickými následkami liečby.

V období zvládania choroby a liečby uvedené účastníčky vnímajú veľkú podporu zo strany blízkej rodiny a pozitívny prístup priateľov a známych, ktorí ochotne pomáhali a podieľali

sa na starostlivosti o deti a domácnosť. Vysoko oceňujú najmä maličkosti, záujem a ľudskú empatiu ako aj spoluúčasť na ich chorobe.

### **Kľúčové témy**

- negatívne myšlienky a zmes emócií vo fáze šoku a vyrovnávania sa s onkologickou chorobou,
- vnímaná podpora blízkej rodiny, súcitenie a spolupatričnosť priateľov a podpora cudzích ľudí.

### **Vybrané výpovede**

**R2:** „...jasné, že viem, že zomierajú aj mladí, aj náš kamarát, ale to nie je také osobné ako keď sa to týka teba...ja som prechádzala takými fázami, že najprv to bol hrozný strach, že ja som sa bála tej smrti a aj som vyčítala lekárke, že ako to, že vy ma neliečite, ved' vy mi proste nemôžete dať 14 dní na histológiu, ved' vy ma musíte okamžite začať liečiť. A oni mi úplne s chladným hlasom hovoria, že a čo cítite sa, že zajtra zomriete? A tak mi to asi docvaklo, že asi nezomriem zajtra, keď ona s tým nemá problém... pred rodičmi som to veľmi zľahčovala, ako keby o nič nešlo a pohoda, jahoda, že to nič a ide sa ďalej, že zoberiem si chemoterapiu a do pol roka som v poriadku.“

**R4:** „, ja som po tej jednej aplikácii, ja som myslela, že snád' umrem, ja som nevedela ani chodiť, fyzicky mi bolo tak zle... choroba ťa úplne zmení nielen po duševnej, ale aj fyzickej stránke... zoberú ti prsia, zoberú ti všetko, zoberú ti celú tvoju ženskosť.“

**R3:** „, ...ja proste som hneď volala svojej kaderničke, nech ma ostrihá, nech mi pomôže hneď...takže fotky zo stužkovej, kde vyzerám úplne inak takže... moje dieťa mi povedalo, že je na mňa pyšné...“

<b>Etapa III. – Obdobie po vyliečení z choroby, stav remisie</b>
--

Do výskumu zapojené respondentky R1,R2, R3 a R5 sa zhodujú v tom, že liečba a prežitá skúsenosť s onkologickým ochorením, patria k ich doteraz najnáročnejšej skúsenosti v živote. Respondentka R4, považuje za ešte náročnejšiu zmenu, zažívanie syndrómu prázdneho hniezda, v porovnaní s dvojnásobnou skúsenosťou s chorobou. Naopak

respondentky sú v zhode v tom, že považujú skúsenosť s chorobou za životnú situáciu, ktorá ich zmenila ako po stránke fyzickej v zmysle kondície, vzhľadu a telesného postihnutia, tak aj po stránke psychickej a osobnostnej.

V otázkach možných prínosov prežitej skúsenosti, uvedené respondentky reflektujú najmä trpezlivosť ako novonadobudnutú vlastnosť alebo vnímanú hodnotu a sústredenie sa na prežívanie prítomného okamžiku ako reflexiu na časovosť a pominuteľnosť.

Zapojené respondentky po prežitej liečbe a skúsenosti s onkologickým ochorením považujú za najvyššiu hodnotu zdravie, rodinu a zmysluplné žitie. Z analýzy rozhovorov vyplynulo, že respondentky, napriek neľahkým životným podmienkam a náročným okolnostiam, dokázali v sebe zmobilizovať vnútorné zdroje a zapájať vôľu pre cieľ, ktorý sa stal dôvodom pre zvládanie prekážok a ťažkostí. V tejto súvislosti sa pri analýzach rozhovorov objavujú nasledujúce najvýznamnejšie a rezonujúce témy respondentiek, spojené s ohrozením ich existencie:

### **Kľúčové témy z existenciálneho hľadiska**

- poznanie, že človek je smrteľný,
- smrť je osobná a nikto ich v nej nezastúpi,
- prežitok blízkosti smrti si každý musí prežiť sám,
- čeliť životu a smrti s odvahou a pokorou,
- pominuteľnosť a ohraničenosť ľudskej existencie v čase,
- Boh ako transcendentálna duchovná sila, ktorá riadi aj chorobu
- strach z ne-bytia, predstava, ako vyzerá nič
- prekonávanie strachu a úzkosti zo smrti,
- dôstojné umieranie, otázka eutanázie,
- náhľad na to, čo je podstatné a dôležité pre dobre žitý život a naplnenú existenciu,
- zmysluplné je byť namiesto mať,
- zmysluplné je pomáhať a odovzdávať,
- zmysluplné je poslúžiť ako príklad pre deti a ďalším ľuďom,
- prežívanie a vnímanie prítomnej chvíle a potešenie z maličkostí,
- vzopretie sa osudu, hľadanie vôle a toho, čo potiahne v túžbe chcieť prežiť,
- rodina a blízky sú dôvodom na prežitie,
- zodpovednosť a slobodné rozhodnutia za vlastný život,
- dôležitosť pravdivého a dostatočného informovania počas choroby.

### Vybrané výpovede

**R1:** „človek sa s tým musí vyrovnat' sám, nikto vám s tým nepomôže, zbytočne vás bude niekto utešovať, to nepomôže, sám to musí, lebo inak to nejde“

**R2:** „Moja dcéra, partner, to bol môj headline... nedáš sa jednoducho... to nemôže skončiť...“

**R3:** „...veľmi veľa to dalo aj mojím deťom, myslím, že si uvedomili, že človek je smrteľný a že proste treba ten život žiť... jeden deň ste tu a druhý deň tu nie ste... teraz nie je problém napísať mám ťa rád, daj vedieť keď máš trápenie, taká úcta k životu aj od nich, k tomu, že sa treba o seba starať a pomáhať, že tá rodina je všetko a vždy podrží... všetko ostatné je pomínuté... takže toto pevne verím, že som aj ja dala svojim deťom.“

**R4:** „nemyslím si, že možnosť eutanázie tu nie je, že nie je to správne, pretože mali by sme mať tú možnosť, keď si ťažko chorá tak dôstojne odísť a a nepredlžovať to utrpenie za každú cenu a vybojovať každý jeden deň, len aby si spravila nejaký dobrý bod do štatistiky, hej to nie je dôstojné pre nikoho.“

**R5:** „...takže prehodnotíš a vtedy zistiš, čo je vlastne dôležité... zdravie, zdravie blízkych, keď máš rodičov, keď máš rodinu, keď ťa má niekto rád, keď máš zdravé dieťa, keď máš kamarátky...“

## 7 DISKUSIA

V tejto kapitole budú autorkou prezentované výskumné zistenia z jednotlivých etáp života respondentiek a porovnané s vedeckými poznatkami a literárnymi zdrojmi z teoretickej časti práce. V diskusii sa bude autorka venovať kritickej reflexii, limitom a úskaliam, s ktorými sa potykala v priebehu realizácie výskumného šetrenia. V závere budú výskumné zistenia prepojené s prínosom práce v kontexte výhľadu a doporučení pre budúci výskum.

### **POROVNANIE SO ZDROJMI**

Obdobie zdravia, bolo do výskumu zaradené pre získanie základného životného pocitu a postoja respondentiek, čo zároveň umožnilo ich porovnávanie s významnými a žitými hodnotami, ako aj zachytenie prípadných zmien v období po prepuknutí onkologickej choroby a následnom období vyliečenia.

Výpovede skúmaných respondentiek z obdobia pred onkologickým ochorením, korešpondujú s poznatkami Lukasovej (2006), ktorá tvrdí, že človek sa v bežnom živote pri napĺňaní životných úloh a povinností nezaobera fenoménom zmyslu ako takým, ale vníma ho cez kvalitu života a dôležitosť toho, o čo sa usiluje v priebehu života. Aj keď uvedené výsledky z tohto obdobia nemožno zovšeobecňovať, kľúčové témy respondentiek, sa týkajú rodiny, starostlivosti o rodinu, kariéru a ekonomické zabezpečenie a prináležia vývojovým obdobiam, v ktorých sa respondentky v tom čase nachádzali. Pod vplyvom každodenných starostí a v súlade s tvrdeniami Baumeistra & Vohsa (2002) sa ich životy síce prirodzene neustále menili a vyvíjali, avšak na pozadí toho, čo bolo pre nich zmysluplné a dôležité. V nachádzaní svojho miesta v živote a v zhode s slovami Kosovej (2014, 46) žili respondentky konkrétnu a uspokojujúcu „*podobu plodného bytia*“. Život respondentiek je vnímaný z ich pohľadu ako príjemný a šťastný príbeh, čo sa podobá Mrkvičkovému (2005, 76-77) ekvivalentu „*dobrého príbehu*“.

Obdobie choroby a liečby reflektuje čas prepuknutia nádorovej choroby, pričom respondentky strácajú neočakávane zdravie a onkologické ochorenie mení ich doterajší a zabehnutý spôsob života aj podľa Hatokovej (2013) nielen z celospoločenského a medicínskeho hľadiska, ale aj po stránke telesnej, psychickej a sociálnej.

Pre život oslovených respondentiek predstavuje onkologické ochorenie medzník, ktorý vnímajú ako radikálnu zmenu a v súlade s tvrdením Andrášiovej a Bednaříka (2015) aj emocionálny otras v podobe zažitého šoku.

Respondentkám je prisúdená nová patientska rola, čo podľa Andrášiovej (2009) a Křivohlavého (2002) pre nich predstavuje psychicky náročnú situáciu, ktorá ich náhle a neúmerne zaťažuje.

V dôsledku silného stresu sa u skúmaných respondentiek v analýze ukazuje popieranie, zľahčovanie, alebo prepočutie oznámenia o chorobe, alebo jej neuvedomovanie si, podobne ako to uvádza Buckman (1992).

Neočakávaným výsledkom je neprofesionálny prístup lekárov v komunikácii s respondentkami, ktorý im spôsobuje ďalší emocionálny, myšlienkový a fyzický zmätok. Túto nevzťahovú, neempatickú a skôr ne-komunikáciu, prežívajú oslovené respondentky ako nepríjemné a až arogantné ubližovanie, čo je zhodné s vyjadreniami Andrášiovej a Bednaříka (2015). V kontexte predchádzajúceho vyznieva skúsenosť respondentiek v príkrom rozpore s podporou a prosociálnym postojom lekárskej autority ako to uvádza Křivohlavý (2002).

Obdobie samotnej liečby je možné u respondentiek spojiť s jednotlivými fázami, ktoré korešpondujú so štádiami prežívania terminálne chorých pacientov, ako to uvádza Kubler-Rossovej (2015) alebo fázami v súvislosti s krízou a stratou ako ich opísala Kastová (2010, 2015). Respondentky sa v čase oznámenia diagnózy a liečby potykali so zmesou pocitov a dojmov, pričom najmarkantnejším sa javí úzkosť a strach z nejistej budúcnosti, hnev, vina alebo pocity prázdna. Neprijatie choroby a potlačenie smútkovej práce zo straty zdravia je u zapojených respondentiek spojené najmä so sebaľútosťou a nežitým smútkom, ktorý zároveň bráni integrácii onkologickej skúsenosti často do života respondentiek.

Oslovené respondenky zhodne uvádzajú, že najdôležitejšia bola pre nich pomoc a podpora najbližšej rodiny, čo potvrdzuje mienku Adama (Adam, Klimeš et al., 2019), o tom, že nádorové ochorenie sa týka celej rodiny, aj keď hlavnú záťaž nesie a znáša onkologický pacient, časť záťaže prechádza na členov inak fungujúcej rodiny. Badateľná je aj vd'ačnosť respondentiek za spolupatričné súcitenie priateľov a podpora cudzích ľudí.

Štyri z piatich respondentiek zhodne označujú skúsenosť onkologickej choroby za najnáročnejšiu skúsenosť v ich živote, ktorá zmenila ich seba vnímanie, nahliadanie na druhých a svet okolo seba. Výsledky z obdobia po vyliečení z choroby, stav remisie, odzrkadľujú mieru prijatia onkologického ochorenia, čo je v súlade s tvrdením Rudolfa a Henningsena (2018) o tom, že začlenenie prežitej skúsenosti môže trvať aj roky.

Respondentkami najviac oceňovanou novou vlastnosťou alebo hodnotou je ich trpezlivosť, poprípade pokora. Aj keď človek vo všeobecnosti pokladá za základné a najvyššie hodnoty život a zdravie, respondentky osvedčujú toto poznanie vlastnou žitou skúsenosťou. Analýza výpovedí respondentiek potvrdila aktivovanie Franklovej (2006) vzdornej vnútornej sily, ducha a vôle pri zvládaní choroby a s ňou spojených prekážok.

Opýtané respondentky skúsenosťou potvrdzujú tvrdenie Frankla (2011), že nie je možné nájsť všeobecný zmysel v situácii onkologického ochorenia, pretože sa jedná o neopakovateľnú a jedinečnú situáciu, ktorú si musí každá z nich odžiť sama aj keď za výdatnej podpory a pomoci najbližšieho okolia, najmä rodiny. Vôbec rodina je považovaná skúmanými respondentkami za nemennú hodnotu aj v porovnaní s obdobím pred ochorením. Po prežitej skúsenosti v oslovených respondentkách rezonuje súlad s Franklovým (2016) poznaním o vlastnej smrteľnosti, čím sa dotýkajú svojho desu a strachu z ne-existencie a zániku. Niektoré skúmané respondentky sú schopné rozvíjať tému smrti a nastoľujú spoločenskú otázku a zároveň požiadavku eutanázie a s tým spojené dôstojné umieranie, zatiaľ čo iné vyjadrujú nádej, že možno u nich nedôjde k recidíve.

Po prežitej skúsenosti respondentky nahliadajú z vlastnej perspektívy na to, čo je pre nich v živote dôležité, pričom odmietajú sa už zaoberať a mrhať časom na malicherné záležitosti života. Je pre nich zmysluplné byť so svojimi najbližšími, pomáhať im, odovzdávať sa či intuitívne angažovať, ako aj ísť príkladom pre vlastné deti v nesení utrpenia. V súlade s uvedeným Längle (2002) potvrdzuje a dopĺňa, že zmysel je pre každého dostupný, kto je schopný rozhodovať sa na základe svedomia a zároveň zmysel nesúvisí s inteligenciou daného človeka. Odhalené existenciálne otázky smrti, vlastnej slobody ako naložiť s ďalším životom, osamelé nesenie bolestného zážitku ako aj schopnosť nájsť zmysel počas onkologického ochorenia, si vyžadovalo odvalu respondentiek bojovať s nepriaznivými podmienkami, pokoru prijať utrpenie a zaujať zmysluplný postoj ako súhlasne tvrdí Lukasová (2006).

## **KRITICKÁ REFLEXIA A LIMITY PRÁCE**

Ako prvý limitujúci faktor vníma autorka neskúsenosť s výskumným šetrením a spracovanie dát jednou osobou, čo mohlo mať vplyv na získané výsledky a spôsob ich analyzovanie.

Za ďalší výrazný limit považuje autorka nízky počet respondentov výskumu, čo úzko súvisí s pandémiou COVID-19 a špecifickou skupinou onkologických pacientov v súvislosti s ich oslabeným imunitným systémom. Zároveň autorka konštatuje, že súbor má nerovnomerné zastúpenie z hľadiska pohlavia (iba ženy) a nerovnakých diagnóz. Aj vzhľadom k uvedenej

skutočnosti nie je možné výsledky výskumu zovšeobecňovať na celú populáciu. Vzhľadom k využitiu kvalitatívneho výskumu a množstva získaných dát však autorka považuje daný počet za prijateľný.

Zdrojom skreslenia mohol byť aj nerovnomerný časový úsek jednotlivých respondentiek v remisii, čo môže mať vplyv na ich opätovné vybavovanie si dát a skutočností. Ku skresľujúcim chybám mohlo viesť aj prerušovanie rozhovorov z dôvodu indispozície respondentiek pri návrate k prežitým udalostiam. Zdrojom neúmyselných chýb mohlo byť aj neporozumenie niektorým otázkam.

## **PRÍNOS PRÁCE**

Predkladaná práca prináša jedinečné príbehy zapojených respondentiek a ich individuálne a neprenosné skúsenosti. Prínosom predkladanej práce sú detailne spracované výpovede, pričom výsledky môžu byť zdrojom a podkladom pre ďalší výskum. Zistenia by mohli poslúžiť taktiež ako inšpirácia na vytvorenie napríklad školenia pre lekárov. Alebo ako podkladový materiál ku panelovej diskusii na tému o vzájomnej komunikácie či vytváraní efektívnejšieho vzťahu lekár-pacient.

Stretnutie s respondentkami, skúsenosť s vedením rozhovorov, spracovávanie dát, štúdium literatúry, premýšľanie nad témou, malo aj pre samotnú autorku osobný význam a prínos.

## **ĎALŠÍ VÝHĽAD A DOPORUČENIA**

Pre ďalší výskum je nevyhnutné rozšíriť počet respondentov výskumu smerom k rôznym onkologickým diagnózam, zamerať sa podrobnejšie na vekové kategórie, realizovať pilotnú štúdiu s cieľom odskúšania výskumných otázok.

Pre nové výskumné šetrenie je vhodné porovnanie s inými kvalitatívnymi výskumami v tejto oblasti.

V budúcom výskume, by autorka odporúčala taktiež zamerať sa na ukazujúci sa prežívaný stres v čase pred ochorením a počas liečby u pacientov, ale aj u lekárov a venovať sa potrebám oboch skupín.

Zaujímavým by bolo preskúmať a porovnať vnímanie onkologickej skúsenosti aj zo strany lekárov či zdravotníckeho personálu, poprípade sa zamerať na syndróm vyhorenia, ktorým by mohli trpieť.

Významným sa ukazovala aj téma novej eutanázie a postojov k smrti.

Taktiež by bolo zaujímavé zapojiť do výskumu existenciálnych psychoterapeutov a preskúmať ich skúsenosť s onkologickými pacientami alebo klientami.



## 8 ZÁVER

V kapitole sa autorka venuje zhrnutiu zistení predkladanej práce. Vo forme odpovedí na výskumné otázky boli stanovené nasledujúce závery:

### **VO 1: Ako vnímali a hodnotili respondentky svoj život pred onkologickým ochorením?**

Respondentky v období zdravia vnímali svoj život v celku ako uspokojivý a reflektujúci životné obdobie, v ktorom sa práve nachádzali. Ich hodnotenie z retrospektívneho pohľadu odráža najmä vnímané úlohy a povinnosti, ktoré sú spojené so zakladaním rodiny, rozvíjaním pracovnej kariéry, ekonomickým zabezpečením sa do budúcnosti, starostlivosťou o potomkov, radosťou z vydarenej výchovy a dobre prežitého života v jeho závere, ako aj spojenie s vytváraním nových plánov do budúcnosti po odchode detí z domova. Respondentky vnímajú takmer bezproblémový život, ktorý postupne naplňajú v súlade s vlastnými alebo všeobecne prijatými predstavami.

### **VO2: Ako sa respondentky vyrovnávali s diagnózou onkologického ochorenia?**

Diagnózu onkologického ochorenia prežívajú opýtané respondentky ako neočakávanú a šokujúcu udalosť. Na jej oznámenie reagujú popieraním a v súlade so svojou jedinečnosťou, ktorá vyplýva z ich osobnostnej charakteristiky a naučených modelov správania. Badateľné sú reakcie spojené s racionálnym posúdením situácie a hrdinstvom, s prežívaním paniky a hnevom na zdravotnícky personál, s iracionálnou žiadosťou o preloženie termínu z dôvodu spoločenskej udalosti, čo by sa dalo nazvať vyjednávaním, s obvinením o neinformovaní o diagnóze a zatajením statusu onkologického pacienta, ako aj s hnevom spojeným s neprofesionálnym prístupom lekára ku pacientke. Onkologické ochorenie je nimi chápané ako neužitočné zlo. V prežívaní sa striedajú fázy hnevu a sebaľútosti nad vlastnou situáciou, vznikajú otázky po príčine, ktorá by ozrejmila nepriaznivo vnímaný osud. Liečba je spojená s bezmocnosťou a beznádejou, čo zvyšuje úzkosť z nejistej budúcnosti.

### **VO3: Čo považovali respondentky za najvýznamnejšie v priebehu liečby?**

Liečba respondentiek zaberá celý ich životný priestor a je prepojená so strachom, úzkosťou a ubúdaním fyzických síl či osobného komfortu. Strata zdravia sa definitívne prejavuje telesnými zmenami. V spojitosti s liečbou sa ukazuje stres, ktorý je spätý s predvídateľnými a nepredvídateľnými následkami. Z prežívanej bezmocnosti nad nemožnosťou ovplyvnenia vlastnej situácie, vzniká záťaž zo závislosti na pomoci a starostlivosti zo strany rodiny. Zároveň je podpora rodinných príslušníkov považovaná za oceňovanú a významnú hodnotu pri zvládaní záťaže z liečby.

### **VO4: Ako onkologické ochorenie ovplyvnilo život respondentiek?**

S ťaživou situáciou a diagnózou nádorovej choroby ako aj jej následnou liečbou dochádza ku kríze a zmene života. Premena vyplývajúca z ochorenia sa dotkla všetkých oblastí života respondentiek. Po stránke biologickej, do života zasahujú nežiadúce účinky z prijatej liečby a ukazuje sa nutnosť vysporiadať sa s nimi aj po psychickej stránke. Duchovná rovina prináša existenciálne otázky týkajúce sa možného zániku existencie, konečnosti, blízkosti smrti a pretrvávajúcich obáv, strachov a úzkosti z návratu onkologického ochorenia späť do života. Sociálna stránka zmeny je previazaná s uvedomovaním si času a s jeho vedomým zaobchádzaním, zameranie sa na nedokončené záležitosti a neriešením malicherností ako aj so slobodným výberom okruhu ľudí, s ktorými chcú respondentky tráviť tento čas.

### **VO5: Čo je pre respondentky najdôležitejšie po prežitej skúsenosti s onkologickým ochorením z existenciálneho hľadiska?**

S prežitou skúsenosťou onkologického ochorenia sa na pozadí života objavuje poznanie respondentiek o smrteľnosti a konečnosti existencie. Dostavuje sa vedomie a úzkosť z toho, že tak ako v žití života, tak ani v chorobe a následnej smrti nie je možné ich zastúpenie, ale nevyhnutná je osobná účasť a angažovanosť. Choroba odhaľuje tému samoty. Žitie života respondentiek je spojené s prežívaním a vnímaním prítomných okamžikov, v žasnutí nad krásou sveta, v pobývaní s blízkymi, v slobodnom prijatí rozhodnutia sa toho, čo chcú, čo potrebujú a čo považujú subjektívne za dôležité, aby využili čas pokiaľ ešte sú a existujú,

čím môžu dať zmysel súčasnému životu a utrpeniu. Ak už musia zomrieť tak potrebujú zakončiť život dôstojne. Strata zdravia a s tým spojená úzkosť respondentiek poukazuje na reakciu z možnosti ne-existencie a odlúčenia sa od všetkého čo respondentky motivuje k životu. Po prežitej skúsenosti nachádzajú v sebe silu a priestor ešte niečo svetú a druhým zo seba dať. Zároveň sa mení ich seba-vnímanie a do popredia vystupuje potreba slobody na sebaurčenie a autonómneho zachádzania s telom, pričom si vymedzujú hranice utrpenia nielen v chorobe, ale aj celkovo v živote.

#### **VO6: V súvislosti s onkologickým ochorením a časovým odstupom, aké možné straty alebo zisky vnímajú respondentky?**

S odstupom času, je respondentkami hodnotená prežitá skúsenosť ambivalentne, ako pozitívna a zároveň negatívna a to z hľadiska momentálneho stavu choroby, kvality liečby a žitých nežiadúcich následkov. Trpezlivosť, pokora a podpora či autentická spoluúčasť a súcitenie sú oceňovanou pridanou hodnotou vyplývajúcou zo skúsenosti. Respondentky objavujú nové príležitosti ako sa vzťahovať za zmenených podmienok k vlastnému životu a okolitému svetu, prehodnocujú priority a vyjadrujú odhodlanie naložiť, po prežitej skúsenosti so životom zmysluplne v zostávajúcom čase. Prevažuje však negatívne hodnotenie, ktoré súvisí najmä s náročnosťou a zvládaním liečby a následnou prejavenu telesnou a psychickou zmenou. Významným často nerefektovaným sa javí stres, spôsobený možným návratom ochorenia a novým cyklom liečby.

#### **VO7: Aký postoj k životu a chorobe zaujímajú respondentky po prežitej skúsenosti?**

Náročnosť liečby a možné fyzické zničenie, mení postoj respondentiek k životu a posúva ich poznanie smerom ku vymedzeniu hraníc toho, čo sa dá a čo je ešte možné. Zmenené vzťahovanie sa k sebe otvára nový priestor respondentiek ku vzťahovaniu sa k druhým a svetu, k oceňovaniu prítomnej chvíli. Nové uskutočňovanie života prináša respondentkám silu a nádej pre boj s chorobou, vedie ich ku premýšľaniu nad dôstojným, slobodným a zodpovedným žitím, ktorému samé dávajú zmysel.

## 9 SÚHRN

Onkologické ochorenie je z medicínskeho pohľadu závažná a nevyliciteľná diagnóza, ktorá ohrozuje človeka na živote. Nádorová choroba a s ňou spojená strata zdravia, predstavuje pre človeka a jeho rodinu obrovskú fyzickú a psychickú záťaž, s ktorou sa potrebuje vysporiadať, pokiaľ možno prijať a v optimálnom prípade aj integrovať do života. Z psychologického hľadiska onkologický pacient čelí kríze a trpí nenahraditeľnými stratami zdravia s reálnou možnosťou straty života. Choroba ho núti skôr alebo neskôr zaoberať sa otázkami spojenými s vlastnou existenciou.

Človek sa v období zdravia a vo svojej každodennosti, existenciálnymi otázkami a zmyslom života nezaobera. Zmysluplnosť vníma a cíti v podobe uspokojivej existencie. Postmoderná doba prináša jedincovi príliš mnoho iných podnetov, ktorými sa dá zaoberať. Na jedincovi sa oceňuje predovšetkým jeho výkonnosť, úspechy a nadobudnuté statky, ktorými sa môže pýšiť. Až hraničné a psychicky vypäté situácie, akým je napríklad onkologické ochorenie, človeka vytrháva zo zabehnutej rutiny reality a obracia jeho pozornosť ku potrebe autentického a zmysluplného žitia, ktoré je vymedzené časom. Iluzórnosť myslenia o neobmedzenej moci jedinca naráža pri nádorovej chorobe na jeho smrteľnosť, konečnosť a zánik existencie. S náročnou situáciou, ktorá je spätá zo stratou zdravia, naberá na dôležitosť, otázka po význame vzniknutej situácie. Spolu s ohrozeným životom človek hľadá zmysel a vôľu k tomu, pre čo žiť a prežiť. Tento zmysel, ktorý musí objaviť sám, ho zároveň utvára a presahuje. V kritických chvíľach života, je práve zmysel, schopnosť zaujať postoj a vnímať hodnoty tým, čo ho podrží, napriek nepriaznivým podmienkam osudu.

Práve Existenciálna analýza sa snaží priniesť odpovede na existenciálne problémy človeka a okrem telesnej, psychickej a sociálnej dimenzie, má na zreteli aj jeho duchovnú podstatu. V. E. Frankl a vybraní nositelia existenciálnych myšlienok, otvárajú nadčasové témy ako sloboda, zodpovednosť, smrť a samota v prepojení na zmysel vytvoreného životného príbehu. Človek je ponímaný vo svojej celistvosti a jednote, ktorá ho smeruje k uskutočňovaniu hodnôt a zmysluplnému žitiu. Prepuknuté onkologické ochorenie a s ním spojená smrť, vyzýva jedinca ku autentickému a vedomému bytiu, ktoré sa spája so strachom a úzkosťou, z toho či to zvládne a či v úlohe obstojí. Človek sa musí vysporiadať so strachom a úzkosťou, aby v zostávajúcom čase mohol objavovať zmysel a vytvárať dobrý príbeh.

Cieľom výskumného šetrenia je priniesť a preskúmať žitú individuálnu skúsenosť onkologického ochorenia respondentiek. Praktická časť výskumu je realizovaná kvalitatívnou formou a získané výpovede sú spracované interpretatívnou fenomenologickou metódou (IPA). Výskumný súbor pozostáva z piatich, onkologicky chorých respondentiek, ktoré sú po liečbe a v remisii. Skúmané dáta boli získané pološtruktúrovaným rozhovorom, opatrené získaným informačným súhlasom, pri dodržaní všetkých etických pravidiel.

Hlavným cieľom predkladanej práce je zistiť, či sa respondentky v konfrontácii s podmienkami onkologického ochorenia a hrozbou možného zániku vlastnej existencie, dokážu vzťahovať k hodnotám života a dávať mu zmysel z pohľadu existenciálnej analýzy.

Výskumným šetrením sa potvrdil hlavný cieľ výskumu, ktorý vyústil v poznanie, že respondentky sa dokážu vzťahovať k hodnotám života aj napriek hroziacemu zániku a nevyspytateľnosti ochorenia. Zmysel náročnej situácie choroby a toho pre čo žiť, nachádzajú respondentky v zmysluplných činnostiach, v práci a pomoci pre druhých, v prežívaní spoločného času s najbližšou rodinou, vo vnímaní krásy z prírody a v zaujatí postoja čeliť životu a chorobe s odvahou a pokorou navzdory okolnostiam.

Dielčou snahou je preskúmať vplyv a dopad onkologickej skúsenosti na život respondentiek v priebehu liečenia a po vyliečení.

Skúsenosť s nádorovou chorobou a jej liečbou, znamenala pre respondentky veľkú telesnú a psychickú záťaž, čo sa odzrkadľuje na ich mentálnom zdraví. Prežitú onkologickú skúsenosť považujú za náročnú životnú situáciu, ktorá ich zmenila po stránke fyzickej, psychickej aj osobnostnej. Prežívanie choroby prináša osobné poznania, vedomie existenciálnych otázok a nutnosť vysporiadania sa s myšlienkami o vnímanej blízkosti smrti, dôstojnom umieraní, o zániku vlastnej existencie, o samote v chorobe, ale aj o slobodnej voľbe žitia podstatného v zostávajúcom čase. Strata života, zdravia a odlúčenie od rodiny sú motiváciou ku opätovnému nachádzaniu sily a vôle pre to, čo je pre respondentky subjektívne najdôležitejšie a zmysluplné v ich náročnej situácii.

# LITERATÚRA

- Adam, Z., Klimeš, J. & et al. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres*. Praha: Grada Publishing.
- Andrášiová, M. (2007). Psychologické minimum o psychologickom prežívaní onkologického pacienta. *Via practica*, 4(2), 42–46.
- Andrášiová, M. (2009). *Ked' do života vstúpi rakovina*. Bratislava: Landy.
- Andrášiová, M. & Bednařík, A. (2015). *Budem k vám úprimný*. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ.
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- Balcar, K. (1995). Logoterapie a existencionální analýza V. E. Frankla. *Československá psychologie*, 39(2), 127–142.
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of Live*. New York: The Guilford Press.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The Pursuit of Meaningfulness in Life. In: Snyder, C. R., & Lopes, S. J. *Handbook of Possitive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Božuková, J. (2013). Existenciálna analýza jej základy a cesta k jej dnešnému poňatiu. *Existencia: Deň existenciálnej analýzy a logoterapie*. Bratislava: SLEA.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard: Harvard University Press.
- Buckman, R. A. (1992). *How to Break Bad News: A guide for Health Care Professionals*. Baltimore: The Hopkins University Press.
- Büchler, T. (2019). *Obečná onkologie*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Cakirpaloglu, P. (2009). *Psychologie hodnot* (2. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Camus, A. (1995). *Mýtus o Sisyfovi*. Praha: Svoboda.
- Carr, B. & Steel, J. (2012). *Psychological aspect of Cancer*. Heidelberg: Springer.
- Černocho, J. (2012). *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada Publishing.
- Doll, R., & Peto, R. (1981). The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today. *Journal of the National Cancer Institute*, 66(6), 1191–1308.

- Dostálová, O. (1986). *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Frankl, V. E. (2011). *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava: Eastone books.
- Frankl, V. E. (2019). *Teorie a terapie neuróz: úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Praha: Portál.
- Frankl, V. E., & Babka, P. (2016). *Utrpení z nesmyslnosti života: psychoterapie pro dnešní dobu*. Praha: Portál.
- Frankl, V. E., & Lapide, P. (2009). *Hľadanie Boha a otázka zmyslu*. Bratislava: Lúč.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind*. London and New York: Routledge.
- Gjuríčová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapia – systemické a naratívni přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. O., Key, C. R. & Samet, J. M. (1978). The Effekt of Marital Satus on Stage, Treatment, and Survival of Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 258(21), 3125–3130. doi:10.1001/jama.1987.03400210067027
- Habáň, M., & Bláha, K. (1981). *Filosofická anthropologie*. Křeštanská akademie Řím.
- Halama, P. (2000). Teoretické a metodologické přístupy k problematike zmyslu života. *Československá psychologie*, 44(3), 216–236.
- Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP.
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The Hallmarks of Cancer. *Cell*, 100(1), 57–70. doi:10.1016/s0092-8674(00)81683-9
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell*. 144(5), 646–674. doi:10.1016/j.cell.2011.02.013
- Hatoková, M. (2013). *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Košice: Equilibria.
- Heidegger, M. (1996). *Bytí a čas*. Nové Město: Oikoymenh.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Heretik, A., sr., & Heretik, A., jr. (2016). *Klinická psychológia* (2. vyd.). Nové zámky: Psychoprof.
- Hines, J. (2011). The Meaning of Life. *Journal of Undergraduate Research XI*.  
Získané 10.januára z  
[https://www.researchgate.net/profile/MichaelSteger/publication/232520619\\_Assessing\\_Meaning\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_1\\_Assessing\\_Meaning\\_and\\_Quality\\_Of\\_Life/inks/004635328a278de640000000/Assessing-Meaning-and-Quality-of-Life-1-Assessing-Meaning-and-Quality-Of-Life.pdfv](https://www.researchgate.net/profile/MichaelSteger/publication/232520619_Assessing_Meaning_and_Quality_of_Life_1_Assessing_Meaning_and_Quality_Of_Life/inks/004635328a278de640000000/Assessing-Meaning-and-Quality-of-Life-1-Assessing-Meaning-and-Quality-Of-Life.pdfv)
- Holland, J. C. (1998). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Večeřová – Procházková. A., & Honzák. R. (2008). Stres, eustres, distres. *Interná medicína pro praxi*, 10(4). 188–192
- Höschl, C., Švestka. J., & Libier. J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Höschl, C. (2004). *Kde bydlí lidská duše*. Praha: Portál.
- Chambers, S., Meng, X. & et al. (2012). A Five-Year Prospective Study of Quality of Live After Colorectal Cancer. *Quality of Live Research*, 21(9), 1551–1564. doi: 10.1007/s11136-011-0067-5
- Chrz, V. (2009). Co děláme, když interpretujeme. In: Řehan, V., Čermák, I., & Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VIII*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- International Agency for Research on Cancer. (1997). Polychlorinated Dibenzo-Para-Dioxins and Polychlorinated Dibenzofurans. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 69, 228–238.
- Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom – O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál.
- Jurga, Ľ. (2000). *Klinická onkológia a rádioterapia*. Bratislava: Slovak Academic Press.
- Kast, V. (2015). *Truchlení. Fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
- Kastová, V. (2010). *Krize a tvořivý přístup k ní*. (2.vyd.). Praha: Portál.
- Kaušitz, J., & Ondruš, D. (2017). *Všeobecná onkológia*. Bratislava: Solen medical education.
- Kebza, V. (2012). *Psychická zátež, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada.



- Kierkegaard, S. A., & Thulstrup, M. M. (2010). *Z deníků a Papírů*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Klastová Pappová P. (2013). Existenciální analýza v psychoterapeutické praxi. *Deň existenciálnej analýzy a logoterapie*. Bratislava: SLEA.
- Klener, P. (2002). *Klinická onkológie*. Praha: Galén.
- Kliment, J., Plank. L., & Kavcová, E. (2014). *Základy klinickej onkológie*. Martin: Osveta.
- Kliment, J., Plank. L., & Kavcová, E. (2015). *Základy klinickej onkológie: Špeciálna časť*. Martin: Osveta.
- Köhle, O. & Obliers, R. (2011). Psychotherapie mit Sterbenden. In E. Aulbert, C Nauck & Radbruch, L., (Eds.). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Kosová, M. (2014). *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2010). *Mat' pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání*. (2.vyd.). Praha: Portál.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2002). *Metaforý, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Längle, A. (2010). *Osobní existenciální analýza (PEA) jako terapeutický přístup*. Praha: SLEA.
- Levis, C. E., O'Sullivan, C., & Barraclough, J. (1995). *The Psychoimmunology of Cancer. Mind and Body in the Fight for Survival*. Oxford: Oxford Medical Publication.
- Linkos. (2018). *TNM klasifikace*. Získané 22. novembra z <https://www.linkos.cz/slovnicek/tnm-system-tnm-klasifikace/>

- Lukas, E. (2001). *Auf den Stufen des Lebens: Meine Bewegendsten Fallbeispiele aus der Seelenheilkunde nach Viktor E. Frankl*. Quell.
- Lukasová, E. (2006). *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta.
- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Masopust, J., & Chromý, V. (2003). *Patobiochemie buňky*. Praha: Univerzita Karlova Praha.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die Qualitative Forschung*. München: Psychologie Verlag Union.
- Medical Tribune. (2018). *Nová koncepce organizace péče je pro českou onkologii nezbytná*. Získané 18. decembra z <https://www.tribune.cz/clanek/43549-nova-koncepce-organizace-pece-je-pro-ceskou-onkologii-nezbytna>
- Merkunová, A., & Orel, M. (2018). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitné obory*. Praha: Grada Publishing.
- Metz, T. (2013). *Meaning in life*. Oxford: Oxford University Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výskumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mrkvička, J. (2005). *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Theo.
- Národný onkologický inštitút. (2020). *Diagnostika*. Získané 22. oktobra z <https://www.noisk.sk/pacient/onkologicke-ochorenia/diagnostika>
- Národný onkologický program Slovenskej republiky. (2018). *Strategický plán na roky 2018–2020*. Získané 22. novembra z <https://www.noisk.sk/files/2019/2019-12-16-narodny-onkologicky-program.pdf>
- Nietzsche, F. (2001). *Radostná veda* (3.vyd.). Praha: Aurora.
- Orel, M., et al. (2020). *Psychopatologie*. (3.vyd.). Praha: Grada.
- Orel, M., Facová, V., & Kaláb, M. (2014). *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada Publishing.
- Parkes, C. M. (1978). *Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Parkin, D. M., Mesher, D., & Sasieni, P. (2011). 13. Cancers Attributable to Solar (Ultraviolet) Radiation Exposure in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105(2) 66–69. doi:10.1038/bjc.2011.486

- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Petříček, M. (1997). *Úvod do (současné) filosofie: (11 improvizovaných přednášek)*. (4. vyd.). Praha: Herrmann.
- Ponešický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. (2.vyd.). Praha: Triton.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Puc, J. (2009). *Být sám sebou: Heideggerův pojem autenticity a jeho kritika*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Recer, G. T., & Chamberlain, K. (2000). *Exploring Existential Meaning*. London: Sage Publications.
- Rečková, M. (2014). *Vybrané kapitoly z klinickej onkológie*. Bratislava: Rowex.
- Rudolf, G., & Henningsen, P. (Eds.). (2018). *Psychoterapeutická medicína a psychosomatika*. Bratislava: Vydavateľstvo F.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sartre, J. P. (2006). *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*. Nové Město: Oikoymenh.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed). New York: Teachers College Press.
- Seitz, H. K., & Stickel, F. (2007). Molecular Mechanisms of Alcohol-Mediated Carcinogenesis. *Nature Reviews. Cancer*, 7(8), 599–612. doi: org/10.1038/nrc2191
- Schedlowski, M., & Tewes, U. (1999). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spectrum Akademischer Verlag.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the Contribution of Interpretative Phenomenological Analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. doi: org/10.1080/17437199.2010.510659
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Sojka, V. (2008). Bálintovské skupiny a supervize. In Havrdová, Z., Hejný, M. *Praktická supervize*. Praha: Galén.
- Soukupová, T. (2006). Umíme ještě truchlit? *Psychologie dnes*, 12(5) 18–20

- Soumarová R., & Kubecová, M. (2019). *Onkologie. Učební texty pro studenty 3. lékařské fakulty UK*. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta.
- Tavel, P. (2004). *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: IRIS.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- Turner, M. (1996). *The Literary Mind: The Origins of Thought and Language*. Oxford: University Press.
- Vasil'ková, L. (2015). Kvalita života pacientov po onkologickej liečbe. *Onkológia* 10(3), 157–160. Získané 12. januára z <https://www.solen.sk/storage/file/article/d2a32a5e010598ef3d4334ae819b27be.pdf>
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf Jesseniu.
- Vymětal, J. (1997). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Wagenknecht, M. (2001). *Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Wahl, C. W. (1957). Suicide as a Magical Act. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2(3), 91–98
- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., & Jackson, D., D. (2010). *Pragmatika lidské komunikace: Interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Brno: Newton Books.
- Williams, A., & Samet, J. (1994). Lung Cancer and Cigarette Smoking. In Samet, I. *Epidemiology of Lung Cancer*. New York: CRC Press.
- Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in Theory and Methods*. Maidenhead: Open University Press.
- Wirtz, U., & Zöbeli, J. (1995). *Hunger nach Sinn*. Zürich: Kreuzt.
- Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie* (2.vyd.). Praha: Portál.
- Young, J. (2003). *The Death of God and The Meaning of Life*. London: Routledge.

# PRÍLOHY

## **Zoznam príloh:**

1. Informovaný súhlas
2. Abstrakt v slovenskom jazyku
3. Abstrakt v anglickom jazyku
4. Prepis rozhovoru

## Príloha č. 1: Informovaný súhlas

### Informovaný súhlas o účasti na štúdiu v rámci bakalárskej práce

Ja, dolu podpísaný(á) ....., súhlasím s poskytnutím rozhovoru za účelom výskumu prevádzaného v bakalárskej práci Ing. Ivety Pivarčiovej, študentky kombinovaného štúdia Katedry psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, na tému „Zmysel a zmyslupnosť v kontexte existenciálnej analýzy u pacientov s onkologickým ochorením“. Zároveň prehlasujem, že mám viac ako 18 rokov.

1. Súhlasím s nahrávaním rozhovoru za účelom výskumu.
2. Som oboznámený(á) a informovaný(á) s postupmi, cieľmi a mojou úlohou na výskumnej činnosti.
3. Moja účasť je dobrovoľná a výsledky budú zverejnené len s mojím súhlasom. Zároveň som oboznámený(á), že svoju účasť na výskume môžem kedykoľvek prerušiť bez uvedenia dôvodu, poprípade môžem odstúpiť.
4. Riešiteľ výskumu sa tiež zaväzuje, že moje osobné a citlivé dáta budú podliehať ochrane o dôverných údajoch a že budú dodržiavané etické normy.
5. Súhlasím, že moje identifikačné údaje vo forme anonymných dát budú použité len za účelom výskumu a vyskytnú sa v rámci štúdie danej bakalárskej práce, poprípade iných odborných výstupov na akademickej pôde.
6. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) dostatočne informovaný(á) o prebiehajúcom výskume a mal(a) som možnosť si všetko vopred uvážiť a premyslieť.
7. V prípade potreby mám možnosť opätovne kontaktovať výskumníka štúdie telefonicky na čísle +421 903 576 310 alebo elektronicky na adrese: pivaiv00@upol.cz.

Informovaný súhlas je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, každý s platnosťou originálu.

Dátum:

Podpis účastníka:

Dátum:

Podpis riešiteľa výskumu:

## **Príloha č. 2: Slovenský a cudzojazyčný abstrakt bakalárskej diplomovej práce**

### **ABSTRAKT BAKALÁRSKEJ DIPLOMOVEJ PRÁCE**

**Názov práce:** Zmysel a zmyslupnosť v kontexte existenciálnej analýzy u pacientov s onkologickým ochorením

**Autor práce:** Ing. Iveta Pivarčiová

**Vedúci práce:** Mudr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet strán a znakov:** 116, 213 827

**Počet príloh:** 4

**Počet titulov použitej literatúry:** 123

#### **Abstrakt:**

Autorka bakalárskej diplomovej práce sa zameriava na problematiku zmyslu a zmyslupnosti onkologických pacientov po vyliečení z onkologického ochorenia a na ich individuálny pohľad s žitou skúsenosťou v kontexte hodnôt a otázok existenciálnej analýzy. Teoretická časť práce predstavuje rôzne hľadiská a pojatia fenoménu zmyslu, ako aj základné vymedzenie onkologického ochorenia a jeho fázy prežívania počas choroby a po vyliečení pacienta. Praktická časť prezentuje kvalitatívne orientovaný výskum na vzorke piatich respondentov. Dáta boli získané pološtruktúrovanými rozhovormi a spracované interpretatívnou fenomenologickou metódou (IPA). Výsledné zistenia potvrdili vzťahovanie sa onkologicky chorého človeka ku hodnotovej orientácii existenciálnej analýzy a potreby objavovania zmyslu aj v čase hrozby zániku života. Spolu s ohrozeným životom človek hľadá zmysel a vôľu k tomu, pre čo žiť a prežiť. Tento zmysel, ktorý musí objaviť sám, ho zároveň utvára a presahuje. V kritických chvíľach života, je práve zmysel, schopnosť zaujať postoj a vnímať hodnoty tým, čo ho podrží, napriek nepriaznivým podmienkam osudu.

**Kľúčové slová:** zmysel, zmyslupnosť života, existenciálna analýza, hodnoty, postoje onkologického pacienta.

## **Príloha č. 3: Slovenský a cudzojazyčný abstrakt magisterskej bakalárskej práce**

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Meaning and Meaningfulness in the Context of Existential Analysis in Cancer Patients

**Author:** Ing. Iveta Pivarčiová

**Supervisor:** MuDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 116, 213 827

**Number of appendieces:** 4

**Number of references:** 123

#### **Abstract:**

The author of this bachelor's thesis focuses on the issue of meaning and purpose of cancer patients after the cure of cancer and their individual perspective of surviving this illness and their experience in the context of values and questions of existential analysis. The theoretical part of the work presents various aspects and concepts of the phenomenon of meaning, as well as the basic definition of cancer and its stages of survival during the disease and after the patient has made recovery. The practical part presents qualitatively oriented research on a sample of five respondents. Data were obtained by semi-structured interviews and processed by interpretive phenomenological method (IPA). The resulting findings confirmed the relationship of a cancer patient to the value orientation of existential analysis and the need to discover meaning even at a time of threat of extinction. Along with endangered life, one seeks meaning and will for what to live and to survive for. This particular sense, which the patient must discover for themselves shapes and transcends them at the same time. In the critical moments of life, it is precisely meaning and the ability to take a stand by which the values are perceived by what will hold them, despite the unfavorable conditions of destiny.

**Key words:** meaning, meaningfulness of life, existential analysis, values, attitudes of a cancer patient.



## Príloha č. 4: Prepis rozhovoru

### RESPONDENTKA č. 4 – prepísaný rozhovor (23.9.2020)

V: Ďakujem, že sa zúčastníš rozhovoru pre účely mojej bakalárskej práce. Otázky sú rozdelené do troch okruhov, okruhy charakterizujú obdobie pred chorobou, počas a po chorobe, ja by som začala a ešte ťa chcem upozorniť, že keby bolo niečo, na čo nechceš odpovedať alebo keby si chcela rozhovor prerušiť z akýchkoľvek dôvodov, kludne povedz, samozrejme to budem rešpektovať a môžeme to celé prerušiť alebo skončiť. Tak súhlas máme podpísaný, z mojej strany môžeme začať a ak si aj ty pripravená, tak môžeme ísť na to.

R: Môžeme začať.

V: Ďakujem, tak ja by som sa najprv spýtala, že ako by si opísala svoj život pred chorobou?

R: hmmm. To je veľmi ťažká otázka...hm...môj život pred chorobou bol, by som povedala, až ideálny raz som počula jednu vetu, že dobrý život sa ťažko píše, ale ľahko žije a ťažký život sa ľahko píše a dobre počúva. takže by som povedala, že až nudný, pretože všetko som mala, mala som zdravie, mala som dobrú šťastnú rodinu a mala som domov, všetko čo som chcela som proste mala. Aj sme cestovali, aj sme sa zabávali aj sme pracovali s manželom sme boli v jednej firme, takže my sme boli 24 hodín spolu, riešili sme všetky problémy vždy spolu, takže pre mňa ideálny život. Všetko, harmonický, krásny život bez problémov, by som povedala.

V: Čo by si povedala, že bolo dôležité pre teba v tom čase, v tom harmonickom, naplnenom živote pred chorobou?

R: Čo bolo dôležité? Samozrejme rodina. Rodina a potom nejaké spoločné ciele s manželom, lebo pre mňa je dôležité a teda zrejme aj pre našu rodinu, pretože ak by sme nemali tie ciele, možno by sme žili tiež nejako spokojne, ale by sme ho žili nejako vedľa seba, ale my sme ho žili spolu. Spolu s pohľadom do budúcnosti.

V: Dobré, ďakujem. A teraz prejdeme do obdobia choroby, ak nie je nič, čím by si to chcela doplniť.

R: Nemám, čo lebo naozaj som mala a znova mám spokojný život a harmonický vzťah...

V: Aké to bolo pre teba počuť diagnózu onkologické ochorenie?

R: No...pravdu povediac... ja som túto diagnózu z úst žiadneho lekára povedať nepočula... ja som (zasmiala sa)... ja som si nahmatala hrčku a dožadovala som sa vyšetrenia a keď som sa dostala k Milosrdným, nie k Milosrdným, na Haydukovu ulicu do Sv. Alžbety

(povzdych), tam som sa objednala do mamologickej ambulancie s tým, že teda som si nahmatala hrčku a posielala ma obvodná lekárka... (hlboký povzdych) a keď som tam prišla tak mi spravili všetky vyšetrenia a samozrejme jedno z tých podstatných vyšetrení bola sonografia a pani doktorka popísala to čo videla a povedala, že musím ísť na odber, vzorky ... no a s týmto papierom som sa vrátila naspäť do mamologickej ambulancie a lekárka sa na mňa tak tak pozrela a hovorí, že no, že jej je to ľúto a že šak všetko bude v poriadku a mne to stále neprichádzalo. No veď ešte odber vzorky ani nepredbehol ani žiadne histologické vyšetrenie, až domov keď som prišla tak som si v podstate prečítala, čo pani doktorka na sonografii napísala a ona už v podstate z toho sonografického nálezu v podstate potvrdila onkologické ochorenie a ja som si to našla v podstate na internete. Hej, hľadala som si tie skratky a proste som si to sama našla... no a...

V: Aké to pre teba bolo počuť onkologické ochorenie a nájsť si to po vlastnej linke...

R: Také, také neuveriteľné, proste a až, no samozrejme som sa rozplakala, to si pamätám ako dnes, že som vysávala a vtedy mi to vlastne došlo, že pane bože, veď ta pani doktorka mi už zo sonografie mi už určila tú diagnózu a to odobratie mi vzorky bude v podstate len o tom, že mi, nie že či mám rakovinu, ale akú mám rakovinu, hej a bolo mi to až neuveriteľné, že prečo mi vlastne až v mamologickej ambulancii nepovedala, že som onkologický pacient, proste (údiv, zasmiatie sa)...mám pocit, že lekári alebo naši slovenskí lekári neradi sa rozprávajú o ochorení sa s pacientami a dokonca som už zažila už teda a to už potom išlo všetko rýchlo, že keď som bola u chemoterapeutky a som sa pýtala aké mám výsledky a chcela som ich poznať, tak na čo mi to je? Že na čo to potrebujem vedieť? Že veď by bolo lepšie keby som to nevedela, ale ja som taký človek, že ja to chcem vedieť, pre mňa sú čísla dôležité... a načo mi teda berú krv a robia rozbory, keď ma nechcú informovať? Proste...

V: Dalo by sa povedať, že až taká zlosť na nich, že...

R: ...(premýšľa)... nie zlosť, ale prečo všetkých pacientov hádzu do jedného vreca, verím, že sú pacienti, ktorí nechcú poznať svoj zdravotný stav a proste odovzdajú sa plne tomu lekárovi, ale sú pacienti, ktorí potrebujú vedieť čomu čelia aby sa nejako psychicky pripravili na to (Je dôrazná) čo ich čaká a nie že sa len od nich čaká a odovzdám sa ako taká ovca a proste budem trpieť a trpezlivo budem znášať všetky možné a nemožné terapie, ktoré ti predpíše lekár...

Ako by som bola nejaký objekt a teraz ideme ho liečiť, ale ja nie som objekt, proste, ja rozmýšľam, ja, ja proste a mám nejakú rozhodovaciu právomoc, je to moje telo, ja viem ako sa cítim a proste takto to treba brať a chápem, že sú pacienti ktorí to nechcú vedieť, ale veď

tí lekári majú dlhoročné skúsenosti a a vedia hádam rozlišovať, že toto je taký pacient a tento je taký...

V: Môžem sa ešte vrátiť, keď si vysávala a keď ti došlo o akej diagnóze ti to lekárka rozprávala v mamologickej ambulancii, aké myšlienky ťa napadali, alebo čo bolo prvé čo ťa v súvislosti s tým napadalo?

R: No bol to až taký úžas, že to snád' nie je pravda, že prečo? Že prečo práve ja? No je to také, (ticho), (povzdych) a potom Rebeka maturovala a som si povedala, to bolo pred písomnými skúškami, tak som si jednoducho povedala, že nesmie to Rebeka na mne spoznať, že sa niečo deje, proste musí, musí odmaturovať až po tých písomných skúškach jej to môžem povedať, lebo zas som nechcela pred rodinou tajiť, lebo si myslím, že by to bola zase len ďalšia príťaž pre mňa keby som sa snažila tajiť také závažné ochorenie a rodina si nezaslúži aby som niečo také závažné zatajila...mne by sa to tiež nepáčilo keby tiež člen našej rodiny, by mi takú dôležitú informáciu zatajil, lebo poznám aj také názory, že na čo tým budem zaťažovať blízkych, ale v podstate na čo sme rodina, ak si nehovoríme také dôležité veci a podporí to človeka...

V: Hej k tomu sa ešte dostaneme ak tomu dobre rozumiem, keď ti to celé došlo, naskočilo ti čo ideš robiť?

R: No ono to nebolo tak čo idem robiť, potrebovala som ísť čo najskôr ku chemoterapeutke, pretože naše zdravotníctvo je v takom stave v akom je a len na tie výsledky som čakala tri týždne a ten čas ubiehal, videla som v záznamoch, že ten nádor už nebol malý, bol dobre prekrvený, čiže už aj krvné riečišťa si vytvoril čiže som sa bála, potrebujem sa čo najskôr dostať na chemoterapiu alebo k chirurgovi alebo čo už potrebujú so mnou čo najskôr robiť, čiže sa priznám, že som zháňala linky aby sa to dalo urýchliť.

V: A vedel to v tom čase už manžel?

R: V podstate už keď som začala chodiť na chemoterapiu, už to vedela Rebeka, hneď ako začal marec a mala písomky, ja som jej to povedala, lebo proste som bola prichystaná, ako to zatajíš? Vlasy ti vypadajú, vyzeráš úplne inak tak som proste, len som potrebovala, aby spravila tú písomnú časť...

V: Čo bolo v tom období úplne najťažšie?

R: ...(ticho)... najťažšie, hm (povzdych)... hm, nikdy nezabudnem na to ako som sedela na Hydukovej a čakala som na ďalšie vyšetrenia a proste stretávať tých ľudí, ktorí boli už v liečbe a vidieť ako tá liečba s tým telom zamáva, no a sedela som tam na lavici a čakala som tam do ordinácie a mala som vstúpiť, tak som si povedala, tak toto nedám a rozplakala som sa a prišiel tam taký staručký pán a vravel, že nejakých vyše 80 rokov a prisadol si ku

mne a povedal mi, že: „Pani neviem čo vám je ani sa nebudem pýtať čo vám je, ale pozrite sa na mňa...ja som 20 rokov onkologický pacient, mám za sebou tri chemoterapie, štyri operácie, tri ožarovania a stále som tu...mám spolužiakov, ktorí boli zdraví ako repa a už sú tam pochovaní...proste zomreli tam na iné ochorenie kardiovaskulárne ochorenia, že to nie je konečná... to dáte, to bude dobré...“ a to bolo tak krásne, že ma to ukludnilo (ticho...R aj V tie silné slová predýchajú, do očí sa tlačia slzy, prerušujeme rozhovor).

V: Čo bolo najťažšie zvládnuť pri tej liečbe?

R: Tak ja som vlastne bola liečená dva krát...lebo po prvej remisii som znova ochorela a keď si spomínam na prvú liečbu, no čo bolo pre mňa najťažšie no najťažšie bolo fakt stretávať tých ľudí, ani nie samotná liečba, ale stretávať tých ťažko chorých ľudí alebo keď som tam stretla mladých ľudí, mladé mamičky, čo mali doma trebárs sedem mesačné bábo doma, tak som si povedala, čo ja do kelu chcem od života, mám dve dospelé deti, mala som krásny život a aj keby sa to teraz skončilo šak ja môžem byť vďačná, ale prečo títo ľudia, alebo aj deti som stretávala na Haydukovej, no tak to, to zamáva, to zamáva a nerozumiem ako tam tí ľudia, ten personál môže tam dennodenne pracovať, lebo psychicky ma to ubíja, aj keď len teraz idem na kontrolu mňa to psychicky ubíja, ja prídem odtiaľ taká unavená a pritom tam len sedím a čakám, ale prídem domov úplne vyšŕavená a ľahnem si a idem spať a potom čo bolo ťažké, naozaj keď lekár s tebou otvorene nerozpráva... že sa dožaduješ tých informácií a že v podstate si musíš všetko vyhľadávať sám na internete pretože nemajú čas s tebou rozprávať... či nemajú či nechcú s tebou rozprávať, ja neviem, ale naozaj som si musela všetko sama dohľadávať na internete, proste lebo, nie je to ten otvorený vzťah a ideme sa porozprávať o vašej ťažkej diagnóze, aké máte možnosti liečby a a vlastne čo znamenajú tie ich medicínske skratky, hej, tripl negatívna a takéto čo to je? To ti nikto nepovie...ale ja som to chcela vedieť!

V: Rozumiem... no určite to nebolo jednoduché aj sa to ťažko počúva... spomenieš si na emócie?

R: To je celá zmes emócií, lebo raz je fajn a raz máš zlosť, keď stalo sa mi aj to, že na poslednej chemoterapii pri tej druhej liečbe v NOÚ tak tam mi pri zabudli dať jednu zložku chemoterapeutika, vieš keby som bola taký pacient, ktorý sa o to nestará tak ju ani nedostanem, pretože...

V: Ako sa na to prišlo?

R: To chemoterapia, ja som dostávala kokteil troch liečiv, ktoré mi postupne dávali no a po druhom pri sestrička začala vyťahovať ihlu z ruky, ale ja hovorím, že potrebujem ešte ďalšiu zložku... a ona, že nie vy tu nič iné nemáte, ale ja, že to mám dostať, no že asi ste nemali

dobré výsledky krvi, no nie mala som dobré výsledky krvi inak by som tu ani vôbec nebola, no a prišlo sa na to, že lekárka zabudla predpísať vôbec a kým som sa dostala do tej aplikárne, lebo prídeš ráno, zoberú ti krv, spravia sa výsledky, potom sa dostaneš k chemoterapeutke, tá ti predpíše tú terapiu podľa krvných testov a keď máš dobrú krv tak zase čakáš na aplikáciu a to je proces kde ráno prídeš do onkologického ústavu trebárs na pol deviatu a prídeš domov o siedmej večer a to si ešte rada... no čiže kým ja som sa dostala do tej aplikárne, už sa zatvorili ambulancie a terapeutka domov a mne už nemal kto predpísať to ďalšie liečivo, takže na druhý deň som tam musela ísť znova aby mi to aplikovali a poviem ti, že to nebolo jedno, lebo ja som sa po tej jednej aplikácii, ja som myslela, že snáď umrem, ja som nevedela ani chodiť, fyzicky mi bolo tak zle, čo dovtedy mi nikdy nebolo tak zle a keby som sa nebola ozvala tak to ani nedostanem (Nahnevane, rozhorčene), jak toto je možné, takže od tých emócií ...ja čo chcem od života keď tam vidíš mladých ľudí až po to, že tam vidíš, že personál spraví chybu, tak hnev a až taká bezmocnosť ale na druhej strane ťa to naučí neskutočnej trpezlivosti lebo keď tam tak sedíš a čakáš na to všetko celý deň, tak keď máš čakať u iného lekára hodinu tak to je nič, veď som objednaný tak už mám ísť, nebudem čakať pol hodinu... no môj zlatý, krásny... (smeje sa)... čiže naučíš sa aj veľkej trpezlivosti, smútok, sebaľútosť, áno aj sebaľútosť, lebo ta choroba ťa úplne zmení nielen po duševnej, ale aj po fyzickej stránke, proste tým, že som „braka 1 pozitívna“ tak mi museli vyoperovať vaječníky, zobrali mi pre istotu aj maternicu, čiže aj po tejto stránke si zoberú ti prsia, zoberú ti všetko... (Veľký povzdych), zoberú ti celú tvoju ženskosť.

V: Takže sa musíš vyrovnávať ešte aj s týmto. Absolvoval s tebou niekto tieto ...?

Pauza... R: plače... sme chvíľu ticho...

R: (plače)... strašne mi pomohla Rebeka...(ticho)... ona ma vozila aj na chemoterapiu aj z chemoterapie išla trebárs do mesta vlastne keď som druhý krát ochorela, tak ona bola v maturitnom ročníku už mohla aj jazdiť manžel chodil do práce, lebo my sme mali svoju firmu tak aj tam sa prestalo dariť, čiže musel makat', hej a mohla som sa opreť o tú Rebeku... lebo Dominika bola vo Viedni bola ďaleko, hej, ale Rebeka si to so mnou celé prežila a aj tá hovorila, že ju to psychicky ubíjalo vidieť tam tých ľudí, ona chodila so mnou do tých čakární, lebo to bolo na dlho prišla tam, lebo niekedy bolo len vyšetrenie, inokedy ma tam len odprevadila a potom prišla pre mňa, hej a nečakala ma v aute, videla všetko čo sa tam deje... bola také slniečko...

V. Celá rodina ťa podporovala.

R: hej aj rodičia, chodili pomáhať, navariť, upratať a tak proste pomáhli všetci jak vedeli...ako fakt sa nemôžem sťažovať...fakt tá podpora z rodiny bola veľká...

V: Ešte si spomínala, že po celý čas si pracovala, aké to bolo po chemoterapiách...

R: ...niekedy lepšie, niekedy horšie...pracovala som...išla som na chemoterapiu, vybrala som si termíny vo štvrtok a v piatok som neišla do práce a v sobotu, nedeľu som sa dala dohromady a potom som už mohla ísť a pred každou chemotarapiou som držala trojdňovú diétu...

V: To si si ty sama...

R: to som si sama to bolo tiež také zvláštne...ešte pred mojím ochorením sme s Marošom pozerali taký francúzsky dokument o nových poznatkoch výskumu rakoviny a tam sme sa do počuli, že pri chemoterapii, teda pred, keď sa dodržiava hladovka tak bunky sa dostávajú do stresu a zdravé bunky v strese menej vlastne napadá tá liečba, chemoterapia a na opak, že rakovinové bunky sú také žravé a a aj nižšie dávky toho liečiva dobre zaberajú na tie rakovinové a že aj pacientkam je omnoho menej zle, že tam nie sú tie symptómy zvracania a bolesti hlavy a naozaj čo musím povedať, že okrem tej tabletky, ktorú som musela užiť pred podaním chemoterapie, tak už som nemusela brať žiadne ďalšie tabletky takže naozaj ako keby to účinkovalo, neviem či to bolo len v mojej hlave, ale darilo sa aj pri prvej aj pri druhej liečbe lebo som to takto robila...

V: ...tak ak je to všetko môžeme prejsť do toho tretieho obdobia...obdobie po chorobe...teraz si v remisii po druhej chorobe, takže to je teraz rok a trištvrte, možno taká provokatívna otázka, niektorí pacienti hovoria, že im niečo choroba priniesla dá sa povedať, že ti onkologické ochorenie prinieslo niečo do života?

R: ...trpezlivosť...možno aj taký nadhľad priority, že čo je dôležité v živote, že mať 100% upratané nie je životne dôležité ...aj keď sa v takom prostredí lepšie cíti, ale takú trpezlivosť a tie priority aj keď inak ako d'akovať za také ochorenie nebudem, lebo nie som presvedčená, aby toto prežila a aby sa stal lepším človekom, to určite nie...

V: Ak choroba znamenala nejakú zmenu, v čom je teraz tvoj život iný?

R: Nechcem povedať, že moje ochorenie zmenilo môj život pretože pretože sa človek sa vyvíja stále a aj stárne takže aj keby som nemala ochorenie a aj osud by ma tomu všetkému vyvaroval nevystavil tak aj vtedy by bol môj život o 5 rokov iný, lebo v podstate, žili sme v rodine, kde nám začali dcéry odchádzať z domu a to teda zamáva teda ešte viacej zmenou životnou ako nejaká choroba...

V: takže syndrom prázdneho hniezda je...

R: pre mňa ešte horší než prežiť toto ochorenie...

V: A v tej súvislosti zmenili sa nejaké blízke vzťahy s najbližšími vo všeobecnosti...

R: S manželom sa určite nezmenili, hľadáme si nové nejaké záujmy a dcérami samozrejme, lebo šak jedna už je vydatá a má svoje dieťa momentálne, čiže má už iné priority ako byť doma a druhú dcéru vlastne teraz vyvádzame...

V: ...skôr som myslela či sa z tvojej strany zmenil vzťah k nim na základe prežitej skúsenosti...

R: nie, nemyslím si...ako možno, že tá Rebeka to prvé ochorenie, že to intenzívne so mnou prežívala, že až mi to divné, že také mladé dievča, čomu som ju vystavila, ale zvládla to úžasne, ona vždy bola taká vyspelá, vždy bola cieľavedomá, vyspelá...skôr taký obdiv...hej...že to všetko smerom k nej...a možno aj rýchlejšie dospela...

V: Aký zmysel, alebo hodnoty, teraz po vyliečení si uvedomuješ?

R: Aký zmysel, zmysel života takto to, že som ochorela...keď už to takto bolo alebo je...jediný prínos čo teda aj vďaka tejto medicíny je a tým, že sú obidve dievčatá Brak 1 pozitívne...vďaka tomuto ochoreniu sa na to prišlo...a majú veľkú šancu, že oni sa tomu môžu vyhnúť...

V: hej...skôr som to myslela tak, že či si v súvislosti s ochorením prehodnotila rebríček hodnôt?

R: ...to áno, veď to som aj hovorila, ale sú to zase také drobnosti, lebo mne sa nezmenili ani vzťahy v rodine, ani v práci v podstate som mala a stále mám to stabilné zázemie, ale skôr by som povedala, že naozaj som trpezlivejšia a taká nad vecou a nebudem sa zaoberať vecami, ktoré neovplyvním, proste prečo by som sa mala psychicky vyčerpávať vecami, ktoré nemám možnosť ovplyvniť, čo predtým som chcela niečo riešiť, teraz hm hm (nie), prehodnotila som, to prehodnotí asi každý

V: Keď sa pozrieme do budúcnosti, čo je pre teba dôležité v prítomnosti a budúcnosti?

R: no aby sa nevrátilo ochorenie, aby sme mohli mať takú spokojnú starobu s manželom prežiť, samozrejme rodina, blízky, priatelia...bolo by fajn keby už aj ten Covid odišiel a mohli by sme cestovať, lebo my strašne radi cestujeme a spoznávame iné krajiny a ľudí a to sa teraz momentálne nedá...

V: Aké pocity zažívaš teraz v remisii?

R: Obzerám sa, stále sa pozorujem, je to také, neverím si, neverím tomu telu, je to také...taká neistota, aj Rebeka mi hovorí, „mami, ty už si hypochonder“, ale ja už tomu telu neverím, vieš keď sa to už vrátilo druhý krát ...tak už tam ťa pichne, hentam ťa pichne a pokiaľ ti už lekár nepovie presné hodnoty mojej krvi alebo presné výsledky, tak ja už neverím, že sa nič nedeje..

V: proste ostražitá a máš strach a obavy?

R: hej...(vzdych)

V: Teraz s odstupom a v remisii, čo si myslíš o svojom ochorení, o tom čo sa stalo, prihodilo?

R: Ako sa dívam na to, že som ochorela? No nič dobré to nebolo, zaobišla by som sa bez tejto skúsenosti a rozhodne sa mi nepáči keď ti lekár povie, že je to geneticky podmienené a teraz aj tvoje dcéry majú tú istú predispozíciu, ktorú zdedili po tebe, no nie je to príjemný pocit, je to také, ale je také, čo ja neovplyvním...(povzdych)

V: Rozumiem a prežívaš to ako nejakú t'archu?

R: No tak áno, no lebo s tým musím žiť, že to ochorenie je neliečiteľné, teraz som v remisii, ale o mesiac už nemusím byť a čo bude potom, neviem, no mám...síce nevystrieľali ešte všetky možné aj nemožné, medicínske možnosti, ale tým, že Rebeka aj Dominika sú biochemičky tak oni čo to vedia aj o liečbe mimo Slovenska, že existuje aj genetická liečba môjho ochorenia, ale na Slovensku sa k nej nedostanem, vieš tak to je také, že ak sa to vráti tak už ma nemajú na Slovensku čím liečiť...

V: Aké pre teba je ak toto vieš?

R: ...a mám na výber, no nemám na výber, no proste žijem na Slovensku. Slovensko má zdravotníctvo v akom stave ako má a čo môžeš spraviť, čo zadĺžim celú rodinu len preto aby som získala ja neviem jeden rok života? A možno ani to nie lebo je to 50 na 50, ako nevieš...

V: Tak to znie dosť skoro beznádejne...

R: nie tak dúfam, že možno sa to nevráti...

V: tak hovorili sme, že choroba nič nedala, čo vzala?

R: No áno, vzala mi kus ženskosti, to mi vzala, aj vieru k môjmu telu, proste mu neverím, no zatiaľ nie a obávam sa, že mu už ani veriť nebudem...že no ešte po tom prvom ochorení som verila, ale jak sa to druhý krát vrátilo, už mu neverím...

V: A mám tomu tak rozumieť, že neviem či to dobre poviem, teraz nemáš vzťah k svojmu telu?

R: No nemám ho moc v láske...(Zasmiala sa )

V: aj sa to nejak prejavuje...viem, že je to nejaká divná debata, ale ak ti to nevadí...

R: tak vieš ono ti to všetko zmení ticho, dočítaš sa, že pacientky môžete ísť na rekonštrukciu prsníka, tak dobre vybavila som si rekonštrukciu prsníka, vlastne obidvoch, keď som išla na operáciu tak vlastne v rámci jednej operácie mi zobrali žľazy aj hneď mi dali silikónové implantáty, no ale, že by to bola nejaká krása, sa nedá povedať a ešte k tomu máš v tele niečo cudzie a stále je to cudzie, proste mi to robili, no už je to dva roky, tie prsia, implantáty a stále je to cudzie, nikdy to nebude moje...nie som s tým vyrovnaná... nie, no aj potom, aj



pred chorobou som sa snažila cvičiť, zdravo jesť a napriek tomu som ochorela, tak tomu telu prestaneš veriť a prestaneš ho mať rada lebo ťa zradí...

V: Tak je zbytočná otázka, či sa ešte niečoho bojíš?

R: no bojí sa, stále sa bojí, stále na to myslím...

V: Ako si sa vyrovnávala s ochorením? Mnoho onkologických pacientov sa zmobilizuje počas liečby a po liečbe si vyhladá po chorobe...

R: Rozumiem, rozumiem, tým, že som chodila do práce, tak ja som to ani tak neprežívala...že som nechodila do práce, ja som stále chodila do práce, nie je to tak, že niečo sa skončilo a ja nemám do čoho pichnúť a som doma a som invalid a som doma a ofukujte ma proste nejak toto neriešim...

V: Proste tvojim psychickým liekom bola práca a rodina?

R: hej...hm...hej, že som choručká a ľutovať sa tak to nie...

V: Napadá ťa ešte niečo o čom sme nehovorili? A čo by si chcela spomenúť?

R: (dlho ticho, povzdych) neviem, dúfam len, že sa tá choroba nevráti a zabudnúť na to sa nedá, ako s tým budem žiť a ako som povedala, telu už neverím, ale začínam znova cvičiť tak dúfam, že si obnovím opäť vzťah, dúfam lebo samozrejme pokiaľ nebudem mu veriť tak ma znova môže zraďiť, veľa vecí máme v hlave...

V: Čo by si povedala človeku, ktorý sa práve dozvedel diagnózu onkologické ochorenie?

R: Zaujímať sa o to, o onkologické ochorenie, byť informovaný a nebyť bezmocne odovzdaný do rúk lekárov, proste spolupracovať s nimi, proste vedieť čo sa so mnou ide diať, čo by bolo lepšie, čo by bolo horšie, proste mať na výber...

V: Hovoriš spolupracovať...

R: Napríklad ja som odmietla, vždy som odmietla rádioterapiu, pretože som dostávala také silné dávky chemoterapie, takže, alebo som sa spýtala rádioterapeutky, prečo mám ešte toto podstúpiť a bolo mi povedané, že keď som vydržala chemoterapiu tak už vydržím aj toto a hovorím a to je o vydržaní? To nemôže byť o vydržaní a akú šancu mám, či podstúpim alebo nepodstúpim ožarovanie a nie či vydržím, proste oni majú nejaké protokoly a pričom každý ti povie, že každá rakovina je iná, ale pritom majú rovnaké protokoly a každého chcú liečiť rovnakým protokolom a ten je ak je nádor operovateľný, tak najprv operovať, potom chemoterapia a potom rádioterapia, ale keď všetko zoberú a preliečia ťa všetko ti zoberú tak čo tam chcú ešte ožarovať? A spýtaš sa rádiologičky a tá ti povie, že veď vydržíte tak to pre mňa nebola odpoveď, vydržím, tak som sa rozhodla, že proste nepodstúpim ožarovanie...

V: Čiže nechať si voľný priestor ako nakladať so svojím životom...

R: určite áno, určite áno...

V: Je ešte niečo, čo odkázať

R: Vieš to je ťažké hovoriť, čo komu odkázať, lebo každý sme vo vlastnej koži, každý je iný...

V: Čo pomohlo tebe sa s tým celým vysporiadať?

R: No naozaj preložiť si a pochopiť to svoje ochorenie, to bolo pre mňa dôležité, a potom sa zaujímať o tie výsledky, toto mne pomohlo, lebo pokiaľ chápeš čomu čelíš tak to nie až taký bubák ako keď ani nechápem čomu čelím a asi pre mňa, zmenšuje sa ten strach, lebo v podstate na jednej strane (povzdych), ako keby som si mohla troška aspoň strážiť ten svoj priebeh liečby, keď chápem čo so mnou robia, keď ani nebudem chápať čo so mnou robia pre mňa to je zlé, ale taká som ja, sú ľudia, poznám takých ľudí ktorí proste robte si so mnou čo chcete len mi nič nehovorte, čiže preto ťažko niekomu radiť lebo všetci sme úplne iní, no proste nepoddávať sa, skúsiť za zabojsovať, ale sú teda hranice, kedy vieš kedy máš bojovať a kedy nie...

V: Aj ty si si vlastne určila hranice, keď si odmietla...

R: Áno, určite, tam potom stretneš takých pacientov, že sme sa rozprávali o tom som človek ktorý nechce zomrieť, že ostane nevládný, takže sme sa rozprávali o tom, ako ukončiť to svoje trápenie...

V: Ako zrejme s pacientami či?

R: Áno áno.

V: Rôzne myšlienky ťa napadali.

R: Áno áno a lebo, a tiež si nemyslím, že možnosť eutanázie, že tu nie je, že nie je to správne, pretože mali by sme mať tú možnosť, keď si ťažko chorá tak dôstojne odísť a, a nepredlžovať to utrpenie za každú cenu a vybojsovať každý jeden deň, len aby si spravila nejaký dobrý bod do štatistiky hej, to nie je dôstojné pre nikoho.

V: čiže dôstojnosť bola a je pre teba dôležitá...

R: určite, bez debaty, bez debaty, určite (ticho)

V: Dobre, môžeme takto skončiť alebo je ešte niečo čo by si chcela dodať?

R: asi ťažko, to zbytočne sa v tom paprať, neprináša asi nikomu nič dobré...

V: V každom prípade veľmi pekne ďakujem a oceňujem a ďakujem, že sme išla až do niektorých intímnych detailov...

R: Nemáš za čo...