

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Danuše Švrdlíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence



Švrdlíková Danuše

**Sociální opora a její vliv na prožívání
onkologické nemoci**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, Dis.

OLOMOUC 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

SOCIÁLNÍ OPORA A JEJÍ VLIV NA PROŽÍVÁNÍ ONKOLOGICKÉ NEMOCI

Název práce v A J:

SOCIAL SUPPORT AND ITS INFLUENCE ON PERCEIVED ONCOLOGICAL ILLNESSES

Datum zadání: 2011-10-02

Datum odevzdání: 2011-09-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: ŠVRDLÍKOVÁ DANUŠE

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, Dis.

Abstrakt:

Teoretická část bakalářské práce se zabývá druhy sociální opory. Pátrá po možných příčinách vzniku poruch sociální opory. Zmíněny jsou rovněž instituce, kde může rodina hledat pomoc. Část praktická hledá pomocí nestandardizované dotazníkové metody rozdíl mezi vlivem sociální opory u žen a mužů. Tato část práce se také zabývá mapováním potřeb onkologicky nemocných. Analýzou dat se zjišťuje, zda ovlivňuje sociální opora prožívání nemoci u onkologicky nemocných pacientů.

Abstrakt v A J:

The theoretical part of the bachelor work deals with a kinds of social support. It searches for the possible causations of the social support defects origin. I've also mentioned various institutions where a family can search for help. The practical part of the work uses a non-standard questionnaire method to find out a difference between men and women social support affection. This part of the work is also mapping the needs of the oncologically diseased people. By analysing the data we'll find out if the social support can affect disease experience at the oncologically diseased patients.

Klíčová slova: sociální opora, sociální síť, onkologické onemocnění, kvalita života, Psychoonkologie

Klíčová slova v A J: social support, social network, oncological disease, life quality, psychooncology, life quality

Rozsah práce: 48 stran, 5 příloh

Prohlašuji, že jsem předloženou práci vypracovala samostatně, pod odborným vedením PhDr. Marie Dlabáčové, Dis., všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím s tím, aby práce byla používána pro studijní účely na Univerzitě Palackého v Olomouci.

V Olomouci dne 5. 5. 2011

.....
Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Marii Dlabačové, Dis., za ochotu, čas a odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření. Rovněž děkuji všem, kteří mi v psaní této práce jakkoli pomohli a povzbudili mě.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ	10
1.1 Reakce pacienta na sdělení diagnózy	11
1.2 Psychoonkologie	12
1.3 Fáze psychického prožívání onkologického onemocnění.....	13
1.4 Fáze průběhu onkologické nemoci.....	15
2 SOCIÁLNÍ OPORA	17
2.1 Druhy sociální podpory	17
2.2 Obecný vliv sociální opory	18
2.3 Úrovně sociální opory	19
2.4 Poskytovatelé sociální opory.....	19
2.4.1 Rodina	19
2.4.2 Přátelé a známí	21
2.4.3 Pracovní prostředí	21
2.4.4 Volnočasové prostředí.....	21
2.4.5 Spolupacienti.....	22
2.4.6 Kluby onkologicky nemocných	22
2.4.7 Komunikace se zdravotníky	22
2.5 Odvrácená strana sociální opory	23
2.6 Životní styl	23
2.7 Spirituální změny	24
2.8 Práva pacientů v ČR.....	24
2.9 Finanční pomoc	25

PRAKTICKÁ ČÁST	26
3 Průzkumné šetření.....	26
3.1 Cíle průzkumného šetření a výzkumná otázka.....	26
3.2 Metody získávání a zpracování dat	26
3.3 Organizace průzkumného šetření	27
3.4 Charakteristika zkoumaného souboru	27
3.5 Analýza a interpretace výsledků průzkumného šetření.....	28
DISKUZE	38
ZÁVĚR	42
LITERATURA A PRAMENY	44
SEZNAM GRAFŮ	47
SEZNAM PŘÍLOH.....	48
PŘÍLOHY	

ÚVOD

„Zdraví nevzniká v nemocnicích. Tam se povětšinou napravuje to, co se už pokazilo. Základ zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí. Zdraví vzniká společným úsilím lidí, jejich blízkých a známých.“

(Prof. MUDr. Bohumil Fišer, CSc.)

K výběru tohoto tématu mě vedly jednak moje zkušenosti z praxe, kde se setkávám s onkologicky nemocnými, tak jeden konkrétní případ v mé blízké rodině.

Letos to budou 4 roky, kdy mé švagrové ve věku 50 let lékaři diagnostikovali neoperabilní rakovinu konečníku. Bylo to náhlé a nečekané. Svoji diagnózu se dozvěděla po provedeném preventivním vyšetření na okultní krvácení a následně kolonoskopii. Rakovina se mnohdy objeví jako blesk z čistého nebe. Jeden den se cítíme dobře, jdeme na preventivní prohlídku a test u nás odhalí nádor... Jindy člověk cítí, že není něco v pořádku, ale k lékaři nejde vůbec, nebo přijde až ve chvíli, kdy se u něj začnou objevovat velké zdravotní potíže. Největší šanci na uzdravení mají hlavně ti, kdo vyhledají lékaře již při prvních náznacích onemocnění. Léčba je zahájena ještě v době, kdy je šance na vyléčení největší (*Angenendt, Tschuschke, 2010, s. 12*).

Dříve se tato nemoc v naší rodině nevyskytovala a tak to pro nás bylo o to horší a šokující sdělení, protože nemocný nemoc neprožívá sám, ale ovlivňuje celou jeho rodinu a nejbližší okolí. V tuto chvíli na povrch vyplouvá celá řada otázek, pochybností, sebeobviňování a obav. Neinformovanost nemocných lidí a jejich rodin je spojena s pocity bezmocnosti, bezradnosti, ztracenosti a zmatku. Manželova sestra vždy dbala o své zdraví a právě to ji přivedlo k lékaři v době, kdy se dala nemoc zdárně léčit, ale nadále je přítomna hrozba recidivy. Nikdy nepřestanu obdivovat svoji švagrovou pro její trpělivost, se kterou snášela pro mě nepředstavitelnou bolest. Naši celou rodinu tato zkušenost opravdu velmi semkla. Vůbec pro nás nebylo jednoduché o nemoci mluvit a to ani pro mě, i když se s touto nemocí setkávám docela často. Při její léčbě jsem si uvědomila jak velkou roli má rodina, přátelé, životní styl

a mnohdy pracovní vztahy na prožívání nemoci a úspěšnost léčby. Rakovina je onemocnění tělesné. Všechny teorie naznačující, že psychika může vyvolat nádorové onemocnění, jsou stále ještě pouhými spekulacemi. Ale jinak je jisté, že psychická dlouhodobá zátěž, je prožívána jako stres a stres má prokazatelně negativní vliv na obranný systém. Pokud je tento obranný systém oslabený, rakovinové buňky se snadněji množí a stávají se tak nebezpečným nepřítelem. Rakovina je tedy komplexní jev, na který musíme nahlížet z hlediska těla i duše (*Angenendt, Tschuschke, 2010, s. 14*).

Toto období, ve mě dodnes vyvolává nepříjemné vzpomínky. Proto mám zájem dozvědět se o této pomoci v prožívání nejen onkologické nemoci víc. Dříve jsem netušila, že tato forma pomoci má ucelený název a že je to velmi často diskutované téma. Až při hledání informací na toto téma jsem zjistila, že jde o sociální oporu. Sociální opora je velmi významný faktor zvládnutí stresu a tlumení jeho negativních důsledků. Domnívám se, že v našem zdravotnictví stále není tak dokonalá spolupráce zdravotníků s rodinou, jak by měla být. Přitom práce s blízkými osobami může významnou měrou usnadnit nemocnému zvládnout celou zátěžovou situaci. Správně poskytovaná sociální opora může nemocnému pomoci vyrovnat se s množstvím změn, které tato situace přináší (*Mačáková, 2009, s. 10*).

Ve své bakalářské práci se snažím popsat, v jaké míře se pozitivně i negativně projevuje poskytovaná sociální opora. Chci pochopit podstatu sociální opory. Proto jsem se v teoretické části zaměřila na mapování sociální opory, na možné příčiny vzniku poruch sociální opory a její užitek pro příjemce. Popisuji fáze onkologické nemoci a změny v sociálních vztazích. Je dobré znát tyto jednotlivé fáze psychického prožívání onkologického onemocnění, protože jen tak dokážeme včas a správně porozumět, naslouchat a stát se oporou svým blízkým. Zmíněny jsou rovněž instituce, kde může celá rodina hledat pomoc.

Část praktická hledá rozdíl mezi vlivem sociální opory u žen a mužů. Konkrétně zde sleduji, jaké formy pomoci jsou nemocným poskytovány. Zajímá mě, jak tuto pomoc nemocní vnímají, s čím jsou spokojeni a kde vidí nedostatky. Také se snažím popsat vliv sociální opory na prožívání onkologického onemocnění, což je jedním z cílů této bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Češi nejvíce umírají na kardiovaskulární nemoci, ale brzy už to nebude pravda (www.ona.idnes.cz [cit. 2011-12-04]). V současnosti žije na celém světě přibližně 18 miliónů lidí s nádorovým onemocněním, v roce 2015 jich bude pravděpodobně více jak 30 miliónů (*Hrubá, Floretová, 2001, s. 3*). Statistika uvádí, že v současnosti u nás každoročně onemocní 65000 lidí nějakým nádorovým onemocněním. Podle tohoto pak vychází, že během svého života onemocní v České republice každý třetí člověk a každý čtvrtý na toto onemocnění zemře (www.freshin.cz [cit. 2011-07-02]). I přesto roste počet lidí, kteří rakovinu přežijí. Mnoho pacientů musí se svou nemocí žít po dlouhou dobu. Aby bylo možno těchto pokroků v léčbě dosáhnout, je třeba, aby léčebná opatření byla agresivnější, dlouhodobější a toxičtější. Následkem toho se onkologické onemocnění pro mnoho lidí stává chronickým onemocněním. Postižený se bude muset naučit s těmito riziky a poškozeními zacházet, aby jeho šance na přežití a jeho kvalita života byly co nejvyšší. Téměř vždy je přítomna hrozba recidivy nebo zhoršení onemocnění. Léčba vyžaduje velké nasazení a zásadní životní změny, které ovlivní způsob života a jeho kvalitu. Diagnóza rakoviny vyvolává u pacientů a jejich blízkých obrovský šok. O žádném jiném onemocnění nekoluje tolik teorií a názorů (*Tschuschke, 2004, s. 10*).

Každý, kdo se ocitne v roli pacienta, se stává velmi závislým na lékařích, sestrách, lécích, přístrojích, režimu léčby, čase a v neposlední řadě i na rodinných příslušnících (*Mrvová, 2010, s. 9*). Těžká nemoc je zásahem do života nemocného člověka, stejně jako jeho nejbližších a mnohdy představuje pro všechny psychickou, fyzickou a finanční zátěž (*Křupalová, 2009, s. 14*). O možnostech léčby a prevenci většinou uvažujeme, až tato nemoc zasáhne nás nebo někoho v našem blízkém okolí. Dokud jsme zdraví, téma rakoviny je v našich myšlenkách jakoby tabuizováno. Pro psychiku člověka je sdělení této závažné diagnózy nadlimitní zátěží. K tomu přispívá i fakt, že tato diagnóza většinou zasahuje člověka nepřipraveného v plném proudu každodenního života. Rakovina se totiž zdánlivě delší čas ztlačuje

neprojevuje, ale připravuje se na okamžik, kdy takzvaně „exploduje“. Sdělení diagnózy a následná léčba je pro psychiku postiženého člověka zatěžkávací zkouškou. Nemoc neprožívá sám, ale ovlivňuje celou jeho rodinu a nejbližší okolí. Proto nestačí pouze pomoc odborníků, ale důležitá je i podpora rodiny a dalších lidí, kteří ho obklopují (www.freshin.cz [cit. 2011-07-02]). Proto je nutný holistický přístup k jedinci jako bio-psycho-sociální jednoty, kdy nedostatky v jedné z oblastí se významným způsobem promítají do oblasti druhé. V ošetrovatelské praxi, která je až velmi často zaměřena na biologickou stránku jedince, může znalost sociální sítě, vztahů a potřeb nemocných významným způsobem pomoci identifikovat problémy, jejich řešení i možné zdroje pomoci. Sociální vztahy jsou důležitou součástí plnohodnotného života (Blažková, 2009, s. 6). Je dokázané, že to, jak člověk danou situaci prožívá, do jaké míry může ovlivnit průběh nemoci, a to, jaké se mu dostane sociální a emociální opory, ovlivňuje průběh nemoci. Optimalizovaná psychologická a sociální pomoc by měla být proto pravidelně používána jako běžná onkologická rutinní péče (Tschuschke, 2004, s. 14). Opora, které se jedinci dostává od druhých osob, skupin a širší společnosti, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví (Schwarzer, Leppin, 1991). Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí podle některých zjištění déle a s lepším fyzickým i duševním zdravím, než lidé bez těchto vazeb (Šolcová, Kebza, 1999, s. 20). Chronicky nemocný pacient se určitou mírou ocitá mimo síť sociálních kontaktů. O určité psychické reakci jedince na jeho onemocnění rozhodují mimo jiné také okolnosti, za nichž nemoc probíhá, současná ekonomická a sociální situace nemocného i jeho rodiny, sociální zázemí (Mrvová, 2010, s. 33).

1.1 Reakce pacienta na sdělení diagnózy

Sdělení diagnózy náleží pouze lékaři. V současné době je kladen velký důraz na pravdivé, ale šetrné sdělení diagnózy, které posiluje vzájemný vztah důvěry pacienta a lékaře. Lékař jedná s nemocným člověkem jako s partnerem, upřímným přístupem dává prostor k otevřené komunikaci. Nepravdivá informace nebo tzv. „milosrdná lež“ nedává člověku možnost přijmout situaci ve všech důsledcích a připravit se na další fáze onemocnění. Člověk, který má všechny informace o své nemoci, se s ní může začít vyrovnávat a vydat se cestou již ozkoušených postupů, které mu nabízejí odborníci z různých oblastí života, knihy a stejně postižení lidé v klubech

onkologických pacientů. Je rozumné nezůstat se svým onemocněním sám. Je vhodné podělit se o své pocity. Nabízenou pomoc od rodiny a přátel je dobré přijmout. Děti by měly být informovány o nemoci v rodině adekvátně vzhledem k jejich věku a emoční zralosti. Pokud se nemocný, rodina a přátelé podělí o diagnózu, vytvoří základy porozumění a důvěry (Křupalová, 2009, s. 40).

1.2 Psychoonkologie

Při sdělení diagnózy se u pacientů s rakovinou objevuje značné množství psychických obtíží. Psychoonkologie je profesionální léčba psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm. Účinnost v praxi využívaných psychoonkologických metod ještě není zcela jednoznačně doložena. Doposud chybějí vědecky fundované klinické studie. Na základě pilotních studií a kazuistik však můžeme předpokládat velmi slibné účinky psychoonkologického poradenství. Podle definice autora Nordrhein pod pojmem psychoonkologická péče chápeme „*obnovení schopnosti postiženého jedince účastnit se profesního a sociálního života*“. Tato péče by měla být poskytována všem pacientům s rakovinou během celého léčebného procesu. Zahájení léčby je indikováno tehdy, pokud pacient vyjádří přání o psychologickou péči, případně pokud se v rámci nádorového onemocnění objeví tělesné nebo psychické obtíže. Léčba by měla začít pokud možno co nejdříve po stanovení diagnózy. Forma péče pro daného pacienta musí být stanovena individuálně a po dohodě s pacientem.

Terapeutické cíle psychoonkologického doprovázení pacientů s rakovinou:

- stabilizace a zlepšení psychicky
- rozpoznání, osvojení a využití obranných strategií
- zlepšení pocitu vlastní hodnoty
- vyrovnání se s vlastním tělesným obrazem, tělesnými funkcemi a pocity
- zprostředkování strategií zvládnání krizí
- zlepšení sociálních vztahů
- podpora při hledání nového smyslu života, případně nových životních cílů
- posílení vlastní zodpovědnosti (Angenendt, Tschuschke, 2010, s. 21)

1.3 Fáze psychického prožívání onkologického onemocnění

Je dobré znát jednotlivé fáze psychického prožívání onkologického onemocnění. Jen tak totiž dokážeme včas a správně porozumět, naslouchat a stát se oporou svým blízkým (www.freshin.cz [cit. 2011-07-02]).

1. Fáze šoku, popření, negace

Je to reakce na oznámení choroby. Pacient prožívá šok, veškerá sdělení popírá. Po vyslovení diagnózy, jako běžná obranná strategie psychiky nastupují typické věty jako: „To není možné.“, „Nevěřím tomu“. Člověk popírá nemoc, zavíráním očí před skutečností a stahuje se do svého izolovaného světa. Touto prvotní fází procházejí téměř všichni nemocní a tím získávají čas na vypořádání se s nemocí, zvolení dalších postupů a vyrovnání se s novou situací. V této fázi je důležité navázat vzájemný kontakt a vytvořit prostředí důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Fáze by měla být pouze dočasná, stane se však, že člověk setrvá v této fázi až do smrti. S popíráním skutečnosti se můžeme setkat i vícekrát v průběhu nemoci, především ve spojení s relapsem.

2. Fáze nespecifických obran, agrese

Po překonání první fáze, kdy již není možno popírat danou skutečnost, přichází období, které je velmi náročné pro rodinu, přátele nemocného a zdravotnický personál. Celou osobu člověka ovládají pocity křivdy, bezpráví, závisti a také hněvu. Tento hněv pramení ze strachu ze smrti, z bolesti, aj. Nemocný člověk reaguje podrážděně, vybíjí si vztek a zlobu na okolí, má nesmyslné stížnosti a požadavky. Neexistuje nic, s čím by byl spokojen. Všechny zainteresované osoby je nutno seznámit s fázemi prožívání nemoci, protože právě v této fázi potřebuje nemocný pochopení a přijetí druhých, aby se ve svém vývoji v přijetí nemoci posunul dále. Je nutné nebrat slovní útoky osobně, ale uvědomit si, že je nemocný v životní krizi. Pokud je nemocnému věnována náležitá pozornost a čas, brzy se začne uklidňovat.

3. Fáze specifických obran, smlouvání

Tato fáze trvá většinou jen krátké období, přesto je pro nemocného člověka velmi důležitá, protože má motivující charakter. Nemocný se zaměřuje na individuální cíl v budoucnosti, kterého chce dosáhnout. Cílem může být prodloužení života, zbavení se bolestí, vyřízení určitých záležitostí. Pacienti často smlouvají v tajnosti s Bohem, slibují konání dobra, skromnost a pokoru. Smlouvají také se zdravotníky. Jde o období hledání nových lékařských přístupů a návštěv lidových léčitelů. Pacient tuší, že jeho nemoc bude dlouhodobá nebo trvalá. V tomto období se setkáváme s výroky jako: „Abych se dožil vnoučat“ nebo „Kéž bych se dočkal promoce své dcery“. (Křupalová, 2009, s. 42). Člověk se v předchozích fázích postupně zklidní a je schopen opět používat rozum. Začne vymýšlet nové nápady. Sem spadá i hledání protekce, úplatky, vyjednávání s Bohem, obcházení léčitelů, hledání nových technik apod. (www.klimes.mysteria.cz [cit. 2011-01-04]).

4. Fáze reaktivní deprese

V této fázi pacient prožívá hluboký smutek, lítost, pocit obrovské ztráty a rezignaci na léčbu. Pacient již nedokáže své onemocnění popírat, plně si uvědomuje vážnost situace. Deprese vychází z neschopnosti plnit svou společenskou roli (roli matky, živitele rodiny, zaměstnance, aj.). Člověk se bojí toho, co bude, zhoršení nemoci a konce života. V tuto chvíli je pro nemocného neocenitelná přítomnost blízkých, podpora nemocného ve vyjádření jeho obav a emocí a trpělivé naslouchání. Není vhodné smutek zlehčovat, přehnaným optimismem si nemocného spíše vzdálíme.

5. Fáze přijetí nové identity, smíření

Konečné přijetí pravdy může mít podobu důstojného klidu a vyrovnanosti, ale také rezignace a mnohdy i zoufalství. Pokud se pacient vyrovná se svou nemocí, dojde k vnitřnímu míru a pokoji. Snižuje se potřeba komunikace a zájmu o okolní dění. Tichá přítomnost či stisk ruky však může nemocného ujistit, že nezůstal opuštěný. Toto stádium nepředstavuje ovšem jen nějaké předčasné vzdání se, ale přijetí skutečnosti. Často se objeví pokora k životu. V této fázi potřebuje více pomoc rodina než nemocný sám.

I když jsou fáze psychického prožívání onkologické nemoci seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Fáze nejsou stejně dlouhé a některá z nich může chybět. Opět to odkazuje na individualitu každého člověka a tuto individualitu je nutno respektovat. Těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina a blízcí, kteří trpí společně s ním. Často dochází k časovému posunu. Jestliže pacient již dosáhl fáze smíření, ale jeho nejbližší ještě prožívají fázi smlouvání a vyjednávání, může to způsobit řadu těžkostí a nedorozumění. Rodina by se měla v takovém případě snažit vyrovnat s nemocným krok a být mu oporou a ne přítěží (Křupalová, 2009, s. 42).

1.4 Fáze průběhu onkologické nemoci

1. Nemocní, kteří o své nemoci (ještě) nevědí

Tato skupina je na tom zdánlivě nejlépe, protože co oči nevidí, to srdce nebolí. Zejména u starších lidí, lékaři a příbuzní zvažují, zda neponechat nemocného člověka v blahé nevědomosti. To jde, ale ovšem jen na krátkou dobu, než se potvrdí definitivní diagnóza, anebo jen u mírného průběhu nemoci. Milosrdná lež se dnes již nedoporučuje. Důvodem je především rozdílné a posunuté prožívání nemoci dotyčného člověka a jeho okolí. Pokud si například manžel odžije ztrátu manželky dříve než ona, má problém to s ní znova prožít v okamžiku, kdy se to dozví sama pacientka.

2. Nemocní, kteří se o své chorobě dozvěděli nedávno

Dovědět se o své nemoci znamená, přebudovat svou identitu z „jsem zdravý člověk“ na „jsem vážně nemocný, možná zemřu“.

3. Pacienti uprostřed léčby

Probíhá-li léčba zdárně, pacienti jsou vcelku klidní. Liší se prožívání nemoci u starších a mladších pacientů? Mladší snášejí léčbu hůře psychicky a ekonomicky, protože musejí řešit otázky zaopatření nezletilých dětí, hypotéky ap. V tomto období je jim zapotřebí spíše pomoci ekonomické než psychologické. Starší snášejí léčbu hůře fyzicky.

4. Pacienti v rekonvalescenci (veteráni)

Po skončené chemoterapii či aktinoterapii lékaři sledují úspěšnost léčby. Nastává často dlouhá doba rekonvalescence, která je doprovázena nepředvídatelným spektrem různých komplikací. Často je vidět sekundární hypochondrie, nebo sklon se zvýšeně pozorovat. To je případ zejména těch pacientů, kteří již dříve před nemocí měli sklony k úzkostem a depresím.

5. Pacienti s relapsem, se špatnou prognosou, eventuálně v terminálním stádiu

Pacienti s relapsem snášejí špatně návrat choroby a vidinu další, těžší léčby. Dokážou si představit, co je čeká. Relaps neboli návrat choroby, předpokládá opětovnou změnu identity, při které je hrozba možné smrti mnohem hmatatelnější (www.klimes.mysteria.cz [cit. 2011-01-04]).

2 SOCIÁLNÍ OPORA

Sociální opora je existence nebo dostupnost, blízkost osob, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, váží si nás a mají nás rády. Pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení celkového zdraví (www.ksocp.info [cit. 2011-18-04]).

Křivohlavý (2002) o sociální opoře mluví: „*také jako o množství peněz, které jsou nám lidé ochotni půjčit, či počtu náručí, v kterých si můžeme poplakat, anebo množství rad, které jsou nám ostatní ochotni poskytnout. Podstatou je fakt, že nezáleží na množství peněz, které nám lidi půjčí, ale na vědomí, že o nás tito lidé stojí a v případě potřeby pro nás udělají všechno, co budou moci* ". O sociální opoře hovoříme většinou tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní nejbližší. Sociální opora se chová jako nárazník, nebo tlumič nárazů (viz. Příloha č. 3). Zmírňuje negativní vlivy stresu. Poskytuje ochranu při nemoci. Protektivní vliv sociální opory konstatuje většina dosud publikovaných studií. Vnímáním vyšší míry sociální opory, se může snížit pravděpodobnost vytvoření stresové situace. Pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, mohou být vytvořeny efektivnější osobnostní dovednosti zvládání těžkostí. Pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, může to vést k tomu, že daný jedinec daleko snadněji, mnohdy i dříve, požádá ostatní o pomoc a tuto pomoc také bez problémů přijme (Křivohlavý, 2001, s. 95). Vliv sociální opory na zdravotní stav člověka je jevem individuálním, podmíněným osobností a situací (Mrvová, 2010, s. 29). Je nutné vidět nejen kvantitu, ale i kvalitu opory. Často odlišně hodnotí sociální oporu příjemce a pomáhající (www.fse.ujepurkyne.com[cit. 2011-12-04]).

2.1 Druhy sociální podpory

Druhy sociální opory se mohou dělit podle řady různých hledisek, např. jakým způsobem se naplňují potřeby člověka, jak se vztahuje k jeho sociální síti, jak je účinná a kvalitní, jak ji vnímá příjemce apod. Jednotlivá členění se různě ovlivňují a různě do sebe přecházejí, vždy jde o nahlížení na jeden jev z více stran (Lomnická, 2009, s. 5).

Autor House in Křupalová (2009) rozlišil čtyři složky obsahu sociální opory:

1. *emocionální opora* - člověku, který se ocitl v tísní, je projevena emocionální blízkost, láska, víra, empatie, soucit, náklonnost atd.

2. *hodnotící opora* - postiženému je sdělována úcta, respekt, je povzbuzován ve víře a naději atd.

3. *informační opora* - zprostředkování informací nebo rad, jež pomáhají vyrovnat se s osobními problémy, naslouchání atd. Neinformovanost nemocných lidí je spojena s pocitem bezmocnosti, bezradnosti, ztracenosti a zmatku

4. *instrumentální opora* - praktické druhy pomoci nebo hmotná, materiální pomoc, poskytnutí půjčky v obtížné finanční situaci, zařízení různých záležitostí atd.

Existují rozdíly mezi pohlavím v upřednostňování jednotlivých druhů sociální opory. Ženy vyhledávají, preferují a jsou citlivější na emocionální a informační sociální oporu, zatímco muži dávají přednost instrumentální opoře (Mačáková, 2009, s. 20).

2.2 Obecný vliv sociální opory

Obecným vlivem je kladné působení existence dobrých mezilidských vztahů (viz Příloha č. 4) v sociální síti (viz Příloha č. 2) daného člověka na jeho psychický i fyzický stav v běžném životě.

Spolupůsobí dva faktory:

1. *osobnostní charakteristiky laskavosti* (vřelosti, vstřícnosti, empatie aj.)

2. *příznivý sociální faktor sítě sociálních vztahů* (dobré vztahy v rodině, přátelé aj.)

Vyšší míra sociální opory má kladný vliv na psychickou pohodu člověka, na kvalitu jeho života, má pozitivní účinek na zdravotní stav nezávisle na tom, zda lidé jsou, nebo nejsou vystaveni účinku stresu (www.portal.lf1.cuni.cz [cit. 2011-12-04]).

2.3 Úrovně sociální opory

1. *Makroúroveň* - celospolečenská forma pomoci (sociální podpora, povodně aj.)
2. *Mezoúroveň* - sociální skupina lidí (kamarádi, kluby aj.)
3. *Mikroúroveň* - intimních vztahy jednotlivce, pomoc od nejbližších (manžel, děti aj.)
(Křivohlavý, 2009, s. 94)

2.4 Poskytovatelé sociální opory

Osoby, které poskytují sociální oporu, se mohou podle Laireitera et al. (1997) rekrutovat např.:

- *z rodiny a přátel*
- *z osob, které se výrazně podobají svými charakteristikami* (pohlaví, věk, aj.)
- *z osob, které jsou obeznané s příslušným stresem*

2.4.1 Rodina

Rodina má na pacienta asi největší vliv. Fungování rodinného života je narušeno o to více, pokud je nemocný člověk hospitalizován a pokud se jedná o dominantního člena rodiny. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejhlavnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Pocit podpory a vědomí, že na nemocného někdo čeká, motivuje k léčbě a zabraňuje přílišnému upadání do depresí a beznaděje. Bylo zjištěno, že ti pacienti, které na cestě nemoci někdo doprovází, se dožívají vyššího věku než ti, kteří zůstávají sami. Partner a ostatní členové rodiny prožívají těžkou situaci stejně jako pacient. I oni prožívají muka, mají strach o život svého blízkého, připadají si bezmocní. Pacient může trpět prudkými výkyvy nálad od sebelítosti po zlobu a oni se pak komunikace s ním mohou obávat a můžou se jí vyhýbat. To je ale opravdu velká chyba. Není třeba pacientovi lhát nebo něco předstírat. Nejdůležitější je být s ním, dotýkat se ho, naslouchat, přijímat jeho pocity a pochopit jeho potřeby a žádosti.

Největší pomocí pak je podpora v léčbě, např.:

- orientovat se v problematice, zjistit si co nejvíce informací o rakovině
- doprovod do nemocnice, mluvit s lékaři, sledovat vývoj situace
- požadovat dodržování léčby
- vyjádřit radost z každého zlepšení a dát najevo, že vypadá lépe
- věnovat se společným činnostem, trávit spolu co nejvíce času
- pomoc s domácími pracemi, nákupem aj.
- povzbuzovat v pacientovi schopnosti starat se o sebe a vyjádřit obdiv za jeho sílu

Partnerský a manželský život prochází během nádorového onemocnění množstvím závažných změn, které můžou vést k rozchodům nebo rozvodům. Pokud nemoc zasáhne do rodinného a manželského života až tak, že naruší fungování a zvládání konfliktů v rodině, je vždy vhodné obrátit se na odborníky z oblasti rodinného a manželského poradenství. Manželská terapie se snaží pomoci partnerům adaptovat se v těchto nových podmínkách a pomáhá nalézt optimální formy dalšího soužití (Křupalová, 2009, s. 55-56). Poruchou rodiny nazýváme stav, kdy jeden nebo více členů rodiny neplní některé základní rodinné funkce nebo je plní nedostatečně.

Hlavní příčiny poruch rodiny je možno dělit na příčiny objektivní, subjektivní a smíšené:

Objektivní příčiny - jsou nezávislé na vůli členů rodiny: invalidita, nemoc, úmrtí, nezaměstnanost, živelné katastrofy, války, aj.

Subjektivní příčiny - jsou naopak na možnostech rodičů závislé: neochota nebo neschopnost pečovat o dítě, vyrovnat se s náročnou životní situací, aj.
(Zelená, Krégllová, 2006, s. 7)

2.4.2 Přátelé a známí

Říká se, že nemoc mnohdy prověří přátele. Ti méně oddaní se stáhnou do ústraní, a naopak některá přátelství se mohou upevnit. Přátelé mají u nemocného stát v dobrém i ve zlém, být mu bližním v těžkých situacích a doprovázet ho při léčbě nemoci. Nemocný člověk potřebuje především podporu, porozumění a povzbuzení prostřednictvím vhodné komunikace. Přátelé by měli chápat i stavy hněvu a agrese, které nemocný může dát najevo, ale které po určité době odezní. Někdy se však stává, že se lidé nemocnému začnou vyhýbat kvůli holohlavosti, úbytku na hmotnosti, malátnosti nebo prostě proto, že neví jak s nemocným hovořit. Známi a sousedé mohou pomoci nemocnému člověku s osobními záležitostmi, s prací doma, aj. (Křupalová, 2009, s. 56-57).

2.4.3 Pracovní prostředí

Také pracovní prostředí patří mezi „poskytovatele“ sociální opory. Pro většinu lidí není zaměstnání jenom zdroj obživy, ale je to také místo seberealizace, zábavy a styku s ostatními lidmi. Při zjištění onkologické diagnózy se u ekonomicky aktivního člověka mohou objevit obavy ze ztráty zaměstnání. Nemoc a s ní spojená pracovní neschopnost vždy velmi negativně zasáhnou do finančního rozpočtu rodiny. Řada nemocných není schopna pracovat a vyžaduje celoživotní péči a mnohdy velkou finanční podporu. V případě onkologického onemocnění může být zdravotní stav natolik narušen, že člověk již není schopen vrátit se do původního zaměstnání. Práce patří mezi základní potřeby člověka, umožňuje člověku materiální zabezpečení a uspokojuje jeho potřebu pro seberealizaci, pokud není tato potřeba uspokojena, dochází k frustraci a ke stresovému stavu (Křupalová, 2009, s. 58). Mezi spokojeností v práci a celkovou životní spokojeností je úzká souvislost (Mráková, 2007, s. 14).

2.4.4 Volnočasové prostředí

Volnočasové aktivity jsou velmi důležitým zdrojem sociální opory. Tento typ prostředí zasahuje ve velké míře do životního stylu jedince a je příležitostí pro jeho seberealizaci. Zájmy a záliby, které člověk ve volném čase provozuje, jej někdy dokážou zachránit v náročných životních situacích. Proto také výchova ke zdravému životnímu stylu, by měla souviset s ovlivňováním volného času,

kdy se snažíme působit na jedince tak, aby si byl vědom svých hodnot, měl pestré a mnohostranné zájmy (Pávková, 2002, s. 31).

2.4.5 Spolupacienti

Jsou pro onkologicky nemocného člověka zdrojem radosti, ale mnohdy i bolesti. Nemocní prožívají se stejně nemocným spolupacientem jeho osobní příběh a těžce nesou zhoršení jeho zdravotního stavu, neboť jim to připomíná jejich vlastní bezmocnost. Je prokázáno, že pacienti věří mnohem více informacím spolupacientů než zdravotníků.

2.4.6 Kluby onkologicky nemocných

Velmi často se pacienti scházejí v klubech onkologicky nemocných pacientů. Přípravují společná setkání, pořádají odborné semináře a instruktáže pro své členy i pro rodinné příslušníky, organizují rekondiční pobyty, zájezdy, kulturní akce aj. Na těchto setkáních se otevřeně hovoří o různých problémech, předávají se vzájemně rady a zkušenosti, získávají se zde nová přátelství a opora pro překonávání obtíží (Křupalová, 2009, s. 57).

2.4.7 Komunikace se zdravotníky

Celý tým pracovníků ve zdravotnictví usiluje o dosažení společného cíle: uzdravit nemocného nebo alespoň co nejvíce zlepšit či stabilizovat jeho zdravotní stav. Zdravotník svým chováním působí na nemocného, na jeho prožívání i chování. Následné chování nemocného opět zpětně působí na zdravotníky, kteří podle toho upraví následné chování k nemocnému (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1997, s. 20). Situace, kdy má pacient přijmout nepříznivou zprávu o diagnóze zhoubného onemocnění, je náročná nejen pro něj, ale také pro lékaře a ostatní personál, který s ním má diagnózu probrat. Zdravotníci vědí, jak důležité je navázat s pacientem partnerský vztah a získat jej pro léčebný plán. Snaží se sdělit šetrně pravdu o diagnóze a zároveň srozumitelně předložit možná řešení. Od pacienta se neočekává, že bude zcela pasivní a bude se pouze podvolovat rozhodnutí lékaře. Úspěch léčby do značné míry závisí na tom, jak se pacient s léčebným plánem ztotožní, jak si léčbu vezme za svou a jak bude usilovat o její zdařilé uskutečnění.

Proto je důležité vést s lékařem dialog (www.rakovinaprsu.cz [cit. 2011-07-02]). Velkou chybu dělají, bagatelizují-li zdravotníci pacientovy potíže, psychické trauma či naopak panikaří (Kalvodová, 2006). U chronických onemocnění bývá problém v tom, že trvají dlouho, pacient, který očekával výraznější zlepšení svého zdravotního stavu, může po čase ztrácet důvěru v léčbu. Upravuje si léčbu po svém, nedodrжуje předepsaný režim, nechodí na pravidelné kontroly a odbornou pomoc vyhledá jen při závažných obtížích, někdy léčbu úplně vysazuje. Stává se, že pacient ztrácí důvěru v ošetřující personál a hledá pomoc jinde, ať už u jiných specialistů nebo léčitelů (Mareš, 2003, s. 64).

2.5 Odvrácená strana sociální opory

Poskytování sociální opory mnohdy znamená až mimořádnou zátěž pro poskytovatele. Nadměrná pomoc člověku v tísní bere adresátovi možnost osobního vyrovnávání se stresovou situací. Pak vznikají pocity bezmocnosti a nadměrné závislosti. Může mít negativní následky, kdy dochází k nadměrné závislosti na poskytovateli. Nevhodná forma pomoci je nejen nadměrná pomoc, ale i pomoc jiného druhu, než je v dané situaci zapotřebí („podání jídla žíznícímu“). Někdy lidé marně očekávají určitý projev sociální opory a jsou zklamáni, když se nedočkají této pomoci. Zklamání se projeví na celkovém psychickém stavu (Křivohlavý, 2009, s. 110).

2.6 Životní styl

Zdravý životní styl je ideálním stavem, který v sobě zahrnuje pravidelný životní rytmus, pohybový režim, psychickou aktivitu, duševní hygienu a takovou životosprávu, která povede k uchování si zdraví a tělesné kondice a zvládnání náročných životních situací, tj. odolnost proti stresu a zátěžovým situacím (Mráková, 2007, s. 26). Každý člověk je za své zdraví odpovědný sám, lékař má roli pouze jeho poradce. Zdraví je tělesné a duševní, a tělesné zdraví bez akceptování duševního nemá dlouhou stabilitu. Duševní zdraví je stav, kdy je člověk schopen odrazet vnější realitu, reagovat pohotově a adekvátně, kdy všechny duševní pochody probíhají co nejvíce optimálním způsobem.

Na formování duševního zdraví mají vliv tyto faktory:

- historická situace a společenské prostředí
- emoční klima
- životní cíle a perspektivy
- osobní vztahy
- cíle realizující se činnostmi

Funkční systém zdravotní politiky se odrazí v lidském zdraví pouze 10%, ostatní je spojením stavu životního prostředí a sociálních vlivů 20% a dalších 20% tvoří genetické dispozice. Rozhodujícími 50% ovlivňuje stav zdraví právě způsob životosprávy člověka. Právě proto se tolik zdůrazňuje vlastní uvědomělá individuální odpovědnost za zdraví každého jedince (*Mráková, 2007, s. 19*).

2.7 Spirituální změny

Psychologický slovník překládá spiritualitu jako „duchovnost“ (*Křivohlavý, 2004, s. 176*). Kvalita života souvisí s duchovním růstem člověka. Jde tu o skutečné vnitřní bohatství, které nikdo nikomu nemůže dát ani vzít. V neposlední řadě jde o hodnoty tvůrčí, zážitkové a zejména pak postojové, které křesťanská tradice nazývá ctnostmi (*Slováček, 2008, s. 5*). Ještě do nedávné doby nebyla spirituální oblasti věnována skoro žádná pozornost. V dnešní době se spirituální stránce člověka klade větší váha. Hledání odpovědí na nejen existenciální otázky a zamýšlení se nad hlubším smyslem života je přirozenou potřebou člověka. Tato potřeba je vnímána naléhavěji v případě onkologické diagnózy a hlavně konfrontace s možným koncem života (*Křupalová, 2009, s. 57*).

2.8 Práva pacientů v ČR

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná zvláštní práva a byli plně závislí na lékařích. Teprve začátkem 70. let minulého století se začal prosazovat názor, že člověk má mít právo přijmout plnou odpovědnost za svůj život a i v nepříznivé zdravotní situaci se má stát plnoprávným partnerem lékaře, pokud jde o rozhodování o vlastní léčbě. V České republice je ochrana pacienta zajištěna závaznými

mezinárodními smlouvami, ústavními zákony a zákonnými a podzákonnými právními předpisy. Velký význam má zejména Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Listina základních práv a svobod, zákon o péči a zdraví lidu a vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Kodex o právech pacientů významně přispívá k nastolení pro pacienty příznivějšího, přátelštějšího prostředí ve většině našich zdravotnických zařízení. Na co má pacient podle kodexu právo? (viz Příloha č. 1).

2.9 Finanční pomoc

Nemoc je často příčinou sociálních a existenčních problémů. Pokud byla nemoc podchycena včas, nemusí do běžného života zasáhnout nijak razantně. Většina pacientů je schopna pokračovat ve své práci a finanční dopad na rodinu bývá minimální. Pokročilé nádorové onemocnění ovšem mění sociální situaci pacienta velmi významně. Nemocný musí často opustit zaměstnání a vyrovnat se s omezenými možnostmi dalšího uplatnění. Zdravotní stav pacienta dokonce může vyžadovat péči druhé osoby. V případě existenčních problémů je možné počítat s finanční podporou ze strany státu (např. nemocenské dávky, invalidní důchod, lázně, příspěvek na zvýšené životní náklady, sociální dávky aj.) Informace o možnostech finanční podpory poskytuje sociální odbor místního úřadu (www.rakovinaprsu.cz [cit. 2011-07-02])

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Průzkumné šetření

3.1 Cíle průzkumného šetření a výzkumná otázka

Cíl 1: Zmapovat poskytovatele sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Cíl 2: Zmapovat míru sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Cíl 3: Zmapovat vliv sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Cíl 4: Zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání sociální opory onkologicky nemocných žen a mužů.

Výzkumná otázka:

Ovlivňuje sociální opora prožívání nemoci u onkologicky nemocných pacientů?

3.2 Metody získávání a zpracování dat

K získání informací pro tuto bakalářskou práci bylo použito anonymní nestandardizované dotazníkové metody (viz. Příloha č. 5). Je to metoda, která umožňuje poměrně rychlý sběr dat od velkého počtu respondentů. Jednotlivé otázky dotazníku byly formulovány tak, aby co nejvíce směřovaly k jednotlivým cílům závěrečné práce. V dotazníku byly použity uzavřené položky s danou volbou odpovědi. 2 otázky z 19 otázek v dotazníku byly otevřené. Analýzou odpovědí v otevřené otázce byly vytvořeny 4 opakující se kategorie odpovědí, tyto byly vloženy do tabulek a zpracovány graficky.

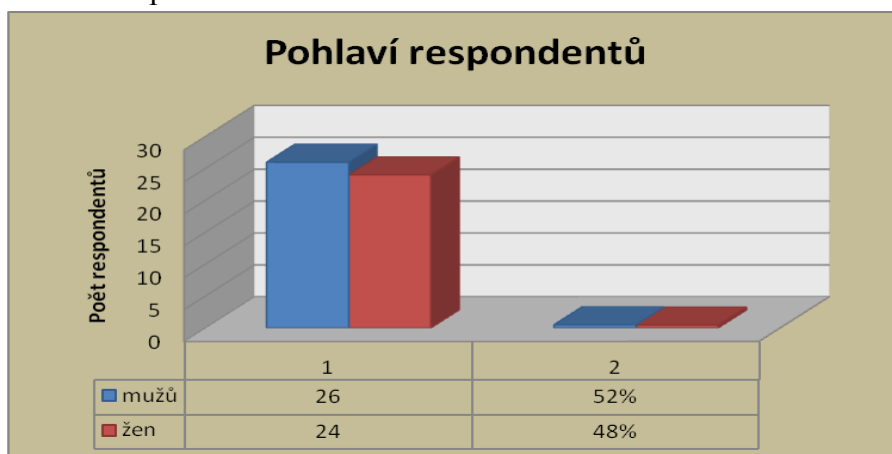
3.3 Organizace průzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno v lednu a únoru roku 2011. Na konci tohoto období byly dotazníky shromážděny a vyhodnoceny. Bylo rozdáno 55 dotazníků, 28 mužům a 27 ženám. Dotazníků se vrátilo 53, z toho 3 dotazníky nebylo možno pro neúplnost hodnotit. K vyhodnocení bylo použito 50 kusů dotazníků. Návratnost činila 91%. Po vyřídění dotazníků byly dotazníky určené ke zpracování. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, na skupinu mužů a skupinu žen. Data z dotazníků byla vyhodnocena a zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel. Data byla vložena do tabulek a vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost je vyjádřena graficky.

3.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazník byl rozdán 55 onkologicky nemocným. Respondenti byli hospitalizováni na Onkologické a Gynekologické klinice FN Olomouc. Mužů bylo osloveno 28, vrátilo se 27 dotazníků. Žen bylo osloveno 27, dotazníků se vrátilo 26. Po vyřídění nepoužitelných dotazníků jich bylo k hodnocení použito 50, z toho 26 mužů a 24 žen.

Pohlaví respondentů



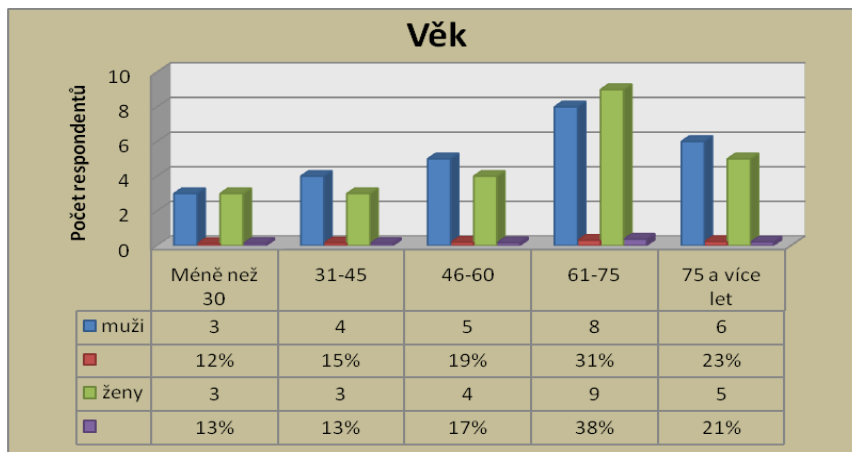
Graf č. 1 - Zastoupení respondentů podle pohlaví

Ze zkoumaného souboru celkem 50 respondentů bylo 26 mužů - 52 % a 24 žen - 48%.

3.5 Analýza a interpretace výsledků průzkumného šetření

Demografické údaje: otázky č. 1, 2.

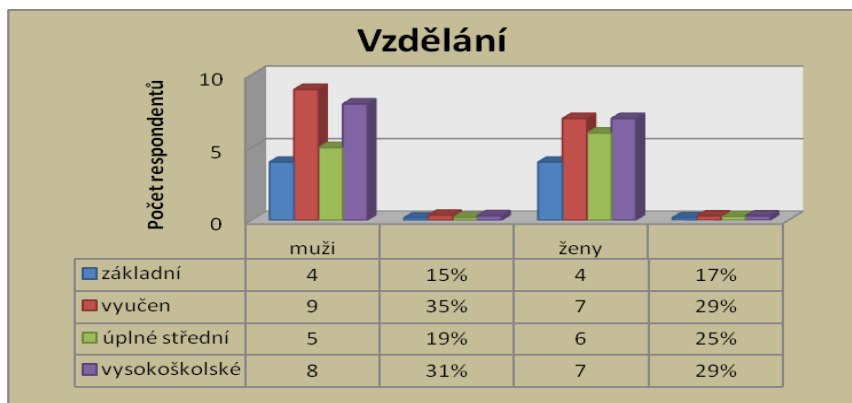
Otázka č. 1: Váš věk



Graf č. 2 - Věk respondentů

Méně než 30 let měli 3 muži – 12% a 3 ženy – 13%. Ve věkovém rozmezí 31- 45let byli 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Dále mělo věkové rozmezí 46 – 60 let 5 mužů -19% a 4 ženy – 17%. Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 61 – 75 let tj. 8 mužů - 31% a 9 žen – 38%. 75 let a více mělo 6 mužů - 23% a 5 žen -21%.

Otázka č. 2: Vzdělání



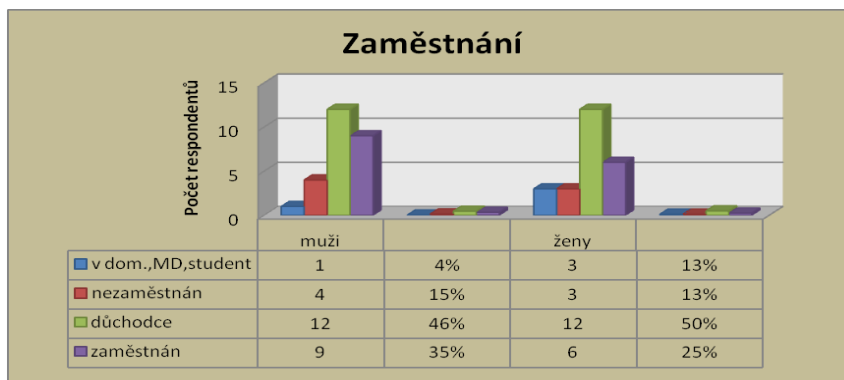
Graf č. 3 – Vzdělání respondentů

Základní vzdělání udali 4 muži – 15% a 4 ženy – 17%. Vyučeno bylo 9 mužů – 35% a 7 žen – 29%. Úplné střední vzdělání udalo 5 mužů – 19% a 6 žen – 25%. Vysokoškolské vzdělání mělo 8 mužů – 31% a 7 žen – 29%.

Cíl 1: Zmapovat poskytovatele sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Ke zjištění dat k tomuto cíli byly použity otázky č. 3, 4, 5, 6, 10, 17, 18.

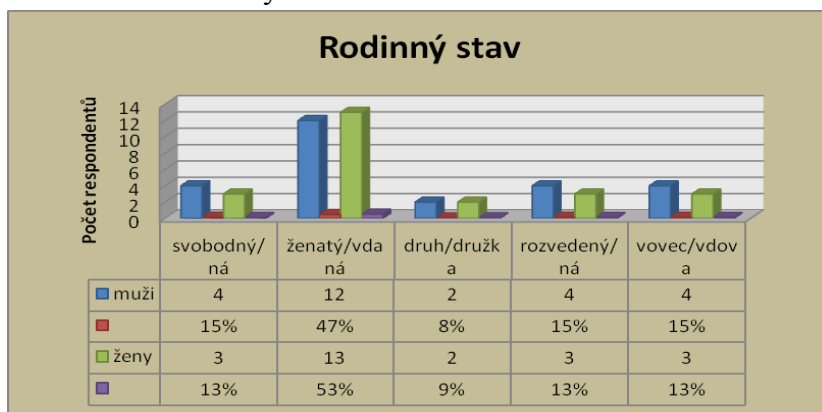
Otázka č. 3: Zaměstnání



Graf č. 4 – Zaměstnání respondentů

Do kolonky v domácnosti, MD, student se zapsal 1 muž – 4% a 3 ženy – 13%. Nezaměstnaní byli 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Nejvíce respondentů bylo důchodců tj. 12 mužů – 46% a 12 žen – 50%. Zaměstnáno bylo 9 mužů – 35% a 6 žen – 25%.

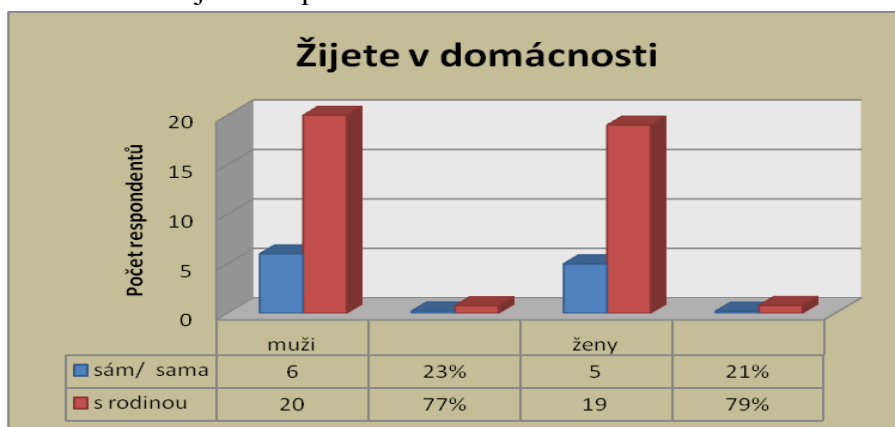
Otázka č. 4: Rodinný stav



Graf č. 5 – Rodinný stav respondentů

Do kolonky svobodný/á se zapsali 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Nejvíce respondentů bylo ve stavu manželském tj. 12 mužů – 47% a 13 žen – 53%. Dále shodné zastoupení uvedli v kolonce druh/družka muži 2 – 8% i ženy 2 – 9%. Rozvedeni byli 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Stejně zastoupení uvedli v kolonce vdovec/vdova.

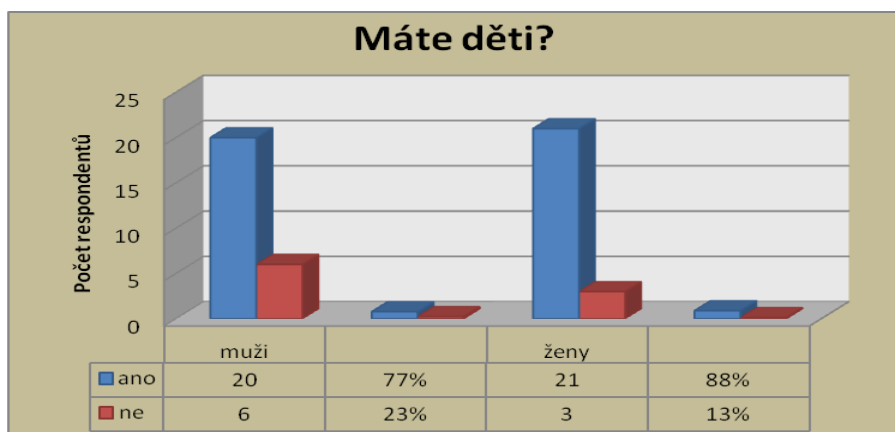
Otázka č. 5: Žijete ve společné domácnosti?



Graf č. 6 – Žijete ve společné domácnosti?

Ve společné domácnosti s rodinou žije 20 mužů – 77% a 19 žen – 79%.
Do kolonky žijete sám/sama se zapsalo 6 mužů – 23% a 5 žen 21%.

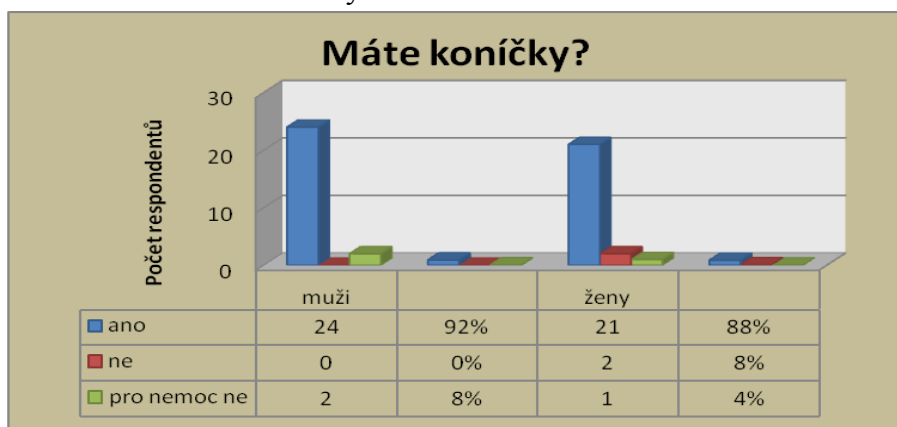
Otázka č. 6: Máte děti?



Graf č. 7 – Máte děti?

Mám děti, odpovědělo 20 mužů – 77% a 21 žen – 88%. Nemám děti, uvedlo 6 mužů – 23% a 3 ženy – 13%.

Otázka č. 10: Máte koníčky?



Graf č. 8 – Počet respondentů s koníčky?

Koníčky má 24 mužů – 92% a 21 žen – 88%. Bez koníčků je 0 mužů a 2 ženy – 8%. Z důvodu nemoci nemá koníčky 2 muži – 8% a 1 žena – 4%.

Otázka č. 17: Jste v péči psychologa?

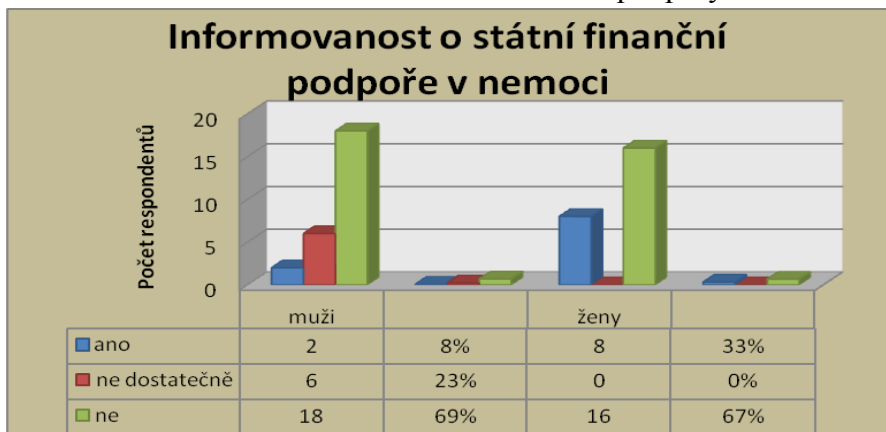


Graf č. 9 – Počet respondentů v péči psychologa.

Ano jsem v péči psychologa, uvedli 3 muži – 12% a 7 žen – 29%. Nejsem v péči psychologa udává 23 mužů – 88% a 17 žen – 71%.

Otázka č. 18:

Jste informován/a o možnostech státní finanční podpory v nemoci?



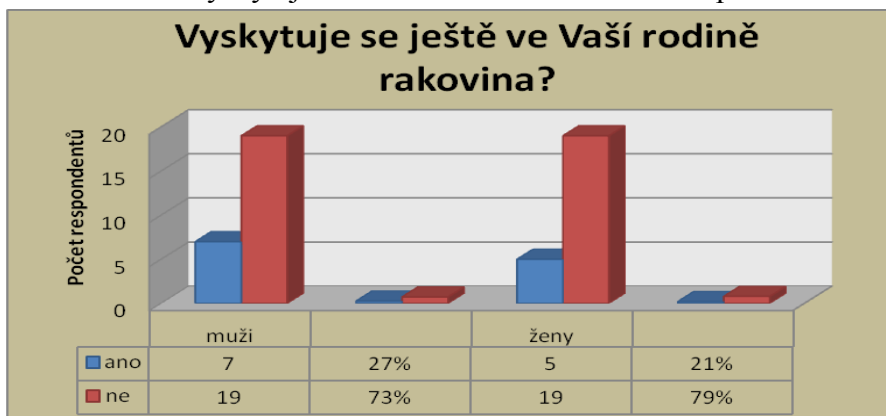
Graf č. 10 – Informovanost respondentů o státní finanční podpoře.

Ano jsem informován o možnostech státní finanční podpory, uvedli 2 muži – 8% a 8 žen – 33%. Jsem nedostatečně informován, udalo 6 mužů – 23%. Zbývající počet respondentů nemá informace o státní finanční podpoře.

Cíl 2: Zmapovat míru sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Ke zjištění dat k tomuto cíli byly použity otázky č. 12, 13.

Otázka č. 12: Vyskytuje se ve Vaší rodině onemocnění podobného charakteru?

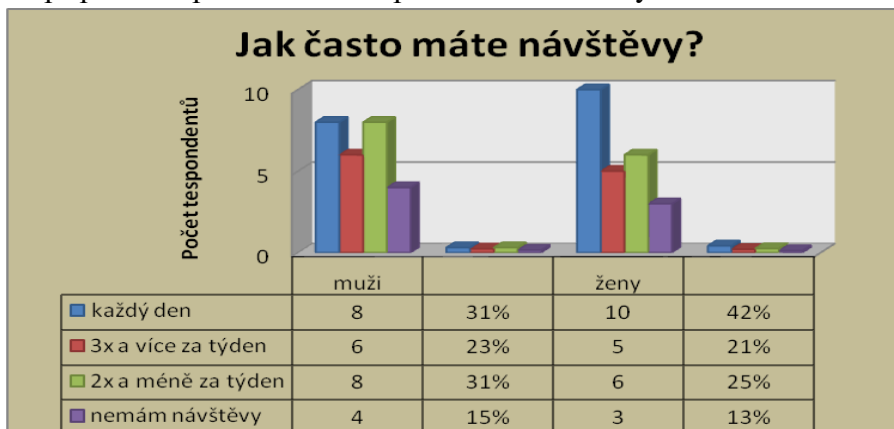


Graf č. 11 – Počet respondentů s onemocněním podobného charakteru v rodině.

Ano onemocnění podobného charakteru se vyskytuje v mé rodině, uvedlo 7 mužů – 27% a 5 žen – 21%. Zbývající počet respondentů nemá onemocnění podobného charakteru v rodině.

Otázka č. 13:

V případě hospitalizace máte pravidelné návštěvy?



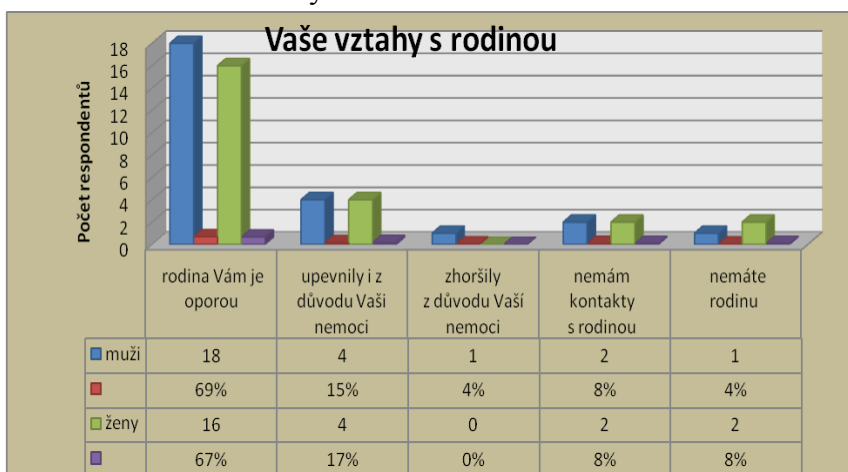
Graf č. 12 – Jak často máte návštěvy?

V případě hospitalizace má návštěvy každý den 8 mužů – 31% a 10 žen – 42%. 3x a více za týden má návštěvu 6 mužů – 23% a žen – 21%. 2x a méně za týden má návštěvu 8 mužů – 31% a 6 žen – 25%. Nemám návštěvy, uvedli 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%.

Cíl 3: Zmapovat vliv sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním.

Ke zjištění dat k tomuto cíli byly použity otázky č. 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16,19.

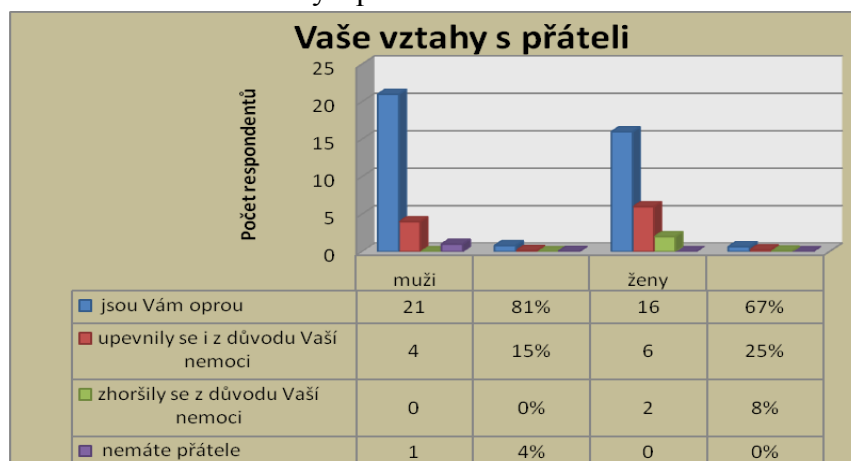
Otázka č. 7: Vaše vztahy s rodinou



Graf č. 13 – Vztahy respondentů s rodinou.

Rodina mi je oporou uvedlo 18 mužů – 69% a 16 žen – 67%. Vztahy s rodinou se upevnily i z důvodu mé nemoci, uvedlo 4 muži – 15% a 4 ženy 17%. Vztahy se zhoršily i z důvodu mé nemoci, uvedl 1 muž – 4%. Nemám kontakt s rodinou, uvedli shodně muži i ženy 2 – 8%. Rodinu nemá 1 muž – 4% a 2 ženy 8%.

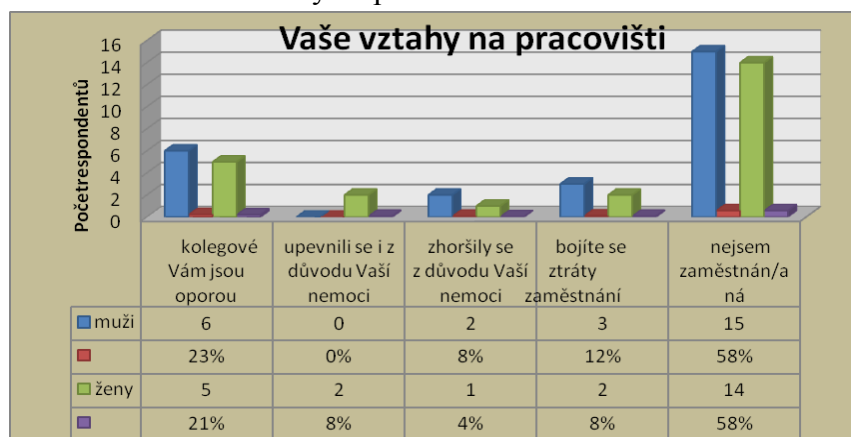
Otázka č. 8: Vaše vztahy s přáteli.



Graf č. 14 – Vztahy respondentů s přáteli.

Přátelé jsou mi oporou, uvádí 21 mužů – 81% a 16 žen - 67%. Mé vztahy s přáteli se upevnily i z důvodu mé nemoci, udali 4 muži – 15% a 6 žen 25%. Vztahy se zhoršily z důvodu mé nemoci, uvedli 2 ženy – 8%. Přátele nemá 1 muž – 4%.

Otázka č. 9: Vaše vztahy na pracovišti.

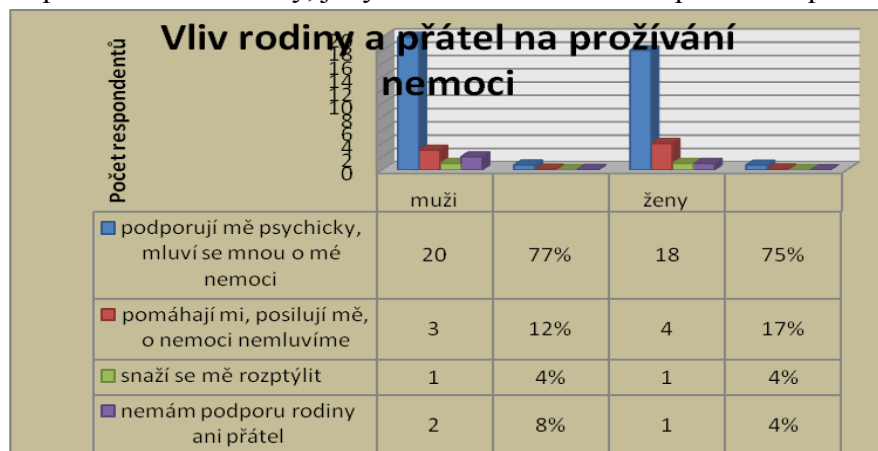


Graf č. 15 – Vztahy respondentů na pracovišti.

Kolegové mi jsou oporou, uvedlo 6 mužů – 23% a 5 žen – 21%. Vztahy na pracovišti se upevnily i z důvodu mé nemoci, uvedly 2 ženy – 8%. Vztahy se zhoršily z důvodu mé nemoci, udali 2 muži – 8% a 1 žena 4%. Ztráty zaměstnání se bojí 3 muži - 12% a 2 ženy – 8%. 15 mužů – 58% a 14 žen – 58% není zaměstnáno.

Otázka č. 11:

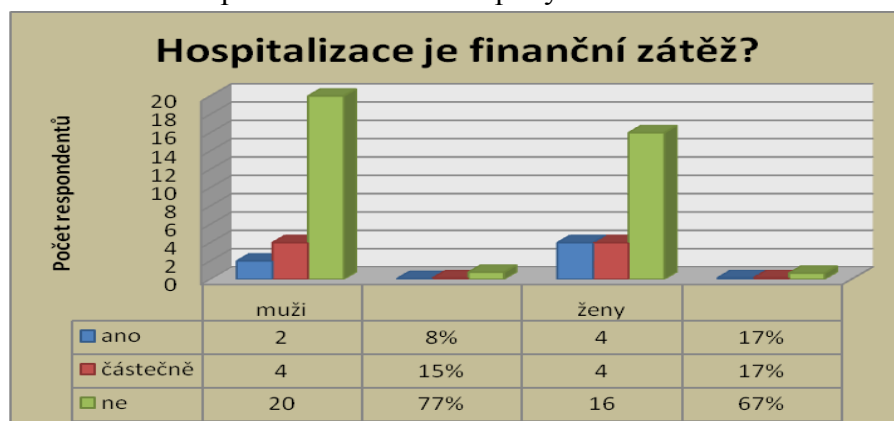
Popište vlastními slovy, jaký vliv má Vaše rodina a přátelé na prožívání nemoci.



Graf č. 16 – Vliv rodiny a přátel na prožívání nemoci.

Analýzou odpovědí v otevřené otázce byly vytvořeny 4 opakující se kategorie odpovědí. Rodina a přátelé mě podporují psychicky, mluví se mnou o mé nemoci, uvedlo 20 mužů – 77% a 18 žen – 75%. Pomáhají mi, posilují mě, o nemoci nemluvíme, udali 3 muži – 12% a 4 ženy – 17%. Snaží se mě rozptýlit, uvedl 1 muž – 4% a 1 žena – 4%. 2 muži – 8% a 1 žena – 4% nemá podporu rodiny ani přátel.

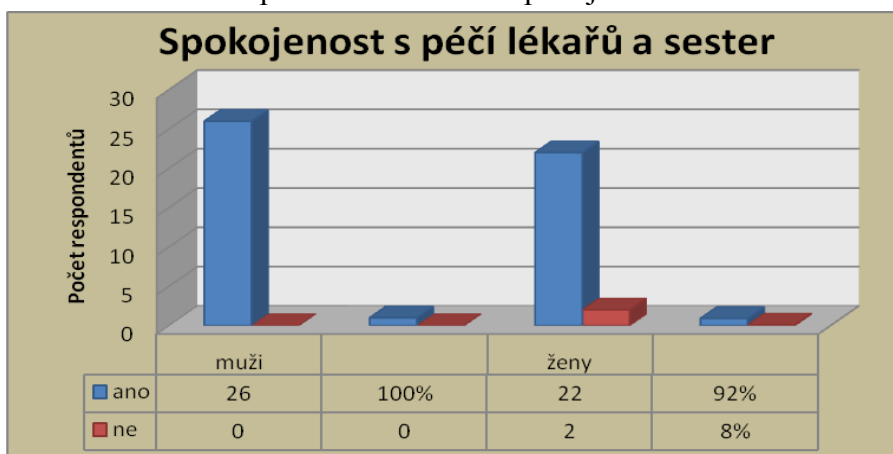
Otázka č. 14: Je pro vás a vaši rodinu pobyt v nemocnici finančně zatěžující?



Graf č. 17 – Hospitalizace je finanční zátěž?

Hospitalizace je pro mou rodinu finanční zátěž, uvádí 2 muži – 8% a 4 ženy – 17%. Částečnou finanční zátěží je hospitalizace pro 4 muže – 15% a 4 ženy – 17%. Pro zbytek respondentů není hospitalizace finanční zátěží.

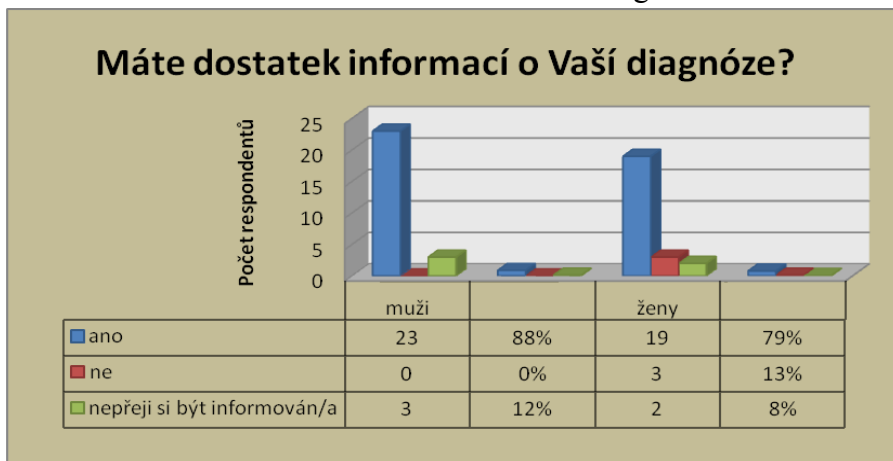
Otázka č. 15: Jste s péčí lékařů a sester spokojen/á?



Graf č. 18 – Spokojenost respondentů s péčí lékařů a sester.

S péčí lékařů a sester jsem spokojen, uvedlo 26 mužů – 100% a 22 žen - 92%.
2 ženy nejsou spokojené s péčí lékařů a sester – 8%.

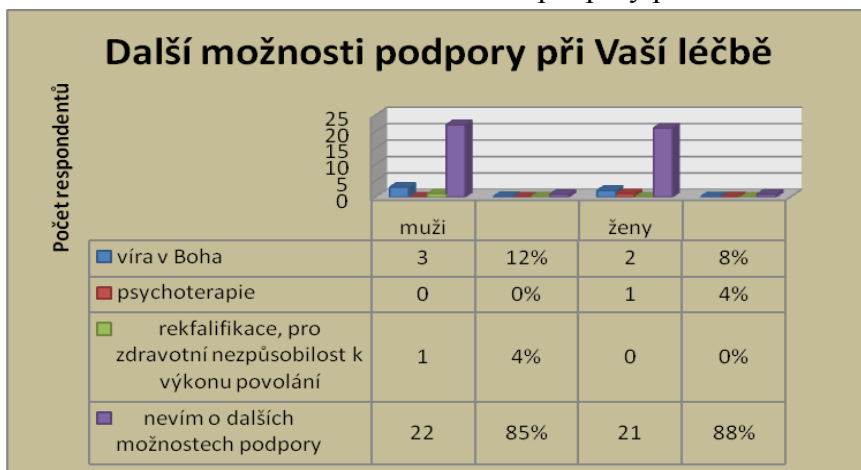
Otázka č. 16: Máte dostatek informací o Vaší diagnóze?



Graf č. 19 – Informovanost respondentů o své diagnóze.

Dostatek informací o své diagnóze má 23 mužů – 88% a 19 žen -79%. 3 muži – 12%
a 2 ženy – 8% si nepřejí být informováni o své diagnóze. 3 ženy – 13% nemají
dostatek informací o své diagnóze.

Otázka č. 19: Víte o dalších možnostech podpory při vaší léčbě?



Graf č. 20 – Další možnosti při Vaší léčbě.

Analýzou odpovědí v otevřené otázce byly vytvořeny 4 kategorie odpovědí. Víru v Boha uvádí jako další možnost podpory 3 muži – 12% a 2 ženy – 8%. Psychoterapii by přivítala 1 žena – 4%. Rekvalifikaci pro zdravotní nezpůsobilost k výkonu povolání uvedl 1 muž – 4%. 22 mužů – 85% a 21 žen – 88% neví o dalších možnostech podpory při své léčbě.

DISKUZE

V této části své bakalářské práce hodnotím celý průběh výzkumného šetření a dosažené výsledky.

Nestandardizovaný dotazník byl určený pouze hospitalizovaným onkologicky nemocným. Záměrně jsem se chtěla vyhnout ambulantním pacientům, protože zde mnohdy není dostatečný čas a klid k vyplnění dotazníků. Byla jsem velmi příjemně překvapena ochotou vrchní sestry onkologické kliniky při požadavku na rozdání dotazníků. Celkem bylo rozdáno 55 dotazníků, návratnost činila 53kusů – 91%. Dotazníky byly vypracovány zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy (viz Příloha č. 5).

Dříve jsem neměla zkušenosti s mužskými pacienty vzhledem k tomu, že pracuji na gynekologickém oddělení. Byla jsem přesvědčena, že muži budou mnohem méně ochotni vyplnit už zmíněné dotazníky, ale opak je pravdou. Muži vyplnili dotazníky mnohem podrobněji a zdá se, že i s větší pečlivostí.

Následující část diskuze se zabývá demografickými údaji. Více jak polovina respondentů byla ve věkové kategorii nad 61 let. Může se tedy předpokládat, že velký počet respondentů bude v důchodovém věku. Mezi muži a ženami nebyly velké rozdíly v počtu respondentů v určitých věkových kategoriích.

Otázkou na vzdělání respondentů jsem chtěla potvrdit, že vyšší vzdělání může naznačovat větší informovanost o léčbě a diagnóze, to může vést k lepší psychické pohodě. Mnohdy ale i neznalost může být přínosem. Nelze tedy faktor vzdělání zcela vynechat.

Mapováním poskytovatelů sociální opory u pacientů s onkologickým nemocněním, což je cíl číslo 1., se zabývají další otázky. Už dříve bylo uvedeno, že více jak polovina respondentů je v důchodovém věku. Nejvíce respondentů bylo tedy důchodců tj. 12 mužů – 46% a 12 žen – 50%. Dále za zmínku stojí počet nezaměstnaných mužů 4 – 15% a 3 ženy – 13%. Pokud někdo nemá zaměstnání, je ve velmi nelehké situaci a to určitě na psychické pohodě nepřidá. Také autorka Mrákovatová (2007) popisuje úzkou souvislost mezi spokojeností v práci a celkovou životní spokojeností.

Otázku na rodinný stav respondentů jsem stejně jako autorka Mrvová (2010) zvolila, protože dle výsledků mohu posuzovat zázemí jednotlivých respondentů, což

určitým způsobem může naznačovat poskytovanou sociální oporu. Nejvíce respondentů bylo ve stavu manželském tj. 12 mužů – 47% a 13 žen – 53%. Dále shodné zastoupení uvedli v kolonce druh/družka muži i ženy tj. 2. Tato vysoká čísla počtu respondentů naznačují, že převažují respondenti žijící s partnerem a že se zde může předpokládat vyšší míra sociální opory. Rozvedeni byli 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Stejně zastoupení uvedli v kolonce vdovec/vdova. Do kolonky svobodný/á se zapsali 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Podobného tématu se týká další otázka, kde zjišťuji, zda respondenti žijí ve společné domácnosti. Žiji sám/a zapsalo 6 mužů – 23% a 5 žen 21%. Ve společné domácnosti s rodinou žije 20 mužů – 77% a 19 žen – 79%. Tato vysoká čísla potvrzují výsledky předchozí otázky. Ano, mám děti, odpovědělo 20 mužů – 77% a 21 žen – 88%. Nadále není nijak podstatný rozdíl ve výsledcích mezi pohlavím respondentů.

Většina respondentů, 24 mužů – 92% a 21 žen – 88% má koníčky. Z důvodu nemoci se svým zálibám nemůžou věnovat 2 muži – 8% a 1 žena – 4%.

Alarmující je, že 23 mužů – 88% a 17 žen – 71% není v péči psychologa. U pacientů s rakovinou se objevuje značné množství psychických obtíží. Psychoonkologie je péče, která by měla být poskytována všem pacientům s rakovinou během celého léčebného procesu. Je velká škoda, že se u nás tato forma pomoci nadále považuje spíše za slabost.

Další problém vidím v tom, že 18 mužů – 69% a 16 žen – 67% žen nemá informace o možnostech státní finanční podpory v nemoci. Zde se tedy nabízí otázka, zda by nemocní neměli informace dostat například formou letáčků už při diagnostice onemocnění. Tento problém se netýká pouze onkologických nemocných, ale všech dlouhodobě nemocných pacientů.

Cílem číslo 2. - zmapovat míru sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním, se zabývají další dvě otázky. 7 mužů – 27% a 5 žen – 21% uvádí, že se vyskytuje v jejich rodině onemocnění podobného charakteru. U velkého počtu onkologických nemocí je zvýšené riziko dědičnosti. Zdravotníci by měli upozornit na nutnost pravidelných preventivních prohlídek v rodinách nemocných.

Pravidelné návštěvy v případě hospitalizace nemají pouze 4 muži – 15% a 3 ženy – 13%. Mnoho respondentů uvedlo, že je příbuzní a přátelé navštěvují každý den, což je další známka vyšší míry sociální opory.

Cíl číslo 3. si klade za úkol - zmapovat vliv sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním. Cílem číslo 3. se budu zabývat v následující části diskuze. Zhoršení vztahů s rodinou i z důvodu své nemoci uvedl 1 muž – 4%. Kontakt s rodinou nemají shodně muži i ženy 2 – 8%. Rodinu nemá 1 muž – 4% a 2 ženy – 8%. Pro zbývající počet respondentů je rodina oporou.

Přátelé jsou mi oporou, uvádí 21 mužů – 81% a 16 žen – 67%. Mé vztahy s přáteli se upevnily i z důvodu mé nemoci, udali 4 muži – 15% a 6 žen – 25%. Tento vysoký počet respondentů potvrzuje, že se zde dá předpokládat vyšší míra sociální opory. Velmi nízké procento respondentů má zhoršené nebo vůbec žádné vztahy s přáteli.

Pouze pro 6 mužů – 23% a 5 žen – 21% jsou kolegové oporou. Vztahy na pracovišti se upevnily i z důvodu mé nemoci, uvedly 2 ženy – 8%. Vztahy se zhoršily z důvodu mé nemoci, udali 2 muži – 8% a 1 žena – 4%. Ztráty zaměstnání se bojí 3 muži – 12% a 2 ženy – 8%. 15 mužů – 58% a 14 žen – 58% není zaměstnáno. Vysoký počet nezaměstnaných přisuzují vysokému procentu důchodců, viz výše.

Analýzou odpovědí v otevřené otázce byly vytvořeny 4 opakující se kategorie odpovědí. Rodina a přátelé mě podporují psychicky, mluví se mnou o mé nemoci, uvedlo 20 mužů – 77% a 18 žen – 75%. Pomáhají mi, posilují mě, o nemoci nemluvíme, udali 3 muži – 12% a 4 ženy – 17%. Snaží se mě rozptýlit, uvedl 1 muž – 4% a 1 žena – 4%. Potěšující je, že pouze 2 muži – 8% a 1 žena – 4% nemá podporu rodiny ani přátel.

Hospitalizace je pro rodinu nemocných finanční zátěž u 2 mužů – 8% a 4 žen – 17%. Částečnou finanční zátěží je hospitalizace pro 4 muže – 15% a 4 ženy – 17%. U onkologických pacientů jde mnohdy o dlouhodobou hospitalizaci, která se v průběhu léčby opakuje, proto je pro pacienty a jejich rodiny určitě velmi psychicky zatěžující, když se ve vládě mluví o zdražení poplatků za hospitalizaci.

Velmi mě těší, že pouze 2 ženy – 8% nejsou spokojené s péčí lékařů a sester. Také pouze 3 ženy – 13% nemají dostatek informací o své diagnóze. Poměrně vysoký počet respondentů 3 muži – 12% a 2 ženy – 8% si nepřejí být informováni o své diagnóze. Zbývající respondenti mají dostatek informací.

Analýzou odpovědí v otevřené otázce, kde se ptám na další možnosti podpory při léčbě respondentů, byly vytvořeny 4 kategorie odpovědí. Víru v Boha uvádí jako další možnost podpory 3 muži – 12% a 2 ženy – 8%. Musím zde přiznat, že velkou chybou

při tvorbě dotazníku bylo, nezabývat se otázkou spirituality. Velmi by mě zajímalo zjistit počet věřících z celkového počtu respondentů. Jsem potěšena, stejně jako Křupalová (2009), že v této době je kladen větší a větší důraz na duchovní stránku jedince. Bylo by přínosem, kdyby se v budoucnu této zajímavé otázce nadále věnovala pozornost. Jako další možnost podpory uvedla 1 žena – 4% psychoterapii. Rekvalifikaci pro zdravotní nezpůsobilost k výkonu povolání uvedl 1 muž – 4%. 22 mužů – 85% a 21 žen – 88% neví o dalších možnostech podpory při své léčbě, což znovu potvrzuje vyšší míru sociální podpory. Zajímavé je, že zde pacienti neuvedli jako možnou oporu v nemoci aktivitu v klubu onkologicky nemocných pacientů. Podobnou problematikou se zabývá Mačáková (2009) ve své diplomové práci, kde mapuje problémy stomiků. Uvádí zde, že respondenti, kteří navštěvují kluby pro stomiky se lépe adaptují na stomii a vedou častěji aktivnější život, než lidé, kteří tyto kluby nenavštěvují. Stomakluby zde zastávají velmi důležitou roli.

V průběhu celého výzkumného šetření jsem se věnovala čtvrtému cíli - zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání sociální opory u onkologicky nemocných žen a mužů. Po celou dobu jsem nezaznamenala podstatný rozdíl mezi pohlavím respondentů.

Po zhodnocení předchozího šetření mohu říci, že tato práce přinesla mnoho nových poznatků v oblasti mapování poskytovatelů, míry a vlivu sociální opory u onkologicky nemocných.

ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem nazvala „Sociální opora a její vliv na prožívání onkologické nemoci“. Přínos této práce je ve zmapování potřeb onkologických pacientů. Bakalářská práce měla za úkol splnit čtyři stanovené cíle.

Teoretická část definuje pojmy důležité pro další části práce. Mezi tyto pojmy patří onkologické onemocnění, fáze onkologické nemoci, psychoonkologie, sociální opora a sociální síť. Dále jsou v této části blíže popsány rizikové faktory vzniku poruch sociální opory.

V praktické části byly stanoveny cíle práce, metodika práce a byl popsán postup při získávání a zpracování dat.

Prvním cílem této práce bylo zjistit všechny poskytovatele sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním. Tito poskytovatelé sociální opory byli zmapováni pomocí nestandardizovaného dotazníku. Mezi hlavní poskytovatele patří rodina, přátelé, kolegové, víra, koníčky, psychoonkologie, zdravotníci atd. Tento cíl práce byl splněn.

Druhým cílem této práce bylo zmapovat míru sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním. Po celou výzkumnou část bakalářské práce bylo zřejmé z výsledků, že většina respondentů vykazuje vysokou míru sociální opory. Pozitivní je, že pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, mohou být vytvořeny efektivnější osobnostní dovednosti zvládání těžkostí. Cíl byl splněn.

Zmapovat vliv sociální opory u pacientů s onkologickým onemocněním je třetím cílem. Analýzou dat bylo zjištěno, že většinu respondentů obou skupin rodina a přátelé podporují psychicky, mluví spolu o nemoci. Pouze 2 muži a 1 žena nemá podporu rodiny ani přátel vůbec žádnou. U těchto respondentů se dá předpokládat, že našli alespoň částečnou oporu a pomoc v jiných formách sociální opory např. psychoterapie, víra, záliby... Cíl byl splněn.

Po celou dobu šetření jsem nezaznamenala podstatný rozdíl mezi pohlavím respondentů, což jsem si dala jako čtvrtý cíl bakalářské práce. Cíl byl splněn.

Výzkumná otázka zní: Ovlivňuje sociální opora prožívání nemoci u onkologicky nemocných pacientů? Ano, ovlivňuje. Znovu zde mohu prohlásit, stejně jako autor Kebza (2007), že vyšší míra sociální opory má kladný vliv na psychickou pohodu

člověka, na kvalitu jeho života, má pozitivní účinek na zdravotní stav nezávisle na tom, zda lidé jsou nebo nejsou vystaveni účinku stresu.

Závěrem lze doporučit, aby lidé posilovali své sociální vztahy v průběhu celého života a tím předcházeli možným poruchám sociální opory.

LITERATURA A PRAMENY

Seznam použité literatury

1. ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie v praxi*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7(BROŽ.)
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., *Speciální psychologie*. 2. Vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4(BROŽ.)
3. HRUBÁ, L., FLORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. Projekt podpory zdraví*. 1. Vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001, 77s. ISBN 80-238-7618-X (BROŽ.)
4. IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, L., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.99 s. ISBN 978-80-244-1832-2(BROŽ.)
5. KŘIVOHLAVÝ, J., *Pozitivní psychologie: odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí, radost, naděje*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X(BROŽ.)
6. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0197-0(BROŽ.)
7. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 3. Vydání. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4(BROŽ.)
8. MAREŠ, J. a kol., *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. 1. Vydání, Hradec Králové: Nucleus, 2003. 252 s. ISBN 80-86225-47-1(BROŽ.)

9. SLOVÁČEK, L., *Psychologická a psychosociální intervence u onkologických nemocných – význam a postavení v komplexní protinádorové terapii z pohledu onkologa*. Vojenské zdravotnické listy, Hradec Králové: Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví, Katedra válečného vnitřního lékařství, 2008, ročník LXXVII, číslo 1.
10. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., *Sociální opora jako významný projektivní faktor*. Československá psychologie. Praha: Psychologický ústav AV ČR. 1999, roč. 43, č. 1. ISSN 0009-062X.
11. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0
12. ZELENÁ, M., KLÉGROVÁ, A., *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s.: ISBN: 80-86991-67-9 (brož.).

Bibliografické citace a bibliografické odkazy na elektronické prameny:

1. BLAŽKOVÁ, R. *Sociální vztahy ve stáří*, [online]. Diplomová práce, Brno, 2009, [cit. 2011-01-04]. Dostupný z WWW: <<http://theses.cz/id/oz2wn2>>
2. JANÁČKOVÁ, L., *Psychika v hlavní roli*, [online]. 2009 [cit. 2011-07-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.freshin.cz/zdravi/psychika-v-hlavni-rol.html>>
3. JANDÍK, P. *Nejsi na to sama, Rozhovor s onkochirurgem*, [online]. [cit. 2011-07-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.rakovinaprsvu.cz/nejsi-na-to-sama/uloha-rodiny-a-pratel/>>
4. KALVODOVÁ, L. *Psychika onkologicky nemocných a jejich blízkých*, [online]. 2006, [cit. 2009-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_r1.php>.
5. KEBZA, V. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*, [online]. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů*: Portál 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze, 2007, [cit. 2011-12-04]. ISSN 1803-6619. Dostupný z WWW: <<http://www.portal.lf1.cuni.cz/clanek-764-socialni-opora-jako-vyznamny-protektivni-faktor>>

6. KLIMEŠ, J. *Psychika a typologie onkologických pacientů*, [online].
[cit. 2011-12-04]. Dostupný z WWW:
<<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/onkologicky-pacient.htm>>
7. KŘUPALOVÁ, H. *Důsledky rakoviny tlustého střeva a konečníku aneb základní změny ve fyzické, psychické, sociální a spirituální stránce onkologicky nemocného člověka*, [online]. Bakalářská / Diplomová práce, Olomouc, 2009, [cit. 2011-03-04]. Dostupný z WWW: <<http://theses.cz/id/j0akvv>>
8. MAČÁKOVÁ, H. *Změny partnerských vztahů a úroveň sociální opory u stomiků*, [online]. Diplomová práce, Olomouc, 2009, [cit. 2011-12-04]. Dostupný z WWW: <<http://theses.cz/id/eqhoht>>
9. MICHELOVÁ, R. *Sociální opora*, [online]. Ústí nad Labem, Univerzita J. A. Purkyně, [cit. 2011-12-04]. Dostupné z WWW:
<http://www.fse.ujepurkyne.com/materialy/KSP_michelova_socopora.pdf>
10. MRÁKOTOVÁ, L. *Joginství, jejich děti, postoje rodičů k odlišnému životnímu stylu*, [online]. Diplomová práce, Brno, 2007, [cit. 2011-01-04]. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/80044/pedf_m/joginstvi_jejich_deti1.pdf>
11. MRVOVÁ, M. *Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční*, [online]. Bakalářská práce, Olomouc, 2010, [cit. 2011-12-04]. Dostupný z WWW: <<http://theses.cz/id/i3m1e0>>
12. PELCÁK, S. *Úvod do psychologie zdraví*, [online]. Soubor základních přednášek, 2005 – 6, [cit. 2011-18-04]). Dostupný z WWW:
<<http://www.ksocp.info/UserFiles/UPZ.doc>>
13. ŠTEFANOVÁ, J. *Rakovinu umíme léčit, přesto se počet případů zvyšuje. Proč?* [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupný z WWW: <http://www.ona.idnes.cz/rakovinu-umime-lecit-presto-se-pocet-pripadu-zvysuje-proc-pae-zdravi.asp?c=A101025_151237_zdravi_abr>

SEZNAM GRAFŮ:

Graf č. 1 – Zastoupení respondentů podle pohlaví.

Graf č. 2 – Věk respondentů.

Graf č. 3 – Vzdělání respondentů.

Graf č. 4 – Zaměstnání respondentů.

Graf č. 5 – Rodinný stav respondentů.

Graf č. 6 – Žijete ve společné domácnosti?

Graf č. 7 – Máte děti?

Graf č. 8 – Počet respondentů s koníčky?

Graf č. 9 – Počet respondentů v péči psychologa.

Graf č. 10 – Informovanost respondentů o státní finanční podpoře.

Graf č. 11 – Počet respondentů s onemocněním podobného charakteru v rodině.

Graf č. 12 – Jak často máte návštěvy?

Graf č. 13 – Vztahy respondentů s rodinou.

Graf č. 14 – Vztahy respondentů s přáteli.

Graf č. 15 – Vztahy respondentů na pracovišti.

Graf č. 16 – Vliv rodiny a přátel na prožívání nemoci.

Graf č. 17 – Hospitalizace je finanční zátěž?

Graf č. 18 – Spokojenost respondentů s péčí lékařů a sester.

Graf č. 19 – Informovanost respondentů o své diagnóze.

Graf č. 20 – Další možnosti při Vaší léčbě.

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1: Na co má pacient podle kodexu právo (výběr)

Příloha č. 2: Vybrané pojmy

Příloha č. 3: Sociální opora jako nárazník

Příloha č. 4: Teorie podpůrných sociálních vztahů

Příloha č. 5: Dotazník ženy

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

Na co má pacient podle kodexu právo (výběr):

- na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky
 - znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují
 - mít možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli (omezení návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů)
 - pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby bylo možné se před zahájením každého diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí
 - být náležitě informován o případných rizicích
 - seznámen s alternativními postupy
 - odmítnout léčbu, ale musí být současně informována o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí
 - na to, aby byly brány maximální ohledy na soukromí a stud
 - odmítnout/odsouhlasit přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny
 - veškeré zprávy a záznamy jsou považovány za důvěrné
 - na podrobné a srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodne k nestandardnímu postupu či experimentu
 - kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, odstoupit od léčebného experimentu (www.rakovinaprsvu.cz [cit. 2011-07-02]).
-

PŘÍLOHA Č. 2

Vybrané pojmy:

Sociální síť: skupina lidí kolem dané osoby, s nimiž je tato osoba v sociálním kontaktu a od nichž je možno očekávat, v případě potřeby, určitou pomoc

Sociální izolace: druhý pól, opak sociální opory, osamocení, opuštění, až výrazné sociální zavržení.

Phillips effect: úmrtnost lidí po datu narozenin než před ním, s blízcími se narozeninami se stav pacientů zlepšoval, chtěli ještě naposledy vidět svou rodinu, toto je všeobecně interpretováno jako důsledek příznivého vlivu sociální opory.

Teorie připoutání: připoutání jednoho člověka k druhému pevnou a trvalou sociální vazbou, úzkostné sociální připoutání vede ke strachu z odloučení např. od matky (Křivohlavý, 2009, s. 96-100).

PŘÍLOHA Č. 3

Sociální opora jako nárazník

Sociální opora má příznivý vliv na zdravotní stav především tehdy, je-li člověk vystaven působení stresu. Chrání jedince vůči negativním důsledkům stresu.

Tlumivé vlivy:

1. *ovlivněním kognitivní sféry člověka v nouzi* (poskytování informací a rad aj.)
2. *posílením sebeúcty, zvýšením sebevědomí* (přesvědčí o tom, že danou situaci zvládnu svými schopnostmi a znalostmi aj.)
3. *volbou vhodnější strategie* (aktivní řešení stresové situace místo pasivního aj.)
4. *snižováním negativního působení stresoru na fyziologické dění* (zásah chirurga v situaci zdravotní nouze aj.) (Křivohlavý, 2009, s. 105)

PŘÍLOHA Č. 4

Teorie podpůrných sociálních vztahů

Podpůrné sociální vztahy jsou mezilidská pouta, z nichž člověk může získat zdroje, které mu mohou být pomocí při zvládnání těžkých životních situací.

Rozlišujeme 3 rysy vzájemných vztahů:

1. *míra pomoci* (jak se mohu spolehnout, mám důvěřovat aj.)
2. *hloubka vzájemných vztahů* (jak moc je daná osoba oddána druhé)
3. *míra mezilidských konfliktů* (potíže s danou osobou)

O podpůrné sociální vztahy jde i ve skupinové psychoterapii, skupina přejímá do určité míry roli rodiny, snaží se nahradit, co vlastní rodina zanedbala.

(www.fse.ujepurkyne.com [cit. 2011-12-04])

PŘÍLOHA Č. 5

Dotazník ženy:

Vážená paní,

jmenuji se Danuše Švrdlíková, studuji na UP v Olomouci 3. ročník obor Porodní asistence. Prosim Vás o dobrovolné vyplnění následujícího dotazníku, který slouží k získání podkladů pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze ke studijním účelům. Vhodné odpovědi zakroužkujte, případně vyplňte jiné odpovědi.

1. Váš věk:

2. Vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen
- c) úplné střední
- d) vysokoškolské

3. Zaměstnání:

- a) v domácnosti, student, mateřská dovolená
- b) nezaměstnán
- c) důchodce
- d) zaměstnána

4. Rodinný stav:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) družka
- d) rozvedená
- e) vdova

5. Žijete ve společné domácnosti?

- a) sama
- b) s rodinou

6. Máte děti?

- a) ano
- b) ne

7. Vaše vztahy s rodinou:

- a) rodina Vám je oporou
- b) vztahy se upevnily i z důvodu Vaší nemoci
- c) vztahy se zhoršily z důvodu Vaší nemoci
- d) nemám žádné kontakty s rodinou
- e) nemáte rodinu

8. Vaše vztahy s přáteli:

- a) přátelé Vám jsou oporou
- b) vztahy se upevnily i z důvodu Vaší nemoci
- c) vztahy se zhoršily z důvodu Vaší nemoci
- d) nemáte přátele

9. Vaše vztahy na pracovišti:

- a) kolegové Vám jsou oporou
- b) vztahy se upevnily i z důvodu Vaší nemoci
- c) vztahy se zhoršily z důvodu Vaší nemoci
- d) bojíte se ztráty zaměstnání
- e) nejsem zaměstnaná

10. Máte koníčky?

- a) ano
- b) ne

11. Popište vlastními slovy, jaký vliv má Vaše rodina a přátelé na prožívání nemoci:

.....

.....

12. Vyskytuje se ve Vaší rodině onemocnění podobného charakteru?

a) ano

b) ne

3. V případě hospitalizace jak často máte pravidelné návštěvy?

a) každý den

b) 3x a více za týden

c) 2x a méně za týden

d) nemám návštěvy

14. Je pro Vás a Vaši rodinu pobyt v nemocnici finančně zatěžující?

a) ano

b) ne

15. Jste s péčí lékařů a sester spokojená?

a) ano

b) ne

16. Máte dostatek informací o Vaší diagnóze?

a) ano

b) ne

c) nepřeji si být o nemoci informována

17. Jste v péči psychologa?

a) ano

b) ne

18. Jste informována o možnostech státní finanční podpory v nemoci?

- a) ano
- b) ne dostatečně
- c) ne

19. Víte o dalších možnostech podpory při vaší léčbě?

- a) ano – jaké

.....

.....

.....

- b) ne

Děkuji velice za ochotu a Váš čas při vyplňování.

Švrdlíková Danuše