

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství B5341
Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009



Monika Vrtišková

Všeobecná sestra jako edukátor rodinných příslušníků onkologicky nemocných
Edukace rodinných příslušníků pacientky s karcinomem prsu

Nurse educators as family members of cancer patients
Education of family members of patients with breast cancer

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce / Školitel: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 11. 2012

Monika Vrtišková

Podpis

Identifikační záznam

VRTIŠKOVÁ, Monika. Všeobecná sestra jako edukátor rodinných příslušníků onkologicky nemocných. Edukace rodinných příslušníků pacientky s karcinomem prsu. Nurse educators as family members of cancer patients. Education of family members of patients with breast cancer. Praha, 2012. 49 stran, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1 lékařská fakulta, Ústav praxe a teorie 1 LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Kulhavá, Miluše.

Poděkování:

Ráda bych touto formou poděkovala své školitelce paní Mgr. Miluši Kulhavé za cenné rady a pomoc při vzniku této práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problémem sestry jako edukátorky příbuzných onkologicky nemocných. Onkologický pacient nepotřebuje pouze odbornou medicínskou péči, ale zároveň vyžaduje péči psychologickou a to v průběhu všech fází nemoci. Nesmírně důležitá pro nemocné je podpora jejich rodiny. Pro jejich psychologickou podporu je nepostradatelná edukace.

Část práce se zabývá problematikou nemocných pacientek s karcinomem prsu, jejich psychologickými problémy v průběhu onemocnění a podporou rodinných příslušníků a jejich edukací sestrou.

Klíčová slova: onkologické onemocnění, karcinom prsu, všeobecná sestra, edukace, edukátor, pacientka, rodina.

Abstract

This bachelor's thesis is focused on the issue of a nurse acting as an educator for relatives of cancer patients. Apart from professional medical care, cancer patients also need psychological support and care throughout all the stages of cancer. Support of their family is especially important. Education is a necessity for their psychological support.

Part of this thesis deals with issues of breast cancer in female patients, the psychological difficulties they face during the illness and support of family members and education they can receive from a nurse.

Key words: oncological illness, breast cancer, general nurse, education, educator, patient, family.

Obsah

Úvod	9
1 Nádorová onemocnění	10
1.1 Definice.....	10
1.2 Druhy nádorů.....	10
1.3 Faktory ovlivňující vznik nádorového onemocnění.....	10
1.4 Četnost výskytu.....	11
1.5 Prevence.....	12
1.6 Patogeneze.....	12
1.7 Diagnostika.....	13
2 Karcinom prsu	16
2.1 Definice.....	16
2.2 Etiologie a rizikové faktory.....	16
2.3 Prevence.....	18
2.4 Patogeneze.....	18
2.5 Příznaky a klinické projevy.....	18
2.6 Diagnostika.....	19
2.7 Terapie.....	20
2.8 Prognóza.....	20
2.9 Vyrovnávání se s nemocí.....	21
2.10 Psychosociální problematika.....	22
2.11 Organizace a sdružení pacientek s karcinomem prsu.....	23
3 Rodina	25
3.1 Funkce rodiny.....	25
3.2 Rodina a nemoc.....	25
3.3 Vztah sestry k nemocné a její rodině.....	26
3.4 Psychologický a psychotherapeutický přístup k nemocné a její rodině.....	27
3.5 Komunikace sestry s rodinou nemocné ženy.....	29
4 Edukační proces	30
4.1 Význam edukace.....	30
4.2 Strategie edukace.....	30
4.3 Zásady edukace.....	31
4.4 Cíl edukace.....	31
4.5 Osobnost sestry jako edukátora.....	32
4.6 Reeducace jako součást edukace.....	33
4.7 Psychologické prvky edukace.....	34
4.8 Edukační proces.....	34
4.8.1 Fáze edukačního procesu.....	34
4.8.2 Edukační metody.....	35
4.8.3 Stanovení edukační diagnózy.....	36
4.8.4 Příprava edukačního plánu.....	37
4.8.5 Realizace edukačního procesu.....	37
4.8.6 Analýza a vyhodnocení edukace.....	39

5 Edukace rodinných příslušníků pacientky s nádorovým onemocněním prsu...	40
5.1 Edukace partnera.....	41
5.2 Edukace dětí.....	43
5.3 Edukace rodičů.....	44
5.4 Edukace přátel.....	45
6 Diskuse.....	46
7 Závěr.....	48
8 Seznam použité literatury.....	49
9 Přílohy	

Úvod

Zvolené téma mé teoretické bakalářské práce je „Všeobecná sestra jako edukátor rodinných příslušníků onkologicky nemocných“. Jelikož je edukace rodinných příslušníků onkologicky nemocných pacientů téma velmi obsáhlé, zaměřila jsem se konkrétně na edukaci s onemocněním karcinomem prsu.

K výběru tématu mě vedla skutečnost, že toto onkologické onemocnění je jedním z nejobávanějších onemocnění vůbec a edukace samotných pacientek a jejich rodinných příslušníků je neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče. Druhým důvodem výběru byla i má vlastní zkušenost, neboť jsem měla i já v rodině člověka sobě blízkého, která onemocněla touto nemocí.

Zhoubné nádory se staly celospolečenským problémem, který se týká každého z nás. Zdravotnický personál má významnou roli, musí být schopen, na základě vědeckých poznatků, všech svých dovedností a zkušeností, vést nemocné klienty a jejich rodiny a podporovat je při jejich snaze o navrácení zdraví, popřípadě zlepšení zdravotního stavu nebo kvality života u onkologicky nemocných. Člověk, který trpí těžkým onemocněním, může žít relativně hodnotný, smysluplný, ačkoliv limitovaný život, i když prodělává strastiplnou cestu smíření. Na této cestě vedle terapie potřebuje podporu a pocit důvěry, což by měl poskytovat zdravotnický personál a velmi pro pacienty je v tuto těžkou chvíli důležité mít kolem sebe milující a milované blízké. Dobře fungující a správně edukovaná rodina dodává pocit životní jistoty, bezpečí a sounáležitosti.

Karcinom prsu je jedno z nejzávažnějších nádorových onemocnění naší ženské populace, které vzbuzuje hluboké city a pocity jak u nemocných, tak i u jejich okolí.

Onemocnění rakovinou prsu znamená obrovský zásah do života každé ženy různého věku, neboť ňadra jsou od nepaměti symbolem ženství, ženské krásy, plodivé síly a zdrojem výživy pro budoucí děti.

V této mé teoretické práci chci zdůraznit, jak je velmi důležitá pomoc zdravotnického personálu a rodiny, neboť pro nemocnou ženu jde o složité životní období. Chci také poukázat na složitou práci onkologických sester, ale i na důležitost jejich práce, protože onkologická péče je jednou z nejnáročnějších specializací v ošetrovatelské praxi.

Cílem této mé teoretické práce je vytvoření edukačního letáku, který má význam pro jak nemocné ženy s karcinomem prsu, tak i pro jejich rodiny.

1 Nádorová onemocnění

1.1 Definice

Zhoubné nádorové onemocnění je chorobný stav charakterizovaný nekoordinovaným růstem abnormálních buněk s postupným šířením do okolních tkání, průnikem do mízního a krevního systému a postižením vzdálených orgánů (metastazování). Růst masy nádorových buněk probíhá autonomně bez projevu regulačních zásahů organismu, na úkor energetických a nutričních potřeb jeho normálních buněk. Jedná se o souhrnné označení celé skupiny onemocnění s rozdílným klinickým průběhem (Petruželka, L., Konopásek, B., 2003).

1.2 Druhy nádorů

Nádory dělíme podle různých kritérií. Základní je dělení podle biologického chování na nádory benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Podle výchozí tkáň vznik (epitel, pojivo, krevtovorná a lymfatická tkáň, nervový systém, zárodečné buňky) se maligní nádory dělí na karcinomy, sarkomy, lymfomy, terminální nádory a další méně často se vyskytující podjednotky (Petruželka, L., Konopásek, B., 2003).

1.3 Faktory ovlivňující vznik nádorového onemocnění

Fyzikální kancerogeny (kancerogen se označuje látka nebo faktor vyvolávající zhoubné bujení, který musí mít mutagenní účinky), patří mezi ně především ionizující (X a Y záření) a nejonizující (UV) záření, což je přirozenou součástí našeho životního prostředí. Kancerogenní účinek záření je vázán na poškození buněčné DNA vyvolané přenosem energie záření na tuto cílovou molekulu.

Chemické kancerogeny, kdy mezi nejnebezpečnější skupiny můžeme považovat polycyklické aromatické uhlovodíky, mezi které patří kancerogenní složky dehtu benzyren, který je hlavním kancerogenem v cigaretovém kouři. Důležitou skupinou jsou nitrosaminy, které jsou

obsaženy v uzených i smažených potravinách, jako kancerogeny mohou působit anorganické látky (arzen, nikl) a velké množství různých chemických látek.

Biologické kancerogeny, jsou např. plísně způsobené aflatoxinem, který vzniká při špatném uložení potravin v teple a vlhku a v kontaminované potravě je zodpovědný za vznik nádorů jater.

Virová kancerogeneze, kdy v současné době je jednoznačně prokázána vazba mezi virovou infekcí a nádorovým onemocněním např. HBV (Hepatitis B Virus) u hepatocelulárního karcinomu nebo HPV (Human Papilloma Virus) u karcinomu děložního čípku.

Dědičně podmíněná nádorová onemocnění, kdy stále přibývají poznatky, že rodinný výskyt nádorových onemocnění je obrazem poškození kontrolních onkosupresorových genů, mezi nejčastější známý syndrom s rodinným výskytem nádorů je např. retinoblastom, častější výskyt kostních sarkomů, nádorů prsu a plic (mutace genu Rb). Naprostá většina nádorových onemocnění vzniká jako důsledek nesprávného životního stylu, profesionální expozice karcinogenům, virové nebo radiační kancerogeneze. Jen u přibližně 10% malignit lze vystopovat familiární výskyt a detekovat vrozenou dispozici ke vzniku zhoubných nádorů (Petruželka, L., Konopásek, B., 2003).

1.4 Četnost výskytu

V této kapitole chci upozornit na význam epidemiologie nádorů. Epidemiologie je vědní obor medicíny, který studuje nemoci ne z hlediska jedince, ale z hlediska celé populace, který má svoje přesně definované pojmy. Je to incidence nádorové nemoci, což znamená počet nově diagnostikovaných chorob, které vznikly během jednoho roku, obvykle přepočtených na 100 000 osob.

Prevalence nádorové nemoci je počet osob žijících s nádorovou nemocí ke konkrétnímu datu v roce a úmrtnost (mortalita) na maligní nemoc vyjadřuje počty zemřelých opět na 100 000 obyvatel/rok.

Informace o frekvenci výskytu nádorů ve státě pomáhá každému občanovi odhadnout míru jeho vlastního ohrožení. Stejně informace však umožňují zdravotnickým institucím odhadovat náklady na léčení a ošetřování osob, postižených jednotlivými maligními chorobami. Každý čtvrtý obyvatel České republiky zemře na zhoubné onemocnění, příčinou bude spíše pozdní diagnostika než způsob léčby, proto je velmi důležitá informovanost populace. Na průměrném

ročním přírůstkem u obou pohlaví se nejvíce podílejí maligní nádory vylučovacích cest, kolorekta, kůže, prostaty, prsu a plic (ženy) a melanom.

Údaje platné pro naši republiku poskytuje Národní onkologický registr (NOR) a podkladem jsou onkologická hlášení, kdy jejich vyplnění patří k základním lékařským povinnostem (Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. a kolektiv., 2006).

1.5 Prevence

Pojem prevence určitě všichni chápeme stejně. Jde o předcházení něčemu neblahému, co by mohlo s určitou pravděpodobností nastat. Onkologická prevence je v několika podobách, kdy hovoříme o prevenci primární, sekundární, terciální a dokonce i kvarterní. Primární onkologická prevence se má starat, aby nádor nevznikl. Když se to nezdaří a nádor už vznikl, je nesmírně důležité, aby byl zjištěn včas a řešen v tomto časném vyléčitelném stadiu. Tím se zabývá sekundární prevence. Když se ani to nezdaří, nádor vznikl, nebyl zachycen natolik včas, aby byla jistota, že se už někde nešíří, měla by se co nejdříve zjistit místa tohoto šíření či odhalit návrat onemocnění po předchozí léčbě, aby ještě i takový návrat onemocnění a jeho šíření mohly být úspěšně léčeny a vyléčeny. To je prevence terciální. Stává se, že nádorové onemocnění je zjištěno příliš pozdě, než aby mohlo být zcela vyléčeno. Konec lze ještě léčbou oddálit, ale je neodvratný. I tehdy je třeba předvídat možné komplikace a předcházet jim, aby nenastaly nebo nepřekvapily. V této situaci je zapotřebí předvídat a myslet na budoucnost, byť časově omezenou. Není lhostejné v jakém stavu bude nemocný žít, v jakém prostředí a s jakými potížemi. Můžeme tedy hovořit o kvarterní prevenci, která se může zdát nelogická v době, kdy průběh nemoci je již nezvratný. předejít smrti už nelze, ale lze předcházet obtížím ve zbytku života. A to má smysl (Žaloudík, J., 2008).

1.6 Patogeneze

Nádorové buňky se vyznačují autonomním chováním, ztrátou diferenciací (anaplazie), zvýšenou invazivitou, ztrátou kontroly při kontaktu s okolními buňkami a schopnost zakládat vzdálená ložiska (metastazování).

Karcinogeneze je proces vzniku nádoru. Vznik a vývoj nádorového onemocnění má tři hlavní fáze: iniciaci, promoci a progresi. Iniciace, zahájení je první genetická změna, která se přenáší

na další a další potomstvo původní změněné buňky může dát podklad k nádorové transformaci. Pod promoci si lze představit sérii dalších změn kancerogenně iniciovaných buněk, které pak vyústí ve vznik nekontrolovaně se množícího buněčného klonu. Při zahajovací fázi (iniciaci) maligní transformace dochází k opakovaným opravitelným změnám, kdežto ve fázi promoce již dochází ke změnám genetické informace, které vedou k nezvratnému rozvoji nádorového onemocnění. Fáze progresu je výsledkem genetické nestability a aktivace dalších genů vedoucí ke zhoubnému neregulovanému chování transformovaných buněk a plnému rozvoji nádorového onemocnění (Petruželka, L., Konopásek, B., 2003).

1.7 Diagnostika

V diagnostice má nezastupitelné místo anamnéza v onkologii, jejíž cíl je získat celkový obraz pacienta, všechny skutečnosti, které se mohou podílet na diferenciální diagnostice.

Rodinná anamnéza (RA) podává informace o rodině. Jednak jde o přímé pokrevní rodinné příslušníky 1. linie (rodiče, sourozenci, děti) a jednak o rodinu z širšího pohledu (prarodiče, vnoučata, sestřenice, bratřenci atd.). Kromě klasické dědičnosti, se setkáváme často s jakýmsi nakupením nádorů v jedné rodině tzv. familiárním výskytem.

V oblasti osobní anamnézy (OA) je nezbytné znát dosavadní nemoci, které jedinec prodělal, či choroby, které jsou jeho trvalou zátěží. Důležité jsou údaje o operacích a vážnějších úrazech.

Neodmyslitelnou součástí anamnézy je alergická anamnéza (AA), protože je jistá alergizace populace a přibývá protinádorových léků s možným alergickým dopadem. Významné je i socioekonomické zařazení jedince, jeho vztah k pracovnímu procesu, tyto informace jsou součástí sociální a pracovní anamnézy (SA, PA).

Abusus, kde se jedná o kouření, konzumace alkoholických nápojů, pití černé kávy, užívání drog jsou dalším zdrojem informací o pacientovi a patří do anamnézy pacienta.

Velmi důležitou informací je gynekologická anamnéza (GA) u žen a je důležitá zejména pro nádorové choroby, u kterých můžeme předpokládat hormonální dependenci.

Pro podrobný popis průběhu nemoci má nesmírný význam Nynější onemocnění (NO), tyto informace jsou součástí anamnézy a nám pomohou získat orientační pohled na vlastní nemoc, její dynamiku, agresivitu.

Součástí vyšetření je i somatické vyšetření, jedná o vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Pohledem vyšetřujeme kůži a sliznici, pohmatem palpujeme orgány, které by se mohly stát sídlem sekundárního nádorového rozsevu (játra, slezina, lymfatické uzliny). Mezi základní palpační vyšetření je vyšetření per rektum a pravidelné palpační sledování prsů u žen. Poklepem a poslechem čili perkuse a askultace se řídí svými běžnými pravidly.

K vyšetřovacím metodám patří i zobrazovací metody: rentgenové, které jsou bez kontrastu, s kontrastem, čili CT je základní a nejdůležitější rentgenová metoda, která dokáže relativně přesně ukázat vzájemné vztahy orgánů a nezastupitelnou roli sehrává v radioterapii. Nerentgenové vyšetření, sonografie je běžný, levný vyšetřovací postup. Mezi další vyšetřovací metody patří MG (magnetická resonance), kdy hlavní indikační oblastí jsou měkké tkáně. Metody nukleární medicíny, což je scintigrafie kostí, štítné žlázy, kostní dřeně a jiné. PET (pozitronová emisní tomografie), která využívá izotopů s velmi krátkým poločasem rozpadu, který navázán na vhodný nosič se akumuluje v místech s nádorovou aktivitou a jeho záření se detekuje.

Další důležitou vyšetřovací metodou je endoskopické vyšetření, což je metoda vhodná pro většinu dostupných dutých orgánů. Endoskopie dovoluje nejen přehlédnout preformovaný prostor, ale i odebrat vzorek podezřelé tkáně k histopatologickému zhodnocení.

Mezi další vyšetření patří hematologické vyšetření, což je krevní obraz, včetně diferenciálního rozpočtu, sedimentace, krevní destičky, krvácivost, srážlivost a další a biochemické vyšetření koncentrace Na, K, NaCl, P, Fe, urey, kreatininu, bilirubinu, ALT, AST, ALP, GMT, LD a případně dalších, vyšetření moči a močového sedimentu, patří k základním vyšetřovacím postupům.

Důležité je i vyšetření nádorových markerů, jsou to makromolekuly, které se vyskytují a mění svou koncentraci v závislosti na povaze nádorového onemocnění.

Podmínkou pro zahájení léčby je i verifikace nádorové nemoci. Verifikace se vyžaduje histologická, učiněná z patologické tkáně získané: z excize nádoru, z exstirpace nádoru, z punkční biopsie nádoru a punkční cytologie. Důležitým faktorem pro léčbu je i typizace nádoru (typing), kdy nádory tvoří dvě základní skupiny, nádory benigní a maligní a nesmírnou cenu má údaj o stupni vyžrávání nádoru (grading). Většinou patří mezi základní prognostická kritéria, ale je důležitým prediktivním údajem. Nádory vykazující menší diferenciaci jsou většinou sensitivní k chemické i radiační terapii, ale jejich chování je často velmi agresivní a ohrožuje pacientův život v krátké budoucnosti. Údaj, který většinou určuje prognózu nemoci je rozsah nádoru (staging) a nejpoužívanějším systémem je TNM, kdy

základy byly položeny ve Francii Pierem Denoixem v letech 1943 – 1952. T značí velikost nádoru (tumoru), N značí regionální mízní uzliny, M značí vzdálenost metastáz

Významné je histologické upřesnění, čili vztah nádorové tkáně k okolí, vzdálenost chirurgického řezu od zdravé tkáně, typ šíření, přítomnost či absenci propagace nádoru do lymfatických či krevních cév a prognostický faktor, který informuje o pravděpodobném chování a vývoji nádorové nemoci a prediktivní faktor, který předvídá odpověď nádoru na onkologickou léčbu.

Konečná diagnóza, její stanovení je posledním krokem v předléčebné strategii. Bližší stratifikace, pokud je možná, je velmi přínosná. Pro učinění konečného závěru je obvykle postačující od první návštěvy pacienta u lékaře a vzniku podezření na nádorovou nemoc (Petruželka, L., Konopásek, B., 2003).

2 Karcinom prsu

2.1 Definice

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen. Svými důsledky zasahuje do všech oblastí života ženy, do života její rodiny, a tím vlastně do celé společnosti. Karcinom prsu však není onemocněním moderní doby, jde o onemocnění se starobytlou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin. Důkaz najdeme v papyrech, nyní uložených v Britském muzeu v Londýně, z doby 3000 let před Kristem, kde se nachází první zmínka o této chorobě. Chorobou se zabýval už Hippokrates, později Galén. Novější historie, poznamenaná poznáním charakteru onemocnění a snahami o účinnou léčbu, se datuje od počátku 19. století. Dvacáté století, zejména jeho druhá polovina, bylo ve znamení komplexní všestranné léčby (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.2 Etiologie a rizikové faktory

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně je v celém světě zjištěno více než 600 000 nových případů této choroby, což je 20 % všech nádorů žen. Četnost se zvyšuje v mnoha zemích o 1-2 %. U nás je karcinom prsu rovněž nejčastější, stejně jako na celém světě, a během posledních 20 let se jeho počty zdvojnásobily. Česká republika zaujímá ve srovnání s ostatními zeměmi světa 30. místo dle věkově standardizovaného přepočtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tisíc žen, ve srovnání s evropskými zeměmi pak 21. místo. Incidence (četnost) karcinomu prsu se zvyšuje s věkem, každých 10 let se až do menopauzy (přechodu) zdvojuje a poté je zvyšování každoročně dramatické. Nejprudší vzestup je po 50. roce věku. Četnost nádorů prsu u žen stoupá u nás prudce po 40. roku věku, v období 2001 – 2005 bylo 50 % nemocných žen ve věku 53 – 73 let. Největší nárůst nově diagnostikovaných nádorů prsu na 100 tisíc žen je ve věkových kategoriích 50 – 59 let, rostoucí trend je i ve věkových kategoriích 40 – 49 let. Rakovina prsu je stále nejčastější příčinou úmrtí žen na nádorové onemocnění. Ročně na ně v České republice umírá přibližně 1950 žen, tedy 37 ze 100 tisíc žen. Celkově jsou pak nádory prsu příčinou úmrtí 3,6 % žen v naší populaci. Rizikové faktory karcinomu prsu představují relativně různorodou skupinu parametrů. Jedním

z parametrů jsou faktory životního stylu, což je konzumace alkoholu, neboť aktuální epidemiologické studie prokázaly nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu a kouření. Sice přímý vliv na vznik karcinomu prsu nebyl prokázán, ale je třeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví. Dalším faktorem jsou stravovací návyky, studii bylo prokázáno, že energetická hodnota potravy ovlivňuje energetický metabolismus (látkovou výměnu) organismu, a tedy produkci hormonů. Zastoupení a typ tuků v potravě spolu s podílem příjmu zeleniny a ovoce hrají roli při vzniku malignit obecně, čili množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou tak zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu. Významný komplexní faktor s epidemiologicky potvrzeným vztahem ke sníženému riziku vzniku karcinomu prsu představuje fyzická aktivita.

Věk patří též mezi rizikové faktory, neboť riziko vzniku nádoru prsu s věkem narůstá, je zajímavé, že i rasa má svůj význam, neboť u bělošské populace je prokázané riziko karcinomu prsu výrazně vyšší než u populace černošské a u Asiatické.

Svůj význam mají i hormonální a gynekologické faktory, menarche (první menstruace), což je dřívější nástup menstruace (před dvanáctým rokem) a patří k opakovaně potvrzovaným významným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu, též i menopauza (přechod), vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění, věk při prvním porodu, prokazuje se zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života. Dalším rizikovým faktorem je počet porodů, neboť u žen s vyšším počtem dětí se pozoruje snížení rizika v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů.

Velmi důležitým faktorem je genetický faktor, je prokázáno, že riziko zhoubného nádoru prsu je větší u žen, jejichž pokrevní příbuzní onemocněli touto nemocí. Příbuzní mohou být z matčiny, ale i z otcovy strany. Pokud má či měla zhoubný nádor prsu matka, sestra či dcera, je riziko onemocnění skoro dvojnásobné než u ostatní populace. Na základě výše uvedené dědičné dispozice může vzniknout okolo 5 až 10 % zhoubných nádorů prsu. Dnes jsou genetici schopni vyšetřit výše uvedené geny a odhalit případnou poruchu jejich funkce. Je známo, že ženy, které zdědily chybu v genu BRCA-1 nebo BRCA-2, mají vyšší riziko onemocnění nádorem prsu nebo vaječníku než ostatní populace (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.3 Prevence

Stále více si musíme uvědomit, že naše zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem trvalého našeho snažení, proto upozorňuji v této kapitole na důležitost prevence. Rozumíme tím předcházení nemocem, jedná se o nejučinnější opatření i v oblasti karcinomu prsu.

V primární prevenci je důležitý zdravý životní styl, což zahrnuje několik rad. Jedná se o nekouření cigaret ani zneužívání jiných drog, omezení alkoholu, zejména pití destilátů, dodržování vhodných stravovacích návyků s dostatečným podílem zeleniny a ovoce, konzumování stravy bohaté na vlákninu a chudou na tuky, vyhýbání se dlouhodobému stresu a mít dostatek tělesné námahy a cvičení. V sekundární prevenci, což je včasné rozpoznání prvních příznaků nádorového onemocnění a je zásadní pro úspěšnou léčbu. U karcinomu prsu je nejjednodušší metodou samovyšetřování prsů a mamografický screening. Mezi prevenci patří i terciální prevence, jejímž cílem je zachytit případný návrat nádorového onemocnění po prodělané léčbě v bezpříznakovém intervalu včas, tedy ve stále léčitelné podobě (Karešová, J. a kol., 2010).

2.4 Patogeneze

Nejčastějším typem zhoubného novotvaru prsu u žen je karcinom duktální (činí 73 %), který vychází z buněk výstelky ductů. Druhým nejčastějším typem je karcinom lobulární (14 %), který vychází z buněk výstelky lalůček (lobulů).

Velmi častým karcinomem je karcinom in situ, který je ještě neinvazivní, nevytváří metastázy, ale bez léčby přechází v karcinom invazivní. Karcinom in situ se vyskytuje ve dvou typech, jako duktální, vycházející z výstelky ductů, a jako lobulární, vycházející z výstelky lobulů. Tyto karcinomy mají zcela odlišné chování, stejně jako jejich invazivní následovatelé, a nesmějí se navzájem zaměňovat (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.5 Příznaky a klinické projevy

Zhoubný nádor prsu ve svém prvopočátku většinou není bolestivý, v současné době, kdy je pro ženy k dispozici mamografický screening, je možné nádor diagnostikovat v době, kdy je ještě nehmatný a není invazivní (karcinom in situ) nebo jeho velikost odpovídá velmi nízkému stadiu. Při dalším růstu může docházet ke změnám.

Nejčastější příznaky jsou vtahování kůže, za tímto příznakem se skrývá většinou rezistence (bulka), která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži, důlkovatění, kdy rezistence prsu vtahuje část tkáně tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru, tvoří se důlek, váznutí při souhybu, při pohybech paží, tj. při pomalém zdvihání paží do upažení a vzpažení, se projevuje asymetrie prsu. Nepravidelnosti bradavky, zde lze pozorovat různé nepravidelnosti bradavky, její oploštění nebo vtažení, způsobené fixací (přichycením) uloženého tumoru, pomerančová kůra, zde dochází k infiltraci (zaplnění) drobných lymfatických cév kůže, připomínající pomerančovou kůru a asymetrie ze zvětšeného objemu prsu, pokud dochází postupně ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu. Sekrece z bradavky, výtok z bradavky, zejména krvavý, není normálním jevem a většinou bývá podkladem tumor a zarudnutí a oteplení kůže, bez jasné rezistence, které připomíná růži, může být zánětlivým karcinomem. Rozšířená žilní pleteň, tento jev může svědčit o zvýšené aktivitě v prsu postiženém tumorem a může dojít i k exulceraci až k zvrhodovatění (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.6 Diagnostika

V této kapitole chci poukázat na možnost a důležitost vyšetření prsu při podezření na karcinom prsu.

Jako z prvních vyšetření je velmi důležité ultrasonografie prsu a mamografické vyšetření prsu. Při podezření na zhoubný nádor se provádí punkční biopsie (napíchnutí ložiska jehlou), jde o histologické vyšetření, kdy patolog určí typ nádoru.

Mezi další vyšetřovací metody patří krevní testy (KO, biochemické vyšetření krevního séra, nádorové markery) a rentgenová vyšetření, kdy se většinou jedná o snímky plic, páteře, žeber, lebky a končetin a scintigrafie skeletu, tato radioizotopová metoda může prostřednictvím rozložení izotopu technecia odhalit metastatický kostní proces v době, kdy ještě není patrný rentgenologicky.

Velmi dostupné, nezatěžující vyšetření je ultrazvukové vyšetření břicha, jehož prostřednictvím se dovídáme o ložiskových změnách v jaterní tkáni, a stavu žlučníku, žlučnickových cest, sleziny, pankreatu a o poměrech v retroperitoneu. Umožňuje zachytit i malé množství ascitu (tekutiny v dutině břišní).

V diagnostice používáme i mnohem přesnější vyšetřovací metody, mezi které patří výpočetní tomografie (CT). Tato metoda upřesňuje rozsah a charakter změn zjištěných jinými metodami (např. ultrasonografií břicha) a je spolehlivou metodou ke zjištění mozkových metastáz, dále

magnetickou rezonanci (MR), je přínosná pro ozřejnění poměrů v páteřním kanálu, v zadní jámě lební a při nejednoznačném nálezů na skeletu a pozitronovou emisní tomografií (PET). Jedná se o vyšetřovací metodu, která hodnotí metabolickou aktivitu buněk a upozorní s vysokou přesností na funkční změny orgánů, ve kterých je zvýšený metabolický obrat (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.7 Terapie

V této kapitole se budu věnovat terapii karcinomu prsu, která je velmi důležitá pro další vývoj a následné vyléčení nemoci pro pacientky.

Nejobvyklejším prvotním léčebným zásahem je operační výkon. Může jím být radikální výkon – amputace prsu nebo částečný (konzervativní) výkon, kdy prs zůstane zachován. Rozsah výkonu záleží na více okolnostech, zejména na velikosti a umístění nádoru. Součástí výkonu je i odstranění podpažních uzlin. Mikroskopickým vyšetřením odebrané tkáně se zjišťuje typ nádorového bujení a jeho vztah k okolní zdravé tkáni.

Další léčbou je chemoterapie, což je léčba chemickými látkami, cytostatiky a v současné době existuje nejméně čtyřicet cytostatik v léčbě karcinomu prsu. Procento účinnosti jednotlivých cytostatik použitých samostatně se pohybuje mezi 20 až 65 %.

Velmi častou léčbou je radiační léčba, která se používá u malých nádorů v počátečním stadiu choroby, kdy je provedena záchovná operace a není odstraněn celý prs, ale nevyužívá se u pokročilejších nádorů, větších než 4-5 cm, kdy je nutné odstranit celý prs. Ozařovat je nutné i tehdy, pokud jsou postiženy podpažní (axilární) mízní uzliny.

Mezi léčbu karcinomu prsu patří i hormonální léčba, jejíž indikace je založena na průkazu hormonálních receptorů. Pokud nejsou v nádorové tkáni přítomny, hormonální léčba se nepodává, neboť je neúčinná. Dále mezi léčbu patří i biologická léčba, která ovlivňuje řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. Je neobyčejně nákladná, ale u přesně vymezené skupiny nemocných (např. nositelek znaku Her - 2) je plně hrazena pojišťovny (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.8 Prognóza

Velmi důležitou součástí u léčby karcinomu prsu je prognóza. Včasnou diagnózou rakoviny prsu lze dosáhnout nejen úspěšné léčby, ale i snížit procento úmrtí na toto velmi vážné

onemocnění. Čím dříve je nádorové onemocnění zjištěno, tím je větší šance na úplné vyléčení. Velký význam má i pro další vývoj léčby dispenzarizace, která plní tři úkoly, snaží se včas odhalit lokální recidivu či vzdálené metastázy nádorové nemoci, sleduje a léčí pozdní následky onkologické terapie a zachycuje duplicitní nádorovou chorobu (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

2.9 Vyrovnávání se s nemocí

Sdělení diagnózy a vyrovnávání se s nemocí je jednou z nejtěžších životních situací pro každou pacientku, neboť se jedná o velkou zátěž a konfrontaci s problémy tělesnými, psychickými i sociálními.

Reakce na sdělení diagnózy, kdy je třeba přijmout nějakou definitivu, omezení, probíhá v několika fázích. Nejznámějším a nejčastěji používaným je dělení, které již v 60. letech minulého století vypracovala americká lékařka Elizabeth Kublerová-Rossová.

V první fázi přichází šok, kdy pacientka odmítá nemoc, popírá ji, považuje sdělení lékaře za omyl. Bývá ochromena, vyděšena, je plná úzkosti. Další fáze je hněv, agrese, kdy se u pacientky se projevuje podrážděnost, objevují se otázky typu „Proč zrovna já.....“, může se objevit slovní agresivita i verbálně vyjádřená závist vůči zdravím druhých. Smlouvání přichází po hněvu a agresi, kdy se pacientka nejprve ujišťuje, zda tou nemocnou je opravdu ona, zda nemohlo dojít k záměně výsledků. Často vyhledává jiné odborníky v očekávání, že ti předchozí se spletli, někdy se přiklání k alternativní léčbě, shání informace o nových či „zázračných“ léčebných metodách.

Po smlouvání dochází k depresi, kdy pacientka zažívá smutek, depresi, doléhá na ni fakt neměnnosti stavu, ztráty tělesné integrity, blížící se smrti, obává se samoty, má strach o osud svých blízkých, obává se života s nemocí i samotného umírání, zejména bolesti.

Poslední fází je smíření, pacientka částečně či zcela akceptuje svou nemoc, omezení, nevyhnutelnost smrti, přijímá vše s klidem. Zde je třeba podpory, zejména nabídnout individuální psychologickou pomoc zaměřenou na podporu autoasanačních vyrovnávacích mechanismů, v případě potřeby nabídnout psychofarmakologickou podporu (Cibula, D., Petruželka, L. a kolektiv., 2009).

2.10 Psychosociální problematika

Onemocnění zhoubným nádorem je velmi závažným zásahem do lidského života. Přináší s sebou obtíže spojené s přítomností nádoru, potíže vyvolané léčbou. Onemocnění je ale i velmi složité i z hlediska psychického a sociálního.

Pacientce je třeba pravdivě, šetrně a srozumitelně podat pravdivou informaci o diagnóze. Jde o psychologicky náročnou situaci, kdy lékař sdělující nepříznivou zprávu musí být v podobných situacích profesionálně zblhlý.

Kromě informace o povaze choroby musí ošetřující lékař nemocnou získat pro léčebný plán. Tyto okamžiky jsou pro zkušeného onkologa obtížnou, ale každodenní nutností. Pro nemocnou jsou vždy zážitkem jedinečným, který si pamatuje celý další život.

Pro nemocnou ženu jde o velice složité životní období, kdy se sžívá s chorobou a musí se orientovat v mnoha okolnostech. Musí zvládnout léčbu chirurgickou, systémovou a radiační a k tomu přistupuje celá řada problémů, které vyplývají ze samé podstaty vědomí existence nemoci. Na prvním místě je zvládnutí a přijetí diagnózy jako nevyhnutelného faktu. Přidává se strach z léčebných postupů, strach z bolesti, strach ze strádání z nemoci či léčby. Přichází také strach z budoucnosti, obavy ze ztráty soběstačnosti, strach o své blízké, pacientka se bojí, že bude na obtíž svému okolí, má strach o život samotný. S tím přicházejí obavy o sociální zabezpečení sebe samotného i rodiny, existenční nejistota. Pacientka si klade tisíce otázek a není schopna si na ně sama najít odpověď. Jednou ze základních otázek je, jak dlouhou budoucnost má před sebou, jestli je její nemoc možné vyléčit. Jedním z důvodů také psychických obtíží může být změna vzhledu, která je dána ztrátou vlasů, ochlupení, prsu nebo zásahem na prsu (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

I malá jizvička na ěadru může vyvolávat pocity hrůzy, ztrátu sebedůvěry a sebevědomí a potřebu ji zakrýt a může mít i neblahé důsledky pro ženiny sexuální vztahy. Souvisí to i s osobností pacientky a se vztahem k vlastnímu tělu. Zralá žena s přiměřeným vztahem ke svému tělu samozřejmě prožívá ohrožení života a změnu tělesného schématu, je ale schopna přijmout realitu svého onemocnění a spolupracovat s lékaři na svém uzdravení. Přitom samozřejmě pociťuje bolest, smutek ze ztráty, úzkost a strach o život.

Pokud je ale tělo pro ženu jakýmsi „fetišem“, dochází k nepřiměřeným reakcím, k popírání reality, odsouvání nutného zákroku, a tím i k ohrožení života ženy. Reakce na ztrátu prsu je dána vždy osobností ženy.

Pro zralou osobnost je každá životní krize jakousi výzvou, která vede ke kvalitativní změně, mění hodnotový systém a umožňuje lidem prožívat život intenzivněji s vědomím, že je třeba užitečně strávit každý den a neplýtvat časem lze najít na (www.mammahelp.cz).

2.11 Organizace a sdružení patientek s karcinomem prsu

Řadě nemocných pomáhá také komunikace s ostatními pacientkami, které mají léčbu již za sebou a sdružují se v řadě společenství, kde je spojuje stejný osud, jsou to např. Arcus onko centrum, Liga proti rakovině Praha, Mamma Help Praha, Aliance žen s rakovinou prsu.

Cílem těchto společenství je vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné, koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu, sjednotit snahy patientských organizací o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu, zastupovat české onkologické pacientky v mezinárodních strukturách. Tato společenství také pořádají mnoho zajímavých aktivit, které mohou pomoci při hledání nové budoucnosti a opětovném zařazení do společnosti.

Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu (ACBCA) je obecně prospěšnou společností s celostátní působností, která zastřešuje organizace onkologicky nemocných žen v České republice. Vznikla z vůle 19 neaktivnějších patientských organizací v roce 2002 a jejím posláním je vzdělávat dobrovolnice v managementu organizací onkologicky nemocných, zastupovat ženy s rakovinou prsu a lobbovat v jejich prospěch, organizovat celostátní kampaně a projekty pro ženy s ca mamy i zdravou ženskou populaci.

Kromě projektů pro onkologicky nemocné ženy je stěžejním úkolem Aliance naplňovat dlouhodobý program MAMMA, což je kampaň k prevenci nádorového onemocnění prsu. Jejím součástí jsou vlastní projekty, projekty jednotlivých organizací a participace na projektech jiných subjektů. Mezi vlastní projekty patří semináře „Edukace edukátorek“, dovoz edukačních pomůcek, billboardy „Využijte svého práva na preventivní prohlídky“ a projekty organizací: Peer program na zdravotních školách a přednášky patientek pro instituce, které zaměstnávají ženy, např. úřady.

Dalším projektem je participace na Breast cancer programu firmy AVON Cosmetic, což je celodenní edukace veřejnosti tzv. AVON road show, což se děje každoročně cca v 80 měst v celé ČR a zajištění celoročního provozu na bezplatné Lince pomocí Avon proti rakovině prsu Mamma Help a projektu Ženy ženám, jsou to preventivní prohlídky s finanční

podporou AVONu (2003, 2004, 2005), ve spolupráci s AMA CZ (Drexlerová, J., Jusková, Z., 2005).

3 Rodina

3.1 Funkce rodiny

Anthony Giddens popisuje tradiční funkci rodiny jako hospodářsky a ekonomicky výhodnou. Tradiční forma rodiny byla často tvořena z několika generací, které bydlely pod jednou střechou a každý člen té rodiny přinášel nějaký finanční příspěvek.

Podle Giddense se však tato forma rodiny změnila. Nynější rodina je tvořena pouze rodiči a jejich dětmi, což přináší větší vazbu rodičů k dětem a naopak. (Giddens, A., 2000).

Rodina je biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity. Odedávna existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Je těžko postradatelnou institucí pro děti, ale i dospělého člověka. Mít stálého partnera a mít děti jsou přední hodnoty lidského života. O ně dospělý člověk opírá pocit vlastní hodnoty, pocit smysluplnosti své existence a na nich závisí jeho psychická pohoda i zdraví.

Rodina dospělému rozšiřuje i jeho sociální pole. Díky partnerovým příbuzným i díky kontaktům svých dětí přichází do styku s mnoha lidmi, s nimiž by se jinak nesešel. Umožňuje jednotlivci, aby v rodině našel oporu a ztotožňoval se s ní.

Jednou z hlavních úloh rodiny je, že poskytuje všem členům rodiny domov a pomáhá se postupně vyrovnat se všemi problémy, které je postihnou (Matoušek, O., 1997).

3.2 Rodina a nemoc

Rodina je od nepaměti nejužší společenství, které dodává všem jejím členům pocit životní jistoty, bezpečí a sounáležitosti. Dříve bylo zvykem v rodině pečovat o ty jedince, kteří z různých důvodů ztratili schopnost se o sebe postarat ve zdraví i v nemoci. Dnes se zodpovědnost v péči o nemocné přenesla ve větší míře na zdravotnická zařízení. Rodina a tyto instituce jako by si v tomto směru vyměnili své role. Tuto funkci rodiny, kterou tradičně plnila, převzala společnost. A výsledek? Zdravotnická zařízení jsou přeplněná, léčení probíhá

pomaleji. Zkušenosti však ukazují, že úlohu, jakou hraje kvalitní rodina v péči o své nemocné a postižené členy, nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce (Králičková, I., 2007).

Pro každého nemocného má kvalitní rodina nepostradatelný význam. Každý člen rodiny zastává svou roli. Pokud se v rodině vyskytne nemoc, role se poněkud mění, protože nemoc je těžká životní situace, která klade nárok na adaptaci, jak nemocného, tak i rodiny. Je to velmi složitá situace, protože dochází k tomu, že okolí nemocného „šetří“, filtruje mu informace, nesdílí nepříjemné zprávy, snaží se přinášet pozitivní energii, což je náročné udržet dlouhodobě. Nemocný se naopak neúčastní běžného života rodiny, chybí jí společné zážitky a řadu informací filtruje, nechce zatěžovat rodinu starostmi anebo naopak se snaží udržet kontakt pomocí líčení nepohody spojené s nemocí, pro blízké je to emočně náročné a raději se této situaci vyhnou. Podobné mechanismy fungují i ve vztazích s kolegy v zaměstnání, s přáteli (Venglářová, M., Mahrová, G., 2006).

3.3 Vztah sestry k nemocné a její rodině

Lidská důstojnost, autenticita, úcta, čest, úsilí o uznání, to jsou pojmy, které si někdy méně uvědomujeme v každodenním životě.

Citelné se stávají právě v péči o druhého člověka, o kterém druzí rozhodují, v péči o člověka trpícího, jehož důstojnost je vystavena zatěžkávací zkoušce. Umíme spíše říci, co je nedůstojné, ale co je důstojné či kde hranice důstojnosti jsou, často jen tušíme. A to na základě mravních principů, kulturních tradic úcty k životu nebo na základě empatického chování. Charakteristikou dobrého pečovatele je právě zájem a zvědavost o minulost člověka, o jeho prožívání, pocity. Právě tak je možné utvářet prostředí důvěry a lidské důstojnosti ve vztahu zdravotník a pacient. Podmínkou takového prostředí je ovšem takový zdravotník, který rozumí sám sobě (Svobodová, H., 2005).

Pro těžce nemocnou ženu je kontakt s rodinou či blízkými velmi důležitý, protože se svými blízkými mají společnou minulost a znají se. Proto se snažíme udělat rodině prostor. Ke členům rodiny se snažíme přistupovat laskavě a s ohledem na stresující okolnosti, protože je i nutné si uvědomit, že rodina, stejně jako nemocný, se smíruje s nemocí jako s realitou. Často potřebují více pomoci a porozumění než nemocná sama, mohou být nejistí, úzkostní a to se může projevit odměřeností, podrážděností, někdy až agresivitou. Mnoho nedorozumění vzniká nedostatečnou komunikací, a proto se o ni snažíme. Je velmi důležitá, jak z hlediska rodiny vůči nemocné, ale i vůči sestrám, protože nám pomůže zmapovat funkčnost rodiny,

zjistíme tím, zda je rodina ochotná a schopná se o nemocnou postarat a do jaké míry. Je nutné zapojit členy do péče a jim je potřeba dodat odvalu a podpořit je. Spolupráce zdravotníků s rodinou vytváří bezpečné prostředí, v němž se nemocná i rodina cítí podstatně lépe než v autoritativním přístupu profesionálů ve zdravotnictví, což bývalo před mnoha lety.

Tímto se otvírá prostor pro spolupráci, neboť při vzájemné výměně informací mohou obě strany dávat podněty ke zlepšení péče a psychického stavu ženy. Je důležitá otevřená komunikace s rodinou a pravidelná výměna informací. Může se stát, že členové rodiny nenajdou dostatek odvahy k dotazům a k předávání informací. Možná je to ani nenapadne, že to lze a že je to žádoucí.

Neměli bychom se bránit i novým podnětům od rodiny a najít cestu k jejich využití. Je třeba si uvědomit, že je vhodné si vybrat jednoho člena rodiny, se kterým budeme jednat. Nejlépe někoho, koho si nemocný sám vybral a má v něj důvěru. Nemůžeme předpokládat, že v rodině funguje stoprocentně výměna informací, a to ani tehdy, jsou-li velmi dobré vztahy.

Pokud je rodina nefunkční, nemocná je osamělá a nemá ani blízkou osobu, pomoc je na členech týmu ošetřovatelů, eventuelně dobrovolníků, pokud je tato možnost lze najít na (www.umirani.cz).

3.4 Psychologický a psychoterapeutický přístup sestry k nemocné a její rodině

I v dnešní době platí, že onkologické onemocnění jakéhokoliv druhu je jedno z nejobávanějších vůbec, protože se na něj nenašel stoprocentní lék. Lidé se této nemoci obávají často z nevědomosti.

Reakce na individuální potřeby osob postižené rakovinou, je základní zásadou ošetřovatelské péče. Důkazů k tomu, aby byly poskytovány individualizované přístupy v péči, v posledních letech mimořádně vzrostl. Dnes máme mnohem lepší pochopení mechanismů podporujících zdravotní potřeby lidí s rakovinou. Stejně máme širokou škálu environmentálních, sociokulturních, psychologických a biologických vlivů na tyto potřeby. Toto větší množství důkazů nám umožňuje se lépe zaměřit a přizpůsobit intervence, stále sofistikovanějšími způsoby (Yates, P., 2012).

Proto úkolem sestry je snažit se všemožně pomoci. Musíme si uvědomit, že návrh léčby i léčba samotná znamenají pro pacientku vrchol psychické krize. Je to pro ní potvrzením obavy, že trpí zhoubným nádorem nebo jiným onkologickým onemocněním. Nemocná žena se cítí

osamocená, opuštěná, zbytečná, což často vede k depresím a pocitu beznaděje. Je to také strach z deformace, strach ze smrti. Pocit neúplnosti může nemocnou ženu vyloučit z normálních aktivit běžného života. Strach mnohdy narušuje komunikaci s ošetřujícím personálem i s rodinou. Je třeba vytvářet atmosféru důvěry, navozovat psychická pouta projevující se pohledem, úsměvem, gesty, ochotou pomoci či naslouchat. Je důležité získat pacientku pro aktivní účast na léčbě, důvěru v ošetřující personál, prostě se snažit, aby se pacient stal partnerem, nikoliv protihráčem. Ošetřující personál však nikdy nesmí dopustit, aby pacientka došla k názoru, že bez jejich stálého dohledu a pomoci již nikdy neobejde. Sestra může pomoci i rodině pochopit nemoc, vysvětlit potřeby nemocného, zacvičit nejbližší tak, aby byli schopni o nemocného v případě potřeby pečovat. V neposlední řadě může poskytnout informace, kde hledat pomoc, kam se v případě potřeby obrátit, např. na sociální pracovníci, pečovatelskou službu, psychologickou poradnu a podobně (Budayová, K., 2003). Onkologická péče je jednou z nejnáročnějších specializací v ošetrovatelské praxi. Je to oblast ošetrovatelství, která je plná napětí a zvýšeného očekávání, ale která může také přinášet zadostiučinění a uspokojení.

Kromě problémů interdisciplinární povahy představu pacientka s karcinomem prsu pro ošetrovatelský tým také mnoho etických problémů. Práce v multidisciplinárním týmu může jednak zlepšit a posílit profesionální postavení sester, ale může je také degradovat do sekundární a nevýznamné pomocné role ve srovnání lékaře a onkologa-chirurga. Toto má rovněž morální důsledky pro práci onkologických sester, které se právem považují za samostatné pracovnice poskytující ošetrovatelskou péči.

Některá z etických dilemat, s nimiž se setkávají onkologické sestry, naznačují, že nebude vždy možné vyřešit všechna etická dilemata, s nimiž se sestra setkává, ani odstranit všechny morální stres, který sestra prožívá. Ošetrovatelský tým se potýká s mnoha problémy, často bez odpovídající podpory a pomoci. Existuje také řada morálních problémů, které přímo vyplývají ze samotné závažnosti onemocnění rakovinou, avšak neexistují žádné snadno přijatelné způsoby jejich řešení.

Pacientka a její rodina také reagují na pokroky v lékařské technice a všechny tyto faktory dohromady přispívají k potenciálním morálním dilematům, s nimiž se sestry setkávají. Sestra musí ve své práci konfrontovat nejenom etické úvahy pramenící z život-ohrožující povahy mnoha druhů rakoviny, ale také morální stres a morální úzkost jako výsledek povahy interdisciplinární práce nebo konfliktu zájmů, který může nastat při práci s příbuznými. Sestra je také do značné míry stresována nutností neustále se vyrovnávat se svou vlastní lidskou křehkostí a s hranicemi svých sil.

Ze všech těchto potencionálních oblastí morálního stresu a etických dilemat je jedna oblast, která je nejčastěji přehlížená a nejméně komentovaná, a to je oblast vlastního morálního rozvoje sestry a její morální citlivosti a jak tyto otázky mohou ovlivnit její práci a řešení etických problémů. Právě vlastní morální úroveň sester může znamenat velký rozdíl v tom, jak budou sestry k morálním problémům přistupovat a jaká rozhodnutí budou přijímat. Právě přítomnost profesionálních ctností, jako je čest, integrita, soucit, pravdivost a především moudrost, umožňuje onkologickým sestrám (jako ostatně všem sestrám) reagovat na morální otázky pozitivním způsobem bez toho, aby nad nimi zvítězil stres nebo syndrom vyhoření (Brykczynská, G., 2003).

3.5 Komunikace sestry s rodinou nemocné ženy

Komunikace sestry, nemocná žena, rodina je velmi důležitá oblast, protože si musíme uvědomit, že úzká spolupráce zdravotnického týmu, rodinných příslušníků a nemocné může mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces.

Ve většině případů je rodina aktivním činitelem k zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocné. Je potřeba, aby rodina byla spojencem zdravotníků. S rodinnými příslušníky je proto potřeba pravidelně hovořit, abychom je získali pro vzájemnou spolupráci a pomohli tím i spolupráci nemocné se zdravotníky.

Psychologie příbuzných je dána jejich osobností, aktuálním postojem k nemocné a zkušeností s onemocněním jako takovým. Ze strany příbuzných směrem k nemocné můžeme sledovat několik rovin a to je zájem o nemoc a cíle vedoucí k uzdravení, množství informací, které získali o nemoci a možnostech léčby, postavení nemocné v systému ošetrovatelské péče a v realizaci ošetrovatelského procesu a i schopnost komunikace a personálu.

Pro zdravotníky by měly také platit určité zásady při jednání s rodinou a to především ubezpečit příbuzné, že je o nemocnou dobře postaráno s využitím všech dostupných léčebných metod, poskytovat vhodnou formou správné informace z diagnostické a terapeutické oblasti, sdělit příbuzným, jak mohou při léčbě spolupracovat, vhodnou komunikací získat dostatek anamnestických údajů, které mohou být prospěšné v rámci léčebného procesu (Zacharová, E., Heermanová, M., Šrámková, J., 2007).

4 Edukační proces

4.1 Význam edukace

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Lze ho definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, P., 2010).

Edukace je výchova, vzdělávací proces, předávání informací nemocnému, výuka návyků a stereotypů vedoucí ke kompenzaci a stabilizaci nemocného.

4.2 Strategie edukace

Cílem edukace je pozitivně působit na chování nemocného, a to takovým způsobem, aby léčba jeho choroby byla maximálně úspěšná. Samotná edukace je často velmi namáhavá, časově náročná, zdánlivě bez výrazných konkrétních výsledků. Mnohdy se nám může zdát i zbytečná. Avšak správně vedená edukace má prokazatelný vliv na kompenzaci zdravotního stavu pacienta, ale také jeho náhled na onemocnění. Je důležité pacientovi nejen ohleduplně vysvětlit, že jeho onemocnění může být nevléčitelné, ale především mu ukázat způsob, jak může sám ovlivnit kvalitu svého života (Mičková, I., 2009).

Edukace hraje významnou roli v primární, sekundární a terciální prevence. Edukace v primární prevenci je zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života. Sekundární edukace probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Edukace terciální je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nezvratné změny ve svém zdravotním stavu.

Edukaci též můžeme rozdělit na základní, reedukační (pokračující, nápravnou) a komplexní. Za základní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku i postojů.

U reedukační edukace máme možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Tyto vědomosti, dovednosti a postoje dále prohlubujeme. Za komplexní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy jedinci jsou etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednostmi a postoje ke zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Nejčastěji se tento typ edukace děje v kurzech, například kurzy pořádané pro diabetiky (Juřeniková, P., 2010).

4.3 Zásady edukace

Edukace může být jednorázová (zpravidla při příjmu pacienta k hospitalizaci či při první návštěvě v ordinaci nebo odborné ambulanci) nebo opakovaná (během hospitalizace, při opakovaných návštěvách).

Podle inteligenční úrovně pacienta, jeho sociálního postavení a momentálního zdravotního stavu rozlišujeme edukaci jednoduchou nebo hloubkovou. Pacienta edukujeme podle typu a stadia onemocnění, edukaci zaměřujeme na konkrétní chorobu, problém či riziko. Podle počtu edukantů se rozděluje edukace na skupinovou nebo individuální.

Edukace by měla být cílená a trvalá. Informace by si pacient měl zapamatovat, proto je potřeba občas kontrolovat úroveň jeho znalostí a dovedností. Neměli bychom však nemocného zahltit najednou velkým množstvím informací s očekáváním, že si pacient po prvním rozhovoru vše zapamatuje. Snažme se nejdříve edukovat v oblastech, které jsou za daného stavu pro pacienta nejpodstatnější a upozorňujeme na možná negativa a rizika. Edukace by měla probíhat nenásilně. Je vhodné pacientovi poskytnout příručky a edukační letáky týkající se jeho choroby.

O obsahu edukace je nutné provést záznam do dokumentace pacienta (Mičková, I., 2009).

4.4 Cíl edukace

Jedním z cílů moderního ošetřovatelství je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a kulturním prostředím.

V posledních letech se ve světě stále častěji klade důraz na edukaci a edukační proces v ošetřovatelství jako podstatnou část kvalifikované péče, která výrazně napomáhá naplňovat

preventivní cíle moderního ošetrovatelství jak v oblasti primární, sekundární, tak i terciální prevence.

Jednou z cest, jak tohoto výsledku dosáhnout, je v podmínkách primární péče cílení identifikace zdravotních rizik a jejich následná eliminace aktivním zapojením klienta v péči o sebe sama za pomoci účelné podpory tandemu lékař – sestra.

V terénní péči tato podpora směřuje především do oblasti úpravy životního stylu klienta, kde edukace a edukační schopnosti zdravotníků sehrávají významnou roli (Jirkovský. D., 2004., s. 48).

Konkrétně edukační cíle lze charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u jedince dosáhnout. Tento výsledek je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna v edukantových vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci.

Cíle lze dělit na krátkodobé dlouhodobé, nižší a vyšší. Správně stanovený cíl splňuje nejen podmínku přiměřenosti, což znamená odpovídat schopnostem daného jedince. Měl by pro něj být splnitelný, ale neměl by jeho schopnosti podceňovat. Stanovení příliš náročného cíle, jehož splnění není v silách jedince, nebo naopak cíle, který podceňuje jeho schopnosti, vede k demotivaci učení.

Dále musíme pamatovat při formulaci edukačních cílů na jejich jednoznačnost a kontrolovatelnost. Cíl musí být stanoven vždy tak, aby nebylo možné jej interpretovat několika různými způsoby. Je nutné mít možnost kdykoliv zkontrolovat dostupnými prostředky jeho dosažení. Stanovené cíle musí mít i určitou vnitřní konzistentnost, což lze uvést na příkladu projektování edukace, kdy cíle jednotlivých edukačních lekcí musí být v souladu s hlavním cílem edukace. Nesmí být mezi nimi rozpor.

Jejich poslední nezbytnou vlastností je komplexnost. Mely by působit na celou stránku osobnosti edukanta, tedy na oblasti kognitivní (vědomostní), afektivní (rozvoj osobnosti klienta a ovlivnění jeho postojů) a psychomotorickou.

Cíle se formulují vždy ze strany edukanta a nikoli edukátora (Juřeníková, P., 2010).

4.5 Osobnost sestry jako edukátora

V současné době jsou kladeny stále vyšší požadavky na edukaci pacientky/ klienty a edukanta. Těmto požadavkům se musí přizpůsobit i zdravotník, který plní roli edukátora.

Pro úspěšné vykonávání edukace by měl mít edukátor/sestra následující předpoklady. Mezi tyto faktory náleží faktory charakterové, mezi které patří trpělivost, tolerance, důslednost, zodpovědnost, svědomitost.

Dále intelektové, což je operativní řešení problému, analýza edukačních potřeb. Mezi dobré předpoklady edukátora patří též dovednosti senzomotorické, to se hlavně týká zručnosti, obratnosti a sociální, což je hlavně pozitivní vztah k lidem, umění komunikovat.

Důležité je i mít odborné znalosti a dovednosti z oblasti edukace, čili znát metody, formy edukace a využít je efektivně v praxi a schopnost autoregulace, což znamená přizpůsobit se a mít adaptivní způsob chování.

Edukátor by měl pro zkvalitnění své práce provádět sebereflexi (sebehodnocení, vnitřní komunikaci sám se sebou). Jedná se v podstatě o nastavení zrcadla sám sobě, což vyžaduje určitou osobnostní zralost a upřímnost. Sebereflexe pro nás nemusí být v mnoha případech příjemná, ale může nám pomoci vyvarovat se chyb v budoucnosti a zkvalitnit naši práci.

Sebereflexi můžeme provádět tím, že si pokládáme otázky a sami si na ně odpovídáme. Tento druh sebereflexe spolu s dotazníkovým hodnocením a rozhovorem s edukantem patří mezi nejčastější druhy sebereflexe (Juřeníková, P., 2010).

4.6 Reedukace jako součást edukace

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a kritériem kvality péče. Reedukace je pak následná edukace a korekce edukace u převážně chronických onemocnění.

V některých případech pacienta okolnosti donutí naučit se novým dovednostem, které jsou nezbytné pro jeho další život. Tlak na pacienta během edukace je veliký. Dochází ke změně společenských rolí, často se dominantní osoby zvyklé rozhodovat, vést, jednat samostatně dostávají do podřízeného postavení. Jsou nuceni se učit novým věcem od sester, které se jim mohou zdát „příliš mladé, nezkušené“.

Mění se i postavení nemocného v rodině, může být závislý, potřebovat pomoc. To může vytvářet složité situace.

Člověk si i v běžném životě občas neumí poradit, požádat o pomoc, vyhledat spřízněnou osobu, terapeuta. O to obtížnější je to v nemocnici, když vážně onemocní a je odkázán na pomoc sester. Edukující sestra je jim oporou, která může odpovědět na vznikající otázky, poradit, kam se obrátit, u koho hledat pomoc.

Reedukace, respektive reedukační čas umožňuje sestřám nadále pracovat s pacienty. Závěrečnou součástí reedukace je umění edukátora hodnotit a zlepšovat tento proces. Kvalitní edukátor musí umět připustit, že nezná všechno a měl by umět konzultovat s dalšími odborníky a kolegy (Drlíková, K., 2008).

4.7 Psychologické prvky edukace

Moderní pojetí vztahů mezi (pečujícími) zdravotníky a (trpělivým a trpícím) pacientem se mění z paternalistického modelu, který předpokládá, že nemocný „poslechne“ autoritu a zachová se podle jejích příkazů, na model spolupráce, v němž pacient přebírá nejen práva, ale k nim také neoddělitelně náležící část odpovědnosti za své zdraví.

Účinná a správná edukace pak představuje mnohem víc než „poučení o tom co by měl pacient dělat“ (protože to si může přečíst v desítkách brožur a osvětových letáků). Především představuje určitou psychologickou a pedagogickou práci, která předvídá nástrahy, jež se v budoucnosti zákonitě objeví a zakomponuje všechny tyto možné komplikace již do výchozích dohod, které tak zajistí dobrou spolupráci nemocného s doporučeným režimem.

Léčebná a režimová opatření, o jejichž užitečnosti máme nemocného přesvědčit, vždy znamenají změnu jeho dosavadních zvyklostí. Je tedy nezbytné počítat s tím, že jedna změna vyvolá mnoho změn dalších.

Je třeba si uvědomit, že změny se nedělají snadno a sestra, která má pacientovi pomoci, musí být vnímavá, předvídavá a hodně trpělivá. Měla by umět říct pacientovi, že jeho rozpaky nad změnou jsou pochopitelné, že to zažívá většina lidí a že ona mu rozumí, za nové změny a postupy, které bude dělat, by sestra měla pacienta umět pochválit (Honzák, R., 2006).

4.8 Edukační proces

4.8.1 Fáze edukačního procesu

Edukace se zpravidla dělí na 5 fází:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky, v této fázi se snaží edukátor odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby, pozorováním či rozhovorem.

2. Fáze projektování, v této fázi edukace se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolit metody, obsah edukace, pomůcky, časový rámeček a způsob evaluace edukace.
3. Fáze realizace, prvním krokem této fáze je motivace edukanta (vnitřní, vnější), na kterou navazuje expozice, při kterém edukantům zprostředkováváme poznatky. Na expozici navazuje fixace. Při tomto kroku je nutné, aby byly získané vědomosti či dovednosti procvičovány a opakovány v návaznosti na předchozí vědomosti a dovednosti. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, kdy se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení daného učiva a zájem edukanta. Po tomto kroku následuje aplikace.
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva, tato fáze je jedním z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti.
5. Fáze zpětné vazby, v této fázi se snažíme hodnotit nejenom výsledky edukanta, ale i naše. Hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby mezi námi a edukantem (Juřeníková, P., 2010).

4.8.2 Edukační metody

Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.

Nejčastější metody používané ve zdravotnictví:

Přednáška, je to metoda, kterou nejčastěji předkládáme nové poznatky nebo poznatky a myšlenky, které potřebujeme předat v ucelené podobě. Klasickou přednášku zpravidla tvoří tři části: úvod, ve kterém seznamujeme edukanty s problémem a cílem samotné přednášky, vlastní výklad, kde předkládáme vědecky podložená fakta, která je nutno dát do kontextu s ostatními poznatky edukanta a závěr, kde shrnujeme nejdůležitější body našeho projevu.

Druhou metodou je vysvětlování, kterým se snažíme posluchači objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl schopen podstatu vysvětlovaného problému pochopit.

Třetí metodou je instruktáž a praktické cvičení, jsou metody kdy, instruktáž je teoretický úvod před praktickou činností, kdy se edukanti seznamují s určitým pracovním postupem, aby získali určitou psychomotorickou dovednost. Potom by měla následovat ukázka, kdy činnost předvedeme v rychlosti, které by měl edukant dosáhnout a následně navazuje praktické cvičení edukantů, ve kterém edukant zahajuje vlastní nácvik pracovní činnosti.

Rozhovor je kladení otázek mezi edukátorem a jedním nebo více edukanty, kdy dochází k vzájemné výměně informací. Rozhovor v edukaci nejčastěji slouží ke sběru informací o edukantovi, ke sdělení nových poznatků, k upevnění a opakování získaných vědomostí.

Prostřednictvím diskuse mají diskutující možnost argumentovat, prezentovat své myšlenky, znalosti, nápady a ověřit si schopnost přesvědčit druhé.

Konzultace znamená setkání s odborníkem, poradcem, se kterým může edukant prodiskutovat svůj problém, vyjasnit si nejasnosti, zkonzultovat určitá doporučení apod.

Brainstorming je metoda, kterou můžeme využít při práci ve skupině, kdy se snažíme v určitém časovém limitu získat co nejvíce nápadů a představ o způsobu řešení určitého problému. Ideální velikost skupiny je 12 osob.

Brainwriting je metoda, kdy si každý účastník si zapisuje nápady na papír. Skupina by neměla překročit počet 6 osob.

Poslední metodou, která je ve zdravotnictví využívána, je práce s textem. Při této metodě se nejvíce používá leták, brožura, plakát, článek v časopise, kniha (Juřeníková, P., 2010).

V době globalizace a masivního rozvoje informačních technologií se zdravotnickým pracovníkům naskýtá jedinečná možnost zprostředkování kontaktů s velkou skupinou nemocných najednou a mezi nimi navzájem.

Využívání elektronické podpory se tak stává nejen běžnou součástí výuky profesionálů poskytujících zdravotní péči, ale postupně dochází k rozvoji prostředků edukace nemocných s využitím moderních informačních a komunikačních technologií (ICT). Tato metoda se nazývá E-learning, což je v podstatě jakékoli využívání elektronických materiálních a didaktických prostředků k efektivnímu dosažení vzdělávacího cíle.

E-learning je také definován jako poskytování informací a instrukcí počítačem – cestou CD-ROMu, internetu. Což je jedna z možností edukace (Pokorná, A., 2008).

4.8.3 Stanovení edukační diagnózy

Každá sestra, která provádí edukaci u nemocných či jejich rodin, musí jednoznačně vědět, jakou změnu ve vědomostech, dovednostech, postojích, hodnotové orientaci a návycích chce u nemocného a jeho rodiny dosáhnout. Na základě těchto informací vytváří edukační diagnózy (Juřeníková, P., 2010).

4.8.4 Příprava edukačního plánu

Plán edukace by sestra měla sestavit v písemné podobě na základě edukačních potřeb a diagnóz edukanta a měla by ho založit do jeho dokumentace.

Záznam by měl obsahovat pojmenování edukační potřeby, dlouhodobý cíl, počet předpokládaných lekcí, odpovědnost osoby za edukaci, metody, formy, pomůcky pro jednotlivé lekce, obsah učiva, způsob hodnocení výsledků lekcí a závěr edukace. Plán edukace by sestra měla vždy sestavit ve spolupráci s edukantem. Zvýší to edukantovu motivaci a usnadní edukační proces (Juřeníková, P., 2010).

4.8.5 Realizace edukačního procesu

Realizace edukace by měla vycházet z plánu edukace, který si sestra stanovila v předchozí fázi, a vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Na realizaci edukace, na základě svých kompetencí, specializace a stanoveného plánu, by se měl podílet celý multidisciplinární zdravotnický tým.

Úspěch edukace může ovlivnit řada faktorů, které musíme zohlednit už ve fázi projektování a respektovat je při samotné realizaci. Vliv faktorů na edukaci plyne z toho, že každý člověk je individuum, které žije v rozdílných sociálně-kulturně-ekonomických podmínkách, má různé zkušenosti, vědomosti, dovednosti, postoje a návyky.

Při plánování a realizaci edukace musíme mít na zřeteli nejčastější faktory a to fyziologicko – biologické, psychické a sociálně-kulturní. Z fyziologicko-biologických faktorů musíme brát ohled na pohlaví, věk, neboť každé věkové období člověka s sebou nese určitá specifika a poruchy smyslového vnímání, což znamená poruchy dalekozrakosti, hluchoty atd.

Úroveň soběstačnosti a celkový zdravotní stav záleží na fázi a druhu onemocnění, což musíme mít též na zřeteli při realizaci edukačního plánu.

Z psychických faktorů nesmíme opomenout psychický stav pacienta, kdy se může u něj projevit úzkost, strach, postoj ke svému zdraví, osobní vlastnosti, což se týká jeho temperamentu a typu osobnosti.

Dalším důležitým faktorem je i vnitřní a vnější motivace pacienta, dále schopnosti, dovednosti, návyky, zkušenost a styly učení. Na zřeteli musíme mít i sociálně – kulturní faktory a to zaměstnání, vzdělání, kulturní a etnická příslušnost, rodinné vztahy a ekonomickou situaci.

Úspěch samotné realizace edukace nezávisí pouze na respektování výše uvedených faktorů, ale i v přípravě na tuto fázi. Fáze přípravy lze rozdělit na přípravu zdravotníka, přípravu edukanta a přípravu prostředí a materiálního zabezpečení.

Příprava zdravotníka na realizaci edukace spočívá především v přípravě dlouhodobé, kdy by se měl podrobně seznámit s hlavními cíli a plánem edukace u daného edukanta. Na tuto přípravu zdravotníka navazuje příprava bezprostřední, v níž se připravuje na konkrétní edukační lekci.

Způsob přípravy závisí na charakteru edukační lekce (motivační, osvojování nových vědomostí, opakování, vytváření a upevňování dovedností, ověřování vědomostí a dovedností), na formách edukace (individuální, skupinová, hromadná), na materiálních a organizačních podmínkách zařízení, ve kterém bude edukace probíhat.

Příprava na edukační lekci je nejvhodnější v písemné podobě (může usnadnit edukační standardy), měla by obsahovat téma, cíl, metodu, formu a obsah edukace, použité pomůcky a způsob hodnocení edukační lekce.

Příprava edukanta spočívá v tom, že by měl znát nejen důvody, proč u něho budeme edukaci provádět, ale i naše edukační cíle. Je na jeho rozhodnutí, zda bude ochoten se do edukace zapojit. Vliv na připravenost a realizaci edukace má zejména i stav jeho zdraví.

Příprava prostředí a materiálního zabezpečení se týká přípravy vhodného prostředí, kde bude edukace probíhat. Je vhodné vybrat prostředí, kde bude dostatek klidu a kde by se měl dobře cítit jak edukant, tak i edukátor. Mělo by být upraveno podle zvolených metod a forem výuky tak, aby spolu všichni účastníci edukace mohli komunikovat a spolupracovat bez překážek.

Realizaci edukace můžou ovlivnit i tzv. edukační bariéry, které mohou nastat ze strany edukanta i edukátora. Bariéry ze strany edukanta se týkají charakteru onemocnění, poruch smyslového vnímání, změny psychiky, jazykové bariéry, mentálních handicapů a odlišných kulturních zvyků.

Ze strany edukátora mohou vzniknout z důvodů nedostatečné přípravy edukanta na edukaci, z důvodů realizace neplánované edukace, nedostatečných edukačních vědomostí, nedostatku času, malé motivace edukátora k edukaci, nedostatečná multidisciplinární spolupráce zdravotnického týmu (Juřeníková, P., 2010).

4.8.6 Analýza a vyhodnocení edukace

Hodnocení a analýza je poslední fází edukačního procesu, kdy nejčastěji hodnotí edukátor edukanta, jakých výsledků a efektů edukace bylo u něho dosaženo.

Příkladem může být to, že se ženy naučí a budou provádět pravidelně samovyšetření prsu, což je edukační výsledek a edukačním efektem bude, že u žen stoupne procento včasného zachytu karcinomu prsu a tím ženy budou mít větší šanci na vyléčení. Hodnocení edukace se může provádět jak v průběhu edukace, tak na jejím konci.

Hodnocení edukace je formativní, je zaměřeno na odhalování chyb a nedostatků v průběhu edukace. Každý edukant je hodnocen individuálně a jednotliví edukaci nejsou porovnáváni mezi sebou. Cílem tohoto hodnocení je zjistit momentální stav edukantových vědomostí, dovedností, návyků. Zjištění bezprostředních vědomostí, dovedností a návyků dává edukátorovi i edukantovi zpětnou vazbu o jeho pokrocích.

Tento způsob hodnocení je ve zdravotnictví velmi často používán a využívá se zejména tehdy, pokud chceme edukanta motivovat.

Kromě hodnocení formativního, se při edukaci provádí i hodnocení sumativní (konečné), které se provádí na konci určitého období. Cílem je sumarizovat pokroky edukanta.

Hodnocení může být ve formě verbální a nonverbální. Verbální hodnocení má podobu ústního nebo písemného hodnocení (např. pochvala). Nonverbální hodnocení vyjadřujeme mimoslovními projevy (např. gesty, mimikou).

Další oblastí hodnocení je evaluace edukace jejími účastníky. Jde o hodnocení názorů edukantů na edukační proces. Hodnocení se provádí písemnou formou při anonymním dotazníkovém šetření. Anonymní dotazník snižuje strach z možných následků uváděného hodnocení.

Další možnou oblastí hodnocení je evaluace organizační stránky edukace. Hodnotí se většinou edukační plány, edukační záznamy, názory edukantů a edukantů na organizaci edukace (Juřeníková, P., 2010).

5 Edukace rodinných příslušníků pacientky s nádorovým onemocněním prsu

Touto kapitolou se zabývám edukací rodinným příslušníků, neboť rodina je základním pilířem v podpoře a pomoci v těžké životní situaci nemocné ženy.

Oznámí li lékař pacientce, že výsledky testů prokázaly zhoubný charakter nádoru v prsu, je to pro ni zdrcující zpráva, žena pocítuje nejistotu z budoucnosti, strach, zoufalství, zvýšenou přecitlivělost, vinu a hněv.

Proto je důležité už v prvních týdnech po sdělení závažné diagnózy vytvořit základ pro upřímnou a otevřenou komunikaci, pro sociální a emocionální podporu blízkých osob. Pacientka potřebuje vědět, že smí dávat své pocity najevo a že se to od ní dokonce očekává. Pokud je pacientce odepřena možnost hovořit s nejbližšími lidmi otevřeně o tom, co ji trápí a čeho se obává, pak se může cítit skutečně osaměle. Toto období lze ulehčit, budou-li se všichni zúčastnění snažit projevovat se otevřeně, naslouchat bez odsudku, přijímat pocity nemocné i své vlastní jako přirozené a nutné. Je také důležité naučit se chápat skutečný význam žádostí ženy a její potřeby, jak jen to bude možné (Buchler. T., 2009).

Je nutné si také uvědomit, že být nemocným není jen biologický či intrapsychický stav, je to také „sociální role“, a zdravý partner je v roli komplementární, což vlastně znamená, že se od něj očekává, že bude na pacientku, tedy na nejbližšího člena rodiny brát ohled, nevznášet na ní nároky, od kterých je díky své roli nemocné osvobozena a bude o ní pečovat.

Je důležité, aby pacientka znovu nabyla svého života, dostala se z kouta, kam jí nemoc dostala. V tomto znovu dobývání vlastního života hraje významnou roli partnerský vztah. Dvojice, která se naučí žít s nemocí, se v ní zabydlí a jak zdravý, tak i nemocný partner nemocí nejen trpí, ale také z ní něco získávají. Nemocný partner je zbaven tíživého pocitu zodpovědnosti a tlaku povinnosti, zdravého může těšit pocit kompetence a naprosté převahy nad partnerem (Gjuričová, Š., Kubička, J., 2009).

V tomto období potřebuje velkou pomoc od zdravotníků a podporu od rodiny. Spolupráce zdravotníků se členy rodiny je velmi podstatná, protože dlouhodobá nemoc, i v nejstabilnějších rodinách, přináší změny v rodinných vztazích.

Je nutné přistupovat ke členům rodiny laskavě, s ohledem na stresující okolnosti. Je třeba si uvědomit, že rodina, stejně tak jako nemocná žena, se smiřuje s její nemocí, jako s realitou.

Nesmíme se vyhýbat kontaktu s příbuznými, často potřebují více pomoci a porozumění než nemocná sama. Často mohou být nejistí, úzkostní a to se může projevit odměřeností,

podrážděností, někdy až agresivitou. Proto je velmi přínosné, aby byla správná komunikace, protože mnoho nedorozumění vzniká právě její nedostatečností.

Spolupráce sestry a ostatních zdravotníků s rodinou vytváří bezpečné prostředí a otvírá se prostor pro spolupráci. Při výměně informací mohou obě strany dávat podněty ke zlepšení péče o nemocnou ženu. Měli bychom vědět a umět rodině poradit, kde najít i další pomoc, např. psychologa, či podrobnější informace, případně ji jasně usměrňovat .

Pokud pacientka a její rodina nezvládají situaci ani s pomocí zdravotnického personálu, není nutné se za to stydět, je třeba svůj stav sdělit lékaři a ten pomůže psychologickou poradnou či opakovanou konzultací u psychologa. I duše stůně a je potřeba jí pomoci. Dobrá psychická pohoda pomáhá výsledku léčby a léčba samotná je lépe snášena (Abrahámová, J. a kolektiv., 2009).

Nejhezčí zpětná vazba práce celého zdravotnického týmu je co nejrychlejší návrat pacientky k běžnému způsobu života. Ošetrovatelská péče u onkologických pacientů by měla počítat s aktivní účastí a spolupráci pacientů, jejich rodinných příslušníků a ošetřujících (Škulavíková, Š., 2001).

5.1 Edukace partnera

V této kapitole se chci věnovat a upozornit , jak je podstatná pomoc partnera nemocné ženy s karcinomem prsu.

Onemocnění jednoho z partnerů rakovinou má pochopitelně obrovský vliv na celou dvojici a jejich vzájemný vztah. Není to jednoduchá situace a je potřeba pomoc nejen nemocné ženě, ale i jejímu partnerovi.

Pomoc může poskytnout zdravotnický pracovník, nejčastěji sestra, edukací. Je nutné edukovat partnerova, aby vše od diagnózy po ukončení léčby absolvoval s partnerkou. Byl v kontaktu s ošetřujícím lékařem, společně si vyslechl diagnózu, znal podrobně léčebný plán, vyjádřil svůj názor na volbu léčebné alternativy, sledoval průběh léčby a byl seznámen s jejími vedlejšími účinky.

Jeden z velmi nepříjemných účinků pro ženu je ztráta vlasů. Po chemoterapii vypadávají vlasy, některá cytostatika způsobují prořídnutí vlasů, po některých dojde k úplné ztrátě včetně veškerého ochlupení řas a obočí. Podpora partnera je v tomto okamžiku nesmírně přínosná. Žena se se ztrátou vlasů musí vyrovnat, protože pro ni je to velmi nepříjemná situace z hlediska psychologického a společenského. Muž by měl opakovat své partnerce, aby se

netrápila kvůli ztrátě vlasů, že je to dočasný stav a vlasy po ukončení terapie opět narostou. Měl by ženě umět poradit a povzbudit i při výběru paruky.

Léčba cytostatiky přináší i nevolnost a zvracení. Partner by měl dohlížet u partnerky na užívání léků proti zvracení a nevolnosti, které se při léčbě podávají již před aplikací první samotné chemoterapie, dále i v jejím průběhu i několik dnů po chemoterapii. Je nutné, aby sledoval stravovací návyky své partnerky. Strava by měla být lehká, vyhýbat se tučným jídlům, přepáleným tukům, kořeněné stravě, uzeninám, alkoholu, jíst nenadýmavou zeleninu a je důležitý i dostatek tekutin.

Další komplikací, která bývá dost častá, je lymfedém. Jde o lymfatický otok paže na straně operovaného prsu. I tato informace pro partnera je dost podstatná. Žena by se měla vystríhat takových činností, které podporují zadržování lymfy. Často se jedná o činnosti, které žena běžně provádí při vedení domácnosti, takže je nutné jí při nich pomoci. Je třeba, aby žena měla postiženou končetinu ve zvýšené poloze, jak jen to je možné. Vhodné je, aby partner doprovázel partnerku na rehabilitační léčbu, která se aplikuje k prevenci a léčbě otoku postižené končetiny. Rehabilitační léčba je pro ženu přínosem.

Sdělení diagnózy, léčba a vše co s tím souvisí, má především nejhorší vliv na psychiku nemocné ženy, takže pomoc partnera je naprosto nepostradatelná.

Partner by měl umět pochopit, co žena prožívá a chovat se k ženě ohleduplně, taktně, ale zároveň ne až příliš ochránářsky. Žena je stále jeho plnohodnotným partnerem v jejich vztahu. Je dobré, aby ji partner povzbuzoval během léčby, vyjádřil jí obdiv za to, jak je silná, statečná a podporoval ji v péči o sebe, dal ji najevo, že vypadá lépe, tj. vyjádřil radost z toho, že jsou známky zlepšení a požadoval, aby dodržovala program léčby a všechna lékařská doporučení. Přínosné pro oba je, aby se snažili spolu trávit co nejvíce času, věnovali se společným zájmům a činnostem, které s nemocí nesouvisí, protože nemocná partnerka se nemá přestat bavit. Čím radostnějším životem žije, tím větší má zájem na tom, aby zůstala naživu a vyléčila se.

S touto nemocí, během nežádoucích účinků protinádorové léčby a eventuální amputací prsu se žena může stáhnout do sebe a mění se i její postoj k sexuálnímu životu. I pro partnera je tato situace nová, neznámá a možná si i on s touto situací neumí poradit. V tomto případě je nutné, aby partner s partnerkou otevřeně mluvil o jejích a svých pocitech. Dávat ženě najevo, že chápe její nejistotu, stud, zábrany a vzhledem k jejímu poklesu sexuálního zájmu na ní hlavně nenaléhat. Naopak je prospěšnější podpořit jí svojí fyzickou blízkostí, doteky, hlazením a polibky. Nikdy neuškodí, spíše naopak, dát partnerce častěji najevo, že je neustále pro něj přitažlivá a jak ji stále miluje.

Často díky onemocnění si lidé uvědomí, jak moc jim na sobě záleží, a společně s přehodnocením životních priorit začnou přikládat svému vztahu větší důležitost.

Bohužel je i situace, kdy partnerský vztah tuto obrovskou životní zátěž nevydrží a vztah se rozpadne. Je to většinou z důvodu, že byl nefunkční, či nějak narušený už před onemocněním partnerky. Pak ale nelze s jistotou tvrdit, že důvodem k rozchodu byla tělesná změna partnerky lze najít na (www.mamahelp.cz/jak-se-zije-bez-nadra.php).

Musíme si uvědomit, že partner je ve velikém stresu a je na něj kladeno obrovské množství požadavků. Je vhodné i jeho upozornit na negativní vliv stresu na jeho organizmus.

Všechny druhy stresu nejsou škodlivé. Napětí, které trvá jen krátkodobě, je potřebné k tomu, aby se daný systém procvičil. Avšak tam, kde psychologický mechanismus působí dlouhodobě, má stres škodlivý vliv. Je tomu tak z toho důvodu, že daný člověk nemá dostatečnou kontrolu nad děním, aby tomu zabránil (Faleide, A., O., Lian, L., B., Faleide, E., K., 2010).

Odolnost vůči zátěžovým faktorům a situacím je možné posilovat osvojením si vhodných technik a postupů redukcí zátěží. Krátkodobé strategie zvládnání stresu se zaměřují na okamžité snížení stresové reakce organismu. Patří sem jednoduché postupy, které se běžně používají, jako je například prohloubení dechu, pohyb, záměrný odklon pozornosti k jiné činnosti nebo vnitřní monolog. Dlouhodobé strategie, které mají za cíl snížit úroveň zátěže, souvisejí s dodržováním životosprávy, plánováním času, analýzou problémů a jejich systematickým řešením, rozvojem zájmů a zálib, relaxačním cvičením (Vymětal, Š., 2009).

V časopisu Cancer Nursing, byl zajímavý článek o průzkumu, který se zabýval studiem zkušeností manželů/partnerů v péči o jejich manželky/partnerky s onemocněním karcinomu prsu. Ve studii byla použita metoda rozhovorů face-to-face s muži, kteří mají své partnerky nemocné. Výsledkem bylo, že muži jako pečovatelé se zabývali problémy, které vyvstaly při poskytování péče, shodné s jejich egem. Jako je minimalizace narušení vztahu se zaměřením na úkoly a držet jejich vlastní stres pro sebe (Lopez, V., Copp, G., Molassiotis, A., 2012).

5.2 Edukace dětí

Ostatní členové rodiny jsou v těžké situaci stejně jako pacientka spolu s partnerem. I oni prožívají muka, mají strach o její život, připadají si bezmocní a nevědí, čím ji a sebe utěšit. Když se děti dovídají o nemoci své mámy, je to pro ně šokující zpráva.

Je prospěšné děti upozornit na to, že nejdůležitější je být co nejvíce s ní, naslouchat ji bez komentáře, přijímat její pocity, pomoc ji při chodu domácnosti a snažit se pochopit její potřeby a žádosti, i když se může zdát, že tuto pomoc odmítá.

Ani pro ni to není lehká situace, protože každá máma se spíše snaží pomoci svým dětem a naopak pomoc od dětí se jí může zdát nepřijatelná a může se začít komunikaci vyhýbat. To by byla velká chyba.

Pokud jsou v rodině malé děti, musíme je informovat. Je to vždy velice nepříjemná záležitost ze strany nemocné mámy, ale i ze strany otce. Vysvětlení musíme přizpůsobit věku dítěte a překonat strach z rozhovoru. Dítě zpravidla vycítí, že se něco děje. Některé si může myslet, že zlobilo, a proto jsou rodiče smutní, že proto je maminka tak často pryč. Rodiče by si měli najít čas k rozmluvě vždy, kdy se dítě ptá a v klidu mu popsat svou diagnózu, popsat ve zkratce léčbu a její vedlejší účinky (vypadají vlasy kvůli lékům, ale po vyléčení znovu narostou). Musíme připravit dítě na to, že v případě hospitalizace maminky se o něj bude starat někdo jiný, partner či blízký příbuzný. Je vhodné dítěti opakovat, že ho máme rádi, je to pro něj důležité.

Celá situace kolem onkologického onemocnění dává rodičům velkou šanci předvést dětem vlastní statečnost jako příklad pro jejich budoucí život (Karešová, J. a kol., 2010).

5.3 Edukace rodičů

Pro všechny rodiče, pokud dítě onemocní těžkou nemocí, je to zdrcující zpráva.

Jak zvládnout situaci, kdy vám dcera zavolá, že jí lékaři diagnostikovali karcinom prsu?

Je to velmi těžká chvíle v životě matky a otce a obtížně se vyrovnávají s touto zprávou. Ale je nutné, aby pochopili, že především potřebuje pomoc jejich dcera, proto je edukace rodičů nesmírně důležitá. Především matka, jako žena, se umí vcítit do pocitů své dcery a jejich potřeb.

Pokud jsou v rodině dcery děti a není přítomen partner, o to více potřebuje dcera pomoc svých rodičů. Rodiče by měli být dostatečně informováni o nemoci karcinomu prsu, léčbě a dalších nepříjemných důsledcích této nemoci. Dcera potřebuje cítit silné zázemí, takže by jí rodiče měli poskytnout dostatečnou pozornost, lásku, pomoc v domácnosti a s dětmi, měli by hovořit o jejích pocitech, frustraci, potřebách. Podporovat její péči o sebe, o své tělo, dodržování i zdravého životního stylu a sledovat, zda pravidelně dochází na kontroly po léčbě.

V mnoha případech je dokazatelné, že míra sociální a emociální podpory blízkého okolí, tak jak ji nemocná cítí, ovlivňuje průběh jejího onemocnění a léčby (Dučaiová, J., Litvínová, B., 2011).

5.4 Edukace přátel

Moje práce sice pojednává o edukaci rodinných příslušníků, ale v životě jsou i takové situace, že žena je sama, bez partnera, rodičů, sourozenců či dětí. Pak mohou pomoci přátelé.

Hlavně důvěrná přítelkyně, ke které má žena důvěru a která pro ni znamená velkou pomoc, zejména pomoc empatickou. Dokáže pochopit, co její nemocná přítelkyně potřebuje, neboť je také žena, takže snadno se vcítí do pozice nemocné a pochopí, jak špatně se cítí. Měla by umět naslouchat, trpělivě vyslechnout problémy své přítelkyně, znát okolnosti nemoci a doprovázet jí k lékaři.

Všechny negativní vlivy léčby většinou vyvolávají v ženě velmi nepříjemné pocity. V základě je otřeseno především její sebevědomí a sebehodnocení. V tomto okamžiku je nepostradatelná pomoc blízké přítelkyně, která by ji měla pomoci opět zapojit do společnosti a podpořit ji v jejím sebevědomí.

Pokud je žena úplně sama, je pro ni prospěšné se stýkat s ženami, které mají stejnou zkušenost. Tyto ženy mají většinou snahu pomáhat, dokážou se podělit o svou zkušenost. Jsou členkami různých organizací zaměřených na problematiku karcinomu prsu. Tyto organizace pořádají různé akce, tím se snaží zapojovat ženy do společnosti a dodávají odvahu a víru v budoucnost. Informace o těchto sdruženích lze najít na www.rakovinaprsu.cz, Info@nejsinatosama.cz.

Je velkým štěstím pro nemocnou ženu, pokud má ve svém okolí někoho, kdo ji pomůže vstřícným jednáním a trpělivostí převést přes těžké období léčení a rekonvalescence. Ale je také třeba si uvědomit, že i podpůrná osoba zasluhuje nejen naši úctu, ale také pomoc podobného charakteru, jakou poskytuje ona sama nemocné ženě (Kelnarová, D., Matějková, E., 2009).

6 Diskuse

Touto kapitolou chci upozornit na velký význam a činnost neziskových společností, které pomáhají ženám s rakovinou prsu.

Onemocnění zhoubným nádorem prsu je pro každou ženu a její rodinu zátěžovou životní zkouškou, jak již jsem se zmínila v několika kapitolách. Pro průběh a léčbu onemocnění je důležitá spolupráce rodiny a zdravotníků, ale i to někdy nestačí.

Je třeba mít dostatečné informace o nemoci, léčbě, rekonvalescenci, což ženám poskytne zdravotnické zařízení, ale někdy tyto informace nemusí být úplné a pro pacientky nemusí být zcela dostačující.

Je velmi přínosné, že existují společnosti, jako např. Liga proti rakovině prsu, Aliance žen s rakovinou prsu, MammaHelp, které pomáhají ženám a jejich rodinám vyrovnat se s touto nemocí.

Společnosti poskytují ve svých brožurách, letácích a přes internetové stránky informace o prevenci, léčbě a rekonvalescenci při nemoci rakoviny prsu. Vydávají také knížky, kde pacientky popisují svoje pocity od počátku sdělení diagnózy, léčby až po pomoc jejich nejbližších členů rodiny. Pořádají pro pacientky a jejich rodiny různé sportovní, kulturní, společenské akce a velké množství přednášek.

Tyto společnosti také spolupracují s firmou AVON a podílí se na projektu firmy AVON s názvem „Ženy ženám.“ Firma už dlouhá léta nabízí poukázky na vyšetření v hodnotě 200 Kč. Je to dárek pro samoplátkyně, které jdou na prohlídku a platí na místě s poukázkou o dvě stovky méně. Zejména toto možnost využívají mladé ženy, které ještě nespádají do screeningu. Například v srpnu 2012 například bylo odesláno 1554 poukázek (projekt „Ženy ženám“).

Česká republika slaví letos 10 let existence screeningu, který za dobu fungování zachránil celkem přes deset tisíc žen. Ročně jím prochází nejméně 500 tisíc vyšetřovaných žen. V rámci screeningu bylo diagnostikováno 2822 nádorů (u žen bez příznaků), více než 70 % z nich bylo v raném T1 stadiu, nebo dokonce ve stadiu, kdy nedošlo ještě k žádnému růstu a šíření, tzv. Carcinoma in situ (11,5 %).

Celoplošný screeningový program karcinomu prsu byl Komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky schválen 9. 9. 2002. Je jediným celoplošným preventivním programem, který je pravidelně auditován a jehož stav je veřejnosti průběžně k dispozici na www.mamo.cz.

Velmi prospěšnou službou pro pacientky s tímto onemocněním a jejich rodiny je Avon linka proti rakovině prsu. V srpnu 2012 se na lince uskutečnilo 1438 hovorů s klienty, tedy v průměru 63 hovorů denně (MammaHelp., 2012).

Já osobně jsem navštívila společnost „MammaHelp“ (sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu) v Praze, kde jsem měla možnost si povídat o tomto problému s ženami, které zajišťují nejen odbornou garanci této organizace, ale mají i vlastní zkušenost s nemocí. Z hovoru vyplynulo, že skutečně lékaři i zdravotní sestry nemají vždy dostatek času a bohužel i empatie, aby dostatečně pomohli nemocné ženě a rodině. Chápu tuto situaci, protože práce na onkologických pracovištích je velmi náročná a není vždy plně personálně pokrytá. Je ale otázkou, zda a jak často jsou zdravotničtí pracovníci, především zdravotní sestry, proškoleny na téma edukace pacienta a jejich rodinných příslušníků. Z vlastní zkušenosti musím podotknout, že těchto školení na dané téma je velice málo. I já jsem v životě měla zkušenost s onemocněním karcinomu prsu, jako blízká příbuzná a musím přiznat, že jsem se setkala jak s neprofesionálním chováním ze strany zdravotnického personálu, tak ale i s vstřícným chováním. Samozřejmě vždy záleží a bude záležet na osobnosti člověka pracujícího ve zdravotnictví.

6 Závěr

V této mé bakalářské práci jsou zpracovány nejen informace o nádorovém onemocnění, o karcinomu prsu žen a psychosociálním dopadu nemoci na ženu a její rodinu, ale i informace k oblasti edukace pacientky a rodiny.

Chci touto prací upozornit na smysl a význam edukace pacientek s onemocněním rakoviny prsu a jejich rodinných příslušníků. Nezastupitelnou roli v edukaci má všeobecná setra, která provádí edukaci základní, komplexní a reedukační (pokračující, nápravnou).

Znovu zdůrazňuji nutnost provádění, prohlubování a opakování edukace lékaři, všeobecnými sestrami a poskytování informací formou brožur, letáku, internetovým zdrojem s odkazem na společnosti, zabývajícími se pomoci pacientkám s onemocněním rakoviny prsu. Přínosem těchto informací je, že se pacientka k nim může vrátit i doma. Ženě tato forma pomáhá zejména tehdy když si potřebuje některé získané údaje ověřit. Tato pomoc slouží nejen ženě samotné, ale i členům její rodiny.

Na závěr chci ještě podotknout, že si musíme uvědomit, že edukaci je nutné nejen poskytovat, ale také neustále prohlubovat, protože její pozitivní efekt se mnohdy vytrácí. Odměnou ošetřujícímu personálu za jejich práci a úsilí je spolupracující a spokojená pacientka.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knížní publikace:

ABRAHÁMOVÁ, J. a kolektiv. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing 2009., s. 11-134. ISBN 973-80-247-3063-9

CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. a kolektiv. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing 2009., s. 289-290. ISBN 978-80-247-2665-6

FALEIDE, O, A., LIAN, B, L. FALEIDE, K, E. *Vliv psychiky na zdraví, Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing 2010., s. 45. ISBN 978-80-247-2864-3

GIDDENS, A. *Unikající svět. Jak globalizace mění náš svět*. Praha: Sociologické nakladatelství 2000., s. 72. ISBN 80-85850-91-5

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing 2009., s. 156. ISBN 978-80-247-2390-7

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing 2010., s. 9-69. ISBN 978-80-247-2171-2

KAREŠOVÁ, J. a kolektiv. *Praktické rady pro onkologické pacienty aneb Jak správně překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha: MAXDORF 2010., s. 10-117. ISBN 978-80-7345-217-9

KELNAROVÁ, D., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha: Grada Publishing 2009., s. 110. ISBN 978-80-247-2831-5

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství 1997., s. 8-9. ISBN 80-901424-7-8

PETRUŽELKA, L., KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 2003., s. 9-45. ISBN 80-246-0395-0

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing 2006., s. 76. ISBN 80-247-1262-8

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing 2006., s. 26. ISBN 80-247-1716-6

VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing 2009., s. 114. ISBN 978-80-247-2510-9

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing 2007., s. 72. ISBN 978-80-247-2068-5

ŽALOUDÍK, J. *VYHNĚTE SE RAKOVINĚ aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada Publishing 2008., s. 51. ISBN 978-80-247-2307-5

Časopisecké publikace:

BUDAYOVÁ, K., HONAJZEROVÁ, I. Etika práce s onkologickým pacientem: Etické aspekty ošetrovatelské péče. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a ... Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno: Brno: Masarykův onkologický ústav,[1976]-. 2003, s. 229-230. ISBN 80-239-0175-3 /rešerše z knihovny 1.lf/.*

BRYKCZYNSKÁ, G. Etické aspekty onkologické péče: Etické aspekty ošetrovatelské péče. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a ... Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno: Brno: Masarykův onkologický ústav,[1976]-. 2003, s. 228. ISBN 80-239-0175-3 /rešerše z knihovny 1.lf/.*

DREXLEROVÁ, J., JÍLKOVÁ, Z. Aktivity patientských organizací v oblasti prevence nádorů prsu. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a ... Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno. Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2005, s. 25-26. ISBN není uveden /rešerše z knihovny 1.lf/.*

DRLÍKOVÁ, K., Reedukace jako nedílná součást edukace. *Sestra* 2008, roč. 18, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404.

HONZÁK, R., Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349.

JIRKOVSKÝ, D. Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče = The educational and nursing process withing the extended primary

preventive care programme. *Vojenské zdravotnické listy = Military medical science letters*, 2004, roč. 73, č. 2, s. 48-50 /rešerše z knihovny 1.lf/.

KRÁLÍČKOVÁ, I. Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 11, s. 469-472. ISSN 1801-464X.

LOPEZ, V., COPP, G., MOLASSIOTIS, A., Male Caregivers of Patients With Breast and Gynecologic for Their Spouses and Partners. *Cancer Nursing*, 2012, 35, p. 402-410

MÍČKOVÁ, I., Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404.

POKORNÁ, A., On-line informování pacientů - realita, či hudba vzdálené budoucnosti? *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

SVOBODOVÁ, H. Důstojnost člověka a ošetrovatelská péče. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a ... Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno: Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2005, s. 328. ISBN není uvedeno.*

ŠKULAVÍKOVÁ, Š. Ošetrovatelská péče v onkologii z pohledu sestry: Konference sester. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a ... Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno: Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2001, s. 195. ISBN není uvedeno.*

YATES, P., Can We Deliver Both Population-Based and Personalized Approaches to Cancer Care? *Cancer Nursing*, 2012, 35, p. 399

Internetové zdroje

BUCHLER, T., KOŘÁN, M., Karcinom prsu: Průvodce pro pacientky a léčba [on line]. *Aliance žen s rakovinou prsu* c 2009 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z WWW: www.breastcancer.cz/pub/att/publikace/brozura-karcinom-prsu-pdf

MAMMAHELP. Nejnovější odborné články - Jak se žije bez ňadra [on line]. *Mammahelp* c 2012 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z WWW: www.mammahelp.cz/jak-se-zije-bez-nadra.php

STIBALOVÁ, K., Závažná nemoc v rodině [on line]. *ProKrásnéTělo.cz* c 2012 [cit. 2012 -11-02]. Dostupné z WWW: <http://www.prokrasnetelo.cz/clanky/zavazna-nemoc-v-rodine/>

UMÍRÁNÍ. Ve vztahu k rodině nemocného [on line] c 2012 [cit. 2012 -10-11]
Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/ve-vztahu-k-rodine-nemocneho.html>

Seznam použitých zkratk

AA	alergická anamnéza
ALP	alkalická fosfatáza, enzym
ALT	alaninaminotransferáza, enzym
AST	aspartátaminotransferáza, enzym
CT	počítačová tomografie
DNA	deoxyribonukleová kyselina
Fe	železo
GA	gynekologická anamnéza
GMT	glutamyetransferáza, enzym
HBV	Hepatitis B Virus
HPV	Human Papilloma Virus
K	draslík
KO	krevní obraz
LD	laktatdehydrogenáza, enzym
M	značí vzdálenost metastáz
MG	magnetická rezonance
N	značí regionální uzliny
Na	sodík
NaCl	chlorid sodný
NO	nynější onemocnění
NOR	Národní onkologický registr
OA	osobní anamnéza
P	fosfor
PET	pozitronová emisní tomografie
RA	rodinná anamnéza
T	značí velikost nádoru
TNM	klasifikace zhoubných nádorů
UV	ultrafialové záření

Příloha A: Edukační brožurka pro pacientky s karcinomem prsu a jejich rodinné příslušníky.

Víte vše o léčebném postupu?

O léčebném postupu si promluvíte s lékařem, který bude vaši léčbu řídit. Bývá jím nejčastěji onkolog. Po telefonické domluvě si můžete zařídit konzultaci v jednom z onkologických center.

Víte o možnosti rekonstrukčních operací prsu?

O možnostech rekonstrukčních operací prsu vám poví chirurg nebo gynekolog, který se léčbou nemocí prsu zabývá.

Znáte, jaké cviky cvičit po operaci prsu?

Fyzikální rehabilitace má být zahájena po chirurgickém zákroku a cvičení směřuje k prevenci lymfedému horní končetiny, k zabránění její nehybnosti a prevenci vzniku syndromu „zmrzlého ramene“.

Fyzioterapeutka vám poradí vhodná cvičení a rehabilitaci po operaci a může poskytnout letáky s obrázky se cviky.

Mluvit či vůbec nemluvit o nemoci v rodině?

Je-li diagnostikována choroba karcinom prsu u ženy, je to závažné onkologické onemocnění a je třeba se k němu tak postavit. Nejčastější chybou, které se nejbližší na nemocné dopouštějí, je naprosté popírání choroby. Je nutné, aby členové rodiny byli schopni mluvit o společných zážitcích, radostech, obavách, úzkostech, smutku, protože tyto pocity vždy s nemocí přicházejí.

Potlačujete emoce?

Důležitá je bojovat s nemocí, nevzdávat se a nepotlačovat projevy vlastních emocí. Pacientka se cítí být jiná a ostatní se jí kvůli její nemoci straní. Nemocná bude pravděpodobně častěji plakat. Po ablaci prsu se změní tělesné schéma, pacientky se děsí možnosti ztráty života a projevovaný žal je normální reakcí a co může rodina pacientce nabídnout, je ochota prožít si situaci společně. Nepožádá-li žena o to, aby byla sama, buďte s ní a dopřejte jí dostatek fyzického kontaktu a blízkosti.

Sdílejte s ní její myšlenky a nelibé pocity se změni tím, jak se bude měnit vaše pochopení na situaci.

Sdílet diagnózu maminky dětem?

Zajistě, ale používat slova přiměřená věku dítěte. U malých dětí maminka má bolístku, musí víc spát apod. U dospělých dětí není rozumné něco tajit nebo předstírat. Proč by tedy neměli vědět, co jejich máma prožívá?

Zásah do intimního života?

Odstranění části nebo celého prsu je zásah do intimního života ženy, s kterým může být těžké se vyrovnat a žena se může stáhnout do sebe a vzdálit se od partnera. Nebojte se o všem se svým partnerem mluvit, i pro něj je život za této situace nový a neznámý, nemá důvod vám více ublížit, ale je možné, že si s touto situací neví rady a někdy je bariéra pro partnery zdánlivě nepřekonatelná. Citlivý a milující partner ale pochopí nejistotu a možné zábrany své partnerky.

Pomocná ruka odborníka?

Ano. Když pacientka nebo její rodina cítí, že už určitou situaci nezvládají, je dobré vyhledat odborníka v dané problematice.

Na některých onkologických odděleních jsou k dispozici psychologové specializovaní na oblast psycho-onkologie, kteří dokážou poskytovat psychologickou péči či psychosociální podporu. Nikdy není pacientova potřeba tohoto druhu péče a podpory naléhavější než během závažné nemoci.

Kontakty, které pomohou pomoci:

Liga proti rakovině

www.lpr.cz

Mamma help

www.mamahelp.cz

Aliance žen s rakovinou prsu

www.breastcancer.cz

Informační brožura
připravila Monika Vrtíšková



TÝKÁ SE TO I
MĚ?

POMÁHÁME
ŽENÁM
S NÁDOROVÝM
ONEMOCNĚNÍM PRSU
A JEJICH OKOLÍ



