



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

# Možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu

Vypracovala: Markéta Končická  
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová  
České Budějovice 2016

## Abstrakt

Onemocnění karcinomem prsu je v současnosti jedním z nejčastějších nádorových onemocnění u žen u nás. Důležitá role je při tomto onemocnění přikládána prevenci, včasné diagnostice a léčbě. Prsy jsou již od pradávna symbolem ženství a tento poznatek již několik desítek let uznává i lékařská věda. Léčba onemocnění karcinomem prsu představuje velkou zátěž v oblasti psychické a sociální. Dotýká se života ženy v rovině osobní, rodinné nebo profesní. Ovlivňuje vztahy mezi blízkými lidmi a klade velkou zátěž jak na samotnou ženu s onemocněním, tak i na její nejbližší okolí. Všemi uvedenými oblastmi se zabývá sociální práce a sociální pracovník. Existuje nějaký vzájemný prostor pomoci mezi ženami s onemocněním karcinomem prsu a možností práce sociálního pracovníka? Jaká je role sociálního pracovníka v souvislosti s onemocněním žen karcinomem prsu? A jak to vnímají samy ženy s tímto onemocněním? Potřebují tuto pomoc?

Teoretickou část jsem rozdělila do sedmi kapitol. V první kapitole popisují současný stav dané problematiky. Ve druhé kapitole se zabývám sociálními důsledky nemoci, a ve třetí důsledky v oblasti psychické. Čtvrtá kapitola je věnována specifické zátěži v životě ženy způsobené onemocněním. Pátá kapitola se zaměřuje na onemocnění v souvislosti s krizí. V šesté kapitole nahlížím na zvládání problému nemoci a utrpení ze strany ženy. V poslední kapitole definuji sociální práci.

Ve své práci jsem metody, techniky a přístupy sociální práce shrnula pod termínem intervence sociální práce, vzhledem k nejednotnosti pojmů v použitých zdrojích. Jako posledními se zabývám možnostmi sociální práce u žen s karcinomem prsu v rámci svépomocných skupin a odkazem na některá patientská sdružení.

Cílem práce je zjistit, jaké jsou možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu. Dílčím cílem je popsat roli sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu. K dosažení cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky. V čem spočívá sociální práce s ženami s karcinomem prsu? Jaká je role sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu? Vyhledávají ženy s karcinomem prsu pomoc sociálních

pracovníků? S jakými obtížemi se ženy s karcinomem prsu obracejí na sociální pracovníky?

Bakalářskou práci jsem zpracovala metodikou kvalitativního výzkumu, s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 6 sociálních pracovníků, 5 zdravotně sociálních pracovníků a 6 žen s onemocněním karcinomem prsu.

Výzkum ukázal možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu z pohledu sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků a poukázal na fakt, že ačkoliv z použitých zdrojů vyplývá nezbytnost podpory sociálního fungování u žen s karcinomem prsu a podpora spolupráce sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech, tyto ženy pomoc sociálních a zdravotně sociálních pracovníků nevyhledávají.

Tato bakalářská práce by mohla posloužit jako informační materiál pro ženy s karcinomem prsu v rámci odborného sociálního poradenství a pro sociální pracovníky zabývajícími se onemocněním žen s karcinomem prsu.

**Klíčová slova:** sociální pracovník, sociální práce, odborné sociální poradenství, karcinom prsu

## **Abstract**

Breast carcinoma is currently one of the most common cancers of women in our country. The important role with respect to this disease plays prevention, early diagnosis and treatment. The breasts have always been the symbol of femininity and this knowledge is recognized by medical science for several decades. Treatment of breast carcinoma represents large stress in psychological and social area of human. It affects the personal, family or career parts of woman's life and influences relations between close people and puts large stress both on woman herself and her nearest surroundings. All these areas are engaged in social work and work of social worker. Is there any common area of help between women with breast carcinoma and possibilities of social worker? What is the role of social worker as far as the breast carcinoma is concerned? And what is the point of view of women with this disease? Do they need help?

The theoretical part of this thesis is divided into seven chapters. In the first chapter is described the current status of the issue. The second chapter is concerned with social consequences of the disease and the third chapter is related to psychological areas of this issue. The fourth chapter is devoted to the specific stress in woman's life caused by the breast carcinoma. The fifth chapter is focused on the disease in connection with the crisis. The sixth chapter deals with coping with problems of the disease and suffering of women. In the last chapter is defined the social work.

In my thesis I summarized the methods, techniques and approaches to social work due to the inconsistency of the terms used in sources under the term Intervention of Social work. At last the thesis deals with the possibilities of social work among women with breast carcinoma within self-help groups and reference to certain patient groups.

The aim of this thesis is to find out the possibilities of social work among women with breast carcinoma. The partial aim of this thesis is to describe the role of the social worker in caring about women with breast carcinoma. To achieve these aims have been asked these questions. What is the matter of social work among women with breast carcinoma? What is the role of social worker in caring about women with breast carcinoma? Do the women with breast cancer look for the help of social workers? With which problems do the women with breast carcinoma turn to social workers?

The bachelor thesis was elaborated by quantitative research methodology using the semi-structured interview technique. The research group consisted of 6 social workers, 5 health and social workers and 6 women with breast carcinoma.

The research has revealed the possibilities of social work among women with breast carcinoma from the perspective of social worker and health and social worker and also pointed out the facts that although the used sources emphasize the necessity of support of social functioning of women with breast carcinoma and cooperation between social workers and health and social workers in multidisciplinary teams, the women with breast carcinoma has not looked for the help of social workers and health and social workers.

This bachelor thesis is designed as informational material for women with breast carcinoma within professional social counseling and for social workers dealing with women with breast carcinoma.

Key words: social worker, social work, professional social counseling, breast carcinoma,

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 15. 8. 2016

.....

Markéta Končická

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Motlové za trpělivost, cenné rady a pomoc v mé práci.

## Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav dané problematiky .....	10
1.1 Anatomie prsu .....	10
1.1.2 Zhoubný nádor .....	11
1.1.3 Příčiny vzniku, rizikové faktory .....	11
1.1.4 Stanovení diagnózy .....	14
1.1.5 Léčba .....	15
1.1.6 Vedlejší účinky .....	18
1.1.7 Rozhodnutí jít k lékaři.....	20
1.1.8 Pět fází života s nemocí a jejich požadavky.....	22
1.2 Sociální důsledky nemoci.....	30
1.3 Psychické důsledky nemoci .....	33
1.4 Specifická zátěž u onemocnění karcinomem prsu .....	35
1.5 Krize .....	36
1.6 Zvládání nemoci a utrpení ze strany ženy .....	39
1.7 Sociální práce .....	43
1.7.1 Sociální poradenství .....	45
1.7.2 Sociální pracovník.....	47
1.7.3 Role sociálního pracovníka .....	49
1.7.4. Možnosti sociální práce u žen s onemocněním karcinomem prsu .....	50
2 Cíl práce .....	55
3 Metodika výzkumu.....	56
3.1 Metody a techniky sběru dat .....	56
3.2 Zkoumaný soubor.....	57
3.3 Realizace výzkumu .....	60
4 Výsledky.....	62
5 Diskuze.....	101
6 Závěr.....	106
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	108



# Úvod

Onemocnění karcinomem prsu je v České republice nejčastějším zhoubným onemocněním u žen. Z hlediska epidemiologie zhoubných nádorů patříme mezi nejvíce zatížené státy na světě. Incidence onemocnění má, i vzhledem k jeho včasnému odhalení vzrůstající tendenci, přesto vzrůstá i jeho prevalence a snižuje se počet úmrtí na toto onemocnění. Pro samotnou ženu i její blízké okolí představuje jednu z nejtěžších životních událostí a klade na ně nepřiměřené požadavky. Sdělení diagnózy a průběh léčby nelze proto posuzovat z pohledu medicínského, ale i z pohledu psychosociálních potřeb. Žena s onemocněním karcinomem prsu netrpí pouze fyzickými obtížemi, potýká se také s úzkostí a strachem a vyrovnává se se statutem pacientky ve všech oblastech svého dosavadního života. Je to oblast jejího ženství, partnerských vztahů, rodinného života, pracovního i společenského života, oblast volného času či ekonomického zajištění. V zahraničí se proto standardní součástí onkologické léčby stává sociální práce s onkologicky nemocným.

V teoretické části práce se zabývám onemocněním z medicínského pohledu. Věnuji se průběhu léčby a jejím vedlejším účinkům. Popíši fáze onemocnění a specifické problémy v životě ženy způsobené onemocněním. Z pohledu psychosociálního se věnuji tématu zvládnání onemocnění, dotýkám se tématu onemocnění jako životní krize. Věnuji se oblasti sociální práce a sociálního poradenství a roli sociálního pracovníka/pracovnice a zdravotně sociálního pracovníka/pracovnice a možnostem sociální práce u žen s karcinomem prsu.

Ve výzkumné části zmapuji možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu v zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Pro ucelený pohled na problematiku psychosociálních potřeb zmapuji dané téma také z pohledu žen s onemocněním karcinomem prsu.

V mnou použité odborné literatuře je pro člověka s onemocněním používán pojem pacient/pacientka a také pojem onkologicky nemocný, proto jsem tento termín použila pro ženy s onemocněním karcinomem prsu ve své práci také.

## **1 Současný stav dané problematiky**

V České republice jsou od roku 1979 do Národního onkologického registru ukládána všechna hlášená onemocnění zhoubnými novotvary. Z registru se čerpají veškeré informace o vývoji incidence, prevalenci, úmrtnosti, věkovém rozložení apod. Nejčastější příčinou úmrtí žen na nádorové onemocnění v České republice je karcinom prsu. Incidence onemocnění u žen ve věku do 20ti let je velmi nízká. Od 20. roku se však výskyt zvyšuje, ve věkové kategorii žen 20 - 34 let je třetím nejčastějším zhoubným onemocněním po nádorech děložního hrdla a kožních nádorech. Po 40. roce věku četnost prudce stoupá a trend je rostoucí, největší nárůst nově diagnostikovaných onemocnění je ve věkové kategorii 50 – 59 let. Také věková kategorie žen nad 70 let se stává stále významnější skupinou, co se týče dlouhodobého rostoucího trendu incidence onemocnění. Nádory prsu mohou postihnout i muže, i když se jedná spíše o raritní výskyt. Nejčastěji se jedná o věkovou kategorii mužů nad 50 let (Abrahámová, 2009).

### **1.1 Anatomie prsu**

Prs je symbolem ženství a ženské krásy. Prochází během života ženy, zejména v pubertě, v šestinedělí, během kojení a v přechodu změnami podmíněnými hormony. Pomyslně je prs rozdělen na čtyři kvadranty – horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní. Prs se skládá z laloků, ty sestávají z menších lalůčků produkujících mléko. Jsou propojeny mlékovody, které vyúsťují v bradavce uprostřed tzv. dvorce. Mléčná žláza má bohaté cévní - krevní zásobení. Důležité je zmínit zásobení mizní - lymfatické. Tok mízy mizními cévami je přerušován mizními uzlinami, které slouží jako filtr a prvotním uzlinovým spádem prsu jsou podpažní uzliny (Abrahámová, 2000). Mléčná žláza se zakládá u obou pohlaví, ale vyvine se jen u žen (Nováková, 2011).

### 1.1.2 Zhoubný nádor

Rakovina byla známa již v dávnověku. Psal o ní již Hippokrates, název tumor jí dal Galénos (Křivohlavý, 2002). Zhoubný nádor (rakovina) je obecný název pro více než 100 různých chorob. Všechny se vyznačují nekontrolovatelným překotným růstem buněk tvořících zhoubný nádor. Mezi nejčastější nádorové onemocnění žen patří karcinom prsu. Zhoubný nádor je zpočátku neinvazivní („in situ“), roste pomalu a na jednom místě. Později se stává invazivní a zhoubné buňky pronikají agresivně do okolí. A to mizí cestou do mizních (lymfatických) uzlin a nejsou-li zničeny obrannými silami organismu, vytvoří zde dceřiná ložiska – lymfatické metastázy. Nebo mohou pronikat krevními cévami do dalších, většinou dobře prokrvených orgánů, jakou jsou játra nebo mozek a vytvářet vzdálená dceřiná ložiska - hematogenní metastázy. Zhoubný nádor tak destruuje a ničí okolní tkáň a orgány (Abrahámová, 2009). Zasažené orgány a tělesné soustavy nakonec již nemohou vykonávat své funkce, což může vést ke smrti (Nezu, 2004). Kromě zhoubných (maligních) nádorů, které se rozšívají ve formě metastáz, rozlišujeme nádory benigní (nezhoubné), které zůstávají pravidelně na stálém místě (Křivohlavý, 2002).

### 1.1.3 Příčiny vzniku, rizikové faktory

Příčina vzniku rakoviny prsu není dosud známá. Ale jsou známy rizikové faktory vzniku. Vysoce rizikový je věk ženy nad 45 let, výskyt onemocnění u žen v nejbližší příbuzenské linii a předchozí onemocnění touto nemocí na jedné straně. Méně rizikovým faktorem je nadváha 40 % a více, časná menstruace a pozdní menopauza po 50. roce věku (Abrahámová, 2000). Odhady osobního rizika vzniku karcinomu prsu u jednotlivé ženy jsou přesto „ryze pravděpodobnostní a zatížené významnou nejistotou“ (Abrahámová, 2009, s. 33). Studium rizikových faktorů je důležité z hlediska formulace obecných zásad prevence, jejichž dodržování snižuje riziko vzniku

onemocnění a také k vymezení skupin žen se zvýšeným rizikem. Rizikové faktory lze rozdělit podle možnosti jejich ovlivnění aktivním přístupem ženy. Ovlivnitelné v určité míře jsou faktory životního stylu (expozice karcinogenům, fyzická aktivita, stravovací návyky), prakticky neovlivnitelné jsou genetické predispozice. Přehled rizikových faktorů karcinomu prsu podle jejich významnosti a vztahu k onemocnění uvádí Abrahámová (2009) takto:

- a) Faktory životního stylu (alkohol, stravovací návyky, obezita, fyzická aktivita, kouření)
- b) Faktory osobní anamnézy (věk, rasa, geografická oblast, historie patologických mikroskopických změn prsní tkáně)
- c) Hormonální a gynekologické faktory (první menstruace, menopauza, věk při prvním porodu, počet porodů, kojení, gynekologická operace, hormonální léčba)
- d) Genetické faktory (výskyt zhoubných nádorů v rodině, osobní dispozice)
- e) Ostatní faktory s nejistým nebo žádným vlivem na vznik karcinomu prsu (vzdělání, bydliště, psychologické aspekty, umělé přerušování těhotenství, životní prostředí, antiperspiranty).

Podle Křivohlavého (2002) se hovoří o vzniku rakoviny jako o multideterminovaném jevu. Uvádí působení rizikových faktorů v životním prostředí. Podstatně největší význam má rizikový faktor životní styl a to hlavně kouření a nezdravá dieta a dodává, že kouření stojí za zrodem nejenom rakoviny plic, ale u žen se přichází na souvislost s výskytem rakoviny prsu. V případě nezdravé diety pokazuje na studie ukazující, že strava bohatá na živočišné tuky a proteiny je také rizikovým faktorem pro vznik rakoviny prsu. Naopak zdůrazňuje pozitivní vliv pohybu na zdraví člověka. Zabývá se také vlivem stresu a emocionálních projevů a typem osobnosti na vznik rakoviny. Janáčková (2014) naopak důrazně popírá vliv potlačovaných emocí na vznik rakoviny. Křivohlavý (2002) uvádí také, že rizikovým faktorem může být deprese. Dle Angenendt (2010) není zatím vědecky vyjasněné, zda může duševní a sociální zátěž přímo způsobit rakovinu. Domnívá se, že tato zátěž může nepřímo způsobovat nejrůznější zlovyky a stresové chování, které mohou následně ovlivňovat vznik nádorového onemocnění. Angenendt se zabývá fenoménem osobnosti typu C, náchylné

k častějšímu onemocnění rakovinou a nazývá ji mýtem. Uvádí nedostatky vědeckých studií na toto téma, hovoří o příčinách vzniku rakoviny jako o multifaktoriálních a zároveň považuje za jisté, že průběh rakoviny i dobu přežití lze ovlivnit způsobem zacházení s onemocněním.

#### a) Prevence

Navzdory výzkumům a prohlubujícím se znalostem je nejučinnější prevencí časný záchyt onemocnění. Velikost zachyceného primárního nádoru má významný vliv na prognózu. Abrahámová (2009) uvádí jako nejlepší cestu, jak dosáhnout maximálního přežití žen s karcinomem prsu plánovitý mamografický skríníng. Časná diagnóza se podílí na zvýšeném počtu záchranných chirurgických výkonů. Velmi diskutovaným tématem je samovyšetření. Jak napovídá název, jedná se o vyšetření prsu, které si provádí žena sama. Podle Abrahámové by je měla provádět pravidelně každý měsíc, nejlépe druhý až třetí den po skončení menstruace. Pro ženy které nemenstruují je vhodný každý snadno zapamatovatelný den, například vždy první den v měsíci. Důležité je zpočátku provádět samovyšetření každý den po dobu jednoho měsíce pro důkladné seznámení se se strukturou prsu. Přesný popis techniky samovyšetření je uveden v příloze č. 4. Podle Abrahámové správnou techniku samovyšetření ale provádí jen velmi malé procento žen. A v žádném případě nenahrazuje skríníng. Přesto lze říci, že ženy, které samovyšetřování provádějí dobře a pravidelně, přicházejí k lékaři s nádory menší velikosti. Abrahámová vysvětluje, že skríníng znamená aktivní vyhledávání ještě velmi malého a pohmatově sotva zjiitelného karcinomu prsu, kdy se ještě nerozšířil cévním řečištěm. Od věku 45 let jsou všechny ženy, které nemají žádné zjevné onemocnění, zvány ve dvouletých intervalech k pravidelnému mamografickému vyšetření (rentgenologické zobrazení prsu). Vyšetření určí, zda ženy s největší pravděpodobností karcinomem prsu netrpí (a i tak by měly během dvouletého intervalu provádět samovyšetřování a v případě podezření neprodleně vyhledat lékaře), a ženy, které by karcinomem prsu trpět mohly. Ženy z této druhé skupiny se musí podrobit dalším vyšetřením k definitivnímu potvrzení nebo vyloučení diagnózy. Dle Abrahámové je mamografický skríníng zatím nejefektivnějším způsobem včasného nálezu karcinomu prsu u bezpříznakových žen.

## b) Příznaky

Podle Abrahámové (2001) ve svém prvopočátku nezpůsobuje zhoubný nádor žádné obtíže a není většinou bolestivý. Jako nejčastější příznaky, se kterými je neprodleně nutné navštívit lékaře, uvádí:

- a) bulku nebo zatuhnutí v prsu, nejčastěji v jeho horním zevním kvadrantu
- b) bulku v podpaží
- c) změny tvaru a velikosti prsu
- d) důlkovatení, hrboly nebo „pomerančová“ kůže
- e) změnu barvy kůže prsu
- f) nepravidelnost bradavky, její vtahování, výtok z bradavky.

### 1.1.4 Stanovení diagnózy

Při podezření na nádorové onemocnění lékař kromě běžných vyšetření posílá ženu na mamografii. Ta může zobrazit ještě bezpříznakový nádorek. Mamografické vyšetření obvykle doplňuje ultrasonografie. Někdy je nutné provést punkční vyšetření. Speciální tenkou jehlou se vytáhne z objeveného ložiska tekutina nebo malé množství tkáně k potvrzení nebo vyloučení možného nádoru (Abrahámová, 2001). Získaný tkáňový materiál vyšetřuje patolog pod mikroskopem. Pokud je diagnóza potvrzena, provádí se chirurgický zákrok. Z odebraného materiálu určí patolog typ nádoru, velikost a důležité prognostické znaky, jejichž stanovení je povinné. Zároveň se provádí další vyšetření k určení, zda se onemocnění nerozšířilo mimo prs. Určí se tak stádia a rozsah onemocnění. Stádia se označují čísly 0 – IV a každá žena s onemocněním karcinomem prsu má právo ptát se na stádium svého onemocnění. Podle stádia onemocnění určí lékař nejvhodnější léčbu a může odhadnout i prognózu onemocnění (pravděpodobnost vyléčení) (Abrahámová, 2009).

### 1.1.5 Léčba

Lékař by měl pacientce srozumitelně sdělit a zdůvodnit léčebný plán a je-li více možných variant léčby, objasnit jejich výhody i nevýhody tak, aby se žena s onemocněním karcinomem prsu mohla rozhodnout. Podle přání pacientky může být vysvětlení léčebného plánu přítomen někdo z rodiny nebo přátel (Abrahámová, 2009). Dle internetového serveru [www.rakovinaprсу.cz](http://www.rakovinaprсу.cz) má žena s onemocněním karcinomem prsu právo na tzv. second opinion – názor druhého lékaře a tak se ujistit o tom, že doporučený způsob léčby je nejlepší možný. Může požádat o konzultaci na jiném odborném pracovišti, nejlépe v onkologickém centru. Ošetřující lékař je povinen na požádání poskytnout konzultačnímu pracovišti veškeré podklady. Není na místě stud nebo obavy pacientky z tohoto kroku. Žena s onemocněním karcinomem prsu má také právo na léčbu nejúčinnějšími prostředky. Všeobecné nemocnice nemají možnost aplikovat speciální nákladné druhy léčby. Volbou může být některé z akreditovaných onkologických center, která mají přístup například k biologickým preparátům a klinickým studiím. Jak server dále uvádí, léčebný plán se pro každou pacientku stanovuje individuálně a berou se přitom v úvahu všechna specifika její situace. Na rozhodování o léčbě se podílí celý tým lékařů. Jeho členy jsou klinický onkolog, chirurg, rentgenolog, radiační onkolog, patolog a v případě potřeby i další odborníci. Nejvýznamnějším faktorem je rozsah nádoru a jeho biologické vlastnosti, věk pacientky, její vztah k menopauze, přítomnost či absence hormonálních receptorů a receptorů HER2 na nádorových buňkách (Rakovina prsu, 2015). Léčbu lze obecně rozdělit na chirurgickou, systémovou a radiační. *„Cílem všech těchto léčebných přístupů je pokud možno co nejlépe existující nemoc odstranit, potlačit její vývoj a zamezit jejímu opakování, a to jak lokálnímu růstu v místě původního nádoru (recidiva), tak i jejímu šíření do jiných orgánů“* (Abrahámová, 2009, s. 97).

#### a) Chirurgická léčba

Pokud je primární nádor z hlediska velikosti operabilní, bývá prvotním léčebným zásahem chirurgické odstranění nádoru doprovázené v případě nutnosti pooperační radioterapií (Rakovina prsu, 2015). Prs může zůstat zachován nebo zcela amputován.

Rozsah výkonu určuje zejména velikost a umístění nádoru (Abrahámová, 2009). Nádorové buňky se mohou šířit mizními cévami a vést tak ke vzniku metastáz v mizních uzlinách. Odstranění příslušných uzlin je proto součástí operace zhoubného nádoru (Nováková, 2011). Operace částečně zachovávající prs s operačním odstraněním uzlin na straně operovaného prsu bývají vždy doplněny radioterapií a jednou z jejich výhod je estetický efekt. Odstranění nádoru s bezpečným lemem zdravé tkáně se nazývá lumpektomie nebo též segmentektomie. Kvadrantektomie je odstranění jednoho z prsních kvadrantů. Ablace neboli mastektomie prsu je odstranění celého prsu a lymfatických uzlin v podpaží. O dalším léčebném postupu rozhoduje operační nález. Teoreticky je možné provést současně s ablací rekonstrukci prsu. Indikaci rekonstrukce určuje onkolog a obecně platí, že žena by před podstoupením této rekonstrukce neměla mít dostupnými diagnostickými metodami prokazatelné známky onemocnění karcinomem prsu. Možnosti rekonstrukce prsu jsou rekonstrukce spojené s implantací mamární protézy a rekonstrukce prsu autologní živou tkání. Po likvidaci primárního nádoru přichází na řadu systémová léčba (chemická, hormonální, biologická či jejich kombinace) (Rakovina prsu, 2015). Posloupnost ale může být i jiná, důležité je správné načasování zejména systémové léčby, kterou se sledují různé cíle podle pokročilosti onemocnění, jak uvádí Abrahámová a uvádí rozlišení na tři indikační skupiny systémové léčby:

- adjuvantní
- neoadjuvantní
- paliativní (Abrahámová, 2009).

Adjuvantní systémová léčba se aplikuje po operativním odstranění celého nádoru u pacientek bez akutních známek nádorové choroby. Cílem je zničit možná nádorová mikroložiska. Neoadjuvantní systémová léčba je aplikována u pacientek bez známek vzdálených metastáz, s nádorem omezeně operabilním nebo operabilním, ale pokročilým a postihujícím regionální uzliny s cílem zmenšení primárního nádoru, zlepšení operability, umožnění některého z chirurgických výkonů zachovávajících prs a zničení předpokládaných mikrometastáz. Paliativní systémová léčba se aplikuje u metastatického karcinomu s cílem ústupu choroby, usnadnění a prodloužení života



pacientky a v případě úplné remise navození co nejdelšího beznádorového úseku (Rakovina prsu, 2015). Jak dále uvádí server [www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz), nejčastější je nitrožilní aplikace, a to ve formě injekcí nebo infuzí. Perorálně se podává většina hormonálních preparátů, některá cytostatika a některé biologické léky (Rakovina prsu, 2015).

#### b) Chemoterapie

V případě chemoterapie se jedná o chemickou léčbu podáváním cytostatik (Abrahámová, 2009). Podle serveru [www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz) jsou cytostatika chemické preparáty. Existuje minimálně čtyřicet druhů cytostatik s různými mechanismy účinku a možností kombinovat tak různá cytostatika. Působí na buňky, které rostou a dělí se a zastavující jejich růst a množení, ale zasahují i zdravé buňky, a proto mají některé nežádoucí účinky. Načasování chemoterapie se řídí předem stanoveným léčebným plánem, aplikuje se v cyklech, obvykle dvou až čtyřtýdenních po dobu tří až šesti měsíců. Přestávky mezi jednotlivými opakováními umožňují regeneraci zasažených zdravých tkání. Jak uvádí server [www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz) nahánějí nežádoucí účinky (nesnesitelná nevolnost a bolest) chemoterapie hrůzu a strach způsobený z velké části z nedostatku informací. Doporučením je konzultovat tyto obavy s ošetřujícím lékařem (Rakovina prsu, 2015).

#### c) Hormonální léčba

Hormonální léčba je podávána pouze v případě průkazu hormonálních receptorů. Karcinom prsu může ve svých buňkách nést speciální receptory, které jsou ovlivnitelné hormony. Hormony mohou způsobit růst nádorových buněk, a pokud se odstraní vliv růstového faktoru, může se zastavit i tento růst (Abrahámová, 2009). Léčba může být dlouhodobá, lišící se u žen před a po menopauze. Způsob hormonální léčby je:

- a) ablativní, kdy je vyřazen orgán, který produkuje hormony
- b) kompetitivní, kdy se uplatňuje látka vytěsňující nepříznivý efekt určitého hormonu
- c) inhibiční, kdy se uplatňuje látka zamezující tvorbu určitých hormonů
- d) aditivní, kdy se určité hormony dodávají (Janáčková, 2014).

#### d) Biologická léčba

Při biologické léčbě se podávají biologické léky, které cíleně ovlivňují konkrétní struktury na nádorové buňce, které jsou nezbytné pro jejich růst. Podávají se dlouhodobě, a to nitrožilně nebo ve formě tablet, samostatně nebo v kombinaci s cytostatiky či hormony. Podmínkou léčby je přítomnost receptoru na nádorové buňce (Abrahámová, 2009). Léčebné efekty byly prokázány pouze u některých nádorových chorob, a to většinou u pokročilých forem např. u karcinomu prsu (Janáčková, 2014). Podstatou radiační léčby (radioterapie) je ozařování nádorových buněk radioaktivními rentgenovými paprsky. Jejich působením tyto buňky ztratí schopnost se množit a zaniknou. Při ozařování je stejnému působení vystavena i okolní zdravá tkáň, proto je radioterapie velmi náročná na přesnost (Abrahámová, 2009). Radioaktivní záření tělem prochází, ale nezůstává v něm. Ozářené zdravé buňky se začnou obnovovat samy za několik hodin (Janáčková, 2014).

#### 1.1.6 Vedlejší účinky

Snášitelnost náročné léčby karcinomu prsu je vysoce individuální. Léčba se neobejde bez vedlejších (nežádoucích) účinků. Ženami s onemocněním karcinomem prsu jsou často popisovány velmi dramaticky a je potřeba vnímat jejich potřeby. Onkolog může řadou prostředků nežádoucí účinky zmírnit, je důležité s ním všechny nežádoucí účinky konzultovat také proto, že některé jsou nevratné. Vedlejší účinky lze rozdělit podle doby výskytu po aplikaci léčby na bezprostřední, nastávající v řádu hodin až dnů, časné, vznikající během týdnů až měsíců a pozdní, které mohou nastat s odstupem několika let. Ke zmírnění vedlejších účinků léčby se nedoporučují žádné preventivní drastické diety či přechod na vegetariánskou či makrobiotickou stravu. Strava by měla být nedráždivá, nenadýmavá, netučná, s dostatkem tekutin, rozdělená na malé porce. Obtížemi po záchovné operaci prsu (segmentektomie, kvadrantektomie) mohou být serom či hematoma (hromadění tekutiny nebo krve pod jizvou) nebo infekce. U amputační operace s odstraněním podpažních uzlin to může být zasažení do

dynamiky horní končetiny. Nejčastěji se u pacientek objevuje postmastektomický bolestivý syndrom a lymfedém. V případě postmastektomického bolestivého syndromu je jedná o pocity stahování a pálení zejména v okolí pooperační jizvy, v podpaží a v zadní části paže či pocit „zmrtnění“ v okolí jizvy. Prevencí je včasné zavedení fyzikální rehabilitace a jemných masáží paže a například plavání. Lymfedém je mízní otok paže na operované straně a objevit se může i za několik let po léčbě. Jako prevence otoků je důležité zahájit rehabilitační režim ihned po operaci, vyvarovat se činností, které podporují zadržování mízy a dbát důsledně o kůži na postižené paži zejména při případných poranění nebo infekci. Při chemoterapii jsou nežádoucí účinky časté a až život ohrožující. Mohou nastat v řádu několika hodin až let po léčbě. Podávaná cytostatika potlačují růst nádorových buněk, ale také růst buněk zdravých tkání, zvláště těch, které se rychle množí a rostou. To jsou hlavně krevtovorné tkáně jako kostní dřev, sliznice zažívacího traktu, pohlavní buňky a vlasový folikul. Bezprostředními nežádoucími účinky jsou nevolnost, zvracení, horečka nebo naopak zimnice a třasavka, alergické reakce a reakce v místě vpichu při nitrožilním podání, porucha srdečního rytmu, poškození močového měchýře. Mezi časné nežádoucí účinky patří úbytek počtu bílých krvinek a krevních destiček, záněty sliznic (v ústech a ve střevěch), infekce, zácpa, poškození kůže a nehtů, poškození sluchu či ledvin. Oddálenými nežádoucími účinky jsou úbytek počtu červených krvinek, poškození jaterní tkáně, plic, srdce a neurotoxicita postihující centrální nervový systém. Pozdní nežádoucí účinky se mohou objevit až po několika letech po ukončení léčby a jsou to zejména neplodnost a druhotná zhoubná onemocnění. Po léčbě některými druhy cytostatik dochází k úplné ztrátě vlasů a ostatního ochlupení včetně řas a obočí. Dopad na pacientku z hlediska psychického a společenského je značný. Z medicínského hlediska se jedná o bezvýznamný účinek. Hormonální léčba je provázena doprovodnými vedlejšími účinky méně často a ty jsou méně obtížné než u podávání cytostatik. V případě ablativní a inhibiční léčby jsou nežádoucí účinky velmi podobné projevům při nástupu menopauzy. Je to ztráta pravidelné menstruace a schopnosti oplodnění, pocity návalů horka, pocení, změny nálad, deprese, přibírání na váze, snížení sexuální aktivity. U antiestrogenní léčby se jedná také o příznaky menopauzy. V případě preparátu

s částečným estrogenním efektem se může objevit zbytnění a krvácení ze sliznice děložního těla nebo záněty žil na dolních končetinách. U aditivní léčby se jedná o otoky ze zadržování tekutin a deprese. Také u biologické léčby jsou nežádoucí účinky většinou méně časté a život ohrožující. Může to být krvácení z nosu, vykašlávání krve, krvácení do zažívacího traktu nebo z konečníku, tromboembolická příhoda, velmi ojediněle perforace zažívacího traktu, nevolnost a zvracení, ovlivnění srdeční funkce, únava a nechutenství, porucha funkce jater, zvýšená citlivost a začervenání dlaní a plosek nohou, záněty sliznice v ústech, vyrážka, hnisavé puchýřky. Závažné mohou být alergické reakce na účinnou látku preparátu. Významnou komplikací je poškození srdečního svalu, vysoký krevní tlak a obtíže při hojení ran. Rizikem je dřívější vředová choroba či zánět zažívacího traktu. U radiační léčby nežádoucí účinky souvisí s typem tkáně a místem, které je ozařované. Časné účinky nastávají během terapie a odeznívají po jejím skončení. Je to zarudnutí ozařované kůže. V místech kožních záhybů a řas může docházet až k mokvání a odloučení pokožky. U pacientek ozařovaných pro nádor na levém prsu, pokud předtím prodělaly chemoterapii, může výjimečně docházet k podráždění srdečního obalu. Pozdní účinky jsou nevratné a jsou jimi změna zbarvení kůže a ztuhnutí podkožní tkáně, vznik lymfatického otoku, někdy spojený se zhoršenou hybností, výjimečně poškození srdce nebo plic u pacientek s nádorem levého prsu. Uvedeným vedlejším účinkům nelze zabránit. Hluboká únava, nechutenství, nevolnost a zvracení se vyskytují vzácně a jsou to spíše obtíže psychické, které jsou u onkologických pacientů časté a je nutné je individuálně řešit (Abrahámová, 2009).

### **1.1.7 Rozhodnutí jít k lékaři**

Na pocitu štěstí se podílí velkou mírou zdravotní stav. Rozhodující je přitom subjektivní pocit zdraví před zdravotním stavem objektivně diagnostikovaným lékařem (Křivohlavý, 2006). Objevením se zdravotních příznaků nemoci vyvstane otázka, zda jít či nejít k lékaři a naléhavosti tohoto rozhodnutí. Potenciální žena s onemocněním karcinomem prsu při klinicky stále nezřetelných symptomech onemocnění může váhat,

uklidňovat sama sebe a hned vzápětí pomýšlet na to nejhorší. Rozhoduje se, zda má vyhledat lékaře nebo počkat a toto váhání je z hlediska času velmi významné (Haškovcová, 2002). Na rozhodnutí má vliv mnoho faktorů. Je to např. míra znepokojení z objeveného příznaku, tlak nejbližšího okolí (v rodině, v zaměstnání) a překážky v podobě naplánované činnosti (Křivohlavý, 2002). Avšak s včasnou diagnózou onemocnění vzrůstá šance na úspěšnost léčby a úplné vyléčení (Abrahámová, 2000). Na uvědomění si příznaků mají vliv především rozdíly v subjektivním vnímání, dále typ osobnosti, osobní zaměření, neuroticismus, aktuální emocionální stav, obranné mechanismy, nálada, vliv situačních faktorů, intenzita příznaků či vliv informací. Laický pohled člověka obecně na nemoc tzv. kognitivní zdravotní stav tj. subjektivní vnímání nemoci se výrazně liší od objektivního pohledu lékaře. Z laického pohledu, v tomto případě z pohledu ženy, je to zejména:

- a) emocionální stránka nemoci
- b) existence určitých příznaků
- c) pojmenování nemoci
- d) představa o následcích změněného zdravotního stavu
- e) představa doby léčení
- f) představa zhoršeného zdravotního stavu (Křivohlavý, 2002).

Podle Křivohlavého je zcela nepřijatelná domněnka, že určitý příznak musí všichni stejně snadno a rychle objevit a ohodnotit. Záleží na předchozích zkušenostech a prožitcích, ohrožených hodnotách apod. Uvádí, že od představy člověka o nemoci se odvíjí to, jak pochopí význam možného příznaku a jak se bude následně chovat. V této souvislosti psychologové hovoří o kognitivních schématech nemoci. Vedle toho odlišují to, jak nemoc vnímá lékař a jak třeba onkologický pacient. Hovoří o tzv. kognitivních prototypch (Křivohlavý, 2002). Dále podezření na závažné onemocnění vytváří řadu negativních emocionálních reakcí. Může to být obava ze ztráty efektivity, ze závislosti na okolí, z hrozby izolace, ztráty lásky, tělesných funkcí, bolesti. V souvislosti s podezřením na závažnou diagnózu se pacientky musí vyrovnat se základním lidským strachem - strachem ze smrti (Janáčková a Weis, 2008). U žen s karcinomem prsu je

proto pomoc psychoonkologa namíste a Angenendt (2010) uvádí vysoce rizikové faktory, které indikují nutnost této péče:

- a) mladší věk
- b) osamělost
- c) děti do 21 let
- d) nedostatečné ekonomické zajištění a sociální podpora
- e) špatné rodinné vztahy
- f) kumulace stresových životních událostí
- g) projevy závislosti na návykových látkách
- h) nemoc je v pokročilém stádiu
- i) výskyt více nežádoucích vedlejších účinků léčby
- j) výskyt lymfedémů a chronických bolestí
- k) úzkost
- l) deprese
- m) interpersonální, sociální fungování.

Angenendt (2010) klade důraz na pomoc speciálně psychoonkologicky vyškolených psychologů a lékařů a speciální psychoterapeutické vzdělání. Jako účinné uvádí behaviorálně kognitivní intervenční metody, které u onkologických pacientů trvale a účinně snižují stres, nádorovou bolest, léčbou podmíněnou bolest, nevolnost a zvracení, úzkost a depresi. Pomáhají také budovat strategie zvládnání a významně zlepšují komunikaci nemocného s okolím. Redukci stresu, úzkosti a deprese lze dosáhnout individuální terapeutická intervence a přínos vidí u skupinové psychoterapie pacientů s rakovinou.

### **1.1.8 Pět fází života s nemocí a jejich požadavky**

Celý průběh onemocnění jsem, s ohledem na specifické potřeby psychosociální péče u žen s karcinomem prsu, rozdělila dle Angenendt (2010) na pět jednotlivých fází

### **Fáze diagnózy a sdělení**

Sdělení diagnózy je pro psychiku ženy nadlimitní zátěží. Do té doby žila plný každodenní život, neměla zdravotní potíže, v některých případech nezpozorovala příznaky. Sdělení jí zasáhne nepřípravenou (Janáčková a Weis, 2008). Následuje psychická odezva (Haškovcová, 2002). Diagnóza karcinomu prsu je odpovědí na pacientkou zjištěné příznaky. Karcinom také může být zjištěn bez jakýchkoli příznaků při pravidelné lékařské prohlídce. Sdělení lékaře „máte rakovinu“ vnímá většina žen jako ochromující a neskutečné. Následné informace lékaře si po tomto sdělení ne každá žena s onemocněním karcinomem prsu zapamatuje. Proto je lepší přítomnost člena rodiny nebo někoho jiného. Následovat může popření onemocnění (Nezu, 2004). Nemocnou ženu může také trápit neustále hledání odpovědí na otázky, kdo nebo co způsobilo její onemocnění či zda za onemocnění může ona sama (Janáčková, 2014). Po přijetí skutečnosti prožívají pacientky kromě vzteku a pocitu viny i řadu dalších emocí, jakou jsou pocity deprese, strachu z léčby a ze smrti, z nejisté budoucnosti. Člověk s onkologickým onemocněním nevěří, že by ostatní dokázali porozumět tomu, jak se cítí. Onemocnění je někdy natolik progresivní, že nemocný nemá ani dostatek času o své situaci přemýšlet a mezi ostatními psychosociálními otázkami musí ihned řešit uspořádání svých osobních záležitostí a možnosti léčby (Nezu, 2004). Cílem sdělení lékaře by nemělo být pouze přesné sdělení diagnózy, ale měl by brát v úvahu pocity pacientky, zahrnout mnoho dílčích somatických, psychických a sociálních faktorů – společných významných prvků, především hodnot a norem v chování a přesvědčení lékaře a pacientky. Jejich vzájemnými očekáváními a rolemi je utvářen vztah. Žena s onemocněním karcinomem prsu očekává ze strany lékaře kromě zvýšeného zájmu a rychlého zmírnění symptomů onemocnění také podporu a lidskost. Lékař může naopak být v očekávání spolupráce či podřídivosti. Pro pacientku je vytvoření vzájemné důvěry velmi důležité pro zmírnění vysoké emocionální zátěže, jakou na ni onemocnění klade. Janáčková a Weis uvádí, že v tomto vztahu se také odráží osobnost lékaře a jeho jednání, chování a řešení vzniklých situací. A není to jenom onkolog, ale celá řada lékařů specialistů, s nimiž se žena s onemocněním karcinomem prsu během léčby setká (Janáčková a Weis, 2008). Každý krok procesu stanovení

diagnózy i léčby představuje nové problémy či potíže. V závislosti na stylu zvládnání obtížných situací v období před stanovení diagnózy se odvíjí způsob zvládnání těžkostí. Zde je prostor pro nácvik dovedností zvládnání emočních reakcí, které ovlivňují racionální rozhodování například o léčbě (Nezu, 2004). Sdělení diagnózy a následná fáze šoku vyvolává neustálý stres (Janáčková, 2014). Nezu (2004) vysvětluje koncepci terapie zvládnání stresu zaměřením se na řešení problémů, které bývají zdrojem tohoto stresu, protože jsou obtížně řešitelné a týkají se oblastí významných pro duševní a tělesnou pohodu člověka. Problémem může být například plánování lékařských prohlídek i celá řada událostí, které spolu souvisí, jako jsou vedlejší účinky léčby, nebo situace trvalejšího rázu, typu depresivní reakce na diagnózu. Vodáčková hodnotí vážné onemocnění na předním místě výčtu stresujících životních událostí ohodnocením 53 bodů. Dosažením sumy 250 bodů jde o takovou míru zátěže, kdy se organismus člověka ocitá na pokraji vlastních rezerv (Vodáčková, 2002). Diagnóza závažného onemocnění je zvlášť velká zátěž pro organismus i psychiku nemocného i pro jeho okolí. Nemoc tak lze vnímat z pohledu somatického, psychického a sociálního (Vágnerová, 2008). Emoční zátěž v důsledku onemocnění a následné léčby karcinomu prsu znamená pro ženu zátěž, která již vyžaduje nějakou formu psychologické intervence (Nezu, 2004). Psychická odezva na závažné onemocnění závisí na naší osobnosti, vývojové úrovni, zkušenostech, chápáním významu nemoci pro svůj další život, emoční stálosti i zažitými způsoby zvládnání potíží. Nemocný člověk ztrácí část své identity, mění své sebepojetí a sebehodnocení. Vytváří si postoj k roli nemocného. Život rozděluje na to, co bylo před nemocí, a to někdy může být idealizováno, a na přítomnost, která může přinášet negativní prožitky a vyvolávat obavy. Očekávání negativních prožitků a uvědomění si vlastního ohrožení života vyvolává v nemocném se závažným onemocněním strach a úzkost. Pro nemocného jsou subjektivní realitou, je důležité věnovat jim pozornost, vzít je vážně, pomoci nemocnému s vnímáním a zvládnáním nemoci a dát najevo svou účast (Vágnerová, 2008). Nádorové onemocnění se delší čas nijak znatelně neprojevuje. Zasahuje člověka nepřipraveného. Ten prožívá úzkost a zoufalství, kterou nedokáže nic zahnat a má pocit, že je nevydrží. Žije a myslí automaticky. Mysl člověka zcela přirozeně zaplavuje strach, pocit ztráty tělesné



nedotknutelnosti, ztráta autonomie (řízení vlastního osudu) a ztráta aktivit (běžného života) (Janáčková, 2014). Podle Baštecké a Goldmana nabývá ve vztahu k nemoci a zdraví zvláštní důležitosti úzkost. Je reakcí na signál nebezpečí nevládnutelné vlastními silami pacientky. Následný prožitek bezmoci úzkost ještě více posílí (Baštecká a Goldmann, 2001). Čím jsou lidé obecně schopnější se rozhodovat a úspěšně zvládat zátěž, které s sebou stres přináší, tím vyšší je pravděpodobnost, že nebudou výrazně strádat (Nezu, 2004). Po stanovení diagnózy se musí pacient vyrovnat nejenom s faktem, že má rakovinu, ale i s tím co přichází následně. Mnozí pacienti jsou si vědomi, že chirurgická, radiační a chemoterapeutická léčba přináší řadu vedlejších projevů. Obávají se toho. Objevují se projevy deprese a úzkosti. S tím vším se musejí pacienti vyrovnat (Křivohlavý, 2002). Vodáčková uvádí v souvislosti s tělesnou nemocí častější výskyt sebevražd (Vodáčková, 2002). V této fázi dochází k psychickým komplikacím. Pacientky jsou často hluboce šokovány a traumatizovány. Dostatek poskytovaných informací snižuje emoční stres a vede ke zlepšení z psychologické i fyzické regenerace (Angenendt, 2010). Podle Jankovského „*při nemoci se cítíme být ohroženi, dostavuje se strach, který tím, že má definovaný předmět, resp. obsah, není až tak nebezpečný a vysilující jako úzkost, jejíž předmět či obsah naopak hledáme jen velmi obtížně. Úzkost proto dokáže člověka mimořádně zatížit a vyčerpat*“ (Jankovský, 2003, s. 130).

a) Jak sdělit diagnózu rodině

Sdělení diagnózy rodině a přátelům je ze strany pacientek spojováno s různými očekáváními. Neví, zda požádat o pomoc, případně předpokládají, že se jim pomoci dostane a mají o ni představu. Blízké okolí pacientky může být stejně vystrašené jako ona. Často si neví rady, jak poskytnout pacientce potřebnou oporu a pomoc. Potřebují také mluvit o svých pocitech (Janáčková, 2014).

b) Jak sdělit diagnózu dětem

Pacientky mohou řešit situaci, zda o svém onemocnění říci či ne svým dětem. I ještě malé děti vycítí neklid a napětí a mohou být zmatené nebo si dávat vinu. 3 – 4 letým dětem je již nutné situaci vysvětlit (Janáčková, 2014).

### **Fáze časně lékařské terapie**

Nemoc brání pacientce fungovat plnohodnotně v práci, doma i ve volném čase (Janáčková a Weis, 2008). Angenendt (2010) uvádí v této fázi projevy smutku, úzkosti, deprese, ztráty kontroly, bezmocnost, beznaděj, hněv a pocity viny. Ke zlepšení kvality života v této fázi doporučuje psychologicko terapeutické metody. Janáčková (2014) radí pacientkám, aby se svého onkologa ptaly na vše, co je v souvislosti s onemocněním zajímavé. Získané odborné informace o nemoci mohou pomoci pacientce získat jistotu, že zvolená léčba je správná. Za důležité považuje, aby žena s onemocněním karcinomem prsu svému onkologovi důvěřovala. Nezu uvádí, že přestože lékař stanoví léčebný plán, nezbytná délka léčby není vždy jasná. V případě paliativní léčby probíhá do konce života pacientky. Proto, pokud je vymezen omezený časový úsek léčby, je to pro pacientku útěcha. V případě dlouhodobější léčby je to zatěžující pro pacientku i pro její nejbližší okolí, které jí nebude většinou schopné dávat stejnou podporu po celou dobu léčby. Dlouhodobější léčba je spojena i s problémy pro zaměstnavatele (Nezu, 2004). „*Nemocní s onkologickými problémy jsou hospitalizováni na onkologickém nebo interním oddělení a při operativním řešení na chirurgickém oddělení. Po propuštění z nemocnice do domácího prostředí pak například dochází na radioterapii*“ (Mojžíšová, 2008, s. 71). Péče o onkologické pacienty vyžaduje od ošetřujících zdravotníků nejen odborné znalosti, ale klade vysoké nároky i na jejich etické a morální vlastnosti. Tito pacienti vnímají velmi intenzivně všechny verbální i neverbální projevy (Mojžíšová, 2008). Déletrvající hospitalizace může být rizikem z hlediska rezignace, ztráty motivace. Spoluprací odborníků a ošetrovatelského týmu s pacientkou lze usilovat o humanizaci služeb a postupné snižování délky ošetrovací doby a včasné zahájení procesu rehabilitace (Kuzníková, 2011). Ke stresu se přidává zátěž z tělesných projevů nemoci a vedlejší účinky léčby. Strach a smutek střídá naděje. Léčba vyžaduje přizpůsobení se situaci a pacient si uvědomuje svoji závislost na lékaři. Snižování psychického napětí a možnost psychického odpočinku napomáhá posílení reakce imunitního systému (Janáčková, 2014). Gabrielová, Velemínský a Stejskalová (2015) upozorňují na možnosti účinné spolupráce lékařů a sociálních pracovníků a jejich pozitivních dopadů na prevenci recidivy onemocnění a také na přínos této spolupráce

při tvorbě preventivních programů zaměřených na zdravotní a sociální aspekty nemoci a zdraví.

### **Bolest**

Specifickým symptomem nemoci je bolest. Je vyčerpávajícím, zatěžujícím a negativním prožitkem a její vnímání je vždy subjektivní. Bolest nemocného vyčerpává, přispívá ke špatnému psychickému stavu a tím ovlivňuje budoucí pozitivní vývoj onemocnění. Rozdílnou psychickou odezvu vyvolává i to, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Akutní bolest bez znalosti příčiny vyvolává pocity ohrožení a strachu, zatímco dlouhodobá chronická a známá bolest může vést i k psychickým a sociálním změnám. Způsobuje omezení v životě nemocného, zhoršuje emoční prožívání. Může vést ke změnám chování, beznaději, rezignaci a k depresím (Vágnerová, 2008).

### **Fáze rehabilitace – období po ukončení medicínské léčby**

Tschuschke uvádí po zvládnutí diagnózy a léčby u mnoha pacientek dlouhé období zranitelnosti, omezení v soukromém a profesním životě, případně posttraumatickou stresovou poruchu a zároveň uvádí také nutnost podpůrných skupin nebo ambulantní individuální terapie (Tschuschke, 2004). Ukončení léčby může být pro pacientky paradoxně zdrojem úzkosti. Může je provázet strach z návratu onemocnění nebo z vlastní smrtelnosti. Mohou věnovat zvýšenou pozornost výživě a změně životního stylu. Interpersonální potíže mohou nastat už v období rekonvalescence, protože okolí může očekávat stejné aktivity jako před diagnózou. Žena s onemocněním karcinomem prsu se může měnit, může u ní dojít ke změně v prioritách, úbytku energie nebo nedostatku zájmu o sex (Nezu, 2004).

### **Fáze recidivy, případně dalšího rozvoje nemoci**

V souvislosti s onkologickým onemocněním jsou skloňovány dva pojmy - remise a relaps. Remisí je myšlen návrat k normálnímu stavu, naopak relaps znamená znovuobjevení onkologického onemocnění. Těžkým zážitkem je pro pacienty také návrat z nemocnice po ukončení onkologické léčby. Důvodem je pocit ztráty opory odborníků. Pacienti mohou pociťovat úzkost, zlost, hněv. Mohou se u nich projevit deprese. Bojí se, že budou na obtíž rodině. Potřebují si promluvit o svých problémech.

Nebýt v sociální izolaci (Křivohlavý, 2002). Šok je srovnatelný s prožitkem při prvním sdělení, ale je hlubší a nastupující zoufalství, zlost, strach, depresi i neochotu přijmout realitu může pomoci zmírnit psychosociální psychologická podpora, jak poznamenává Tschuschke (2004).

### **Terminálně paliativní fáze**

V této fázi jde zejména o aktivní psychologické doprovázení v rámci skupiny nebo individuální terapie. Cílem je napomoci zvládnout vědomí neodvratné smrti, a tak konečného odloučení a možnost rozloučení se. Žena s onemocněním karcinomem prsu by neměla být v izolaci od ostatních (Angenendt, 2010). V případě paliativní léčby mohou pacientky v důsledku své prognózy prožívat větší zátěž. Jsou vystaveny představě své vlastní smrtelnosti a myšlenkám na své blízké. V této fázi onemocnění tak prochází stádiem truchlení. Pravděpodobnost prohloubení příznaků deprese a úzkosti se zvyšuje. Strach ze smrti může vést k vyhýbání se tomuto tématu jak u pacientky, tak u jejích nejbližších. Vzdávají se tak rozhodnutí mít zbytek svého života i důsledky své smrti stále pod kontrolou. Jedná se o nevyslovená přání, například o poslední vůli, ale i případnou poslední lékařskou péči, určení opatrovníka (Nezu, 2004). Vážně nemocný člověk potřebuje dostatek času k vyrovnání se s tím, že se neuzdraví. Prochází procesem truchlení a smutku, musí si tuto zkušenost protrpět. Tato fáze by neměla být potlačována ani urychlována. Počáteční negativní emoce spojené s hodnocením situace by měly přejít v uklidnění a pozvolné částečné racionální rozumové uvažování o budoucnosti (Vágnerová, 2008). Umírání na rakovinu bývá dlouhé a bývá někdy spojeno s velkými bolestmi a utrpením pacientů a i jejich blízkých (Křivohlavý, 2002). „*Vyrovnání se člověka s takto závažným onemocněním je vždy velmi složitým procesem, který má individuální charakter. Postihnout jeho průběh není proto nikterak snadné a jakékoliv zobecňování je tudíž poměrně ošidné*“ (Jankovský, 2003, s. 131).

#### a) Hospicová péče

Pojem hospicová péče je používán v souvislosti s paliativní péčí. Hospicová péče jak v domácím prostředí (mobilní hospic), tak v ústavech poskytuje důstojnou péči umírajícím v terminálním stádiu onemocnění. Zatímco paliativní péče se soustředí na zdravotní stránku, na utlumení bolesti a zdravotních znevýhodnění, hospicová péče

podporuje kvalitu sociálního prostředí, ve kterém člověk umírá. Hospicová péče klade důraz i na zmírnění duchovních strastí pacientů. Péči v hospicích zajišťují multidisciplinární týmy. Vedle zdravotní péče je tedy zcela nepostradatelná práce sociálního pracovníka. Sociální pracovník koordinuje kontakt s pacientem, s rodinou, poskytuje základní informace, spolupracuje s ostatními zařízeními, poskytuje odborné sociální poradenství, zastupuje klienta v oblasti vyřizování příspěvků na péči a doprovází klienty a jejich rodiny. Paliativní a hospicová péče je formou nestátního zdravotního zařízení, které je financováno ze zdravotního pojištění. Jejich podpora veřejnou správou závisí na regionu, jeho religiozitě a pracovních příležitostech a zřizovateli (Tomeš, 2015).

## 1.2 Sociální důsledky nemoci

Zdraví a nemoc jsou se sociálním životem jedince velmi úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují již od výskytu prvních symptomů (Kuzníková, 2011). Sociální pohled nazírá, jak nemocného ovlivňuje, v jaké společnosti žije, jaká je jeho role a postavení a jak danou nemoc společnost vnímá. Postoj každého člověka k vlastní nemoci je subjektivní (Vágnerová, 2008). Kuzníková (2011) uvádí, že od závažnosti či následků choroby se odvíjí i důsledky v osobním a sociálním životě pacientek. Jsou jimi:

- a) ztráta či změna povolání
- b) narušení struktury a pozic v rodině, její dynamiky a atmosféry, problém nemocného člena rodiny se stává problémem všech členů
- c) změny v oblasti trávení volného času
- d) sociální izolace
- e) stigmatizace a postavení nemocného ve společnosti
- f) ohrožení bydlení v přirozených podmínkách.

Nezu uvádí, že léčba rakoviny je horší než nemoc sama. Jako nejčastější vedlejší účinek léčby uvádí únavu a změnu vzhledu. Z mnoha důvodů mohou pacientky intenzivně pociťovat ztrátu kontroly nad svým životem (Nezu, 2004). Žena s onemocněním karcinomem prsu se může cítit osaměle, přesto v ní mluvení o nemoci může vyvolávat rozpaky a pocity studu. V dosud obvyklých sociálních vztazích dochází ke změnám, což může mít za následek sociální izolaci. Její sociální identita a vnímání vlastní hodnoty je ohroženo. To společně s vysokou mírou stresu může vyvolat agresivní nebo naopak pasivní reakce. Přitom právě emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládnutí (Janáčková, 2014). Omezení kontaktu se sociálním prostředím může vyplývat i z nutnosti pacientky chránit se před rizikem infekce v důsledku oslabené imunity či únavy vlivem léčby (Nezu, 2014). Podporu poskytovanou druhými lidmi či pomocí institucí ve stresující situaci nazývá Baštecká a Goldman sociální oporou. Její nedostatek dává do souvislosti s projevem různých onemocnění i psychických poruch. Větší význam má podle nich opora

očekávaná před naplněnou. Očekávaná opora vyjadřuje zájem okolí a není vnímána jako závislost na pomoci (Baštecká a Goldmann, 2001). Pomoc okolí může spočívat ve vyjádření porozumění a ujištění o vzájemném vztahu, v odvádění pozornosti od destruktivních myšlenek a naopak v posilování naděje. Pocity bezmoci lze zpracovat například vykonáním drobností (uvařením čaje, ustláním postele), vytvořením denního řádu či vyhledáním rady u onkopsychologa. Pocit soběstačnosti je pro většinu lidí důležitý. Děsí je představa, že budou v době nemoci závislí na svém okolí (Janáčková, 2014). Může se stát, že je dětem v důsledku onemocnění maminky věnována pozornost v menší míře, než tomu bylo doposud. V důsledku negativních fyzických pocitů může docházet k odcizení v oblasti partnerských vztahů. Ale i péči svých nejbližších mohou pacientky vnímat různě. Buď jako přílišnou nebo naopak jako nedostačující, a mohou negativně reagovat, pokud chování ostatních neodpovídá jejich očekávání. Také se může stát, že se členové rodiny ze strachu z onemocnění nebo z ostychu či nedostatku informací od pacientky odvrátí (Nezu, 2004). Podpora nejbližšího okolí pacientky je důležitá a náročná, protože často dochází k problémům ve vztazích a v sexuálním životě (Mojžíšová, 2008).

Sociální rehabilitace zařazující pacientky zpět do běžného života se odvíjí od rozsahu onemocnění a typu léčby. V důsledku pracovní neschopnosti mohou vzniknout ženě existenční problémy. Její finanční situace je omezená. Sociální situace se dotýká celé rodiny. Tam, kde byl karcinom prsu zachycen včas a léčba nebyla tak razantní, mnohdy ženy pokračují v zaměstnání a jejich běžný život není tak zasažen. I v případě brzkého návratu do zaměstnání je to pro ženu z hlediska řešení psychických a sociálních problémů lepší. Závisí to také samozřejmě na fyzickém a psychickém stavu každé pacientky. Dlouhodobější nebo razantní léčba a pokročilé onemocnění má na život ženy mnohem větší sociální dopad (Abrahámová, 2009). Pro ty pacientky, které jsou schopny během léčby chodit do zaměstnání, může být náročné plánování těchto návštěv z hlediska pracovního rozvrhu (Nezu, 2004). Mezi sociální dopady karcinomu prsu lze zařadit dlouhodobou pracovní neschopnost nebo odchod do invalidního důchodu (Mojžíšová, 2008). Léčba může předepisovat hospitalizaci v nemocnici nebo časté ambulantní návštěvy a konzultace u onkologa a čekání před ordinacemi na vyšetření

nebo na výsledky testů představuje pro pacientky zdroj úzkosti. Také potřebují pomoc s odvozem k lékaři a často z důvodu nevolnosti a nechutenství po aplikaci léčby i s přípravou jídla. Dále s péčí u lůžka, péčí o domácnost nebo s péčí o děti. Pokud má žena s onemocněním karcinmem prsu děti, je její rodičovská role omezená. Pokud žena nemá dostatečnou síť sociální opory, může potřebovat variantu pečovatelské služby (Nezu, 2004). Pokud má žena oporu v rodině, je pro ni situace snadnější (Abrahámová, 2009).



### 1.3 Psychické důsledky nemoci

Psychická reakce na dlouhodobé onemocnění spojené s hospitalizací a na jednotlivé nepříznivé aspekty onemocnění souvisí s osobností nemocného i se subjektivním prožíváním, s léčebným prostředím a procedurami. Kuzníková dále také uvádí pocity nemocného - bolest, strach a úzkost, hněv, projevy agresivity, duševní krizi a deprese (Kuzníková, 2011). Velký význam je přikládám kladné sociální opoře a pevnému rodinnému zázemí. Prokázáním významu psychologických faktorů v délce přežití se zabývá řada výzkumů, které potvrzují, že v průměru déle žijí ti pacienti, kteří se nevzdávají a bojují. Důvodem lepší prognózy může být i to, že ti pacienti, kteří žijí v rodině, jsou druhými lidmi donuceni vyhledat lékaře a následně se v důsledku včasné diagnózy dostávají dříve do léčebného procesu. Také lepší mezilidské vztahy v manželství a v rodině se prokázaly u těch pacientů, kteří přežívají déle. S pozitivními výsledky se setkala kombinace různých forem psychoterapie s chemoterapií. Tito pacienti žili déle než v případech, kdy byla použita samotná chemoterapie. V případě skupinových setkání onkologických pacientů výsledky výzkumů prokázaly, že tam, kde byla pacientkám umožněna účast na skupinové kognitivně-behaviorální psychoterapii s možností svobodně projevit emoce, žily ženy déle (Křivohlavý, 2002).

Podle Abrahámové je zhoubné onemocnění velmi závažným zásahem do života člověka. Pro většinu pacientek je nejtěžší to, že ztratily každodenní běžný život. Obtíže způsobuje přítomnost nádoru a následná léčba. Lékař je povinen nemocné šetrně, přesně a srozumitelně sdělit diagnózu a vysvětlit rozsah léčby. Jedná se o psychologicky velmi náročnou situaci. Zatímco onkolog se s touto situací setkává každodenně, pro ženu začíná nové, složité životní období. Žena s onemocněním karcinomem prsu se musí vyrovnat s faktem, že má karcinom prsu, zvládnout chirurgickou, systémovou a radiační léčbu. Zvládnout strach z průběhu léčby a léčebných postupů i vedlejších účinků léčby, z bolesti. Řeší sociální i existenční problémy a v neposlední řadě je tu obava o budoucnost, o úspěšnost léčby a možné vyhlídky na další život a obava o život samotný. K vyrovnání se s danou skutečností může pomoci zmírnit obavy z neznámého dostatkem kvalitních informací o svém onemocnění a průběhu a možnostech léčby od

ošetřujícího lékaře. Důležitá je možnost hovořit o svém onemocnění. S blízkými lidmi, ostatními ženami s onemocněním karcinomem prsu. Odpočívat, dostatečně spát. Řešit nespavost a psychické obtíže pomocí odborného lékaře, nezůstávat na situaci sama (Abrahámová, 2009).

Onkologicky nemocní jsou hospitalizováni nejenom na onkologických odděleních. Léčba s sebou přináší problémy zdravotní, psychické a sociální a mnohdy přináší úlevu vypovídání se například sociálním pracovníkům (Kuzníková, 2011). Sociální pracovník může poradit s nabídkou domácí péče odborníky, možnost umístění v domově s pečovatelskou službou nebo v hospicu, se sháněním pomůcek usnadňujících pohyb a ošetřování pacienta, sociální příspěvky (Abrahámová, 2009).

## 1.4 Specifická zátěž u onemocnění karcinomem prsu

Specifickými problémy, majícími u žen s karcinomem prsu další výrazný psychologický dopad jsou problémy spojené s tělesným obrazem, sexuální problémy, interpersonální potíže, zvládání akutních a chronických fyzických symptomů (Angenendt, 2010).

a) Změna vzhledu. Abrahámová uvádí výskyt psychických obtíží se změnou vzhledu v důsledku léčby. Specifický je zásah na prsu. Ztrátou ochlupení a především ztrátou vlasů v důsledku chemoterapie většina žen trpí. Ztrátu vlasů je možné řešit vhodnou parukou (Abrahámová, 2009). Vlasy jsou považovány, ať již vědomě či nevědomě za sexuální symbol. K narušení sebevědomí nepřispívá ani úbytek na váze a problémy s pletí během chemoterapie (Angenendt, 2010).

b) Sexuální chování. Ztráta prsu je pro ženy velmi stresující. Důsledkem mohou být pochybnosti o vlastní hodnotě a poruchy sexuálního chování. Vyrovnání se se svým vzhledem vyžaduje čas. I po prs zachovávající operaci se může žena vnímat jako znetvořená a sexuálně nepřitažlivá a pociťovat stud, který může vést až k sociální izolaci. Potíže během sexu mohou způsobovat i pocity znečitlivění a bolesti hrudní a ramenní oblasti, spojené s operací nebo ozařováním. Možností jsou kompenzační pomůcky nebo rekonstrukce prsu, ne každá žena je tomu však přístupná (Angenendt, 2010).

c) Plánování dětí a antikoncepce. Obecně neplatí, že by žena po ukončení terapie nemohla plánovat otěhotnění, ale rozhodně by toto rozhodnutí měla konzultovat s lékařem. V případě, že si žena s onemocněním karcinomem prsu nepřeje mít děti a uvažuje o antikoncepci, ne všechny metody jsou vhodné, například pro pacientky s hormonálně závislým nádorem (Angenendt, 2010).

d) Potíže během přechodu. Potíže s přechodem mohou nastat po chemoterapii nebo hormonální léčbě i u mladších žen. Představují závažný problém, který je možné z části řešit (Angenendt, 2010).

## 1.5 Krize

Otázkám časového průběhu boje s utrpením se začala věnovat větší míra pozornosti po zveřejnění knihy Elisabeth Kübler-Ross o smrti a umírání (Křivohlavý, 2002). Uvedla těchto pět fází:

- a) Šok a negace – popírání reality
- b) Agrese – hněv, vzdor
- c) Smlouvání – hledání možnosti jak zvrátit realitu
- d) Smutek a deprese – z poznání nezvratitelnosti
- e) Akceptace – smíření se s realitou (Kübler-Rossová, 1992).

### Fáze šoku

Poté, co se pacientky dozvídají, že jsou vážně nemocné, dochází u mnoha z nich ke stavu ustrnutí nebo ke zděšenému chování. Jedná se o formy šoku, které se mohou střídat. Je to z psychologického hlediska mentální odpoutání se od reality (Křivohlavý, 2002). Tato fáze vyžaduje od nejbližšího okolí maximální psychickou podporu a klidné podávání dostatek srozumitelných informací ke snížení napětí. „*Člověk se připuštění si pravdy v plném rozsahu brání a obrana může být filtrem nevědomého vnímání, který maladaptivním, popírajícím způsobem zamlžuje realitu a tím brání přiměřené reakci zvládnutí*“ (Janáčková a Weis, 2008, s. 89). Snahou je popření faktu nemoci (Haškovcová, 2002).

Janáčková nabízí několik rad jak se vyrovnat s šokem:

- a) nesnažit se chovat, jako by se nic nestalo
- b) říci si o pomoc, pokud ji potřebuje
- c) nemusíte nic nikomu vysvětlovat
- d) nebraňte se slzám
- e) před léčbou shromážděte dostatek informací od lékařů
- f) pište si poznámky s úkoly, na které byste neměly zapomenout
- g) využívejte fyzické uvolnění při hlubokém nádechu a výdechu (Janáčková, 2014).

### **Fáze agrese**

Krátká doba šoku přechází k návratu do skutečnosti, plné obav, strachu, zármutku, žalu, pocitů bezmoci a nedostatku pomoci. Myšlení je neuspořádané (Křivohlavý, 2002). Ke zvládnutí této fáze potřebuje žena s onemocněním karcinomem prsu především čas. Případná agresivita pacientky by neměla být brána osobně (Janáčková a Weis, 2008). Období je značně náročné pro okolí nemocné. Zloba a hněv jsou často jen zamaskováním vnitřně prožívané krize (Haškovcová, 2002).

### **Fáze smlouvání**

Podle Křivohlavého též fáze tzv. stažení se ze hry umožňuje uniknout do mentálního osamění. Popřením může ulehčit duševní tíže, která ho provází a nabrat sílu k dalšímu postupu (Křivohlavý, 2002). Žena s onemocněním karcinomem prsu nadále potřebuje podporu a pochopení jejích, třeba i nereálných potřeb okolím (Janáčková a Weis, 2008). Žena s onemocněním karcinomem prsu zvažuje vlastní hierarchii hodnot. Co by ještě chtěla stihnout, neboť tuší, že onemocnění bude dlouhodobé (Haškovcová, 2002).

### **Fáze deprese**

Haškovcová (2002) uvádí trvání této fáze kratší dobu, než u psychotického depresivního stavu. Naděje zde hraje významnou roli, neboť zaznamená-li žena s onemocněním karcinomem prsu zlepšení, dojde ke stavu relativní psychické pohody. V této fázi je důležitá možnost psychologické péče věnované pacientce i jejím nejbližším. Zmírnění pocitů bezmoci a beznaděje je očekáváno od nejbližších navzdory jejich zoufalství (Janáčková a Weis, 2008).

### **Fáze smíření, akceptace**

Haškovcová ji nazývá přijetím role vážně nemocné a zdůrazňuje převahu rezignace a zoufalství nad klidným smířením se se situací (Haškovcová, 2002). U pacientek v terminálním stádiu onemocnění to může být smíření se s nevyhnutelnou smrtí nebo i rezignace. Žena s onemocněním karcinomem prsu může pociťovat obavy, hněv, úzkost, strach, může mít potřebu plakat. Toto stádium přináší velmi nepříjemné tělesné i psychické symptomy. Velmi záleží na psychologické péči a chování nejbližších. Častým přáním umírajících je zemřít doma. Pokud je to možné, je to jedna z posledních

věcí, kterou může rodina pro nemocného udělat (Janáčková a Weis, 2008). Podle Křivohlavého poslední fáze vychází z teorie krizové intervence, která předpokládá, že jedním z hlavních cílů chování člověka je udržení celkové rovnováhy. Nemoc je narušením této rovnováhy, je proto potřeba tento stav vyrovnat (Křivohlavý, 2002). „Největší důraz by měl být kladen na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, potřeby zachování důstojnosti, velmi důležité je vnímání přesahu vlastní fyzické existence ve smyslu uchopení smrti jako svého způsobu završení života“ (Kuzníková, 2001, s. 108). Jednotlivé fáze mohou mít různé trvání, mohou se prolínat, opakovat nebo naopak úplně chybět. Záleží to mimo jiné také na rozvoji onemocnění (Haškovcová, 2002).

## 1.6 Zvládání nemoci a utrpení ze strany ženy

K pochopení toho, co prožívá pacientka, je možné využít koncepci kvality j života. Na rozdíl od kvantity – délky života vyjádřené počtem let, nelze kvalitu života změřit jednoduše. Kvalitu života ve své osobní (personální) rovině každý člověk vnímá subjektivně. Změny ve zdravotním stavu nelze posuzovat jen z hlediska změny fyzického stavu. Hovoříme zejména o subjektivním hodnocení nemoci a zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí, představ a očekávání atp. Obecně se dá říci, že smyslem života člověka je snaha o zvládnutí základních životních úkolů, které si člověk během svého života klade a co v jeho psychice vyvolává uspokojení. Pokud se na této cestě objeví překážky v podobě nemoci, může to vyvolat frustraci. Pacient nemusí zvládat přizpůsobení se nové situaci. Hodnotí svoje šance na zvládnutí. Může se pokusit o aktivní zvládnutí těžkostí různými strategiemi zvládání, kterým se odborně říká coping a nebo situaci vyhodnotí jako nezvládnutelnou a z dosažení cíle se vyváže tělesně i psychicky. Tento stav se pak odrazí v emocích člověka, v jeho citovém stavu a následně v subjektivním vnímání spokojenosti s dosahováním cíle. Míra spokojenosti je pak měřítkem kvality života člověka (Křivohlavý, 2002). Honzák (1989) uvádí kvalitu života u onkologických pacientů z pohledu bio- psycho-sociálně-spirituálního v těchto oblastech:

- a) oblast tělesné pohody a příznaků
- b) oblast psychické pohody
- c) oblast sociální pohody
- d) oblast duchovní pohody.

Kvalita života znamená pro pacientku cokoli, čemu přikládá ona sama důležitost (Baštecká a Goldmann, 2001). Prvním krokem při zvládání nemoci jsou pro pacientku upřesňující zprávy k zdravotnímu stavu. Pojmenovává svou nemoc a zároveň si vytváří představu o dalších rozměrech onemocnění. Proč k onemocnění došlo, jak závažný je stav, jak dlouho bude trvat léčba, jaké to bude mít následky, jak se jí podaří řídit běh léčby. Tato fáze je pro celý proces zvládání nemoci velmi důležitá. Může být zdrojem síly pro další činnost. Ale také až radikálních změn v emocionálním stavu. U pacientek,

kterým bylo sděleno, že mají zhoubný nádor prsu, diagnostikují psychologové pocit ohrožení, emoce úzkosti, deprese, obavy a strach. Křivohlavý rozděluje dva typy chování neboli strategií zvládání nemoci. Pokud sama pacientka z vlastní iniciativy hledá řešení jak postupovat v dané situaci, například se rozhodne pro operaci, hovoří o tzv. aktivních strategiích. Ty pro ni mohou být zdrojem motivace a energie. O únikových strategiích pak hovoří například, když si možnost závažného onemocnění ani nepřipouští. V případě negativní strategie se jedná o formu reagování, která může být i účinná, pokud například pacientka potlačením toho, co se s ní děje, posiluje duševní síly (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002) dle Moose a Schaefera (1984) uvádí změny, s nimiž se musí pacient vyrovnat:

- a) změna osobní identity pacienta
- b) změna prostoru, v němž se pohybuje
- c) změna role
- d) změna osob poskytujících pacientovi sociální oporu
- e) změna v očekávání budoucnosti

a faktory zhoršující psychický stav:

- a) nepředvídatelné změny zdravotního stavu
- b) nejasnosti v diagnóze, příčině vzniku nemoci, dalším průběhu
- c) postoj lékaře
- d) nutnost činit rychlá rozhodnutí v nové, neznámé situaci.

Křivohlavý dále rozlišuje dle Moose a Schaefera (1984) dílčí aspekty procesu boje s nemocí:

- a) kognitivní zhodnocení situace
- b) proces adaptace
- c) dovednosti zvládání těžkostí.

Zhodnocením závažnosti onemocnění, uvažováním o důsledcích změn a perspektivě dalšího života se pacientka snaží orientovat v situaci. V procesu adaptace se na základě zhodnocení přizpůsobuje. Jedná se zejména o zvládání bolesti, zvládání osobních problémů při lékařských vyšetřeních a sociálních vztahů v prostředí



nemocnice. Mimo to také o nutnost zachovat si vyrovnaný citový stav, důstojný obraz vlastní osobnosti, neztratit oporu nejbližších a připravit se na další možné věci, které pacienta pravděpodobně čekají. Adaptace může být zdravá, pokud je výsledkem smíření. Nebo může dojít k maladaptaci (nezvládnutí situace), projevující se prohlubující se beznadějí. Otázkou dosahování zdravé adaptace a vyhýbání se maladaptaci se zabývá teorie kognitivní adaptace. Ta rozlišuje tyto fáze adaptace:

- a) Hledání smysluplnosti v tom, co se s člověkem děje
- b) Sebeovládání
- c) Posilování kladného sebehodnocení
- d) Akceptace – přijetí nemoci (Křivohlavý, 2002).

Kognitivní styly ovlivňují u dané osoby způsob, jakým vnímá svět, a zpětně způsob, jakým s ním zachází (Baštecká a Goldmann, 2001). V souvislosti se zvládáním životních těžkostí, které na pacientku klade nemoc, se stále diskutuje i o vlivu osobnostního typu a o různých stylech a strategiích zvládání. Styl zvládání částečně daného člověka charakterizuje. Ve stresové situaci bude mít tendenci chovat se pro něho daným – typickým způsobem (Křivohlavý, 2002). Zvládání je charakterizováno kognitivní reakcí na nádorové onemocnění, tedy tím jaký význam má pro daného člověka nádorové onemocnění a reakcí behaviorální, tj. jak se bude chovat (Janáčková a Weis, 2008). Křivohlavý používá rozlišení na dva typy zvládání životních těžkostí. A to zaměřené na řešení problému a zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem. Postupovat lze pomocí tzv. taktik. Mezi taktiky zvládání patří relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, hudba, beletrie, humor, poskytování sociální opory. Současně ale mohou automaticky (bez účasti vědomí pacienta) probíhat vrozené, tzv. obranné mechanismy, které patří mezi problematické způsoby zvládání těžkosti nemoci a utrpení, protože jsou často klamné a nerespektují realitu. Je to například regrese, popírání, racionalizace a intelektualizace, sebeobviňování (Křivohlavý, 2002). Spuštění těchto problematických mechanismů znesnadňuje přechod k vyspělejším a prospěšnějším copingovým strategiím (Tschuschke, 2004). Zvládání zátěžových situací, v psychologii nazývané coping, vychází na rozdíl od obranných mechanismů, které jsou nevědomé, ze snahy porozumět požadavkům života a vědomě na ně reagovat.

Faktory ovlivňující coping jsou tzv. copingové strategie a také osobnostní charakteristiky pacientky. Tyto strategie se utvářejí od raného dětství a upevňují se sociálním učením (Cimrmanová, 2013). Při pomoci zvládnání nemoci uvádí Křivohlavý v rámci tzv. kognitivních modelů boje s nemocí, které prosazují myšlenkovou stránku psychiky, model sebeřízení. Podle tohoto modelu je pacientka obecným řešitelem problému. Problém je v tomto případě dosažení normy - normálního zdravotního stavu. Celý proces lze rozdělit na tři fáze:

- a) nalezení smysluplnosti situace
- b) použití různých postupů k dosažení normálního stavu
- c) zhodnocení účinnosti použitých postupů (Křivohlavý, 2002).

Přítomnost onkologického onemocnění „vyvolává mnoho stresorů a může vést až k závažnému omezení kvality života“ (Nezu, 2004, s. 22). Většina pacientů s rakovinou se potýká s řadou problému v oblasti intrapersonální, interpersonální a sociální. Změna životní situace vyžaduje přizpůsobení se změnám vzhladu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu (Nezu, 2004).

#### Alternativní metody

Pacientky ve fázi smlouvání zvažují klasické léčebné postupy s nepříjemnými vedlejšími účinky a fyzickými změnami a hledají mimo vědeckou medicínu alternativní možnosti (Tschuschke, 2004). Haškovcová uvádí zajímavý poznatek ve srovnání vztahu lékař pacient a léčitel pacient. Zkušenost nemocného s přístupem ve zdravotnickém zařízení je jak pozitivní tak negativní. Přístup léčitele může obsahovat určité znaky psychologické dovednosti, je vstřícný a nabízející lidský vztah. Nelze však zaměňovat tento přístup s psychoterapií. Toto, ale mnohdy v oficiální medicíně chybí (Haškovcová, 2002).

## 1.7 Sociální práce

Cílem sociální práce je „odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“ (Matoušek, 2003, s. 213). Jako svébytný obor si sociální práce vytvořila své teorie a postupy. Postupy neboli metody sociální práce jsou vázané na subjekt, na jeho aktuální situaci, na relevantní vztahový kontext a i na regionální, národní či nadnárodní sociální politiku. Subjektem je jednotlivec, skupina, rodina nebo komunita, se svými vztahovými kontexty k rodině, organizaci, vrstevníkům, nacházející se ve znevýhodněné, předvídatelné či nepředvídatelné situaci. Toto pojetí sociální práce je volné a ve svých důsledcích nadřazuje sociální praxi nad teorie. Sociální pracovník by neměl být omezený na určitou metodu nebo určitý okruh klientů. Měl by mobilizovat zdroje různých druhů, lidské i materiální. Přírozeným zdrojem podpory je rodina, přátelé, místní komunita, zaměstnavatelé, ale i organizace charitativní, vzdělávací a orgány samosprávy (Matoušek, 2003). „*Sociální pracovníci pomáhají dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění*“ (Matoušek, 2003, s. 213). U klientů, kteří se již nemohou společensky uplatnit, vytváří podmínky pro důstojný způsob života (Matoušek, 2001). Podle Navrátila je hlavním faktorem sociálního fungování duševní zdraví a pohoda člověka a sociální práce je chápána jako terapeutická intervence cílená na zabezpečení psychosociální pohody. Důraz je kladen na komunikaci. Příkladem tohoto pojetí sociální práce je Rogersův přístup orientovaný na klienta. Od sociálního pracovníka je vyžadován zejména terapeutický výcvik a psychologické znalosti (Navrátil, 2000).

Metody práce poradce

Hlavními metodami používanými v poradenství jsou:

- a) pozorování
- b) rozhovor
- c) poskytování rad a informací
- d) třídění a vyhodnocování údajů z anamnéz
- e) šetření
- f) analýza pramenů např. legislativních

- g) psaní odborných textů
- h) stanovení osobního cíle klienta
- i) zpracování zpráv a záznamů.

S těmito metodami souvisí plánování, vedení klienta, terapie, krizová intervence.

Aktivity poradce lze rozdělit do několika nejdůležitějších oblastí. Je to poradenský rozhovor zaměřený na poskytování informací, poradenský rozhovor zaměřený na podporu řešení obtížné situace uživatele, mediace, zastupování uživatele, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným prostředím, osvětové aktivity (Michalík, 2008).

#### Případová práce

Zaměření na jedince je často uplatňovaným přístupem, zejména ve sféře dlouhodobé péče. Je náročný na profesionální i osobnostní dispozice sociálního pracovníka. Základem je pochopení jedince i souvislostí jeho situace i znalost sociálně zdravotních služeb. Nezbytné je zprostředkování potřebné služby dalšími odborníky, napojení na svépomocné organizace. Řešenými problémy mohou být potřeba příjmu, dostupné zdravotní péče, sociální podpory. Využívá poznatků dynamické a sociální psychologie, ego psychologie, sociologie, psychiatrie. Používá teorii učení, socializace, teorii malých skupin, teorii poznání, systémovou teorii (Kuzníková, 2011).

#### Skupinová práce

Skupinová práce je se svojí skupinovou dynamikou pro sociální praxi zásadní a nezastupitelná. Zejména skupiny psychoterapeutické a svépomocné se mohou uplatnit v případech potíží spojených s progresivní chorobou, které klient sám nedokáže zvládnout (Matoušek, 2003). Kuzníková uvádí příklad svépomocné skupiny pro ženy s onkologickými onemocněními pohlavních orgánů a po ablaci prsu (onko amazonky). Uvádí také, že rozvoj svépomocných skupin je odezvou na jejich potřebnost a také nedostatečnou nabídku ze strany zdravotnických zařízení, mimo oblast psychiatrie (Kuzníková, 2011).

### 1.7.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je podle zákona 108/2006 Sb. sociální službou. Zákon rozlišuje základní a odborné sociální poradenství a stanoví základní sociální poradenství jako základní činnost při poskytování sociálních služeb. *„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit“* (ASPI, 2016, § 35). *„Odborné sociální poradenství je specializovaná odborná činnost zaměřená na zjištění rozsahu a charakteru obtížné sociální situace, zjištění příčin jejího vzniku, poskytnutí informací o možnostech řešení a usměrnění osoby při volbě a uplatňování forem sociální pomoci“* (Matoušek, 2003, s. 212). Základními činnostmi sociálního poradenství je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Michalík, 2008). Dle Matouška (2003) sociální poradenství základní i odborné poskytují státní i nestátní subjekty sociální pomoci. Odborné sociální poradenství nabízí konkrétní pomoc. Cílem je ovlivnit uvažování a jednání člověka v obtížné situaci. Součástí je i terapeutická činnost v oblasti rodiny, důsledků zdravotních postižení i životních krizí. Jak uvádí Michalík (2008), je součástí odborného sociálního poradenství i půjčování kompenzačních pomůcek. Matoušek (2003) uvádí, že včetně sociálních pracovníků odborné poradenství zahrnuje psychology, psychiatry, speciální pedagogy, sociology, mnohdy lékaře či právníky. Odborné sociální poradenství s využitím psychologických poznatků klade důraz na vlastní zdroje klienta. Dle Matouška hraje v poradenském procesu důležitou roli osobnost a odbornost poradce. Odbornost zahrnuje všeobecnou znalost psychologie, zvláště teorie osobnosti a také schopnost řízení poradenského procesu od začátku do konce. Michalík uvádí odbornost poradce jako klíčový faktor úspěšnosti poradenského systému. Dalšími faktory jsou pak znalosti, dovednosti, zkušenosti, vzdělání. Klíčovým aktérem je ale i samotný uživatel poradenské služby (Michalík, 2008). Znalosti a dovednosti jsou nutné zejména v oblasti právní, sociální a psychologické a v oblasti

komunikace a terapie (Michalík, 2007). Člověk je sociální bytost, která neumí žít osaměle. Má potřebu kontaktu, potřebuje mít kolem sebe skupinu osob, do které patří, mít svou roli, určitou formu zázemí. V poradenských zařízeních je proto pocit osamělosti, potřebnosti, užitečnosti a sebeuplatnění velmi častým tématem. Pokud je definováno téma jiné, časem vyjde najevo, že šlo o téma zástupné a pocit osamělosti se ukáže jako primární. Proto by součástí sociálního poradenství mělo být pojmenování sociálního zázemí a sociální skupiny klienta. Vztahy jsou pro každého člověka zásadní a právě změna v jejich rozložení bývá nejčastější příčinou jeho nepříjemných prožitků (Svoboda, 2012).

#### Krizová intervence

*„V rámci sociální pomoci je krizová intervence chápána jako činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu zaměřenému na osoby, které se ocitly v akutní krizové situaci“* (Špatenková, 2004, s. 15). Podle typu kontaktu s klientem v krizi lze pomoc rozdělit na tyto formy:

- a) prezenční forma pomoci, která zahrnuje pomoc ambulantní, hospitalizaci a terénní a mobilní služby
- b) distanční forma pomoci, zejména prostorově vzdálený telefonický nebo internetový kontakt s klientem.

Telefonická pomoc nabízející klientům v krizi podporu prostřednictvím telefonického kontaktu na linkách důvěry, může být zaměřená na určitou skupinu nebo problém nebo může mít široké spektrum záběru. Výhodou telefonické krizové intervence je okamžitá pomoc, snadná dostupnost, bezbariérovost, bezpečí a kontrola klienta, nízké náklady, anonymita klienta a anonymita interventa. Nevýhody telefonického kontaktu lze spatřit v absenci vizuálního klíče, redukci informací o klientovi, v časovém stresu, v náhlém přerušení kontaktu, nedostatečné zpětné vazbě a větší náročnosti oproti jiným formám pomoci. Telefonický kontakt přesto umožňuje krizovému interventovi určitou volnost a prostor. Do procesu krizové intervence a do pomáhajícího procesu začíná stále více pronikat internet. Ten nabízí anonymitu, odstraňuje komunikační bariéry a pocity izolace. Umožňuje získávání informací na informačních serverech nebo prostřednictvím poradenství, chatu a diskuzí. Nevýhodou

využití internetu v pomáhajícím procesu je chybějící kontakt tváří v tvář, limitovaná zpětná vazba od návštěvníků a tazatelů, nezbytnost určitých kompetencí pro využití internetu a možnost přístupu na internet, nevhodnost pro systematickou práci s klientem (Špatenková, 2004). V případě internetových poraden Horská (2010) uvádí, že internetové poradenství může dobře naplnit i náplň odborného poradenství. Je důležitým článkem psychosociální sítě.

### 1.7.2 Sociální pracovník

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“ (ASPI, 2016, § 109). Jak podotýká Kuzníková (2011), je zaměstnávání sociálních a zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích a poskytování sociálních služeb zcela v kompetenci jejího managementu. Uvádí, že cílem sociální práce ve zdravotnictví je odstranění nebo zmírnění sociálních důsledků nemoci a zahájení procesu zdravotně sociální rehabilitace. Onemocnění karcinomem prsu má svá specifická omezení s projevy v oblasti zdravotní, psychické a sociální a k rozpoznání problémové oblasti je nutná spolupráce členů zdravotnického týmu.

„*Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka je dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb. považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta*“ (Kuzníková, 2011, s. 47). Náplní práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je řešení situace akutně hospitalizovaných klientů, sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných, sociální

prevence včetně poskytování zdravotně sociálního poradenství, stanovení sociální anamnézy a prognózy, aplikace metod sociální práce (Kuzníková, 2011).

### **Teorie a metody sociální práce ve zdravotnictví**

#### a) Psychosociální koncept

Užívání teorie specifikuje, co se má dělat a proč. Prostřednictvím terapeutických rozhovorů lze u klientů posilovat jejich já s využitím zdrojů klienta i jeho prostředí (Kuzníková, 2011).

#### b) Systémová koncepce

Tato koncepce využívá pomoci tří druhů systémů, kterými je pomoc rodiny, přátel, sousedů, dále pomoc různých členských organizací nebo asociací a konečně systémy pomoci nemocnic a programů sociálního zabezpečení (Kuzníková, 2011).

#### c) Ekologický koncept

Germain a Gitterman (1980) uvádí využití ekologické perspektivy v oblasti krizových událostí a situací, jejichž důsledkem je vznik stresu.

### **Sociální práce s jednotlivcem a skupinová práce**

Za výchozí považuje Kuzníková (2011) sociální práci s jednotlivci, založenou na sběru anamnestických dat a rozhovorech s klienty. Navazovat pak může sociální práce s rodinou posilováním rodinného systému. Intervence musí vycházet z pochopení specifické nemoci klienta, jeho emoční, sociální i finanční situace a zahrnující psychosociální podporu, poradenství, dále pomoc klientovi i jeho rodinně s přizpůsobením se situaci nebo zajištění služeb domácí péče. Jako vhodný doporučuje úkolově orientovaný přístup. Sociální práce se skupinami a komunitami má velký význam v oblasti prevence a podpory a také při práci se skupinou příbuzných pacientky. Největším přínosem je pro klienta. Efektivní je zejména zodpovězení mnoha dotazů najednou, předávání vlastních zkušeností a vzájemná podpora a odlehčení od pocitů izolace v důsledku onemocnění. Přesto sociální práce se skupinami nebývá ve zdravotnických zařízeních využívána.

#### a) Přístup orientovaný na klienta

Uplatnění tohoto přístupu doporučuje Kuzníková pro všechny situace, které klient vnímá jako bezvýchodné a neřešitelné, a které mnohdy opravdu řešení nemají. Dále



v obtížných situacích, kdy se pacient musí vyrovnat se sdělením závažné diagnózy, negativní prognózy onemocnění, s důsledky onemocnění. Ale také v situaci, kdy si problém nepřipouští.

b) Úkolově orientovaný přístup

Kuzníková upozorňuje na limity tohoto přístupu při práci s klienty, kteří hledají podporu či doprovázení v obtížných životních situacích.

c) Systemická práce s jednotlivcem

Využití systemického přístupu Kuzníková doporučuje při krátkodobé práci s klientem, který žije osaměle, nechce nebo nemá v důsledku konfliktních vztahů v rodině kam se obrátit.

### **1.7.3 Role sociálního pracovníka**

V rámci profese se sociální pracovník řídí právy a povinnosti vyplývajícími z právního systému, zaměstnavatelem a profesními standardy. V praxi tak může docházet k tomu, že sociální pracovník jedná podle požadavků zákona a zaměstnavatele a díky manuálům nemusí nové situace vnímat jako neznámé, ale přetváří tak klienta pro potřeby organizace. Sociální pracovník by měl být schopen reflektovat praxi. Vyrovnat se s nejistotou, integrovat a následně využívat znalosti, hodnoty a dovednosti (Matoušek, 2003). Dle Banksové (1995) jsou to tyto čtyři role sociálního pracovníka:

a) Angažovaný sociální pracovník, uplatňující osobní morální hodnoty, empatii, respekt. Klienta považuje především za přítele. Nerozlišuje mezi etickými principy v osobním životě a v rámci sociální práce. Problematickým může pak tento přístup být například vyhořením sociálního pracovníka.

b) Radikální sociální pracovník, uplatňující osobní hodnoty s cílem změny sociální praxe a politiky.

c) Byrokratický sociální pracovník rozděluje osobní a profesní hodnoty. Cílem je manipulace s klientem za účelem dosažení jeho změny.

d) Profesionální sociální pracovník upevňuje klientova práva a zmocňuje ho, zároveň má však tuto moc pod svou kontrolou.

Řezníček (1994) rozlišuje tyto role, které sociální pracovníci při své činnosti vykonávají. Dodává, že role se jemně prolínají. Jsou to:

- a) Pečovatel nebo poskytovatel služby
- b) Zprostředkovatel služeb
- c) Cvičitel (učitel) sociální adaptace
- d) Poradce nebo terapeut
- e) Případový manažer
- f) Manažer pracovní náplně
- g) Personální manažer
- h) Administrátor
- i) Činitel sociálních změn.

Úlehla připomíná, že *„obvykle sociální pracovník není první v pořadí pomáhajících. Jeho působení většinou předchází laická snaha v rodině, v nemocnici, v sousedství, kterou poskytují příbuzní a přátelé, spolupracovníci apod.“* a také, že *„tím nejtěžším, co musí sociální pracovník zvládnout a co obvykle nezvládá laická pomoc, je pocit vlastní bezmoci ve snaze způsobit změnu v klientově životě nebo jeho přáních“* a *„pro klienty je důležité, že je někdo vyslechne, povzbudí, že se vypovídají, vypláčou, že nejsou tak opuštěni, sami jak si mysleli“* (Úlehla, 2005, s. 119).

#### **1.7.4. Možnosti sociální práce u žen s onemocněním karcinomem prsu**

Záškodná a Bolková (2012) se zaměřuje na psychickou zátěž, kterou může vyvolat onkologické onemocnění a na možnost zvládat tuto zátěž prostřednictvím svépomocné skupiny. Podle Záškodné představuje onkologické onemocnění ve všech svých fázích mimořádnou životní událost a od jedince vyžaduje zvýšené nároky na adaptaci. Psychickou zátěž představuje zvláště stres a psychická krize. V psychické a sociální opoře vidí možnosti práce sociálního pracovníka a zdravotně sociálního

pracovníka. Za jednu z forem velmi účinné psychosociální pomoci nemocným i jejich blízkým pak považuje svépomocné skupiny. Zdůrazňuje, že v náročné životní situaci hledá člověk nejen pomoc okolí, ale také oporu. A právě sociální opora může mít vliv na hodnocení stresorů a v určité míře přispět k odpovídající reakci na tyto stresory. Uspokojivé sociální vztahy spouštějí maladaptivní obranné reakce, snižují úzkost a bezmocnost a také beznaděj související s onkologickým onemocněním. Do činnosti některých svépomocných skupin jsou zapojeni odborníci, jimiž by měli být podle Záškodné především sociální pracovníci. Ti zajišťují bezpečné zázemí k setkávání, pravidelnost a zejména kvalitní kontakt na následné služby odborníků.

Bartková (2015) se zabývá specifiky onkologického onemocnění, vyžadujícími sociálního pracovníka specializovaného a orientujícího se v onkologické problematice. Vyzdvihuje význam sociální práce vzhledem k rizikům onkologického onemocnění na život člověka. Uvádí, že postavení onkologického sociálního pracovníka ve zdravotnické praxi je na Slovensku jen ideou inspirovanou zahraničím. Rizika spočívají v roztržitosti kompetencí sociálních pracovníků. Na onkologické onemocnění je nutné nahlížet z pohledu psycho-sociálního, duchovního nebo etického, tak jako nahlížíme na člověka jako na bytost bio-psycho-socio-duchovní. To předpokládá v případě onkologického onemocnění nutnost terapeutického působení a spolupráci pomáhajících profesí v rámci multidisciplinárního týmu. Konkrétně se zaměřením na sociální aspekty onkologického onemocnění v kontextu teorie sociálního fungování. Sociálně ekologická teorie pomáhá vytvořit model čtyř systémů obklopujících každého člověka v rozpětí od nejbližšího prostředí rodiny až po celkovou situaci ve státě. Základem multidisciplinárního týmu je komunikace, konzultace a sociální intervence. Předpokládá komunikaci onkologického sociálního pracovníka s pacientkou, lékařem, zdravotní sestrou, psychologem, rodinou a zaměstnavatelem a podobně. V otázce charakteru vzdělávání onkologických sociálních pracovníků bude záležet, jaké paradigma sociální práce se uplatní jako výchozí. Možností je vzdělávání v rámci pregraduální přípravy. Potřebnost onkologických sociálních pracovníků vzhledem ke specifickým potřebám onkologicky nemocných je podle Bartkové nevyhnutelná, ale otázkou zůstává jejich uplatnitelnost na trhu práce.

Podle internetového serveru občanského sdružení Amélie bude s nárůstem onkologicky vyléčených s jejich specifickými potřebami v oblasti integrace a psychosociální podpory vzrůstat potřeba různých sociálních služeb. Ale rozdílnost zdravotních a sociálních služeb a nerovnoměrné pokrytí může vytvářet různé obtížné situace a tak zhoršovat kvalitu života. V zahraničí se sociální práce s onkologicky nemocnými stává standardní součástí onkologické léčby. Sociální pomoc by měla být kvalitní, ucelená, včetně odborného sociálního poradenství, krizové intervence, aktivizace a profesionalizovaného doprovázení v terminálním stádiu onemocnění. Specifikem sociální práce s onkologicky nemocnou pacientkou je komplikovanost financování sociálního pracovníka, různost potřeb pacientky, široké věkové rozpětí klientely, potřeba práce s okolím pacientky, poznatky z oborů jakými je psychologie, psychoterapie, zdravotnictví, etika, flexibilita v přístupu vzhledem k rychlým změnám zdravotního stavu. K předpokládaným dovednostem onkologického sociálního pracovníka patří vedení poradenského rozhovoru, znalost nových informací z oblasti zdravotnictví, léčebných postupů, legislativy z oblasti sociální a zdravotnictví, práv pacienta, krizová intervence. Osobnostními předpoklady je vysoká frustrační tolerance, otevřenost tématům souvisejícím s umíráním a smrtí. Užívanými metodami sociální práce mohou být:

- a) práce s jednotlivcem či rodinou (konzultace s lékařem, farmaceutem, nutričním terapeutem, sezení s psychoterapeutem, psychologem, rozhovor se sociálním pracovníkem)
- b) práce se skupinou (terapeutická, svépomocná, aktivizační služby z oblasti arteterapie, muzikoterapie, terapie pohybem)
- c) práce s komunitou (podpora a předávání informací s rodinou, pozůstalými, lékaři, hospicovým nebo jiným zařízením následné péče) (Aliance žen s rakovinou prsu, 2016).

Na internetu jsem našla kontakt na neziskové organizace a sdružení, které zaštiťuje organizace Aliance žen s rakovinou, o.p.s. Na těchto webových stránkách ([www.breastcancer.cz](http://www.breastcancer.cz)) je také uveden seznam patientských organizací. Na onemocnění karcinomem prsu se zaměřuje sdružení patientek Mamma HELP, nezisková organizace sdružující ženy s diagnózou rakovina prsu a jejich blízké, lékaře, sestry a sympatizanty

([www.mammahelp.cz](http://www.mammahelp.cz)) a občanské sdružení Nejsi na to sama ([www.rakovinaprsvu.cz](http://www.rakovinaprsvu.cz)). Onkologickým pacientům a jejich blízkým je určena například organizace zdravotně postižených Amélie, z.s., psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké ([www.amelie-zs.cz](http://www.amelie-zs.cz)), Alen, sdružení žen postižených rakovinou ([alen.tym.cz](http://alen.tym.cz)), Linkos, Česká onkologická společnost ČLS JEP pro pacienty a jejich blízké ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)), Liga proti rakovině Praha ([www.lpr.cz](http://www.lpr.cz)), Liga proti rakovině Brno ([www.onko.cz](http://www.onko.cz)), nezisková organizace, ONKO-AMAZONKY ([www.onko-amazonky.cz](http://www.onko-amazonky.cz)), Klub Diana, sdružení onkologicky nemocných a přátel, z.s., [www.klubdiana.wz.cz](http://www.klubdiana.wz.cz)), ARCUS – onko ([www.arcus-oc.org](http://www.arcus-oc.org)), patientská organizace Kapka97 ([www.kapla97.cz](http://www.kapla97.cz)), obecně prospěšná společnost Dialog Jessenius ([www.dialog-jessenius.cz](http://www.dialog-jessenius.cz)) a další. Projekt na [www.rucenaprsva.cz](http://www.rucenaprsva.cz) se zaměřuje na prevenci onemocnění pomocí samovyšetřování prsů. (Aliance žen s rakovinou prsu, 2016).

#### Psychosociální rehabilitace

Zahájení psychosociální rehabilitace by mělo nastat ihned po stanovení diagnózy za vhodné spolupráce terapeuta s klinickým psychologem. Součástí je i kosmetická rehabilitace s cílem obnovení původního vzhledu prsu epitézou či vhodným doplňkem nebo plastickou operací, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Epitézy slouží ženám po částečné nebo úplné mastektomii a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, pouze u luxusních epitéz si žena rozdíl mezi úhradou pojišťovnou hradí sama. Samolepicí epitézy se doporučují používat nejdříve rok po operaci a nejsou také pojišťovnou hrazeny. Ženy se po odstranění prsu obávají ztráty ženskosti. Existuje široká škála typů, tvarů a velikostí epitéz, prádla a plavek s úpravou pro epitézy ve všech cenových kategoriích pro sport nebo do společnosti. (Fišarová a Pachrová, 2012).

#### Sociální rehabilitace

Snahou sociální rehabilitace je znovuzařazení žen do společnosti zpět, s ohledem na povahové rysy, psychický a fyzický stav a některé další aspekty, související s onkologickým onemocněním (Fišarová a Pachrová, 2012). Pomocí sociální rehabilitace přijímá pacientka svoji nemoc nebo znevýhodnění, zařazuje se zpět do

života, který si zachovává svoji optimální kvalitu a vede k životní spokojenosti (Jankovský a Pfeiffer a Švestková 2006).

#### Fyzikální rehabilitace

Cvičení je zahajováno první pooperační den z důvodu předcházení syndromu zmrzlého ramene, otoku a omezení hybnosti horní končetiny nebo vertebrogenním obtížím. Vhodné je také plavání a cvičení ve vodě. Nutností je zachování laskavého přístupu k pacientce a zabezpečení kontrolních vyšetření k předcházení případné recidivy. (Fišarová a Pachrová, 2012).

#### Lázeňská léčba

V případě rakoviny prsu má lázeňská léčba pozitivní vliv nejen zdravotní, ale také psychologický a sociální, podobně jako rekondiční pobyty a patientská sdružení žen s vlastní zkušeností s nemocí (Fišarová a Pachrová, 2012).

## **2 Cíl práce**

Cílem bakalářské práce je popsat možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu. Dílčím cílem je popsat roli sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu.

Pro naplnění cíle byly stanoveny tyto výzkumné otázky.

**HVO1:** V čem spočívá sociální práce s ženami s karcinomem prsu?

**DVO1:** Jaká je role sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu?

**HVO2:** Vyhledávají ženy s karcinomem prsu pomoc sociálních pracovníků?

**DVO2:** S jakými obtížemi se ženy s karcinomem prsu obracejí na sociální pracovníky?

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metody a techniky sběru dat**

Pro zjištění možnosti sociální práce u žen s karcinomem prsu jsem zmapovala oblast psychických, ale i sociálních obtíží a dopadů tohoto závažného onemocnění na osobní a rodinný život žen s karcinomem prsu. Pro zjištění, zda ženy s karcinomem prsu vyhledávají pomoc sociálních pracovníků a s jakými problémy se na sociální pracovníky obrací, byl stanoven zkoumaný soubor 6 komunikačních partnerů, kteří pracují v sociálních službách na pozici sociálního pracovníka/pracovnice a 5 komunikačních partnerů, kteří pracují ve zdravotnictví na pozici zdravotně sociálního pracovníka/pracovnice v Jihočeském kraji a 5 komunikačních partnerů mezi ženami, které onemocněly karcinomem prsu.

Zvolila jsem kvalitativní výzkum, který je charakterizován hloubkovým studiem jednotlivých případů, nejrůznějšími formami rozhovorů a pozorování a tím, že se tento výzkum koná v přirozených podmínkách (Hendl, 2005). Kvalitativní výzkum je zpravidla započat sběrem počátečních dat, kterými je identifikován a popsán zkoumaný jev (Hubík, 2006). Ke sběru dat jsem použila metodu dotazování, techniku polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika umožňuje otázky předem připravené a otevřené. Umožňuje též volný obsah a rozsah odpovědi, nelze na ně odpovídat jen ano nebo ne (Gavora, 2006). Závazná jsou předem připravená schémata rozhovoru a pevně dané okruhy. Pořadí otázek lze měnit. Pro analýzu dat jsem použila metodu vytváření trsů, sloužící k seskupení a zakonceptování určitých výroků s určitými opakujícími se znaky, mezi vzájemně identifikovatelnými jednotkami (Mioviský, 2006).

Jako základní metodu výzkumu ke sběru dat jsem použila také analýzu dokumentů. Jak uvádí Disman (2002), jedná se o analýzu jakýchkoliv hmotných záznamů lidské činnosti, které nevznikly za účelem našeho výzkumu. Speciální metodou je pak obsahová analýza dokumentů, která je kvantitativní a objektivní analýzou sdělení, zabývající se jak obsahem, tak jeho formou, autorem apod. Sekundární analýzou dat



získáme potřebná data, která už byla někým před námi sebrána. Plán výběru komunikačních partnerů – žen s onemocněním karcinomem prsu byl zvolen metodou snowball (sněhové koule), která spočívá v postupném výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům cílové skupiny.

Analýza kvalitativních dat byla provedena metodou vytváření trsů. Tato metoda obvykle slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin, například dle určitých jevů. Skupiny (trsy) mohou mít společný znak - tématický překryv tj. kdy vyhledáváme ve výrocih osob všechny pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu (Miovský, 2006).

### 3.2 Zkoumaný soubor

**První soubor tvoří zdravotně sociální pracovníce v nemocnicích v Jihočeském kraji – kritériem pro výběr komunikačních partnerů bylo:**

- pracuje na pozici zdravotně sociálního pracovníka/pracovnice více jak 1 rok
- souhlas se zapojením do výzkumu.

**Tabulka č. 1:** Charakteristika komunikačních partnerů v nemocnicích

Komunikační partner	Věk	Vzdělání	Délka praxe v zařízení	Délka praxe v pomáhající profesi
<b>KP1</b>	40	VŠ	14	14
<b>KP2</b>	51	VŠ	38	38
<b>KP3</b>	41	VŠ	12	15
<b>KP4</b>	37	VŠ	2	8
<b>KP5</b>	36	VŠ	11	11

Zdroj: Vlastní výzkum

Osloveno bylo 5 zdravotně sociálních pracovníc v nemocnicích. Průměrný věk komunikačních partnerek je 41 let, jsou vysokoškolsky vzdělané. Průměrná délka praxe v zařízení je 15 let. Průměrná délka praxe v pomáhající profesi je 17 let.

**Druhý soubor tvoří sociální pracovníce v sociálních službách – kritériem pro výběr komunikačních partnerů bylo:**

- pracuje na pozici sociálního pracovníka/pracovnice více jak 1 rok
- poskytování odborného sociálního poradenství
- souhlas se zapojením do výzkumu.

**Tabulka č. 2:** Charakteristika komunikačních partnerů v sociálních službách

<b>Komunikační partner</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Délka praxe v zařízení</b>	<b>Délka praxe v pomáhající profesi</b>
<b>KP1</b>	44	VŠ	12	10
<b>KP2</b>	29	SŠ	6	6
<b>KP3</b>	35	VOŠ	5	5
<b>KP4</b>	50	SŠ	18	12
<b>KP5</b>	52	SŠ	10	10
<b>KP6</b>	36	VŠ	4	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Osloveno bylo 6 sociálních pracovníc v zařízení sociálních služeb. Průměrný věk komunikačních partnerek je 41 let. Převažuje středoškolské vzdělání, dvě komunikační partnerky uvádějí vysokoškolské vzdělání, jedna vyšší odborné vzdělání. Průměrná délka praxe v zařízení je 9 let. Průměrná délka praxe v pomáhající profesi je 8,5 roku.

**Třetí soubor tvoří ženy, které onemocněly karcinomem prsu – kritériem pro výběr komunikačních partnerů bylo:**

- souhlas se zapojením do výzkumu.

**Tabulka č. 3:** Charakteristika komunikačních partnerů - žen s onemocněním karcinomem prsu.

<b>Komunikační partner</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Pracovní pozice</b>	<b>Bydliště</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Fáze onemocnění</b>
<b>KP1</b>	62	VŠ	Pracující důchodkyně	Město	Svobodná	Remise
<b>KP2</b>	48	SOU	Prodavačka	Město	Vdaná	Remise
<b>KP3</b>	65	Vyučená	Důchodkyně	Město	Vdaná	Remise
<b>KP4</b>	66	SOU s maturitou	Důchodkyně	Město	Vdova	Remise
<b>KP5</b>	45	SŠ	Úřednice	Město	Vdaná	Remise
<b>KP6</b>	67	SŠ	Důchodkyně	Město	Rozvedená	Relaps

Zdroj: Vlastní výzkum

Osloveno bylo 6 žen, které onemocněly karcinomem prsu. Průměrný věk žen je 59 let. Vzdelání převažuje středoškolské, to uvádějí dvě ženy, střední odborné jedna žena a střední odborné s maturitou také jedna žena. Jedna komunikační partnerka uvádí vysokoškolské vzdělání, jedna vyučení. Rodinný stav je u tří z nich vdaná, po jedné pak uvádějí rodinný stav vdova, svobodná, rozvedená. Rozhovory probíhaly ve fázi remise u 5 žen, ve fázi relapsu u 6 ženy.

### 3.3 Realizace výzkumu

K výběru komunikační partnerů z oblasti sociálních služeb jsem použila Registr poskytovatelů sociálních služeb ke dni 28. 3. 2016, kde jsou uvedeny webové a e - mailové adresy poskytovatele sociálních služeb. Filtračním kritériem bylo poskytování odborného sociálního poradenství. Na internetu jsem vyhledala internetové stránky těchto zařízení a zde jsem vybrala e-mailový kontakt na sociální pracovníky/pracovnice v těchto zařízeních sociálních služeb. Na uvedené e-mailové adresy jsem odeslala žádosti o možnost poskytnutí rozhovoru.

K výběru komunikační partnerů z oblasti zdravotnictví jsem použila Registr zdravotnických zařízení ke dni 28. 3. 2016 a vybrala jsem 6 nemocnic v Jihočeském kraji. Vyhledala jsem webové stránky těchto nemocnic a zde jsem vyhledala e - mailové kontakty na zdravotně sociální pracovníky/pracovnice v těchto nemocnicích. Na uvedené e-mailové adresy jsem odeslala žádosti o možnost poskytnutí rozhovoru.

S 6 komunikačními partnery z oblasti sociálních služeb a s 5 komunikačními partnery z oblasti zdravotnictví jsem se na základě jejich souhlasu sešla v dubnu a v květnu 2016 na jejich pracovišti, kde se také rozhovory uskutečnily. Otázky jsem předem stanovila, pořadí otázek nebylo pevně dáno (příloha č. 1 Záznamový arch pro položený rozhovor a příloha č. 2 Záznamový arch pro položený rozhovor). Rozhovory trvaly od 25 do 90 minut, probíhaly v soukromí, důraz byl kladen na navázání kontaktu. Všechny odpovědi jsem si nahrávala na diktafon a zapisovala do připraveného záznamového archu. Poté jsem zvukový záznam přepsala do písemné podoby, doslovný přepis rozhovorů je uložen v mém osobním archivu.

K výběru komunikační partnerů – žen s onemocněním karcinomem prsu jsem použila metodu sněhové koule, kdy oslovením jedné ženy s onemocněním karcinomem prsu s dotazem na možnost poskytnutí rozhovoru jsem následně získala kontakt na další ženu s tímto onemocněním a takto jsem získala 5 komunikačních partnerů. S těmito komunikačními partnery jsem se na základě jejich souhlasu sešla v červenci 2016 v prostředí jejich domova, kde se také rozhovory uskutečnily. Otázky jsem předem stanovila, pořadí otázek nebylo pevně dáno (příloha č. 3 Záznamový arch pro položený rozhovor). Rozhovory trvaly od 25 do 90 minut, probíhaly v soukromí, důraz

byl kladen na navázání kontaktu. Všechny odpovědi jsem si nahrávala na diktafon a zapisovala do připraveného záznamového archu. Poté jsem zvukový záznam přepsala do písemné podoby, doslovný přepis rozhovorů je uložen v mém osobním archivu.

**Tabulka č. 4:** Časový harmonogram výzkumu

<b>Termíny prováděného výzkumu v roce 2016</b>	<b>Sociální pracovníci</b>	<b>Zdravotně sociální pracovníci</b>	<b>Ženy s onemocněním karcinomem prsu</b>
<b>Duben</b>	X	X	
<b>Květen</b>	X	X	
<b>Červen</b>			X
<b>Červenec</b>			X

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 5:** Oslovené nemocnice a zařízení sociálních služeb v Jihočeském kraji

	<b>Nemocnice</b>	<b>Sociální služby</b>
<b>Počet oslovených zařízení</b>	6	30
<b>Souhlas se zapojením do výzkumu</b>	2	6
<b>Odpověděly, že nepřichází do kontaktu s ženami s karcinomem prsu</b>	2	8
<b>Neodpověděly</b>	2	16

Zdroj: Vlastní výzkum

## 4 Výsledky

### Rozhovor se sociálními pracovníky

(Doslovný přepis rozhovorů je uložen v soukromém archivu tazatelky)

#### 1. Co se Vám vybaví pod pojmem onemocnění karcinomem prsu?

KP1 *„Člověk si přeje, aby se to nestalo jemu, slyší o tom, je toho plno, v každé rodině je někdo, máme dvě kolegyně, které byly takto nemocné, takže o tom od nich vím, mluvíme o tom.“* KP2 *„onemocnění není výjimkou ani u velmi mladých žen“* KP3 *„pochod na podporu v boji proti rakovině prsu“* KP4 *„osoba se zdravotním handicapem, prvořadě. Jako žena na to pohlížím jinak, dokážu si líp představit co se v dotyčné odehrává a musím říct, že si dokážu představit i jakéj boj ji čeká.“* KP5 *„stále více žen s tímto onemocněním, význam prevence, nepodceňovat vyšetření“* KP6 *„onkologická onemocnění obecně, potřeba péče o tyto pacienty zejména v terminální fázi onemocnění“*

Tato otázka byla směřována na zjištění, jaké mají komunikační partnerky povědomí o onemocnění karcinomem prsu u žen. Obecně onkologické onemocnění a jeho léčba vyvolává strach a obavy. Úspěšnost léčby závisí na včasném odhalení onemocnění karcinomem prsu, k tomu přispívá zvýšená prevence a povědomí o onemocnění.

## 2. Setkáváte se během své profese s ženami s onemocněním karcinomem prsu?

Tabulka č. 6: Vyhledání pomoci sociálního pracovníka

Komunikační partner	Klientkou v souvislosti s jejím onemocněním	Klientkou v souvislosti s dalšími problémy nesouvisejícími s jejím onemocněním
KP1		X
KP2	X	X
KP3		X
KP4	X	
KP5		X
KP6	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Pracujeme s lidmi na okraji společnosti a setkáváme se s ženami s rozvinutým onemocněním. Nemají dobrý přístup k lékařské péči nebo si ho nedokážou zjednat. Často přehlížejí příznaky své nemoci.“ „Měla jsem smutnou zkušenost s klientkou ... setkala jsem se s ní v rámci terénních programů, které máme v sociálně vyloučených lokalitách. Podstoupila ozařování, nějaký čas to bylo v pořádku. Potom měla jít, ale na operaci a tu odmítla. Řešily jsme to dlouho v rámci supervize, jak ji přimět, ... pak nezbylo nic jiného, než to respektovat. Neměly jsme možnost, jak to ovlivnit. Žila s rodinou pěkný, spokojený život asi 2- 3 roky, dožila se ještě svých pravnoučat, ale pak se nemoc vrátila a během několika měsíců zemřela.“ KP2 „Vybavím si dvě klientky. Mám klientku, která je zaléčená, onemocnění není předmětem mojí práce s ní, setkala jsem se s ní při práci v terénu, hlavně, tam se s onemocněním setkávám, ale primární jsou třeba sociální dávky, příspěvky...až když se naváže kontakt, je větší důvěra mezi pracovníkem a klientkou, tak se pak svěří, dozvíme se, že má onemocnění. Přímo se na nás obrátila jedna. Zatelefonovala. Bylo to v pátek, jak už to bývá. Byla v těžké krizi, sebevražedné myšlenky.... Měla za sebou chemoterapii, dostala se do finančních potíží, přišla o bydlení. Byla ve velkém stresu a poslední kapkou byl dluh v lékárně, když jí volali každý den. Bylo to asi 2500,-....“ KP3 “Ne vždy známe diagnózy svých klientů,

*nemohu přesně vědět, karcinomy ano, ale o jaké, nevíme.“ KP4 „za tu dobu si vybavím 13, 14 žen.“ KP5 „ojediněle“ KP6 „ ... nerozlišujeme o jaké se jedná onemocnění ... setkáváme se s pacienty, kdy medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení.“*

Cílem otázek bylo zjistit, jakým způsobem se komunikační partnerky dostávají do kontaktu s klientkami/ženami s onemocněním karcinomem prsu. KP2 kontaktovala žena s karcinomem prsu v rámci krizové pomoci. Všechny komunikační partnerky se shodly, že je primárně ženy v souvislosti s karcinomem prsu spíše nevyhledávají. Setkávají se s nimi při řešení dalších problémů v jejich životě a o jejich onemocnění se většinou nedozví KP3 nebo až při delší spolupráci KP1, KP2.

### 3. Pracujete s rodinnými příslušníky žen s karcinomem prsu?

**Tabulka č. 7:** Sociální práce s rodinnými příslušníky žen s karcinomem prsu

<b>Komunikační partner</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>KP1</b>		X
<b>KP2</b>		X
<b>KP3</b>	X	
<b>KP4</b>		X
<b>KP5</b>	X	
<b>KP6</b>	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

*KP3 „Ve většině případů.“ KP4 „Ne, to ne, vždy přišly jen ty ženy.“ KP5 „ano, rodinní příslušníci nás kontaktují také“ KP6 „setkáváme se s rodinami pacientů ... jejich blízkými ... zajišťujeme aby spolu mohly co nejplněji a nejaktivněji prožít poslední chvíle ... podporujeme je v péči v domácím prostředí půjčováním pomůcek a poradenskou službou...“*

Otázka směřovala na zjištění, zda to jsou rodinní příslušníci, kteří kontaktují sociální pracovníky v souvislosti s onemocněním ženy z jejich blízké rodiny karcinomem prsu.

Vyhledání pomoci rodinnými příslušníky žen s onemocněním karcinomem prsu uvedla KP3, KP5, KP6.



#### 4. V jaké fázi onemocnění se s ženami v rámci sociální práce setkáváte?

Tabulka č. 8: Kontakt sociálního pracovníka dle fáze onemocnění

Komunikační partner	Sdělení diagnózy	Léčba	Rehabilitace	Recidiva, další rozvoj onemocnění	Terminální, paliativní
KP1		X		X	X
KP 2		X	X		
KP 3				X	X
KP 4		X	X	X	
KP 5				X	X
KP 6					X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Klientka podstoupila ozařování, což byla první fáze léčby, tak jak jsem to pochopila.“ Je to spíše pokročilé stádium u nemocných žen, se kterými se setkáváme. KP2 „Setkávám se s ženami zaléčenými. Ta klientka byla po chemoterapii.“ KP3 „Obecně u onkologických pacientů v poslední, předposlední fázi.“ KP4 „Většina žen přišla v době, když už byly dlouhodobě na nemocenské ... jedna žena přišla, když už to měla podruhé ...“ KP5 „recidivující onemocnění, terminální fáze“ KP6 „pečujeme o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění“

Cílem otázky bylo zjistit v jaké fázi onemocnění je vyhledávána pomoc sociálního pracovníka a následně zmapovat možnosti sociální práce. Komunikační partnerky spíše uvádějí, že je to fáze pokročilého onemocnění a terminální fáze.

**5. Jaké jsou Vaše zkušenosti při práci s touto cílovou skupinou/s těmito ženami? (co se daří, co se nedaří, jaké jsou jejich obtíže, dopady, problémy)**

**Tabulka č. 9: Důvody sociální pomoci**

Důvod sociální pomoci	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6
Dluhy	X	X		X		
Bydlení	X	X				
Dlouhodobá nezaměstnanost, hledání práce	X				X	
Právní pomoc		X			X	
Vztahy (osobní, rodinné, pracovní)						
Emoční podpora, sdílení, naslouchání	X		X	X	X	X
Změna vzhledu						
Pomoc v krizi		X		X	X	X
Kompenzační pomůcky (poradenství, půjčování)			X			X
Pomoc při obstarávání úředních záležitostí (invalidní a starobní důchod, příspěvek na péči, soc. dávky, soc. péče)	X	X	X		X	X
Předání kontaktu na hospicová zařízení a zařízení jiné následné péče					X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Mám takovou specifickou zkušenost s Romkama, že když se hovoří o nutnosti nějakého většího zásahu do lidského těla, tak tyhle klientky říkají, že do sebe nikdy říznout nenechají a tu léčbu často přeruší ... bydlení, vyřizování úředních záležitostí, kolem dávek, invalidního a starobního důchodu, dlouhodobá nezaměstnanost, hledání

*práce, klientky jsou předlužené a o onemocnění se dozvídáme až následně, potřeba se svěřit, posdílet, najít podporu, pochopení, porozumění, to co potřebuje každý z nás, když je nemocný.“ KP2 „Klientka měla dluh za nájem, bylo ohroženo bydlení, řešila se smlouva a příspěvky. Zjistily jsme, že je smlouva špatná, dále, že jsou nezkolaudované prostory na byt. Ubytovna nepřicházela v úvahu vzhledem ke zdravotnímu stavu.“ „...přerušila kontakt.“ KP3 „Ulehčení péče o ně, jak a s čím začít při pečování u nich. Zpravidla pomůcky. Poradenství u kompenzačních pomůcek, i půjčení pomůcek. Výběr pomůcky, získání, jak a kde, kontakty na dodavatele pomůcek, někdy i obyčejné popovídání a vyslechnutí.“ KP4 „řešila jsem spíš finanční problémy, pokoušely jsem se sehnat peníze přes nadace, 3-4 invalidní důchod ... žena, která to měla po druhé, byla na tom psychicky špatně a víceméně přišla jenom, že si potřebovala o tom s někým promluvit, spíš jsem hledala psychologa ... většinou jsou to samoživitelky, které chtěly nějak přilepšit ve své situaci, protože samozřejmě když je nemocná, není to růžový, pak je tam ten problém, když se dozví diagnózu, pamatuji si jednu paní, přijela rovnou z onkologie, kde se to dozvěděla a v podstatě řekla, že šla domů a když viděla naši poradnu, tak tam prostě přišla co s tím dál může udělat ona, chtěl i změnit onkologický pracoviště, chtěla změnit lékaře ... to nebyla sama, to pak chtěla ještě jedna klientka, ta už začala chemoterapii, tak tam už je ta změna problém ... příspěvek na péči, nedostanou ani ženy, které si tímhle prošly ... mám klientku, které otéká pravá ruka a noha, že je má opravdu 2x tak velký, ale je to třeba jednou za měsíc, na invalidní důchod nemá nárok, nebo ho dostanou na rok, na dva a pak o něj přijdou ... pomohu se sepsáním námitky nebo odvolání“ KP5 „kompenzační pomůcky ... s vyřízením domova pro seniory, domov s pečovatelskou službou“ KP6 „pomáháme, aby mohli prožívat co nejvíce času se svými nejbližšími ... chtěli bychom být oporou rodinným příslušníkům a blízkým, kteří jsou nemocí svého milovaného člověka velmi zasaženi .... k dosažení jejich co nejlepší kvality života ... v oblasti psychologické, sociální a duchovní “*

Cílem otázky bylo zmapovat problémové oblasti života žen s karcinomem prsu, se kterými se sociální pracovníci/pracovnice setkávají. Komunikační partnerky uvádějí, že jako nejčastější důvod sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu,

možnost se svěřit a sdílet, dluhové poradenství, krizovou pomoc a pomoc při obstarávání úředních záležitostí.

## 6. Poskytujete odborné sociální poradenství pro ženy s onemocněním karcinomem prsu?

Tabulka č. 10: Poskytování sociálního poradenství

Komunikační partner	Odborné sociální poradenství zaměřené na cílovou skupinu žen s onemocněním karcinomem prsu	Odborné sociální poradenství nezaměřené na konkrétní cílovou skupinu	Základní sociální poradenství
KP 1		X	
KP 2		X	
KP 3		X	
KP 4		X	
KP 5		X	
KP 6		X	

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „poskytujeme v té linii hlavně co se týče předluženosti klientek, na rozhovor o onemocnění dochází až v průběhu spolupráce, až vznikne větší důvěra a klientka se svěří, co ji trápí“ KP2 „nezaměřujeme se konkrétně na tyto ženy“ KP3 „převážně nás tyto ženy nevyhledávají, v případě potřeby jim zajistíme kontakt na příslušného odborníka“ KP4 „poskytujeme, ale nezaměřujeme se na konkrétní cílovou skupinu...“ KP5 „... poskytujeme odborné sociální poradenství lidem v těžké životní situaci, kdy neví kde a o co mohou požádat, na koho se obrátit, potřebují oporu, protože také sami trpí ... součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek.“ KP6 „Nabízíme pomoc a oporu lidem v těžkém životním období, s cílem usnadnit život nevyléčitelně nemocným,

*usnadnit péči příbuzným, kteří pečují o svého blízkého v domácím prostředí, půjčujeme kompenzační pomůcky.“*

Cílem otázky bylo zjistit, zda všechny komunikační partnerky poskytují odborné sociální poradenství. Všechny komunikační partnerky uvádějí poskytování odborného sociálního poradenství, žádná z komunikačních partnerek se nezaměřuje pouze na cílovou skupinu žen s onemocněním karcinomem prsu.

### **7. V čem spočívá Vaše role jako sociálního pracovníka v péči o ženy s onemocněním karcinomem prsu?**

**Tabulka č. 11:** Role sociálního pracovníka

<b>Komunikační partner</b>	<b>Odborník</b>	<b>Poradce</b>	<b>Krizový intervenátor</b>	<b>Naslouchání, sdílení, empatie</b>	<b>Doprovázení</b>
<b>KP 1</b>	X		X	X	X
<b>KP 2</b>			X	X	
<b>KP 3</b>	X			X	
<b>KP 4</b>		X			
<b>KP 5</b>					
<b>KP 6</b>	X	X	X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 *„Obecně se nedá oddělit, že by role sociálního pracovníka byla zásadně odlišná. Když jste v kontaktu s klientkou s rakovinou prsu, více využijete svých kompetencí v oblasti krizové intervence, ...probrat, naslouchat. U onkologicky nemocných to platí dvojnásob. Krizová intervence, ...jeho úloha je, že naslouchá, sdílí. Doprovázení složitou životní etapou ... formou sociálně právní pomoci...“*  
*„Odbornost...určitě ano.“* KP2 *„...krizový intervenátor, lidský přístup. Rozhovor s klientkou s onkologickým onemocněním je rozhovor ženy s ženou, je to osobní rovina, velice silný lidský moment.“* KP3 *„Role poradce, odborníka i obyčejného člověka. Být žena ... empatie a odbornost. Odolná, silná a lidská osobnost. Lidskost, empatie a umět*

*i jen mlčet, diskrétní, odborník a chuť se stále učit.“ KP4 „Je to role poradce.“ KP5 „umět naslouchat, citlivý, orientovat se v problematice“ KP6 „pomoc osobám v krizi, profesionální doprovázení v období umírání a v období truchlení a zármutku, poskytování poradenství nejen v poradně, ale i po telefonu, v doma, e-mailem, zprostředkujeme kontakt s lékařem, zdravotní sestrou, psychologem nebo s duchovním“*

Otázka byla směřována k naplnění dílčího cíle práce, kterým je popsat roli sociálního pracovníka při péči o ženy s karcinomem prsu. Komunikační partnerky spíše uvádějí roli angažovaného sociálního pracovníka a roli odborníka v oblasti právní a oblasti krizové intervence.

## **8. Z jakých intervencí sociální práce při práci s ženami s karcinomem prsu vycházíte?**

**Tabulka č. 12:** Používané intervence v rámci sociální práce s ženami s karcinomem prsu

<b>Komunikační partner</b>	<b>Práce s jednotlivcem</b>	<b>Skupinová práce</b>	<b>Rozhovor</b>	<b>Přístup orientovaný na klienta</b>	<b>Krizová intervence</b>
<b>KP 1</b>	X		X		
<b>KP 2</b>	X		X		X
<b>KP 3</b>	X		X	X	
<b>KP 4</b>	X		X		
<b>KP 5</b>	X		X	X	
<b>KP 6</b>	X		X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „individuální přístup“ KP2 „běžná práce poradny, krizová intervence, práce s klientem“ KP3 „Případová práce spočívá v základní orientaci v situaci, návrh kroků k řešení. Za výchozí považuji přístup orientovaný na klienta. Základní principy vedení poradenského rozhovoru a hlavně dle citu a intuice. Lidé jsou individuální a i přístup k nim.“ KP4 „Spíše individuální poradenství, můžeme poskytovat i skupinový, ale

většinou tyhlety ženy chodí právě proto, ... a že je to i anonymní ... vycházím z toho, co mi řeknou.“ KP5 „práce s klientem, nejdříve rozhovor, anamnéza, hledání řešení“ KP6 „krizová intervence, práce zaměřená na jednotlivce i práce s rodinou“

Cílem otázky bylo zjistit, které intervence sociální práce uplatní komunikační partnerky při práci s ženami s karcinomem prsu? Všechny komunikační partnerky uvádí jako výchozí metodu práci s jednotlivcem a techniku rozhovor. KP3, KP5, KP6 uvádí přístup orientovaný na klienta. Krizovou intervencí zmiňuje KP2, KP 6.

### 9. S jakými organizacemi zabývajícími se pomocí ženám s karcinomem prsu spolupracujete?

**Tabulka č. 13:** Spolupráce s organizací nebo svépomocnou skupinou

Komunikační partner	ANO	NE
KP 1	X	
KP 2		X
KP 3		X
KP 4		X
KP 5		X
KP 6		X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Navázaly jsme před časem kontakt se sdružením Mamma HELP. Jsme připravené a ochotné klientky odesílat pro případnou pomoc. Domnívám se osobně, že hlavní je u těchto žen potřeba emoční podpory a posílení těchto věcí, což mohou nalézt ve svépomocných organizacích typu Mamma HELP. A teprve tam jim doporučí další služby, které by se týkaly řešení dalších problémů a s tím jim můžeme pomoci.“ „Vím o nadaci Dobrý anděl, která finančně pomáhá onkologickým pacientům.“ KP2 „...pobočka Mamma HELP....“ KP4 „Nespolupracujeme, jak jsem řekla, ženy u nás vyhledávají spíše individuální přístup. Jedna klientka, které tato skupinová práce

*nevyhovovala, přišla, že si o tom chtěla popovídat, ale nakonec jsem ji směřovala k psychologce, ale ty lhůty k objednání jsou tam velký ...“*

Cílem otázky bylo zmapovat organizace a svépomocné skupiny v Jihočeském kraji zaměřené na pomoc ženám s karcinomem prsu. Doporučení na sdružení patientek s nádorovým onemocněním prsu Mamma HELP uvádí všechny komunikační partnerky. Spolupráci uvádí KP1.

## 10. Jak získáváte informace o tématu onemocnění karcinomem prsu?

**Tabulka č. 14:** Získávání informací ohledně tématu.

Komunikační partner	Internet	Supervize	Semináře, kurzy, výcviky, přednášky ohledně tématu	Semináře, kurzy, výcviky, přednášky v oblasti související s tématem	Přímo od žen s karcinomem prsu
KP 1					X
KP 2					
KP 3				X	
KP 4		X			
KP 5				X	
KP 6				X	

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 *„Informace mám od dvou kolegyně z našeho týmu, které onemocněly.“* KP2 *„školení ne“* KP3 *„Konkrétní výcvik jsme neabsolvovaly, účast na semináři Péče o umírající klienty, Doprovázení umírajícího.“* KP4 *„Neabsolvovala. Na supervizích ... spíše se to dotýká sebereflexe, v tom je to zmíněný, když se někdo zeptá.“*

Cílem otázky bylo zmapování oblasti vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti onkologických onemocnění. Komunikační partnerky spíše získávají informace samy nebo prostřednictvím seminářů a školení, dotýkajících se tématu. Zde vidím možnost dalšího rozvoje v podobě informačních materiálů, letáků apod.



**11. Mají sociální pracovníci podle Vašeho názoru možnost podílet se na prevenci onemocnění karcinomem prsu?**

KP1 „*když se o prospěšnosti prevence v souvislosti s větší šancí na vyléčení hodně mluví, zmirňují se obavy*“ KP2 „*spíše mohou*“ KP3 „*Připojit se k prevenci.*“ KP4 „*... určitě může ... předávat informace ... letáčky.*“ KP5 „*mohou edukovat*“ KP6 „*když přijdou mladí lidé na praxi, tak říkám jim ... pečujte o sebe, žijte zdravě ... zdravý životní styl ... nepodceňujte zdravotní problémy ...*“

Cílem otázky bylo zmapování možností sociální práce v oblasti prevence onkologických onemocnění. Komunikační partnerky zastávají názor, že se mohou podílet na prevenci onemocnění, zde vidím možnost dalšího rozvoje v podobě informačních materiálů, letáků apod.

**12. Jaké jsou podle Vašeho názoru možnosti sociální práce s ženami s tímto onemocněním?**

**Tabulka č. 15:** Možnosti sociální práce s ženami s onemocněním

Komunikační partner	ANO	NE
KP1	X	
KP2	X	
KP3	X	
KP4	X	
KP5	X	
KP6	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „*...není rozdíl v sociální práci s jiným klientem ...vždy kvalifikované poradenství ... zde nutnost vyšší míry podpory, krizové intervence, bez ní nelze pomoc poskytnou ...*“ KP2 „*pomoc s orientací v dávkách, v sociální síti*“ KP3 „*Nejdůležitější je, že můžeme pomoci ve spolupráci s rodinou nebo jen individuálně, být těmi prvními, na které se obrátí o radu či pouze zpovědníky. A hlavně, v drtivé většině zde pracují ženy.*“ KP4 „*...jakási první pomoc s orientací, kde hledat následnou podporu, bilancování dosavadních kroků a návrh kroků dalších, poskytování informací i kontakty na další*

*odborná pracoviště, orientace v sociálních dávkách, kompenzačních pomůckách a možnostech, které do určité míry zmírňují dopady této nemoci ... prvotní psychická podpora“ KP5 „přímá pomoci, terapeutická činnost, i s rodinou.“ KP6 „rozvoj hospicové péče“*

Cílem otázky bylo zmapovat, jaké možnosti sociální práce mají oslovené sociální pracovnice s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Všechny oslovené sociální pracovnice vnímají možnost sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Spolupráci s rodinou uvádí KP2, KP5. Pomoc s orientací v situaci uvádí KP2, KP4. Zmírnění dopadů onemocnění a nutnost krizové intervence uvádí KP1, nutnost rozvoje hospicové péče uvádí KP6

### 13. Jaké jsou podle Vašeho názoru limity sociální práce s ženami s tímto onemocněním?

**Tabulka č. 16:** Limity sociální práce s ženami s tímto onemocněním

Komunikační partner	Ženy s onemocněním nekontaktují sociálního pracovníka	Finanční omezení zařízení soc. služeb	Personální omezení	Chybějící specializace sociálních pracovníků	Psychické nebezpečí pro sociálního pracovníka	Sociální a zdravotní politika státu	Chybějící spolupráce onkologa a sociálního pracovníka
KP1	X						
KP2	X						
KP3	X		X	X			
KP4		X	X			X	
KP5					X		
KP6							X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 *„ pro podporu ženy kontaktují psychologa ...necítíme se omezení ... limitem může být fyzický stav klientky ... lze prostřednictvím terénní práce ... u chybějících kompetencí doporučit kontakt ... není třeba detailní vzdělání ...onemocnění není tabu ... diagnóza je častá ... lze najít dostatek informací ... radit se s Mamma HELP...“* KP2

*„Tyto ženy spíše vyhledávají pomoc psychiatra, psychologa.“ KP3 „v personálním obsazení ... zastupitelnost ... jsme pouze v sociální oblasti a nejsme odborníci na zdravotnické záležitosti ... oblast, která je ze začátku důležitá“ KP4 „ ... limity jako mezní hranice jsou dány možnostmi organizace, finančními, materiálovými, personálními a možnostmi jednotlivých pracovníků ... schopnostmi, dovednostmi, možnostmi a platícími pravidly. Velmi záleží, jak se vše skloubí, a jak se s tím dál pracuje ...“ KP5 „...každý tuto nemoc vnímá jinak ... každý má odlišné psychické i somatické problémy, každý se s tím jinak vyrovnává ... kde končí empatie, porozumění, podpora a pomoc osobám uvězněným v beznaději, bolestech, v hledání smíření s něčím, co zasáhlo do jejich života? Pokud udělám vše, co z mého pohledu mohu, co nabízí naše služby ... je to daný limit pro sociálního pracovníka ... aniž by to pro něj znamenalo psychické nebezpečí. Ale sociální práce má více podob a více definic, základním cílem je nasměrování k řešení problémů a ty takhle nemoc stupňuje ...“ KP6 „chybí spolupráce onkologa a sociálního pracovníka“.*

Cílem otázky bylo zjistit, co limituje možnosti sociální práce s ženami s onemocněním s karcinomem prsu. Komunikační partnerky spíše uvádějí, že ženy s tímto onemocněním pomoc sociálních pracovníků nevyhledávají KP1, KP2, KP3. Dalšími limitujícími faktory jsou finanční omezení KP4, personální obsazení KP3, KP4, nebezpečí psychického ohrožení sociálního pracovníka KP5, sociální a zdravotní politika státu KP5, chybějící spolupráce onkologa a sociálního pracovníka KP6.

## **4.2 Rozhovor se zdravotně sociálními pracovníky v nemocnici**

### **1. Co se Vám vybaví pod pojmem onemocnění karcinomem prsu?**

KP1 *„Jedná se o onemocnění, které se může týkat každého z nás a týká se to i mě osobně v rodině, už jsme se s tím setkali, časem může člověk získat dojem, když čte odborné články, že se jedná o lehké onemocnění, které se dá hned a promptně vyřešit, ale obávám se, že situace není úplně tak jednoduchá“* KP2 *„Je to známější onemocnění, spíše obava, úzkost, strach co bude ... pokud se to zachytí včas, tak je to léčitelné, důležitá je prevence, hlavně se nebát, tam je prvořadý ten strach, vůbec s tím jít*

*k lékaři, začít se léčit, ... já jsem se s tím setkala u jedné paní, kdy prs už byl rozpadlý, zeptala jsem se jí, proč to nechala zajít do takové fáze a ona mi říkala, že se strašně bála léčby ... takže jít včas k lékaři je prvořadý.“ KP5 „ ... už nejenom to, že to je to slovo rakovina, je to léčba, vedlejší účinky, ... to zvracení, člověku je špatně“.*

Tato otázka byla směřována na zjištění, jaké mají komunikační partnerky povědomí o onemocnění karcinomem prsu u žen. Obecně onkologické onemocnění a jeho léčba vyvolává strach a obavy. Úspěšnost léčby závisí na včasném odhalení onemocnění karcinomem prsu, k tomu přispívá zvýšená prevence a povědomí o onemocnění.

## 2. Setkáváte se během své profese s ženami s onemocněním karcinomem prsu?

**Tabulka č. 17:** Vyhledání pomoci zdravotně sociálního pracovníka

<b>Komunikační partner</b>	<b>Klientkou v souvislosti s jejím onemocněním</b>	<b>Klientkou v souvislosti s dalšími problémy nesouvisejícími s jejím onemocněním</b>
<b>KP1</b>		X
<b>KP2</b>	X	
<b>KP3</b>		X
<b>KP4</b>		X
<b>KP5</b>		X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 *„Konkrétně s ženami s karcinomem prsu se cíleně nesetkávám ... a samozřejmě pacienti, kteří přicházejí do zařízení, mají i tyto diagnózy a já se pak s nimi setkávám třeba na jiných odděleních“.* KP2 *„Nerozlišuji mezi onemocněním karcinomem prsu a jiným onemocněním, přístup je stejný, ... u karcinomu prsu se ve většině případů jedná o ženy, které mají rodiny, děti, prostě v produktivním věku, s úplně mladýma ženama jsem se nesetkala. Ty, které mají děti, nebo jsou rozvedené, tak tam problém byl, řešily jsme co dál.“* KP3 *„Setkávám se s ženami, kdy operace proběhla třeba před deseti lety a přišly k nám z úplně jiného důvodu.“* KP4 *„Neřešíme diagnózu, ale*

*sociální problém. Je to komplexní přístup. V čem má klient problém ve svém přirozeném prostředí.“ „Ptáme se na pacienta lékaře.“ „Lékař dopředu pohovoří s pacientem, zavolá sociální pracovníci a ta přijde za pacientem“. KP5 „Ženy po operaci jdou záhy domů, následně hledají pomoc v terénu.“*

Cílem otázek bylo zjistit, jakým způsobem se komunikační partnerky dostávají do kontaktu s klientkami/ženami o karcinomu prsu. Všechny komunikační partnerky se shodly, že je primárně ženy v souvislosti s karcinomu prsu spíše nevyhledávají. O onemocnění klientky se dozví v průběhu řešení sociálního problému vyplývajícího z jiné oblasti.

### 3. Pracujete s rodinnými příslušníky žen s karcinomu prsu?

**Tabulka č. 18:** Sociální práce s rodinnými příslušníky žen s karcinomu prsu

Komunikační partner	ANO	NE
KP1		X
KP2		X
KP3	X	
KP4		X
KP5		X

Zdroj: Vlastní výzkum

KR1 *„Rodinní příslušníci se podílí na řešení situací, záleží v jaké fázi onemocnění žena je, pokud se jedná o těžší případy, kdy to nedopadne dobře, dojde k metastázám a podobně, kondice pacientek je nižší ... takové to přímě rozhodování a zařizování, jak to bude vypadat, co se bude dít, kam se podá žádost, co je třeba pro to udělat, tak se snažíme přesouvat spíše na rodiny.“* KP2 *„ ... většinou ano ...“* KP3 *„...ne...“* KP4 *„Osloví nás rodina, neví co. Potřebují pomoc se zajištěním pacientky. Často se ptají ... co dál, když mi zemře doma? Obávají se toho. Nikoho neodrazujeme, ale říkáme potřebujete to a to, abyste to zvládli.“* KP5 *„ ... ano, potřebujeme nasmlouvat pečovatelku hned, příspěvek na péči je v nedohlednu, záloha na polohovací postel je 5000.-.“*

Otázka směřovala na zjištění, zda to jsou rodinní příslušníci, kteří kontaktují zdravotně sociální pracovníky v souvislosti s onemocněním ženy z jejich blízké rodiny karcinomem prsu. Komunikační partnerky uvádějí, že je spíše rodinní příslušníci ženy v souvislosti s jejím onemocněním nevyhledávají. Spolupráci uvedla KP3.

#### 4. V jaké fázi onemocnění se s ženami v rámci sociální práce setkáváte?

**Tabulka č. 19:** Kontakt sociálního pracovníka ve zdravotnictví dle fáze onemocnění

Komunikační partner	Sdělení diagnózy	Léčba	Rehabilitace	Recidiva, další rozvoj onemocnění	Terminální paliativní
KP1					X
KP2					X
KP3					X
KP4			X		
KP5					X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 *„Jedná se spíše o pokročilá stádia onemocnění ... setkávám se spíše s následky a komplikacemi těchto onemocnění ... pokud by se jednalo o počáteční fáze onemocnění, je to psychický dopad onemocnění, v rámci depresivních epizod ..“* KP2 *„V té počáteční fázi onemocnění se s těmi ženami neseťkávám, jsou to většinou lékaři, kteří kontaktují psycholožku ... je to ve fázi, kdy nejsou mobilní, nemají možnost sebeobsluhy, potřebují péči.“* KP3 *„Setkávám se většinou s pacientkami po ablaci, už jsou to starší ženy, v tom věku, že už jim to nedělá velký problémy, vzhledový, už se tím netrápí. Také před nástupem do hospice nebo před nějakou závažnější záležitostí“* KP4 *„Setkám se s pacientkou s karcinomem prsu, ale problémy vyplývají z jiného onemocnění.“* KP5 *„Rodina nás osloví v poslední fázi.“*

Cílem otázky bylo zjistit v jaké fázi onemocnění je vyhledávána pomoc sociálního pracovníka ve zdravotnictví a následně zmapovat možnosti sociální práce. Komunikační

partnerky spíše uvádějí, že je to fáze pokročilého onemocnění a terminální fáze, ve které přicházejí do kontaktu s ženami s tímto onemocněním.

**5. Jaké jsou Vaše zkušenosti při práci s touto cílovou skupinou/s těmito ženami? co se daří, co se nedaří, jaké jsou jejich obtíže, dopady, problémy)**

**Tabulka č. 20 : Důvody sociální pomoci**

Důvod sociální pomoci	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5
Dluhy					
Dlouhodobá nezaměstnanost, hledání práce	X				
Bydlení					
Právní pomoc					
Vztahy osobní, rodinné, pracovní)					
Emoční podpora, sdílení, naslouchání					
Změna vzhledu					
Pomoc v krizi					
Kompenzační pomůcky poradenství, půjčování)	X	X			
Pomoc při obstarávání úředních záležitostí (invalidní a starobní důchod, příspěvek na péči, soc. dávky, soc. péče)	X	X	X	X	X
Předání kontaktu na hospicová zařízení a zařízení jiné následné péče		X			

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „...hodně se řeší následky onemocnění, invalidita a popřípadě nějaké sociální dávky, ztráta příjmů, vyřízení pečovatelských služeb, kompenzačních pomůcek ... ženy, které absolvují léčbu a vše dobře dopadne, jsou soběstačné, tak většinou se vrátí do života a naši pomoc nepotřebují.“ KP2 „ ... sociální problémy, zajistit domácí péči, polohovací postel, vyřízení hospice, tam záleží na tom, zda ty ženy mají rodinu, manžela ...“ KP3 „Vyřizování příspěvku na péči. To nás obecně pálí nejvíc, to je hrozně

*dlouhá doba a ti lidé potřebují ten příspěvek teď, a když jste v práci a váš blízký je nemocný a chcete se o něj postarat, prostě abyste měla finanční prostředky a mohla s ním být doma, to jsou potom nejhorší stresy pro ty rodiny, odejít z práce, protože ten člověk nemůže většinou být doma sám. Onkologické onemocnění je jedno z finančně náročných onemocnění, třeba vzhledem k výživě, kterou člověk musí mít.“ KP4 „Nezaměřujeme se na diagnózu.“ „sociální role ve společnosti ... osamělost. Rodina... v terminálním stádiu ... jeli si schopná poradit nebo ne.“ „Mladá žena má malé děti, starší žena řeší imobilitu.“ “Řeší se to nejpalcivější, klientka odchází se zajištěním další pomoci.“ „Najít cestu k pomoci, a i když zpočátku nemá zájem, později se třeba ozve ...“ KP5 „V důchodovém věku má ta žena alespoň důchod, v tom mladém věku, i když se vyléčí, dostanou invalidní důchod 1,2, nemůžou vrátit do práce nebo si hledají jinou práci, nebo se jim to rozjede znovu, takže potřebujou být psychicky dobrý. Stres je velký spouštěč, léčba trvá třeba rok, a když potom žijí s nízkým příjmem, shání práci, je to náročný.“*

Cílem otázky bylo zmapovat problémové oblasti života žen s karcinomem prsu, se kterými se sociální pracovníci ve zdravotnictví setkávají. Komunikační partnerky spíše uvádějí, že důvodem sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu je pomoc s vyřizováním příspěvku na péči, předání kontaktu na hospicové zařízení uvádí KP2.



**6. Poskytujete odborné sociální poradenství pro ženy s onemocněním karcinomem prsu?**

**Tabulka č. 21:** Poskytování sociálního poradenství

<b>Komunikační partner</b>	<b>Odborné sociální poradenství zaměřené na cílovou skupinu žen s onemocněním karcinomem prsu</b>	<b>Odborné sociální poradenství nezaměřené na konkrétní cílovou skupinu</b>	<b>Základní sociální poradenství</b>
<b>KP1</b>			X
<b>KP2</b>			X
<b>KP3</b>			X
<b>KP4</b>			X
<b>KP5</b>			X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „...poskytujeme základní sociální poradenství“ KP2 „základní sociální poradenství“ KP4 „ ... ne ...“

Cílem otázky bylo zjistit, zda všechny komunikační partnerky poskytují odborné sociální poradenství. Všechny komunikační partnerky uvádějí poskytování základního sociálního poradenství, žádná z komunikačních partnerek se nezaměřuje na cílovou skupinu žen s onemocněním karcinomem prsu.

**7. V čem spočívá Vaše role jako sociálního pracovníka v péči o ženy s onemocněním karcinomem prsu?**

**Tabulka č. 22:** Role zdravotně sociálního pracovníka

Komunikační partner	Odborník	Krizový intervenátor	Poradenství	Naslouchání sdílení empatie	Doprovázení	Komplexní přístup
KP1						X
KP2			X	X		
KP3			X			
KP4	X			X		
KP5						

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Nedá se říct, že role sociálního pracovníka je přísně vymezená, pokud s rodinou, pacientkou spolupracujeme delší dobu, tak se tam samozřejmě vyvine určitý vztah, člověk pronikne trošku do té rodiny, do jejich problémů a často se stává, že v návaznosti na pacienta zjistíme, že je v rodině ještě její další člen, babička nebo dědeček, kteří mají další sociální problémy, takže tu rodinu řešíme jako celek.“ KP2 „... většinou psychoterapeutická, poradenská, víceméně ...“ KP3 „Mladá generace využívá internet, pro ty starší to není, oni řeknou, já vás nechci obtěžovat nebo se i stydí pro ty informace přijít, že na tom není ještě tak špatně, že si pak myslí, že umírá, je to na nás abychom jim poradily a nějakým způsobem je přesvědčily.“ KP4 „... je to hlavně role poradce ... pečovatele ... i opora a důležitý je rozsah znalostí.“ KP5 „... zajištění další sociální pomoci, třeba domácí hospic nebo poradit ... příspěvek ...“

Otázka byla směřována k naplnění dílčího cíle práce, kterým je popsat roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví při péči o ženy s karcinomem prsu. Komunikační partnerky spíše uvádějí roli angažovaného sociálního pracovníka KP2, KP3 a roli poradce KP2, KP4. Komplexní přístup uvádí KP1. Roli odborníka uvádí KP4.

**8. Z jakých intervencí sociální práce při práci s ženami s karcinomem prsu vycházíte?**

**Tabulka č. 23:** Používané intervence v rámci sociální práce s ženami s karcinomem prsu

Komunikační partner	Práce s jednotlivcem	Skupinová práce	Rozhovor	Přístup orientovaný na klienta
KP1	X		X	X
KP2	X			
KP3			X	
KP4	X		X	X
KP5	X		X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „... máme případové práce ... základními přístupy je rozhovor, sběr dat a navržení řešení situace ...“ KP2 „... krizová intervence ... měla jsem i paní, měli v rodině exekuci, takže to byl velkej problém, ona byla i potom na vozíku, to bylo docela pro mě osobně náročný, že ten manžel to nechtěl řešit, ... těch exekucí měli několik a on se k tomu stavěl strašně laxně, ... měli tam i děti ...“ KP3 „vyptat se, ... individuálně...“ KP4 „Hovoříme o smyslu života. Souvisí s tím i etické problémy. Rodina chce, aby se onkologicky nemocný diagnózu nedozvěděl. Proti tomu stojí úmysl pravdivě informovat, je to ku prospěchu věci! Institut Dříve vysloveného přání – podat poradenství, ale neinformovat. Zvláště u starších pacientek - to vyřeší dcera, syn ...“

Cílem otázky bylo zjistit, které intervence sociální práce uplatní komunikační partnerky při práci s ženami s karcinomem prsu. Komunikační partnerky spíše uvádějí jako výchozí metodu práci s jednotlivcem KP1, KP2, KP4, KP5, techniku rozhovor KP1, KP3, KP4, KP5 a přístup orientovaný na klienta KP1, KP4, KP5.

**9. S jakými svépomocnými/pacientskými organizacemi zabývajícími se pomocí ženám s karcinomem prsu spolupracujete?**

**Tabulka č. 24:** Spolupráce se svépomocnou/pacientskou organizací

<b>Komunikační partner</b>	<b>Svépomocná organizace</b>	<b>Pacientská organizace</b>
<b>KP1</b>	NE	NE
<b>KP2</b>	NE	NE
<b>KP3</b>	NE	NE
<b>KP4</b>	NE	NE
<b>KP5</b>	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „ ... využíváme sdružení Mamma HELP ... také Dobrý anděl.“ KP2 „Znám Mamma HELP, Arcus, Amélie.“ KP4 „Vím o sdružení Mamma HELP.“

Cílem otázky bylo zmapovat organizace a svépomocné skupiny v Jihočeském kraji zaměřené na pomoc ženám s karcinomem prsu. Doporučení na Mamma HELP uvádí všechny komunikační partnerky, spolupráci neuvádí žádná z nich.

## 10. Jak získáváte informace ohledně tématu onemocnění karcinomem prsu?

Tabulka č. 25: Absolvované vzdělávací aktivity.

Komunikační partner	Internet	Vzdělávací aktivity semináře, kurzy, výcviky, školení přímo související s onemocněním	Přímo od žen s karcinomem prsu	Vzdělávací aktivity semináře, kurzy, výcviky, školení přímo nesouvisející s onemocněním
KP1				X
KP2				X
KP3				X
KP4	X			X
KP5				X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „...konkrétní kurzy a semináře s ohledem na diagnózu neabsolvujeme, ale v rámci zařízení a v rámci České asociace sester ... může organizovat pohovory, které mohou souviset, co se týče přístupů ke klientovi s depresí, ten se tohoto tématu může dotýkat taky, i když to není přímo zaměřeno.“ KP2 „ ... Paliativní péči v hospici ... “  
KP4 „ ..na internetu. “

Cílem otázky bylo zmapování oblasti vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích v oblasti onkologických onemocnění. Komunikační partnerky spíše získávají informace prostřednictvím školení a seminářů dotýkajících se tématu onkologického onemocnění, zde vidím možnost dalšího rozvoje v podobě informačních materiálů, letáků apod.

## 11. Mají sociální pracovníci podle Vašeho názoru možnost podílet se na prevenci onemocnění karcinomem prsu?

KP1 „...můžeme edukovat, nicméně konkrétně s tímto onemocněním prevenci neprovádíme.“ KP2 „ ... mají možnost se podílet na prevenci, hlavně oni sami by ji měly provádět, jít příkladem.“ KP3 „Nejdůležitější je, aby člověk sám, když má nějaký

*problém, okamžitě šel k lékaři a to právě se často bojí, jak se to pojmenuje, řekne se, je to rakovina, tak to už je konec, proto je dobře, když o tom mluví známá osobnost, měl jsem to a dostal jsem se z toho“ KP4 „Je tu rodina, doporučím dceři vyšetření, rozhovor.“ KP5 „... taková ta propagace ... já sama jsem byla na mamografu včera...“*

Cílem otázky bylo zmapování možností sociální práce v oblasti prevence onkologických onemocnění. Komunikační partnerky uvádějí, že spíše mají možnost se podílet na prevenci onemocnění, zde vidím možnost dalšího rozvoje v podobě informačních materiálů, letáků apod.

## **12. Jaké jsou podle Vašeho názoru možnosti sociální práce s ženami s tímto onemocněním?**

**Tabulka č. 26:** Možnosti sociální práce s ženami s onemocněním

<b>Komunikační partner</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>KP1</b>	X	
<b>KP2</b>	X	
<b>KP3</b>	X	
<b>KP4</b>	X	
<b>KP5</b>	X	
<b>KP6</b>	X	

### **Zdroj: Vlastní výzkum**

*KP1 „... záleží na fázi onemocnění ... je to pomoc ženě v situaci, kterou nemůže sama zvládnout a odvíjí se od toho, jakou pomoc konkrétně potřebuje ... a v podstatě i práce s rodinou, nelze řešit člověka odděleně od té rodiny.“ KP2 „...psychická podpora ...“ KP3 „Na prvním místě je informovanost, potom zmírnění toho strachu, zmírnit obavy. Měl by tam být sociální pracovník, eventuálně psycholog, chybí celkově multidisciplinární spolupráce. Ne u toho prvního sdělení diagnózy, ale nechat tu rodinu to vstřebat a pak se sejít a říct, jsou tyhle možnosti a tohle vás čeká.“ KP4 „ ... komplexní péče odborníků včetně sociálního pracovníka ... “ KP5 „ ... právě ten příspěvek, strašně dlouho trvá vyřízení, to je jedna z věcí, která by se měla změnit,*

*pokud je onemocnění v terminální fázi, nevíte, jestli je to otázka měsíců nebo dnů a ta rodina chce být se svým blízkým, umožnit mu aby zemřel doma.“*

Cílem otázky bylo zmapovat, jaké možnosti sociální práce mají oslovené sociální pracovnice s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Všechny oslovené sociální pracovnice vnímají možnost sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Spolupráci s rodinou uvádí KP1, KP3, KP5. Psychickou podporu uvádí KP2, zmírnění strachu a obav, dostatek informací uvidí KP3. Multidisciplinární spolupráci uvádí KP3, KP4. Urychlení procesu nároku na příspěvek na péči uvádí KP5.

### 13. Jaké jsou podle Vašeho názoru limity sociální práce s ženami s tímto onemocněním?

**Tabulka č. 27:** Limity sociální práce s ženami s tímto onemocněním

Komunikační partner	Ženy s onemocněním nekontaktují sociálního pracovníka	Personální omezení	Chybějící specializace sociálních pracovníků	Psychické nebezpečí pro zdravotně sociálního pracovníka	Sociální a zdravotní politika státu	Chybějící spolupráce onkologa a sociálního pracovníka
KP1				X		
KP2					X	X
KP3					X	
KP4					X	
KP5					X	

Zdroj: Vlastní výzkum.

KP1 „ ... když se člověk příliš s tou rodinou, s tou klientkou sblíží a z toho mohou vyplývat případně psychické problémy, takže neměl by si práci nosit domů, i když to není někdy úplně jednoduché.“ KP2 „ ... hospicová péče nebo domácí péče, mělo by to být uděláno mnohem lépe, když rodina se chce o svého blízkého starat, mohli být dlouhodobě doma za dobrý peníze a ne aby museli odcházet z práce ... nebo si myslím, že třeba kompenzační pomůcky by měl předepisovat onkolog nebo by měl mít možnost předepsat polohovací postel, ne aby to musel psát rehabilitační ortoped ... i ty ceny ..“ KP3 „Nejnáročnější je to u mladých lidí, kde mají děti, tam kde nechtějí do hospice

*a nemůžou být doma, to jsou potom komplikace.“ KP3 „ ...máme dobré zkušenosti s hospicem, ten tady chybí“ „Limituje nás opravdu to, co nabízí stát a co můžeme nabídnout mi, vyřízení příspěvku na péči trvá dlouho, vypadne příjem, člověk neví dopředu, jestli je to otázka dvouměsíční nebo půl roku, pak už se třeba do té práce ani nevrátí.“ KP4 „ ... místní dostupnost, i když internet nabízí velké možnosti a anonymitu... “ KP5 „...ozařování, chemoterapie, ... sanitku nedávají, po chemoterapii je lidem špatně, někdo nemá auto ... někoho odvézt ... soukromý sanitky nejsou nejlevnější, ta sanitka by se měla individuálně posuzovat, i podle situace té rodiny, ... rodinní příslušníci, když se musí často uvolňovat z práce ... většině lidí dobře není, zvrací, mají průjem, jsou rádi, že jim někdo donese pití, že to někteří dobře snášejí je jenom dobře ... kolikrát ty ženy mají chemoterapii a kolikrát tam musí jezdit, to kape tři, čtyři hodiny, ten další člověk (doprovod) tam musí čekat z práce, je to na celý den, je to velký zásah .“*

Cílem otázky bylo zmapovat, jaké možnosti sociální práce mají oslovené sociální pracovníce s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Oslovené sociální pracovníce spíše uvádějí jako limitující pro možnost sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu sociální a zdravotní politiku státu KP2 *„třeba kompenzační pomůcky by měl předepisovat onkolog nebo by měl mít možnost předepsat polohovací postel“*, *„rodina se chce o svého blízkého starat, mohli být dlouhodobě doma za dobrý peníze a ne aby museli odcházet z práce“*. Chybějící spolupráci onkologa a sociálního pracovníka jako limitující faktor uvádí KP2. Psychické ohrožení sociálního pracovníka uvádí KP1.



### 4.3 Rozhovor s ženami s karcinomem prsu

#### Onemocnění karcinomem prsu

#### 1. Kdy a jak Vám bylo diagnostikováno onemocnění rakovinou prsu? Zpozorovala jste příznaky onemocnění?

Tabulka č. 28: Zjištění příznaků onemocnění karcinomem prsu.

Komunikační partner	Nález bulky v prsu ženou	Nález bulky v prsu při mamografickém skríníngu	Jiné
KP1	X		
KP2	X		
KP3		X	
KP4		X	
KP5	X		
KP6		X	

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „Nahmatala jsem si bulku v prsu, ale k lékaři jsem se rozhodla jít až po půl roce. Diagnostikováno bylo v prosinci 2010 pomocí biopsie.“ KP2 „Rakovinu prsu jsem si "objevila" sama, a to tak, že při sprchování jsem cítila v hořejším kvadrantu prsu jakoby "oteklou žlázu" ... což mi bylo také několik měsíců tvrzeno lékaři při různých vyšetřeních ... po devíti !! měsících mi potvrdili podezření a diagnostikovali rakovinu prsu.“ KP3 „...v roce 2004 při mamografii a sono.“ KP4 „...před 22 lety, v průběhu prováděné operace malého, údajně nezhoubného nádoru ...“ KP5 „...bulku na prsu jsem si našla sama, bylo mě 41 let, následovalo vyšetření a potvrzení rakoviny ...“ KP6 „Před 7 lety mi na mamografu při preventivní prohlídce našli bulku a rovnou mi řekli, že to nevypadá dobře. Ten den jsem před tím mamografem byla na preventivní prohlídce u gynekologa a ten mi prováděl vyšetření prsů pohmatem a řekl, je to v pořádku ... na to, že mám jít na mamograf mě upozornila sestřička při odchodu z jeho ordinace.“

Cílem otázky bylo zmapování oblasti samovyšetřování a pravidelného mamografického skríníngu. Komunikační partnerky KP1, KP2, KP5 uvádějí, že bulku

v prsu našly samy. KP3, KP4, KP6 uvádí nález bulky při preventivním mamografickém skríníngu.

## **2. Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?**

KP1 „*Velmi klidná, že mi odoperují a budu se zase dále léčit.*“ KP2 „*Já reagovala (prý) neobvykle ... prostě jsem si řekla, jo, dobrá, tak se budu léčit a prostě se vyléčím ... přirovnala bych to jako když máte před sebou jakýsi pomyslný skleněný kryt ... nedovolila jsem, aby mě zpráva o nemoci a potom nemoc úplně pohltila.. Jediným problémem bylo to určení diagnózy, kdy mi opravdu devět měsíců bylo tvrzeno, že je to "jen" oteklá žláza. Dalo se tomu předejít asi jednoduše, a to tak, že když jsem asi po čtvrté šla zase s tou mou "oteklou žlázou", jelikož mě to už po pěti měsících dost znervózňovalo, tak mi už lékař měl provést biopsii ... a ušetřili bychom si další čtyři měsíce ... no, proto asi taky ta metastáza, měla dost času.*“ KP3 „*Byla jsem vyděšená ...*“ KP4 „*Nebylo to příjemné...musela jsem o tom přemýšlet ...*“ KP5 „*...tušila jsem, že jsem nemocná, byla jsem unavená, takže sdělení lékaře, že mám rakovinu, nebylo pro mě překvapením, byla jsem na to připravená a hlavně jsem od začátku věřila, že se uzdravím, to je myslím důležité ...*“ KP6 „*...šok, bylo to nespravedlivé, nemohla jsem tomu uvěřit...*“

Cílem otázky bylo zjistit, jak reaguje žena na sdělení diagnózy karcinomu prsu. KP1, KP2 uvádí spíše klidnou reakci KP1 „*Velmi klidná ...*“. KP3, KP4, KP5, KP6 uvádí spíše negativní reakci, šok, vyděšení. KP4 „*nebylo to příjemné ...*“

### 3. Jak probíhala léčba včetně operace?

Tabulka č. 29: Podstoupení ablace prsu

Komunikační partner	Ablace prsu	Prs zachovávající operace
KP1	X	
KP2		X
KP3	X	
KP4	X	
KP5		X
KP6		X

Zdroj: Vlastní výzkum.

KP1 „... při operaci odstranili prsní dvorec na levém prsu a 8 uzlin v levém podpaží ... šestkrát chemoterapie v rozmezí po třech týdnech, pak ozařování 32x a po ukončení ozařování ještě hormonální terapie na pět let ... jeden prášek denně, s kontrolou na onkologii každý čtvrtek ... sama jsem prováděla cviky ruky dle letáčku, který mi dali na gynekologii, lázně jsem odmítla ... po roce od chemoterapie radikální zhoršení stavu vlasů a nohou ... s oznámením od lékařů, že byla zničena nervová zakončení v dolních končetinách, což prý se srovná do dvou let ... což se nestalo a nyní i po pěti letech ... stav nohou se zhoršuje ... a vlasy mám jiné než dříve.“ KP2 „...prodělala jsem dvě operace, poprvé mi odstranili nádor a spádovou uzlinu, a jelikož byla zjištěna metastáza, tak následovala druhá a bylo mi odstraněno 12 uzlin ... následovala chemoterapie ... lékařské péče v nemocnicích, na vyšetřeních, na onkologii ... mám jen ty nejlepší zkušenosti ...“ KP3 „... odstranění prsu ano, chemoterapie, ozařování ...“ KP4 „... až po operaci jsem zjistila, že jsem vlastně podstoupila i ablaci prsu ... protože se podařilo odstranit celý nádor, nebyla zahájena žádná chemoterapie, pouze léčení po operačním výkonu.“ KP5 „...operace ... chemoterapie ... 1 x lázně ... ablaci prsu ne ...“ KP6 „operace, kdy mi odstranili nádor a uzliny v podpaždí, chemoterapie 6x, 12 x ozařování, potom lázně, po devíti měsících jsem se vrátila do práce, byla jsem v pořádku ... asi za rok mě začala bolet záda, cvičila jsem, chodila na rehabilitaci, ale byly to metastázy v páteři ...tehdy jsem se složila psychicky, nastoupila silná deprese ... pomohla mi až jedna moc hodná doktorka na psychiatrii, vše co jsem prožívala, mi

*vysvětlila, uklidnilo mě to a také léky, které mi nasadila a beru je dodnes ... znovu následovala chemoterapie, znovu jsem přišla o vlasy ... pak metastázy v játrech, další léčba, beru léky ... mezitím jsem odešla do důchodu...“*

Cílem otázky bylo zmapování oblastí negativních dopadů na zdravotní stav ženy v průběhu léčby onemocnění, včetně dotazu na provedení ablace prsu. Podstoupení ablace prsu uvádí KP1, KP3, KP4. Chemoterapii a ozařování nepodstoupila KP4. Zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s léčbou uvádí KP1 a zhoršujícím se průběhem onemocnění KP6.

#### **4. Od koho jste získávala informace ohledně onemocnění?**

*KP1 „...od gynekoložky, která mě operovala a následně od onkoložky ...“ KP2 „hlavně od lékařů, pokud mohu být konkrétní, paní primářka ...naprosto skvělá žena, lékařka, osobnost...ale vždy ten který lékař, u něhož jsem podstupovala jakékoliv ošetření, vyšetření či zákrok, mi dali velké množství informací a vždy mi nabídli možnost se zeptat na cokoli jiného, co mě zajímalo...“ KP3 „od známé, která byla také nemocná“. KP4 „... kdykoliv s pochopením od onkologa nebo mého praktického lékaře ...“ KP5 „... od onkologa i v nemocnici ... byli na mě milý a hodní“ KP6 „...onkolog mi sám nic neřekl ...četla jsem knihy, články o zdraví, duchovní příčiny onemocnění, léčitelé...“*

Cílem otázky bylo zjistit, zda ženy získávají informace ohledně onemocnění od svého onkologa nebo získávají informace z jiných zdrojů. Onkologa uvádí KP1, KP2, KP4, KP5. KP3 uvádí získávání informací od ženy s onemocněním. KP6 vyhledávala informace sama.

#### **5. Potřebovala jste o onemocnění s někým mluvit?**

*KP1 „... jen s rodinou a kamarádkou.“ KP2 „Mluvila jsem o tom dost, s rodinou i kamarády ... hlavně aby ženy ... dcery, příbuzné, kamarádky nic nenechaly náhodě a když mají podezření na něco špatného v těle, nedaly lékařům pokoj a mluvit o mé situaci mi zřejmě dost pomáhalo vše překonat ... i když jsem velká optimistka.“ KP3 „... ano...“ KP4 „Ne, musela jsem se s tím vyrovnat sama.“ KP5 „...ano...“ KP6 „Nemohla jsem o tom zpočátku vůbec mluvit ...“*

Cílem otázky bylo zjistit potřebu ženy sdílet své onemocnění. Tuto potřebu uvedla KP1, KP2, KP3, KP5, své pocity sdílely spíše s rodinou a přáteli. Tuto potřebu neuvádí KP4, KP6. KP4 „*musela jsem se s tím vyrovnat sama*“ KP6 „*Nemohla jsem o tom zpočátku vůbec mluvit*“

## 6. Potřebovala jste psychickou podporu? A od koho?

Tabulka č. 30: Potřeba psychické podpory

Komunikační partner	Potřeba psychické podpory
KP1	ANI NE
KP2	X
KP3	X
KP4	
KP5	
KP6	X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „*Ani ne.*“ KP2 „*Psychická podpora bylo to mé povídání si.*“ KP3 „*... ano, od rodiny, přátel.*“ KP4 „*Ne.*“ KP5 „*...nepotřebovala jsem ...*“ KP6 „*...potřebovala, nevěděla jsem, kam se obrátit...*“

Cílem otázky bylo zjistit, zda žena potřebovala psychickou podporu ve svém onemocnění. Komunikační partnerky spíše uvádí, že nepotřebovaly psychickou podporu. Potřebu psychické podpory uvádí KP3 a KP6.

## 7. Kdo Vám byl největší oporou?

KP1 „*... sestra a maminka.*“ KP2 „*Největší oporou byl manžel, protože byl prostě STÁLE se mnou - ve dne, v noci, projezdil se mnou veškerá vyšetření a také absolvoval při mě všechny chemoterapie ... ale moc veliká opora byly i mé tři dospělé děti, rodiče, sourozenci ... celá má milovaná rodina, a přátelé a známí byli a jsou skvělí.*“ KP3 „*...ta rodina a přátelé ...*“ KP4 „*...rodina i přátelé ...*“ KP5 „*...manžel, rodina, přátelé ...*“ KP6 „*... přítel ...*“

Cílem otázky bylo zjistit, v čem je největší opora pro ženy s onemocněním. Komunikační partnerky spíše uvádí podporu blízké rodiny a přátel.

### 8. Jaké období v průběhu nemoci bylo pro Vás nejtěžší?

Tabulka č. 31: Nejtěžší období v průběhu onemocnění

Komunikační partner	Sdělení diagnózy	Chemoterapie	Operace
KP1		X	
KP2		X	
KP3	X		
KP4	X		X
KP5		X	
KP6		X	

Zdroj: Vlastní výzkum.

KP1 „...při chemoterapii, to znamená po operaci...vedlejší účinky chemoterapie, dalo by se tomu předejít, kdyby zdravotníci byly upřímnější a sdělili mně, že jsem dostala jiný druh chemoterapie než předešlé roky při onkologickém onemocnění, které neměly takové následky ... na nohy, vlasy. Co všechno jsou vedlejší účinky a oznámení, že když si připlatím, tak bych si mohla vybrat léčbu s menšími následky, protože se domnívám, že čím je člověk starší, tím se do něj ve zdravotnictví méně investuje.“ KP2 „Asi nejtěžší chvílka, jakási krize přišla po čtvrté chemoterapii ... to jsem se zařekla, že na další prostě nejdu ... měla jsem jich 6 ... a opět zapůsobil můj manžel, domluvil mi...a tak jsem šla, no.“ KP3 „... po sdělení diagnózy.“ KP4 „...celé období od operace až do doby první negativní kontroly bylo těžké.“ KP5 „ ... vypadávání vlasů a další komplikace spojené s chemoterapií ...“ KP6 „... chemoterapie, bylo mi hrozně zle, několikrát jsem to říkala onkologovi, než mi konečně něco začali přidávat do kapačky, pak to bylo trochu snesitelnější“

Cílem otázky bylo zjistit, která fáze onemocnění z pohledu ženy s onemocněním přináší nejvíce obav a omezení a zhoršuje kvalitu jejího života. Komunikační partnerky spíše uvádí fázi léčby, konkrétně chemoterapie a jejích vedlejších účinků KP1, KP2, KP5, KP6. Fázi sdělení diagnózy uvádí KP3, KP4. KP4 „...celé období od operace až do doby první negativní kontroly ...“

## 9. Co Vám pomohlo se s nemocí vyrovnat?

KP1 „... znalost a zkušenost z pozitivních předešlých onkologických zásahů v roce 2000 a 2003... a důvěra sama v sebe, že nemoc opět překonám.“ KP2 „hlavně díky své povaze, převážně jsem optimistka, ale také hlavně vědomí, že již existuje účinná léčba.“ KP3 „...hlavně čas...“ KP4 „... nepřipouštěla jsem si žádné negativní myšlenky, brala jsem vše věcně a velice mi pomáhalo pochopení rodiny.“ KP5 „...od začátku jsem věřila, že se uzdravím, to je myslím hodně důležit ...“ KP6 „Nikdy jsem se s tím nevyrovnala.“

Cílem otázky bylo zjistit, co ženě pomáhá vyrovnat s onemocněním. Komunikační partnerky spíše uvádí pozitivní myšlení a víru v uzdravení. S onemocněním se nevyrovnala KP6.

### Dopady a důsledky nemoci

1. Jaké byly dopady onemocnění na Váš dosavadní život v psychosociální oblasti osobní život, vztahy, zaměstnání, volný čas, finanční situace)?

Tabulka č. 32: Psychosociální dopady onemocnění na život ženy

Komunikační partner	Volný čas	Vzhled	Žádné dopady	Finanční problémy	Dojíždění na léčbu	Sex	Péče o rodinu
KP1	X	X					
KP2			X		X		
KP3			X				
KP4			X				
KP5			X				
KP6				X	X		

Zdroj: Vlastní výzkum.

KP1 „Pouze ve volném čase, protože vedlejší účinky léčby se odrazily v chůzi, bolesti nohou ... můj vzhled, protože jsem musela přestat nosit podpatky, takže i změna šatníku ... a ve zničení kvality vlasů po jejich růstu ... můj vzhled.“ KP2 „Dala jsem na radu paní primářky, která mi řekla - žádné stresy, každý Váš stres tu potvoru posiluje,

*dělejte jen to, co Vám přináší radost, odpočívajte ... a já poslechla. Ze zaměstnání jsem odešla na nemocenskou - čemuž se samozřejmě nelze vyhnout, a užívala si doma, zvelebila jsem byt ... s manželovou pomocí ... a pak po operacích ... jsem prostě odpočívala a dělala jen to, co mě bavilo ... musím říci, že to bylo během léčby to nejlepší ... také to šlo jednoduše proto, že laicky řečeno mě manžel uživil ... a pobírala jsem samozřejmě nemocenskou.“ KP3 ...žádné..“ KP4 „žádné, všichni byli vstřícní..“ KP5 „...neměla jsem v této oblasti žádné problémy ... do zaměstnání jsem se vrátila za pět měsíců od operace i na doporučení onkologa ... v práci jsem neměla čas přemýšlet o své nemoci ...“ KP6 „...hlavně finanční situace ...“*

Cílem otázky č. 1 a č. 2 bylo zmapování oblastí psychického a sociálního života, ve kterých ženy s onemocněním nejčastěji řeší dopady onemocnění. Komunikační partnerky spíše nepocítovaly psychosociální dopady onemocnění na svůj život. KP1 uvádí pocítování negativních dopadů onemocnění ve vztahu ke svému vzhledu a trávení volného času. KP6 uvádí finanční problémy a horší místní dostupnost v souvislosti s léčbou uvádí KP2 a KP6.

## **2. Jaké byly dopady onemocnění na Váš dosavadní rodinný život? Jakým problémům jste čelila doma?**

*KP1 „Ničemu jsem nečelila, jen jsem si sama uvědomila, že například při pobytu na slunci už nemohu vzhledem k odebrání kusu prsu, navštěvovat nudi pláže a před přítelem, že se nebudu nijak zvlášť ukazovat.“ KP2 „Tak doma si žádné problémy nevybavuji ...“ „Nedokážu to říci ... pomáhali mi všichni .. asi by mi pomohlo bydlet blíže u Prahy, cestování bylo hodně náročné, ale zvládli jsme to také.“ KP3 „... že jsem nemohla dělat, to co dřív“ „Ne, nedalo se jim předejít.“ KP4 „...vůbec žádné ...“ KP5 „v rodině nebyly žádné problémy ...“ KP6 „...dojíždění na léčbu...“*

### **Poradenství a sociální služby**

#### **1. S jakými odborníky jste se při léčbě onemocnění setkala?**

*KP1 „... pouze s gynekology, onkology a neurology a dentisty ... reakce zubů ... ze sociálních služeb s nikým.“ KP2 „... hlavně ve zdravotnictví, a musím říct že od*



sestřiček po lékaře, asistenty ...jsou to lidé na svém místě... s pracovníky sociálních služeb jsem se nesetkala...ve spojitosti s mou nemocí.“ KP4 „... ihned po operaci jsem byla v péči lékařů na chirurgickém oddělení, poté vše řešil praktický lékař...“ KP5 „lékaři v nemocnici, zdravotnický personál“ KP6 „onkologové, v různých zdravotnických zařízeních, je velký rozdíl v jejich přístupu, pokud si s vámi povídá, odpoví vám na vaše otázky, je to pro vás naděje ... lékařka na psychiatrii, duchovní v nemocnici“

Cílem otázky bylo zmapovat oblasti odborné pomoci, kterou žena s onemocněním v průběhu léčby potřebuje. Odborníky z oblasti zdravotních služeb uvádí všechny komunikační partnerky. KP6 uvádí pomoc spirituální péče „...duchovní ...“

## 2. Využila jste služeb nějaké organizace poskytující sociální služby?

Tabulka č. 33: Vyhledaná forma pomoci

Komunikační partner	Sociální služby	Pomoc sociálního pracovníka	Svépomocná organizace	Internetová fóra
KP1				
KP2				X
KP3				
KP4	X			
KP5				
KP6		X		

KP1 „Ne.“ KP2 „Nevyužila.“ KP3 „... ne.“ KP4 „...tenkrát pouze nemocenské dávky ...“ KP5 „... ne...“ KP6 „Ne.“

Cílem otázky bylo zjistit, zda ženy s onemocněním využily služeb nějaké organizace poskytující sociální služby. KP4 uvádí „...nemocenské dávky...“ Komunikační partnerky spíše uvádí, že službu nevyužily.

### **3. Vyhledala jste pomoc některé svépomocné skupiny nebo jinou formu setkávání se ženami se stejným onemocněním?**

KP1 „Nikdy.“ KP2 „Ano, hodně si píšeme s lidmi se stejnou diagnózou na FaceBooku, lze napsat cokoli, dotazy, vyměnit si nějaké zkušenosti, poradit se a také se trochu pobavit ... optimismu není nikdy dost, podporujeme se .. je to fajn.“ KP3 „...ne...“ KP4 „Ne, myslím si, že každý prožívá toto období jinak, každému vyhovuje něco jiného, nelze se řídit tím, co prožívá nebo jak to prožívá jiný člověk.“ KP5 „...ne...“ KP6 „...nebyla jsem nikde ... vzpomínám si, jak mi pomohlo si před ordinací popovídat se starší ženou, která na tom bylo podobně jako já, jak byla optimistická a úžasně vypadala ...“

Cílem otázky bylo zjistit, zda ženy s onemocněním vyhledaly pomoc některé svépomocné skupiny nebo jinou formu setkávání se ženami se stejným onemocněním. KP2 využívá internetové fórum žen s onemocněním karcinomem prsu. Ostatní komunikační partnerky pomoc svépomocné skupiny nebo jinou formu setkávání se ženami se stejným onemocněním nevyužily.

### **4. Vyhledala jste v souvislosti s onemocněním rakovinou prsu pomoc sociálního pracovníka?**

KP1 „Ne.“ KP2 „Nevyhledala.“ KP3 „...nevyhledala.“ KP4 „...ne, před 22 lety tato možnost nebyla, vše se léčilo s onkologem.“ KP5 „...nevyužila...“ KP6 „Ano, žádala jsem o příspěvek, ten jsem nedostala ... mám kartičku ZTP ... žádala jsem znovu o příspěvek na péči.“

Cílem otázky bylo zjistit, zda ženy s onemocněním vyhledaly pomoc sociálního pracovníka. KP6 uvádí vyhledání pomoci sociálního pracovníka z důvodu žádosti o příspěvek na péči a z důvodu žádosti o průkaz ZTP. Ostatní komunikační partnerky pomoc sociálního pracovníka nevyhledaly.

**5. Víte, že máte možnost vyhledat pomoc sociálního pracovníka v rámci odborného sociálního poradenství? (Soc. pracovník Vám poradí s dluhy, ohledně kompenzační pomůcky, terapeutickou činnost. Jak byste tuto pomoc využila?)**

**Tabulka č. 34:** Povědomí žen s onemocněním o možnosti odborného sociálního poradenství

Komunikační partner	Má povědomí o této možnosti	Využila by pomoc
KP1	X	
KP2		
KP3		
KP4		
KP5	X	
KP6		X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 „*Ano, nepotřebovala jsem.*“ KP2 „*Nevěděla jsem o této možnosti. Dávky, příspěvky asi nic, péče - nevím jaká přesně, ale byla jsem v lázních, což bylo úžasné ... jinak mám stále masáže lymfatického otoku ruky - následek odstranění lymfatických uzlin.*“ „*Nyní nic nepotřebuji.*“ KP3 „*...to nevím.*“ KP4 „*...to se nedá jednoznačně zodpovědět, záleží na psychice každého člověka, na zázemí v rodině, na výši životní úrovně a tak dál...*“ KP5 „*...ano...zatím nemám potřebu využít tuto pomoc ...*“ KP6 „*...pomoc při napsání odvolání, když mi zamítli příspěvek...*“

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají ženy s onemocněním povědomí o možnosti využít odborné sociální poradenství a zda ho případně v souvislosti s onemocněním využily. O této možnosti ví KP1, KP5. Odborné sociální poradenství by využila KP6. KP4 uvádí, že „*...záleží na psychice každého člověka, na zázemí v rodině, na výši životní úrovně a tak dál...*“

## 6. V jakých fázích onemocnění by Vám mohl sociální pracovník pomoci?

**Tabulka č. 35:** V jaké fázi onemocnění by ženy vyhledaly pomoc sociálního pracovníka

Komunikační partner	Nedokáže posoudit	Fáze léčby	Fáze po léčbě	Nepotřebuje
KP1				X
KP2		X	X	
KP3	X			
KP4	X			X
KP5				X
KP6		X	X	

KP1 „*Nepotřebuji.*“ KP2 „*Dobře a jasně poradit na co je nárok při léčbě, i po ní... jak si poradit při případné ztrátě zaměstnání a podobně.*“ KP3 „*... nevím...*“ KP4 „*... nedokážu posoudit, zatím jsem ho nepotřebovala a nepotřebuji.*“ KP5 „*...zatím nepotřebuji pomoc sociálního pracovníka, myslím, že nejvíc pomáhá člověku, když si se sociálním pracovníkem promluví o svých problémech a je to velká škoda ...*“ KP6 „*...nemohu už být sama doma, i s vařením to byl problém, nemám často chuť k jídlu, špatně chodím, potřebujeme to vyřešit rychle ... s odvozem k onkologovi ....*“

Cílem otázky bylo zjistit, v jakých fázích onemocnění by ženy potřebovaly pomoc sociálního pracovníka. Komunikační partnerky spíše uvádí, že pomoc nepotřebuje KP1, KP4, KP5. Nedokáže posoudit KP3, KP4. Pomoc sociálního pracovníka ve fázi léčby a po léčbě hodnotí pozitivně KP2 a KP6.

## 5 Diskuze

V praktické části jsem pro výzkum zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru s cílem zjistit od komunikačních partnerů co nejširší záběr informací. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, v čem spočívá sociální práce s ženami s karcinomem prsu a jaká je role sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu. Také mě zajímalo, zda ženy s karcinomem prsu vyhledávají pomoc sociálních pracovníků a s jakými obtížemi se na ně obracejí. K naplnění cíle bakalářské práce jsem si zvolila dvě hlavní výzkumné otázky:

HVO1: V čem spočívá sociální práce s ženami s karcinomem prsu?

Uskutečněním rozhovorů jsem obdržela odpovědi na mé výzkumné otázky. Domnívám se, že odpověď mi poskytl počet souhlasných odpovědí s uskutečněným rozhovor na uvedené téma mé bakalářské práce. Z třiceti oslovených zařízení sociálních služeb mi ze šestnácti zařízení neodpověděly, osm sociálních pracovníků/pracovnic odpovědělo, že s ženami s onemocněním karcinomem prsu nepřichází do kontaktu nebo onemocnění není důvodem spolupráce a sociální pracovníci/pracovnice se o onemocnění nedozví. S rozhovorem souhlasilo šest sociálních pracovníků v zařízení sociálních služeb.

Výzkum přinesl zjištění, že se tyto sociální pracovnice spíše při své práci s ženami s tímto onemocněním nesetkávají. Ke kontaktu sociálních pracovníků ženou dochází v souvislosti s dalšími problémy nesouvisejícími s onemocněním. O něm se sociální pracovnice dozvídají spíše při delší spolupráci. Spolupráci s rodinnými příslušníky dle výzkumu spíše neuvádí. Dotázané sociální pracovnice na základě svých zkušeností spatřují rozdíl v přístupu k ženě s onemocněním karcinomem prsu jako ke klientce v poskytování vyšší míry podpory, psychické a emoční a především v poskytování krizové intervence. Z výzkumu jsem také zjistila, že se sociální pracovnice coby ženy dokáží lépe vžít do toho, co prožívá klientka s onemocněním.

Shromážděním údajů v teoretické části jsem zjistila, že onemocnění lze rozdělit na jednotlivé fáze. Je to fáze diagnózy a sdělení, fáze léčby, fáze rehabilitace, fáze remise a fáze relapsu onemocnění a terminálně paliativní fáze. Výzkum ukázal, že

sociální pracovníce v zařízeních sociálních služeb jsou především kontaktovány ženou ve fázi recidivy nebo v terminálně paliativní fázi. Zjistila jsem, že důvodem spolupráce je na prvním místě emoční podpora, možnost sdílení a naslouchání a pomoc při vyřizování žádosti o invalidní nebo starobní důchod, příspěvek na péči, sociální dávky a zajišťování sociální péče. Důvodem spolupráce je na druhém místě dle výzkumného zjištění poskytování pomoci v krizi a dluhové poradenství, následuje pomoc při ztrátě bydlení, při dlouhodobé nezaměstnanosti a hledání práce, právní pomoc, pomoc při výběru kompenzační pomůcky a předání kontaktu na hospicové zařízení a zařízení jiné následné péče.

Výzkum také přinesl poznatek, že ze sociálních intervencí všechny sociální pracovníce v zařízení sociálních služeb využívají sociální práci s jednotlivcem, důraz pak kladou na rozhovor a jeho vedení. Za výchozí považují převážně přístup orientovaný na klienta.

Dále mě zajímalo, zda sociální pracovníce mají možnost se vzdělávat v problematice onemocnění karcinomem prsu prostřednictvím školení a seminářů nebo získávají informace jiným způsobem. Dle výzkumu získávání informací prostřednictvím školení a seminářů přímo zaměřených na problematiku onemocnění nevedla žádná z dotázaných. Tři z oslovených uvedly účast na seminářích zabývajících se například tématem doprovázení a umírání v souvislosti s onkologickým onemocněním.

Vidí tedy sociální pracovníce v zařízení sociálních služeb možnost sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu, přestože jejich pomoc tyto ženy spíše nevyhledávají? Zjistila jsem, že tuto možnost hodnotí kladně všechny dotazované sociální pracovníce v zařízení sociálních služeb. Myslím si, že hlavní význam přikládají práci s rodinou a s blízkým okolím ženy, které bývá často, jak se domnívám opomíjeno, dále zmírnění dopadů onemocnění na život ženy, nutnost krizové intervence a rozvoj hospicové péče. Jak uvádí Jankovský (2003), onemocnění není jen záležitostí zdravotní léčby, ale velký význam je přikládán kvalitě života žen, jejich sebevědomí a pocitu sounáležitosti se společností.

Komplexní pohled vnímající ženu jako bytost bio-psycho-socio-spirituální je potřebný (Jankovský, 2003). Záškodná a Bolková (2012) vidí možnost ve zlepšení

kvality života žen s onemocněním karcinomem prsu v svépomocných sdruženích. Svépomocné skupiny je možné definovat jako „*pomoc, která není vykonávána v profesionální oblasti společenství. Přitom se hovoří také o tzv. potenciálu laických pomocníků nebo o primárních sociálních sítích. Patří sem rodina, přátelé, sousedé a důvěrné osoby na pracovišti, ve spolcích nebo konfesijních seskupeních*“ (Söllner, 1995, s. 651). Hlavní roli hraje možnost uvolnění nahromaděných emocí, pocit sdílené zkušeností a výměna informací. Z tohoto důvodu jsem se zajímala, zda sociální pracovníce spolupracují s některou patientskou nebo svépomocnou organizací. Zjistila jsem, že tuto spolupráci potvrdil pouze jedna z dotázaných, přesto jsou všichni schopni předat kontakt, například na Mamma HELP.

Výzkum ukázal, že limitujícím faktorem sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu je v první řadě fakt, že tyto ženy pomoc sociálních pracovníků nevyhledávají, dalším důvodem je dle výzkumu nedostatečné personální obsazení. Dotazem, zda může být limitující chybějící specializace sociálních pracovníků v oblasti onemocnění karcinomem prsu, jsem zjistila, že tento faktor může být limitující, ale také že je možné získat dostatek informací o onemocnění a v případě potřeby doporučit navazujícího odborníka.

V případě rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky/pracovnicemi v nemocnicích byla situace velmi podobná. Z oslovených šesti nemocnic, ve kterých pracují zdravotně sociální pracovníci/pracovnice, souhlasily se zapojením do výzkumu dvě zařízení. Uvedená tematika se dle odpovědi netýkala dvou zařízení, ze dvou zařízení neodpověděli.

Také dotázané zdravotně sociální pracovníce uvádí, že je ženy v souvislosti s onemocněním karcinomem prsu spíše nevyhledávají a z výzkumu dále vyplývá, že také spíše nepracují s rodinnými příslušníky. Zjistila jsem, že fáze onemocnění, ve které se s ženou s onemocněním setkají, je spíše fáze terminálně paliativní a méně pak fáze rehabilitace. Důvodem vyhledání pomoci je dle výzkumu pomoc se žádostí o invalidní nebo starobní důchod, příspěvek na péči, sociální dávky a zajištění sociální péče, následně pomoc s výběrem kompenzační pomůcky a předání kontaktu na hospicové zařízení.

Také zdravotně sociální pracovnice obdobně jako sociální pracovnice v zařízení sociálních služeb vychází z práce s jednotlivcem a za důležité považují kvalifikované vedení rozhovoru a také uvádí, jako výchozí, přístup orientovaný na klienta. Dle výzkumu, s organizacemi zabývajícími se pomocí ženám s karcinomem prsu nespolupracuje žádná ze zdravotně sociálních pracovnic. Všechny mají povědomí o patientských organizacích, například Mama HELP. Zdravotně sociální pracovnice mají možnost se vzdělávat v problematice onemocnění karcinomem prsu prostřednictvím školení a seminářů zabývajících se tématem okrajově, například tématem paliativní péče u onkologických onemocnění, jak ukázal výzkum.

Zjistila jsem, že možnosti sociální práce hodnotí pozitivně všechny dotázané zdravotně sociální pracovnice. Na prvním místě uvádí spolupráci s rodinou ženy s onemocněním a s tím související problémy, jakým je vyřizování žádosti o příspěvek na péči či doprovod k lékaři, následně psychickou podporu z důvodu zmírnění úzkosti a strachu a potřebu multidisciplinární spolupráce. Výzkum odhalil, že tyto oblasti vidí zároveň jako limity sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu.

DVO1: Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu?

Zajímalo mě, jestli je role zdravotně sociálního pracovníka při práci s ženami s onemocněním odlišná od sociální práce s jinou cílovou skupinou. Zjistila jsem, že je to spíše role angažovaného sociálního pracovníka, který naslouchá, sdílí a doprovází klienta a následně i role odborníka a krizového intervenátora a až poté je to role poradce, a podle oslovených zdravotně sociálních pracovnic není tato role ničím odlišná. Role zdravotně sociální pracovnice ve zdravotnictví je rolí angažovaného sociálního pracovníka, následuje role poradce a odborníka.

HVO2: Vyhledávají ženy s karcinomem prsu pomoc sociálních pracovníků?

Součástí výzkumu byly také rozhovory s ženami s onemocněním karcinomem prsu. Poznala jsem silné příběhy žen, které spojuje stejné onemocnění. Překvapilo mě, jak se s diagnózou a léčbou dokázaly vyrovnat, neztratit víru v uzdravení a spíše zůstat optimistické. Většina z oslovených žen úspěšně absolvovala léčbu a vrátila se do běžného života. Výzkum ukázal, že dotázané ženy potřebu pomoci sociálních



pracovníků, služeb organizace poskytující sociální služby, svépomocné nebo patientské organizace nebo jiné formy setkávání se ženami se stejným onemocněním ani odborného sociálního poradenství spíše neuvádějí, přestože mají povědomí o možnostech sociální práce. Dále jsem zjistila, že v rámci léčby onemocnění se neseťkávají s odborníky z oblasti sociálních služeb, setkávají se s odborníky ze zdravotnictví, kde také spíše získávají informace. Jedna z dotázaných žen uvedla, že sdílí informace s ženami se stejným onemocněním na Facebooku. Myslím si, že se jedná o stejnou zkušenost s možností vyjádření emocí a získání informací, jako je tomu v případě patientských organizací žen s karcinomem prsu, navíc je zde záruka anonymity a není potřeba nikam docházet či dojíždět, pokud má žena k dispozici internet.

DVO2: S jakými obtížemi se ženy s karcinomem prsu obracejí na sociální pracovníky?

Zjistila jsem, že dopady onemocnění na osobní a rodinný život dotázané ženy spíše neuvádějí. Z vyjmenovaných problémů je to především oblast volného času, vzhled, problematika místní dostupnosti léčby a finanční problémy. Potřebu psychické podpory uvedla polovina dotázaných žen. Rodina a přátelé byly v průběhu léčby také dle zjištění výzkumu největší oporou žen. Nejtěžší obdobím v průběhu léčby pak ženy uvádějí fázi chemoterapie a s tím spojené vedlejší účinky. Následuje období sdělení diagnózy a operace. Důvodem vyhledání pomoci sociálního pracovníka bylo dle výzkumu podání žádosti o příspěvek na péči a průkaz ZTP u dotázané ženy s bohužel již pokročilou fází onemocnění. Fází, ve které by tyto ženy vyhledaly pomoc sociálního pracovníka je, jak jsem výzkumem zjistila fáze léčby a po léčbě. Dvě z dotázaných žen uvedly, že by pomoc nepotřebovaly a dvě ženy toto nyní nedokáží zhodnotit.

## 6 Závěr

Prognózy výskytu onemocnění karcinom prsu předpokládají, že počet žen, které takto onemocní, se bude zvyšovat. Zvyšuje se také počet vyléčených žen a prodlužuje se život žen s paliativní léčbou v remisi a terminálním stádiu onemocnění. Každá z těchto žen se musí vyrovnat se změnami, které jí onemocnění přináší a také každá fáze onemocnění s sebou přináší odlišné potřeby a nároky na sociální fungování. Pomocí otázek kvalitativního výzkumu jsem zjišťovala, zda se sociální pracovnice a zdravotně sociální pracovnice při své práci setkávají s ženami s onemocněním karcinomem prsu, jaké oblasti života těchto žen se tato problematika nejvíce dotýká, jaké metody a techniky sociální práce při spolupráci s těmi ženami s úspěchem využívají.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že sociální pracovnice pracující v zařízeních sociálních služeb a zdravotně sociální pracovnice v nemocnicích si uvědomují potřeby žen s onemocněním karcinomem prsu a zároveň jsou si vědomi skutečnosti, že je tyto ženy primárně v souvislosti s onemocněním nevyhledávají. Domnívám se, že ženy s onemocněním karcinomem prsu mají povědomí o možnostech pomoci sociálního pracovníka, tuto pomoc vyhledávají ve fázi onemocnění, kdy potřebují bezprostřední zajištění pomoci s péčí o sebe, ve svém prostředí domova a blízkosti rodiny. Jako potřebná tak vyplývá i nutnost spolupráce s rodinou a blízkým okolím nemocné. Možností je zajištění větší informovanosti o hospicové a domácí hospicové péči a rozvoj této péče. Další z možností této sociální práce vidím v podpoře schopnosti žen s onemocněním adaptovat se na nároky situace, dále v zprostředkování kontaktu na další odborníky, například psychology nebo patientské a svépomocné organizace a roli sociálního pracovníka jako poskytovatele a organizátora služeb, supervizora a konzultanta. Své místo má v této práci krizová intervence, přestože není součástí základního sociálního poradenství, ale jak vyplývá z některých odpovědí výzkumu, nelze si bez ní sociální práci s ženami s onemocněním karcinomem prsu představit. Důležitým zdrojem informací pro sociální/zdravotně sociální pracovnice i ženy s onemocněním je pak internet a diskusní fóra.

Dle výsledků uvedeného výzkumu se sociálními a zdravotně sociálními pracovníci se domnívám, že by se práce sociálního pracovníka měla stát součástí komplexního přístupu, tedy propojení části medicínské péče a péče psychosociální a přispět tak k lepší kvalitě života žen s onemocněním. Velkou rezervu vidím dle výsledků výzkumu v podpoře a spolupráci s rodinnými příslušníky a nejbližším okolím nemocné a je potřebné tento stav zlepšit. Domnívám se, že je potřeba spolupráce sociálních a zdravotně sociálních pracovníků/pracovnic s onkologem. Ale nejen onkolog by mohl ženu informovat o možnostech pomoci sociálního/zdravotně sociálního pracovníka/pracovnice, ale i další ošetřující odborníci. Velmi důležitým faktorem je dostatečná informovanost žen o možnostech a návaznosti léčby, možnost konzultovat své obavy s dalšími odborníky. Právě dostatek informací napomáhá zvládání náročné životní situace. Myslím si, že by každá z položených otázek mohla být podrobena samostatnému výzkumu s ohledem na obsáhlost tématu. Zajímavé a přínosné by mohlo být výzkumné šetření týkající se kvality léčby starších žen s karcinomem prsu.

Využití bakalářská práce spočívá podle mého názoru jednak jako informační materiál pro ženy s karcinomem prsu v rámci odborného sociálního poradenství a dále pro sociální/zdravotně sociální pracovníky zabývajícími se onemocněním v sociálních službách a ve zdravotnictví. Vzhledem k postupujícím poznatkům lékařské vědy o samotném onemocnění a možnostech léčby je vhodné tyto informace bezprostředně aktualizovat.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Vyd. 1., Praha: Grada, 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Rakovina prsu. Vyd. 1., Praha: Triton, 2000, 37 s. ISBN 80-7254-136-6

Aktivity. *Aliance žen s rakovinou prsu*. [online]. © 2013-2016 [cit. 2016-08-04]. Dostupné z: <http://www.breastcancer.cz/cs/pacientske-organizace/aktivity>

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN: 978-80-7367-781-7

BANKS, S. *Ethics and Values in Social Work*. Macmillan Press, London, 1995.

BARTKOVÁ, Lucia. Pregradualna príprava onkologického sociálneho pracovníka a pracovníčky. In: SMUTKOVÁ, Lucie, Peter PATYI a Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. Sociální práce v nejisté době. Sborník odborných textů z konference XII. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 2. a 3. října 2015. Hradec Králové, 2016, ISBN 978-80-7435-647-6

BAŠTECKÁ, Bohumila. Psychosociální krizová spolupráce. Vyd. 1., Grada, 2013, 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6

BAŠTECKÁ, Bohumila. Základy klinické psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4

CIMRMANNOVÁ, Tereza. Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu. Vyd. 1., Praha: Karolinum, 2013, 197 s. ISBN 978-80-246-2205-7

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. Vyd. 3., Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. Hovory s umírajícími. 1. české vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2

FIŠAROVÁ, Lenka a Milada PACHROVÁ. Rehabilitace pacientek po.... *Sestra*. [online]. 10.2.2012 [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rehabilitace-pacientek-po-operaci-karcinomu-prsu-463451>

GABRIELOVÁ, Jana. Prevencia v kontexte zdravotno - sociálnej problematiky. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2015, 89 s. ISBN 978-80-7422-443-0

GAVORA, Petr. Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výzkumu. Vyd. 1. Bratislava: Regent, 2006, 239 s. ISBN 80 – 88904-46-3

GERMAIN, C. B. a A. GITTERMAN. The life model of social work practice. New York: Columbia University Press, 1980

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Vyd. 3., rozš. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-1327

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HONZÁK, Radkin. I v nemoci si buď přítelem. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1989, 160 s. ISBN 08-058-89

HORSKÁ, Bohuslava. Internet jako cesta pomoci. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství Slon), 2010, 197 s. ISBN 978-80-7419-034-6

Chemoterapie – Rakovina .... *Chemoterapie*. [online]. © 2015 Rakovina prsu [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/chemoterapie/>

JANÁČKOVÁ, Laura. Komunikace ve zdravotnické péči. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9

JANÁČKOVA, Laura. Život je boj: praktický průvodce pro boj s rakovinou pro nemocné a jejich blízké. Vyd. 1. Brno: Grifart, 2014, 288 s. ISBN 978-80-905337-4-5

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005, 46 s. ISBN 80-7040-826-X

KOMÁREK, Lumír a Petra TUČKOVÁ. Samovyšetření – AVON proti ra.... Samovyšetření – AVON proti ra.... [online]. ©2016 [cit. 2016-08-04]. Dostupné z: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie smysluplnosti existence. Vyd. 1., Praha: Grada, 2006, 204 s. ISBN 80-247-1370-5

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2

MICHALÍK, Jan. Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb. Vyd. 1., Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007, 114 s. ISBN 82-903657-2-8

MICHALÍK, Jan. Poradenství uživatelům sociálních služeb. Vyd. 1., Olomouc, Praha: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008, 144 s. ISBN 978-80-903658-2-7

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. Zdravotně sociální pracovník. Vyd. 1., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, 220 s.

NEZU, Arthur M. Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. 2004, ISBN 80-7364-000-7

NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka 1. díl. Vyd. 1., Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3708-9

Léčebný plán – Rakovina pr.... *Léčebný plán*. [online]. © 2015 Rakovina prsu [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/lecebny-plan/>

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1

SÖLLNER, W. *Lehrbuch der psychosozialen Medizin*. Wien: Springer Verlag.

SVOBODA, Jan. *Poradenský dialog*. Vyd. 1., Praha: Triton, 2012, 127 s. ISBN 978-80-7387-590-9

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 200 s. ISBN 80-247-0586-9

TOMEŠ, Igor. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Vyd. 1., Praha: Karolinum, 2015, 160 s. ISBN 978-80-246-2941-4

TSCHUSCHKE, Volker. *PSYCHOONKOLOGIE*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN: 80-7178-826-0

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Mezi láskou a povinností-péče očima pečovatelů*. Praha: Gaudeamus, 2015, 126 s. ISBN 978-80-7435-570-7

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., Sociologické nakladatelství SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4



VODÁČKOVÁ, Daniela. Krizová intervence. Vyd. 1., Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. IN: *ASPI* [právní informační systém]. Praha: Wolters Kluwer ČR [vid. 2015-03-26]

ZÁŠKODNÁ, Helena a Gabriela BOLKOVÁ. ZÁTĚŽOVÉ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ A MOŽNOSTI PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE A SVĚPOMOCNÝCH SKUPIN. *Časopis KONTAKT*. [online]. 21. 12. 2012 [cit. 2016-08-04]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2012/974-zatezove-aspekty-onkologickeho-onemocneni-a-moznosti-psychosocialni-pomoci-v-ramci-socialni-prace-a-svepomocnych-skupin>

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha číslo 1- Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se sociálními pracovníky v sociálních službách**

#### **Identifikační údaje**

Věk

Vzdělání

Délka praxe v zařízení

Délka praxe v pomáhající profesi

#### **Sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu.**

1. Co se Vám vybaví pod pojmem onemocnění karcinomem prsu?
2. Setkáváte se během své profese s ženami s onemocněním karcinomem prsu?
3. V jaké fázi onemocnění se s ženami v rámci sociální práce setkáváte?
4. Jaké jsou Vaše zkušenosti při práci s touto cílovou skupinou/s těmito ženami?  
co se daří, co se nedaří, jaké jsou jejich obtíže, dopady, problémy)
5. Poskytujete odborné sociální poradenství pro ženy s karcinomem prsu?
6. Pracujete s rodinnými příslušníky žen s karcinomem prsu?
7. V čem spočívá Vaše role jako sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu?
8. Z jakých intervencí sociální práce při práci s ženami s karcinomem prsu vycházíte?
9. S jakými organizacemi zabývající se pomocí ženám s karcinomem prsu spolupracujete?
10. Jak získáváte informace ohledně tématu onemocnění karcinomem prsu?

11. Mají sociální pracovníci podle Vašeho názoru možnost podílet se na prevenci onemocnění karcinomem prsu?
12. Jaké jsou podle Vašeho názoru možnosti sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu?
13. Jaké jsou podle Vašeho názoru limity sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu?

## **Příloha číslo 2 - Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se sociálními pracovníky ve zdravotnictví**

### **Identifikační údaje**

Věk

Vzdělání

Délka praxe v zařízení

Délka praxe v pomáhající profesi

### **Sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu.**

1. Co se Vám vybaví pod pojmem onemocnění karcinomem prsu?
2. Setkáváte se během své profese s ženami s onemocněním karcinomem prsu?
3. V jaké fázi onemocnění se s ženami v rámci sociální práce setkáváte?
4. Jaké jsou Vaše zkušenosti při práci s touto cílovou skupinou/s těmito ženami?  
co se daří, co se nedaří, jaké jsou jejich obtíže, dopady, problémy)
5. Poskytujete odborné sociální poradenství pro ženy s karcinomem prsu?
6. Pracujete s rodinnými příslušníky žen s karcinomem prsu?
7. V čem spočívá Vaše role jako sociálního pracovníka v péči o ženy s karcinomem prsu?
8. Z jakých intervencí sociální práce při práci s ženami s karcinomem prsu vycházíte?
9. S jakými organizacemi zabývající se pomocí ženám s karcinomem prsu spolupracujete?
10. Jak získáváte informace ohledně tématu onemocnění karcinomem prsu?
11. Mají sociální pracovníci podle Vašeho názoru možnost podílet se na prevenci onemocnění karcinomem prsu?

12. Jaké jsou podle Vašeho názoru možnosti sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu?

13. Jaké jsou podle Vašeho názoru limity sociální práce s ženami s onemocněním karcinomem prsu?

**Příloha číslo 3 - Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s ženami s karcinomem prsu**

**Identifikační údaje**

Věk

Vzdělání

Pracovní pozice

Bydliště

Rodinný stav

**Žena s onemocněním karcinomem prsu a medicínské aspekty.**

1. Kdy a jak Vám bylo diagnostikováno onemocnění rakovinou prsu? Zpozorovala jste příznaky onemocnění?
2. Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?
3. Jak probíhala léčba včetně operace?
4. Od koho jste získávala informace ohledně onemocnění?
5. Potřebovala jste o onemocnění s někým mluvit?
6. Potřebovala jste psychickou podporu? A od koho?
7. Kdo Vám byl největší oporou?
8. Jaké období v průběhu nemoci bylo pro Vás nejtěžší?
9. Co Vám pomohlo se s nemocí vyrovnat?

## **Žena s onemocněním karcinomem prsu s aspekty sociální práce.**

### **Dopady a důsledky nemoci**

1. Jaké byly dopady onemocnění na Váš dosavadní život v psychosociální oblasti (osobní život, vztahy, zaměstnání, volný čas, finanční situace)?
2. Jaké byly dopady onemocnění na Váš dosavadní rodinný život? Jakým problémům jste čelila doma?

### **Poradenství a sociální služby**

1. S jakými odborníky jste se při léčbě onemocnění setkala?
2. Využila jste služeb nějaké organizace poskytující sociální služby?
3. Vyhledala jste pomoc některé svépomocné skupiny nebo jinou formu setkávání se ženami se stejným onemocněním?
4. Vyhledala jste v souvislosti s onemocněním rakovinou prsu pomoc sociálního pracovníka?
5. Víte, že máte možnost vyhledat pomoc sociálního pracovníka v rámci odborného sociálního poradenství? Sociální pracovník Vám poradí s dluhy, ohledně kompenzační pomůcky, terapeutickou činností. Jak byste tuto pomoc využila?
6. V jakých fázích onemocnění by Vám mohl sociální pracovník pomoci?

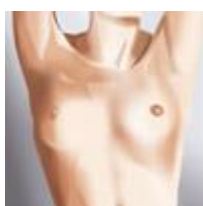
#### **Příloha číslo 4 - Samovyšetření**

Nejjednodušší metodou včasného záchytu karcinomu prsu je samovyšetřování prsu. Jak je zřejmé z názvu, vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřováním začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den. Jen tak se naučí znát geografii vlastních prsů. Nejlepší období pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez napětí. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den.

Samovyšetřování provádějte po osprchování teplou vodou, kdy je pokožka uvolněná a vláčná.



Vysvěčte se do půli těla a postavte se před zrcadlo. Oběma rukama volně připažte a při dostatečném osvětlení zjistěte, zda nepozorujete změny tvaru svých prsou a jejich okolí, či zda se někde nevyskytují zduřeniny, pokožka není svráštělá, případně není některá z bradavek vtažená dovnitř. Pokud ale nemáte obě prsa stejně velká, není důvod ke zbytečným obavám – to je naprosto přirozený jev.



Zdvihněte obě dvě ramena a pokračujte v předchozím pozorování tak, že se před zrcadlem budete pomalu otáčet zprava doleva a zleva doprava.





Uchopte prsa jedno po druhém dlaněmi a nejprve vodorovným a poté svislým klouzavým pohybem je prohmatejte. Pozorujte, zda neucítíte ztvrdlé místo anebo hrčku.



Levé rameno spusťte dolů, pravou rukou dokola prohmatejte levou bradavku uprostřed dvorce, potom ji jemně stlačte, jestli z ní nevyteče mléčný či krvavý výtok. Tím stejným způsobem si vyšetřete i pravé prso.



Lehněte si na záda, podložte si hlavu malým polštářkem a pod levou lopatku si položte přeložený ručník tak, abyste měli prso ve vyvýšené poloze. Pravou rukou si prohmatejte prso a jeho okolí. Stejným způsobem si vyšetřete i pravé prso.



Jemným tlakem vnitřní strany třech prostředních prstů ne jejich konečky) si prohmatejte levé prso. Začněte zvenčí zespodu, krouživými pohyby kolem, vždy blíže k střední bradavce. To udělejte dvakrát. Jednou mějte ruku založenou pod hlavou a jednou volně připaženou. Stejně postupujte při prohmatávání pravého prsa.



Levou rukou si založte pod hlavu a pravou rukou podobnými pohyby jako v předcházejícím případě) si prohmatejte podpaží, zda v něm není hrčka. Stejným způsobem si vyšetřete i pravé podpaží.



Levou rukou volně připažte. Pravou rukou prohmatejte jamku nad kliční kostí. Stejným způsobem si vyšetřete i pravou stranu.

Nevynechávejte žádnou polohu. Některé změny mohou být objeveny ve svých počátcích právě jen v jedné z nich. Při jakémkoliv nálezů nebo jen pochybnosti navštivte

svého lékaře. Jakákoliv nalezená změna neznamená, že jste nemocná, ale je třeba mít jistotu. Samovyšetřování je velmi důležitým návykem a mnoha ženám již zachránilo prsa a život. Mělo by být zcela běžnou součástí osobní hygieny každé moderní ženy.

### **Příznaky**

Nejčastějším projevem onemocnění je nebolestivé zduření nebo bulka s nepravidelnými okraji kdekoli v prsu. Příznakem může být zarudnutí, vzhledem připomínající pomerančovou kůru, důlkovitění, otok kůže, mokvání, nehojící se vřed, vtažení bradavky nebo výtok z ní. Na nádorové onemocnění také upozorní bulka v podpaží nebo nadklíčku.

**Při jakékoliv nejistotě navštivte lékaře** (Samovyšetření, 2016, <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>).

### **Zdroj:**

KOMÁREK, Lumír a Petra TUČKOVÁ. Samovyšetření – AVON proti ra.... *Samovyšetření – AVON proti ra....* [online]. ©2016 [cit. 2016-08-04]. Dostupné z: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>