

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Bc. Marie Kašparová

Ženy po ablaci prsu
v kontextu sociální práce

**Women after Mastectomy in the context
of Social Work**

Diplomová práce

Praha 2013

Obor:	Sociální práce
Forma studia:	prezenční
Akademický rok:	2012/2013
Autor práce:	Bc. Marie Kašparová
Vedoucí práce:	PhDr. Olga Havránková
Oponent práce:	PhDr. Daniela Vodáčková
Datum obhajoby:	2013
Hodnocení:	

Bibliografický záznam

KAŠPAROVÁ, Marie. *Ženy po ablaci prsu v kontextu sociální práce*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2013. 93 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Olga Havránková.

Anotace

Diplomová práce „Ženy po ablaci prsu v kontextu sociální práce“ zpracovává téma samotné diagnózy karcinomu prsu, způsobů léčby a jejích vedlejších účinků, ale hlavně také psychických a sociálních dopadů, které s sebou tak závažné onemocnění přináší. Snaží se nastínit možnosti, které mohou ženy s touto diagnózou využít, a v neposlední řadě poukazuje na velký potenciál sociální práce ve zdravotnictví.

Klíčová slova

Karcinom prsu, onkologické onemocnění, ablace prsu, sociální práce ve zdravotnictví, psychoonkologie.

Annotation

The thesis "Women after Mastectomy in the context of Social Work" deals with the topic of diagnosis of breast cancer, treatments and their side effects, itself, however focuses mainly on the psychological and social consequences that come along with such a serious illness. It aims to outline the possibilities that women with this diagnosis can use , and ultimately points out the great potential of social work within the health care system.

Keywords

Breast cancer, cancer, cancer ablation, social work within the health care system, psycho-oncology

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20. července 2013 Marie Kašparová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Olze Havránkové za přínosné rady a odborný dohled nad mou prací. Zároveň bych chtěla poděkovat sociálním pracovníkům a sociálním pracovnícím ve zdravotnických zařízeních, kteří byli ochotní zodpovědět mé otázky.

1	Úvod	9
2	Teoretická část	11
2.1	Karcinom prsu jako medicínský problém	11
2.1.1	Anatomie prsu	11
2.1.2	Karcinom prsu	12
2.1.2.1	Nejčastější příznaky karcinomu prsu	14
2.1.2.2	Diagnostika karcinomu prsu	15
2.1.2.3	Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu	15
2.1.2.3.1	Faktory ovlivnitelné změnou životního stylu	17
2.1.2.3.2	Faktory dispoziční	17
2.1.2.3.3	Genetické faktory karcinomu prsu	18
2.1.2.4	Karcinom prsu u mužů	20
2.1.2.5	Léčba karcinomu prsu	22
2.1.2.5.1	Léčba chirurgická	22
2.1.2.5.2	Léčba radiační	23
2.1.2.5.3	Léčba systémová	24
2.1.2.6	Vedlejší účinky léčby	26
2.1.2.7	Výskyt karcinomu prsu v České republice	29
2.1.3	Péče o prs	30
2.2	Karcinom prsu a jeho psychologické aspekty	32
2.2.1	Cesta k lékaři	33
2.2.2	Karcinom prsu jako diagnóza	36
2.2.2.1	Zvládání nemoci a obranné mechanismy	36
2.2.2.2	Fáze onkologického onemocnění a jejich zvládání	39
2.2.2.2.1	Fáze podezření	39
2.2.2.2.2	Fáze diagnózy	39
2.2.2.2.2.1	Samotný proces sdělování diagnózy	40
2.2.2.2.3	Fáze léčby	42
2.2.2.2.3.1	Změna sebeobrazu jako následek léčby karcinomu prsu	43
2.2.2.2.4	Fáze remise	45
2.2.2.2.5	Fáze případné recidivy	46
2.2.2.2.6	Fáze případné progresse nemoci a terminální fáze	47
2.2.2.3	Onkologické onemocnění jako krize	47
2.2.2.4	Psychologicko-psychoterapeutická intervence u žen s karcinomem prsu	50
2.2.2.4.1	Vzdělávací a na informacích založené metody	52
2.2.2.4.2	Behaviorální metody	52
2.2.2.4.3	Metody individuální terapie	52
2.2.2.4.4	Metody skupinové terapie	53
2.3	Karcinom prsu a jeho sociální aspekty	54
2.3.1	Karcinom prsu a rodina	55
2.3.2	Problémy v sexualitě žen s karcinomem prsu	57
2.3.3	Karcinom prsu a výkon povolání	59
2.3.4	Karcinom prsu jako zdroj nepříznivé životní situace	60
2.3.5	Organizace zabývající se problematikou žen s karcinomem prsu	61
2.3.5.1	Svépomocné skupiny	63
3	Výzkumná část	65
3.1	Cíl výzkumu	65

3.2	Popis výzkumu	65
3.3	Charakteristika cílové skupiny	66
3.4	Otázky, které byly dotazovaným položeny a vyhodnocení dotazníkového šetření	67
3.5	Výzkumný předpoklad a jeho vyhodnocení	76
4	Diskuze	78
5	Závěr	80
6	Resumé	82
7	Summary	83
8	Seznam použité literatury	84
9	Seznam zkratk	88
10	Seznam příloh:	90
10.1	Příloha č. 1.....	91

1 Úvod

Karcinom prsu představuje v západní společnosti velmi zásadní problém. V mnoha zemích, včetně České republiky, je toto onemocnění nejčastější zhoubné onemocnění žen. Přestože se s rozvojem medicínských možností snižuje mortalita žen, výskyt nádorů se nezastavil, naopak stále stoupá.

Tak závažné onemocnění s sebou přináší změny v celém životě nejen samotné ženy, ale i blízkého okolí. V poměrně krátkém čase se musí všechny zúčastněné osoby adaptovat na novou situaci a pokusit se jí čelit. Zde je nutné si uvědomit, že karcinom prsu není jen medicínský problém. Právě psychosociální aspekty mohou velkou měrou ovlivňovat (jak pozitivně, tak negativně) vznik tohoto onemocnění, jeho průběh a léčbu.

Cílem práce je poukázat na to, že žena s karcinomem prsu netrpí pouze fyzickými obtížemi, ale je nutné pracovat s jejími obavami a potřebami, protože právě ty mohou přispět k pozitivnímu vývoji léčby či zkvalitnění života.

Sociální práce ve zdravotnictví je forma propojení systému sociálních služeb a zdravotního systému. Je důležité mít na paměti, že léčba bez přihlížení k psychickým a sociálním potřebám jedince bude nejen méně úspěšná, ale i finančně náročnější. Bohužel ale v našich podmínkách zatím této kombinaci nedostává dostatečného prostoru tak, aby byla naprosto běžnou součástí léčby.

V *Teoretické části* se věnuji samotnému karcinomu prsu, jeho léčbě, jeho výskytu v České republice, psychickým a sociálním dopadům, které toto onemocnění provází a

potřebám, které s sebou pro ženy přináší. Zároveň jsem se pokusila zmapovat organizace, které se této problematice věnují.

Ve *Výzkumné části* jsem se zaměřila na aplikování metod sociální práce s ženami, kterých se karcinom prsu dotýká, ve zdravotnických zařízeních. Právě zdravotnické zařízení se pro tyto ženy stává důležitým místem, kde se diagnózu dozvídají, rozhodují se o léčbě, jsou hospitalizovány při operačních zákrocích a léčebných postupech či dochází na kontrolní vyšetření.

Ve zdravotnických zařízeních by se mohla stát postava sociálního pracovníka poskytovatelem či zprostředkovatelem pomoci v psychologické a sociální problematice právě i pro ženy s karcinomem prsu. Tato úzká spolupráce s lékaře, sociálního pracovníka a psychologa je pro rozvoj poskytování psychosociální péče naprosto nezbytná.

2 Teoretická část

2.1 Karcinom prsu jako medicínský problém

2.1.1 Anatomie prsu

Prsa (lat. mamma) jsou párovým útvarem na přední straně hrudníku. Prsní žláza vzniká u embryí obou pohlaví, ale u mužů degeneruje a nerozvíjí se, proto je tento orgán znatelně výraznější u žen. Její základ mají ovšem muži také, což vysvětluje vznik karcinomu prsu i v mužské populaci.

Nejčastěji prs v plném vývoji zasahuje od 3. do 6. žebra, v horizontální rovině od okraje hrudní kosti do střední čáry podpaží. Ženský prs je tvořen více rozdílnými tkáněmi, většinu objemu nekojícího prsu představuje tuková a fibrózní (vazivová) pojivová tkáň. Na vrcholu prsu je dvorec (lat. areola mammae), v jehož středu je bradavka (lat. mamilla), na jejímž vrcholu ústí mlékovody (lat. ductus lactiferi). Ve dvorci a v bradavce je hladká svalovina, která reaguje na dotykové podráždění smrštěním dvorce a vyzdvižením bradavky. Celou mléčnou žlázu tvoří 15-20 laloků (lat. lobi mammae), ty se skládají z lalůčků (lat. lobuli mammae). V každém jednom laloku je umístěn již zmíněný mlékovod. Tkáňový mok obsahující produkty látkové přeměny probíhající v prsu je odváděn lymfatickými cévami, které ho přivádějí k lymfatickým uzlinám v podpaží.

Vývoj prsou je úzce spojen s hormonální hladinou v těle, proto dochází k jejich změnám hlavně v období puberty, těhotenství, šestinedělí, po skončení kojení a po menopauze. S věkem mění prsy svůj tvar i váhu. Účinky hormonální aktivity jsou znatelné i během měsíčního cyklu

ženy. Prsy mohou měnit svou velikost, některé ženy mohou pociťovat premenstruační citlivost či bolest v prsou.

V období puberty prsa rostou, tkáň se zvětšuje a mlékovody se větví. Celosvětově užívanou metodou pro hodnocení průběhu fyzické puberty je klasifikace jejích jednotlivých stadií dle Tannerovy stupnice. Tato stupnice definuje tělesné měření vývoje založené na vnějších primárních a sekundárních pohlavních znacích, proto i jednotlivé vizuální fáze rozvoje prsní žlázy dívek jsou rozděleny dle pětistupňové škály, kdy skórem jedna se označuje prepubertální stadium a pětikou se hodnotí adultní situace.

V těhotenství zmohtní žláznatá část, díky čemuž prsa po porodu produkují mateřské mléko. Po skončení kojení se tato žláznatá zmenšuje a prs je opět převážně tvořen pojivovou tkání.

Po přechodu markantně ubývá mlékovodů a prs je z většiny tvořen tukovou tkání.

Pro názornost lékaři dělí prs pomyslně na čtyři kvadranty - horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní (Abrahámová a kol., 2009).

2.1.2 Karcinom prsu

Karcinom prsu je zhoubné nádorové onemocnění. Ve společnosti je obecně nepřesně označováno jako rakovina.

„Rakovina není jedna choroba. Jedná se o různé druhy onemocnění, jež mají jedno společné - patologické buňky, které se vymkly kontrolním mechanismům organismu. Tyto buňky překotně rostou, množí se, vytvářejí nádor a postupně

pronikají i do vzdálených tkání a orgánů, které ničí. Pod pojmem rakovina se skrývá více než sto různých nemocí." (online, Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., 29. 11. 2012). Tyto formy zhoubného buněčného bujení se liší jak příčinou vzniku, prognózou, ale i léčbou.

Zajímavé je, že právě karcinom prsu stál na počátku vzniku názvu onemocnění rakovina. Ve 2. stol. př. n. l. římský lékař Galén použil tuto zvířecí metaforu, protože karcinom prsu v pokročilém stadiu připomínalo raka (latinsky „*cancer*“) (Tschuschke, 2004).

Důležité je rozlišení nádorů na nezhoubné - benigní (z latinského *benignus*, přívětivý) - a zhoubné - maligní (z latinského *malignus*, což se překládá jako plodící zlo). Maligní nádor se na rozdíl od benigního vyznačuje velmi agresivním růstem s ničením okolní tkáně, zakládáním dceřiných ložisek (metastáz) a nakonec celkovým vyčerpáním organismu vedoucím k smrti (online, MeDitorial+, 29. 11. 2012).

Karcinom prsu (lat. *mammakarcinom*) je maligní nádorové onemocnění. Je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen, kterým v České republice onemocní přibližně 6000 žen (online, Mamma centrum Zelený pruh, 13. 7. 2013).

Maligní nádor roste zprvu pomaleji a na jednom místě (je neinvazivní nebo také „*in situ*“), posléze ale agresivně proniká do okolí (je invazivní). Zhoubné buňky pronikají lymfatickou cestou do lymfatických uzlin, a nejsou-li zničeny obrannými silami organismu, usazují se zde a tvoří dceřiná ložiska (tj. lymfatické metastázy). Zhoubné buňky ale mohou pronikat i krevními cévami do ostatních orgánů a vytvářet tak vzdálená dceřiná ložiska (tj. hematogenní metastázy) (Abrahámová, 2009). Zasahují tak často dobře prokrvované

orgány, jako jsou např. játra, plíce či mozek. V případě takového rozsahu se jedná již o systémovou chorobu.

Karcinomů prsu je více druhů (např. duktání, lobulární, tubulární, medulární, acinózní, papilární, Pagetův, inflamatorní karcinom atd. (online, Strnad, 29. 11. 2012)). Druh karcinomu určuje patolog.

2.1.2.1 Nejčastější příznaky karcinomu prsu

Ve své prvotní fázi nemusí karcinom ženě způsobovat žádné potíže a zjistí se tak pouze při screeningovém vyšetření. Spolu s růstem nádoru jsou příznaky výskytu stále viditelnější. Jedná se zejména o:

- bulka nebo zatuhnutí v prsu, event. bulka v podpaždí,
- změny ve tvaru a velikosti prsu,
- důlkovatění, hrboly nebo kůže vzhledu pomerančové kůry,
- změny barvy kůže prsu,
- nepravidelnost bradavky, zejména její vtahování, event. výtok z bradavky (Abrahámová, 2000),
- oteklé lymfatické uzliny, které jsou již znakem šíření nádoru.

Tyto jevy mohou naznačovat, že žena trpí onemocněním karcinomu prsu, ale definitivní diagnózu může určit až lékař.

2.1.2.2 Diagnostika karcinomu prsu

Rozsah onemocnění se stanovuje pomocí takzvané TNM klasifikace, které zahrnuje tři složky - T (tumor/nádor), N (nodul/uzlina), M (vzdálené metastázy) (Abrahámová 2000).

Dle této klasifikace se zjišťuje u každého z uvedených písmen stupeň rozšíření, lékař tak může přesně určit velikost a rozšíření nádoru, tzv. staging.

Dále pak onemocnění dělí do stadií 0. (přítomnost pouze neinvazivního (in situ) nádoru prsu) - IV. (onemocnění s průkazem vzdáleného metastatického postižení) (Abrahámová, 2000).

TNM klasifikace ale není přijímána bez výhrad. *„Nevýhody TNM klasifikace spočívají v tom, že nehodnotí biologické vlastnosti nádoru a vztah mezi nádorem a organizmem.“* (Šafránková, Nejedlá, 2006, str. 175).

2.1.2.3 Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu

Karcinom prsu patří k onemocněním, jejichž pravá příčina vzniku nebyla dosud uspokojivě vysvětlena. *„Navzdory intenzivnímu výzkumu nádorových onemocnění ani dnes stále nejsme schopni říci, které ženy jsou vývojem zhoubného novotvaru prsu ohroženy a u kterých je obava z onemocnění neopodstatněná.“* (Abrahámová, Dušek, 2003, str. 41). Tschuschke (2004) upozorňuje, že je nutné hovořit o multifaktorovém vzniku onemocnění karcinomem, kde jednotlivé vlivy působí interaktivně či kumulovaně.

Rizikové faktory jsou určité údaje, které zvyšují či snižují riziko onemocnění karcinomem prsu v průběhu života.

Proto jsou velmi důležité výzkumy, které zkoumají, jaké jevy mají vliv na výskyt onemocnění. Některé ženy lze tak zařadit do rizikových skupin a lze tak zabezpečit včasnou diagnostiku onemocnění. Právě včasná diagnostika je považována za základní předpoklad úspěšné léčby.

Vysoké riziko vzniku zhoubného nádoru se týká těchto tří skupin:

A, ženy s genetickým rizikem,

B, ženy s histologickým nálezem: atypické hyperplazie (nadměrné bujení sliznice v dutině děložní vlivem hormonů) nebo lobulárního karcinomu in situ (nádor, který není považovaný za zhoubný),

C, ženy, které prodělaly radioterapii v oblasti hrudníku do 18. roku života (např. karcinom štítné žlázy) (online, Program mamografického screeningu, 27. 1. 2013).

Další rizikové faktory lze rozdělit do dvou skupin, a to na *faktory ovlivnitelné změnou životního stylu* a *faktory dispoziční*.

Je nutné zmínit fenomén onkologické osobnosti či osobnosti typu C. Tímto termínem je označován osobnostní typ, který je predikován k výskytu rakoviny (dále pak k horší prognóze a rychlejší progresi onemocnění). Tento typ se projevuje malou emoční expresivitou, zhoršeným vyrovnáváním se stresem, značnou depresivitou, podřídivostí a přizpůsobivostí. V odborných kruzích má to členění jak své zastánce, tak odpůrce. Angenendt (2010) ale uvádí, že sice existují studie, které potvrzují fenomén onkologické osobnosti, ale problémem těchto studií je, že se zakládají na retrospektivních výpovědích, proto je nutné počítat s tím, že dotazované osoby posuzují svou situaci již s vědomím své vlastní nemoci a z hlediska diagnózy.

Přestože tedy není z vědeckého hlediska dosud objasněné, jestli mohou psychické a sociální okolnosti přímo vyvolat onkologické onemocnění, je ale jisté, že sociální a psychická zátěž může nepřímo způsobovat nejrůznější zlozvyky a stresové chování, které následně mohou ovlivnit vznik onkologického onemocnění (Angenendt, 2010).

2.1.2.3.1 Faktory ovlivnitelné změnou životního stylu

Mezi rizikové faktory v této skupině patří nadužívání alkoholu, špatné stravovací návyky, obezita, nedostatečná fyzická aktivita a kouření. Tyto faktory se ale uvádějí jako rizikové pro další choroby, nicméně v epidemiologických studiích vykazují zvýšené riziko onemocnění karcinomem prsu (např. v souvislosti s ovlivněním energetického metabolismu) (Abrahámová, Dušek, 2003).

2.1.2.3.2 Faktory dispoziční

Faktory dispoziční se dělí do dalších čtyř skupin: *faktory týkající se osobní anamnézy, hormonální faktory, gynekologické faktory a faktory genetické.*

Považuji za přínosné některé jednotlivé faktory blíže specifikovat, protože právě v těchto datech se skrývají odpovědi na otázku, proč je v České republice epidemiologický výskyt tohoto onemocnění tak vysoký.

Jaké faktory tedy zvyšují riziko onemocnění karcinomem prsu?

- Bělošská populace vykazuje výrazně vyšší riziko onemocnění než populace černošská či Asiaté
- Věk vyšší 50-ti let
- Vyšší tělesná výška
- Vyšší střední krevní tlak
- Nezhoubné onemocnění prsu
- Nástup menstruace před 12-tým rokem
- Vyšší věk menopauzy
- První porod po 30. roce života, případně bezdětnost (platí, že počet porodů riziko naopak snižuje)
- Absence kojení
- Prodělaná gynekologická operace (např. ovariektomie)
- Užívání hormonální léčby (např. v klimakteriu)
- Výskyt malignit v rodinné anamnéze
- Prokázané depresivní stavy (Abrahámová, Dušek, 2003).
- Vysoká míra stresu a potlačování emocionálních projevů (Křivohlavý, 2002)

„Snížení počtu žen, které každoročně onemocní karcinomem prsu, nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním, může být dosaženo jen prostřednictvím vhodné prevence a úspěšnější léčby.“ (Abrahámová, Dušek, 2003, str. 41).

2.1.2.3.3 Genetické faktory karcinomu prsu

Pokud se onemocnění vyskytne v přímé linii příbuzných ve dvou a více případech, je možné uvažovat o onemocnění ve spojitosti s genetickým zatížením. V roce 1994 a 1995 byla

potvrzena po dlouholetých výzkumech existence genů BRCA-1 a BRCA-2. Výskyt těchto genů zvyšuje riziko onemocnění karcinomem prsu až na hrozivých 85%. Zároveň se karcinom prsu u nositelek mutace může objevit i o více jak 10 let dříve, než je tomu v běžné populaci, tzn. u velmi mladých dívek. Tyto geny může potomek zdědit jak od matky, tak i od otce. Samozřejmě i přes vysoké riziko záleží také na způsobu života a na dalších rizikových faktorech.

Tyto geny lze zjistit izolací DNA z krevního odběru. Genetická konzultace se provádí ve specializovaném genetickém pracovišti (např. v Masarykově onkologickém ústavu, ve FN Motol, ve Fakultní Thomayerově nemocnici a ve Všeobecné fakultní nemocnici). Vzhledem k malému počtu pracovišť, je vyhodnocování výsledků velmi zdlouhavé (minimálně v řádech měsíců).

Toto testování probíhá až po dosažení 18-ti let testované osoby. Jako první je testována osoba, u které se karcinom vyskytl, pak postupně dochází k testování dalších rodinných příslušníků. Na toto specializované pracoviště odesílá pacientku praktický lékař či gynekolog, který by měl mít díky rodinné anamnéze pacientky rámcovou představu o možné dědičnosti, která by zvyšovala pravděpodobnost onemocnění nádorem prsu (online, Program mamografického screeningu, 27. 1. 2013).

Pozitivní výsledek testování je velká psychická zátěž pro testovanou ženu. Vyrovnat se s tak velkou pravděpodobností onemocnění je velice složité. Navíc následuje testování dalších rodinných příslušníků a může dojít i k narušení rodinných vztahů (pocity viny negativních osob vůči pozitivním a naopak, obviňování, pocit nespravedlnosti, strach o blízké osoby, atd.).

Péče o ženy s geny BRCA-1 a BRCA-2 spočívá hlavně v cílené prevenci od mladého věku v podobě preventivního sledování v onkologických centrech (pomocí mamografie, magnetické rezonance či ultrazvukového vyšetření). Dále lékař ženě doporučí změnu životního stylu (úprava jídelníčku, omezení stresu, škodlivin, slunění, dostatek fyzické aktivity, atd.). Další možností prevence jsou tzv. preventivní operace. Jedná se o preventivní odstranění prsních žláz (profylaktická mastektomie) a preventivní odstranění vaječníků (profylaktická adnexektomie). Pro mnoho žen jsou ale tyto operační zásahy jako prevence nepřijatelné (Abrahámová, Dušek, 2003). Ženy, které tuto preventivní operaci podstoupí, nemají vyšší riziko výskytu onemocnění než ostatní populace a jsou sledovány dle běžného mamografického programu (online, Program mamografického screeningu, 27. 1. 2013). Celosvětovou debatu o možnosti preventivní mastektomie v květnu tohoto roku otevřela známá herečka Angelina Jolie, která tuto operaci postoupila. Pravděpodobně tak zvýšila povědomí o genetické predispozici a případné prevenci v celé společnosti.

Je ale nutné dodat, že většina nádorových onemocnění není způsobena dědičnou dispozicí a vzniká náhodně, geneticky může být onemocnění podmíněno v 5-10% případů (online, Program mamografického screeningu, 27. 1. 2013).

2.1.2.4 Karcinom prsu u mužů

Přestože se ve své práci věnuji především ženám, je důležité zmínit fakt, že karcinom prsu se vyskytuje i v mužské populaci. Toto onemocnění se velmi podobá karcinomu prsu u žen.

Nejčastěji bývá diagnostikován mezi šedesáti a sedmdesáti lety. Onemocnět ale může muž v každém věku, nicméně výskyt do 35-ti let je vzácný. Zajímavé ale je, že například v Egyptě je relativně běžným onemocněním (online, Pecha, 24. 1. 2013).

V roce 2009 byl karcinom prsu v České republice diagnostikován 55 mužům, počet zemřelých mužů pro tento rok nebyl konkretizován. Platí ale, že procentuálně je vyšší úmrtnost u mužů než u žen. Tato skutečnost souvisí s tím, že většina mužů přichází k lékaři v pokročilejších stádiích onemocnění. Důvodem může být malá informovanost o tomto druhu karcinomu právě u mužů. Při stejném stagingu je ale prognóza mužů velmi podobná prognóze u žen (online, Pecha, 24. 1. 2013).

Rizikové faktory jsou podobné jako u žen (vyjma typicky ženských faktorů jako je menstruace a klimakterium). Jedná se například o abúzus alkoholu, výskyt nádorového onemocnění v rodině či u téhož pacienta, genetické mutace, ozáření hrudní oblasti, obezita apod. Zároveň ale mezi rizikové faktory lze zařadit nesestouplá varlata, pozdní pubertu, infertilitu, užívání estrogenů, orchiektomii (chirurgické odstranění varlete/varlat) a orchitidu (zánět varlat).

Nejčastěji se karcinom prsu u mužů prezentuje jako nebolestivé jednostranné zduření prsu. *„Většinou je toto zduření excentrické, nerovného povrchu, nepravidelného tvaru a spíše měkčí konzistence.“* (online, Pecha, 24. 1. 2013).

Protože se případný tumor nachází u mužů v těsné blízkosti velkého prsního svalu, je nejčastější léčbou modifikovaná radikální mastektomie. Cílem radikální modifikované mastektomie je odstranění celého prsu, tj.

žlázy a kůže nad ní, zpravidla i s fascií velkého prsního svalu.

2.1.2.5 Léčba karcinomu prsu

Diagnóza karcinomu prsu vyžaduje okamžitý nástup léčby. Způsob léčby prsního karcinomu se pro každou pacientku stanovuje individuálně a berou se přitom v úvahu všechna specifika její situace. Na sestavování léčebného plánu se podílí celý tým lékařů, do něhož patří klinický onkolog, chirurg, rentgenolog, radiační onkolog, patolog a v případě potřeby i další odborníci. Léčbu vede zpravidla klinický onkolog. Faktorů, které je třeba posoudit, je mnoho, ale nejvýznamnější je rozsah nádoru a jeho biologické vlastnosti, dále pak věk pacientky a její životní stadium ve vztahu k menopauze (online, Občanské sdružení Nejsi na to sama, 9. 4. 2013).

Léčba se dá rozdělit do tří skupin: léčba chirurgická, radiační a systémová. Tyto druhy léčby se dají úspěšně kombinovat mezi sebou. O postupu léčby rozhoduje klinický onkolog.

2.1.2.5.1 Léčba chirurgická

Jedná se o nejčastější léčebný zásah při tomto druhu onemocnění. Cílem je odstranit vlastní nádorové ložisko. Zásadní nevýhodou léčby může být estetický a psychologický dopad na pacientku. Chirurgické řešení karcinomu prsu lze rozlišovat na:

- Modifikovaná radikální mastektomie (odstranění celého prsu, včetně prsní žlázy, svalů i kůže)
- Prs šetřící výkony (odstranění nádoru při zachování tvarové a objemové symetrie prsu)
- Kůži šetřící mastektomie (odstranění nádoru při zachování celého kožního krytu s možností rekonstrukce)
- Sanační výkony (paliativní výkony s cílem zlepšení zbývajících života)
- Výkony na lymfatickém systému axily (výkony v oblasti spádových axiliárních uzlin) (online, Engelová, 9. 4. 2012).

Právě modifikovaná radikální mastektomie je také jinak nazývána ablace prsu. Rozsah tohoto zákroku je pro ženu z psychosociálního hlediska natolik zásadní, že některé ženy odmítnou tento druh chirurgického řešení podstoupit. Je právě úkolem lékaře, aby zhodnotil riziko dalšího vývoje onemocnění a léčebný prospěch dle rozsahu zákroku.

2.1.2.5.2 Léčba radiační

Cílem radiační léčby je vyvolat změny v nádorových buňkách pomocí radioaktivního záření tak, aby se přestaly množit a zanikly. Nevýhodou ale je, že stejně působí léčba i na zdravé buňky, proto je důležité přesné zacílení ozařování tak, aby zdravou tkáň zasáhlo minimálně. Dávka je rozdělena do frakcí tak, aby byla účinná a zároveň snesitelná pro pacientku (Abrahámová a kol., 2009). Radioléčbu je důležité dobře naplánovat a vícestupňově kontrolovat.

2.1.2.5.3 Léčba systémová

Léčba systémová je zaměřená na celý organismus, na rozdíl od léčby chirurgické a radiační, které jsou zaměřeny pouze na místo výskytu nádoru. Tento druh léčby využívá toho, že léčebná látka je krví přenesena do celého organismu. Jejím příkladem je hormonální a biologická léčba či chemoterapie.

- Chemoterapie

Cílem chemoterapie je zabránit znovuobjevení nádoru a jeho metastazování. Ženě jsou podávány v určitých cyklech dle jejího léčebného plánu cytostatika. Tyto látky mají za úkol zastavit růst a množení buněk nádoru. Bohužel ale působí i na zdravé buňky, proto je tato léčba provázena množstvím nežádoucích účinků. V současné době jsou už ale známa řada medikamentů, které nežádoucí účinky chemoterapie omezují.

- Léčba hormonální

Některé typy nádorů potřebují k růstu přísun ženských pohlavních hormonů, proto je během hormonální léčby snížena či zastavena produkce těchto hormonů, např. chirurgickým odstraněním vaječnicků, medikamentózní ovariektomií. Hormonální léčby je několik typů (ablativní, kompetitivní či inhibiční) a vždy záleží na konkrétním typu nádoru a na dalších okolnostech (např. zda žena již prodělala menopauzu). Hormonální léčba je ale dlouhodobá, některým ženám může být nasazena do konce života.

- Léčba biologická

Patří opět k dlouhodobému způsobu léčby. Spočívá v podávání léků, které jsou vyvíjeny cíleně proti nádorovým buňkám. Smyslem léčby je zastavit růst nádorových buněk přirozenější cestou, působit pouze v

místě postižení a ušetřit zdravé tkáně. Biologická léčba má jiné, mnohdy méně razantní vedlejší účinky. Tato léčba je velmi nákladná (Abrahámová a kol., 2009).

Další podstatnou složkou je symptomatická léčba. Symptomatická léčba má za cíl zmírnit obtíže, které jsou vyvolány nádorem během celé léčby (např. bolest, dušnost, zvracení, zácpa, průjmy, nechutenství) (online, Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., 9. 4. 2013).

Je důležité po operačním výkonu začít rehabilitovat. Cílem je obnovit a udržet hybnost v ramenním kloubu a snížit riziko lymfedému (mízního otoku). Dále je vhodné organismus přiměřeně zatěžovat dalšími pohybovými aktivitami, za ideální jsou považovány vycházky či plavání (samozřejmě až po zhojení jizvy). Zároveň může žena požádat o proplacení lázeňského pobytu pojišťovnou.

Přestože je léčba ryze individuální, většinou je dodržován tento postup: je provedeno chirurgické odstranění nádoru, v případě nutnosti je nasazena radioterapie. Následuje léčba systémová, kterou se sledují různé cíle dle pokročilosti onemocnění (např. úplné vyléčení, zmenšení primárního nádoru, usnadnění a prodloužení života, atd.)

Žena, která úspěšně absolvuje léčbu karcinomu prsu, si musí uvědomit, že i po ukončení léčebného procesu je nutné, aby pravidelně docházela k preventivním prohlídkám. Procento eventuální recidivy je zvýšené (např. i v druhém prsu, který prvotně zasažen nebyl). Lékař pravidelně provádí rentgenový snímek plic, krevní rozbor, rozbor moče, mamografii a scintigrafii skeletu (vyšetření metabolické kostní aktivity).

2.1.2.6 Vedlejší účinky léčby

Je důležité znát vedlejší účinky léčby karcinomu prsu, protože jedině tak lze vnímat všechny potřeby ženy, která léčbou prochází. Karcinom prsu je natolik závažné onemocnění, že se jeho léčba bez vedlejších nežádoucích účinků neobejde.

- Léčba chirurgická

Čím je chirurgický zásah radikálnější, tím větší hrozí riziko pooperačních komplikací. Mezi nejčastější patří postmastektomický bolestivý syndrom a lymfedém.

Postmastektomický bolestivý syndrom se projevuje pálením, stahováním a mrtvěním v oblasti jizvy, podpaží a zadní strany jizvy. Důležité je včas začít celou paži rehabilitovat, jemně masírovat a také nadměrně paži neulehčovat.

Lymfedém je poměrně častá komplikace. Toto zadržování mízy se léčí velmi obtížně, proto je důležité co nejvíc se snažit otoku předejít. Žena by si měla přeměřovat paži, dodržovat hygienu a používat správné kosmetické přípravky, chránit paži před alergickou reakcí, např. po štípnutí hmyzem, nosit kompresní rukáv, snažit se držet ruku ve zvýšené poloze, absolvovat manuální lymfodrenáže a fyzioterapii. Lymfedém i postmastektomický bolestivý syndrom se mohou objevit jak ihned po operaci, tak i během několika dní, týdnů, měsíců, ale i několika let (Abrahámová a kol., 2009).

- Léčba radiační

Protože je léčba zacílená na konkrétní místo, i nežádoucí účinky se projevují v okolí tohoto místa. Některé účinky jsou časné, projevují se již během

léčby a většinou odezní. Jiné jsou pozdní, objevují se až několik měsíců po léčbě a ve většině případů jsou nevratné.

Nejčastější účinkem je zarudnutí kůže, které se s postupujícími dávkami mírně zhoršuje. Pokožka se může začít odlučovat a mokvat, k nejčastějším místům výskytu patří kožní řasy a záhyby.

Mezi pozdní nežádoucí účinky patří ztmavnutí pokožky a ztuhnutí podkožní tkáně, které ale nejsou pro ženu velkým rizikem.

Po radiační léčbě, stejně jako po chirurgické léčbě může dojít i k lymfedému.

Ke vzácnému nežádoucímu účinku v kombinaci s chemoterapií patří podráždění srdečního svalu. Toto se týká samozřejmě pouze nádorů v levém prsu (Abrahámová a kol., 2009).

- Chemoterapie

Principem chemoterapie je zamezit růstu nádorových buněk. Bohužel ale cytostatika neumí odlišit nádorové buňku od těch zdravých, což s sebou přináší mnoho nežádoucích účinků.

Mezi bezprostřední vedlejší účinky léčby patří nevolnost, zvracení, alergická reakce (vyrážka, zrudnutí, otok, dechové obtíže), horečka, zimnice, třesavka, porucha srdečního rytmu, poškození močového měchýře a reakce v místě vpichu při nitrožilním podání.

Časné nežádoucí účinky nastupují během dnů až týdnů a jedná se hlavně o úbytek počtu krevních destiček a bílých krvinek, výskyt infekce, poškození sluchu, poškození ledvin, zánět sliznice ústní dutiny a střevní sliznice, zácpa, poškození kůže a nehtů, vypadání vlasů. Právě vypadávání vlasů je jakýmsi symbolem chemoterapie a přesto, že jde z medicínského

hlediska o bezvýznamnou komplikaci, je právě dopad toho vedlejšího účinku velmi výrazný hlavně z psychologického a sociálního hlediska.

Po týdnech až měsících se může dostavit úbytek počtu červených krvinek, poškození jaterní tkáně a poškození plic, srdce a nervové soustavy.

Po letech se může objevit neplodnost (vymizení menstruační aktivity) či druhotné zhoubné onemocnění vlivem cytostatické léčby (Abrahámová a kol., 2009).

- Léčba hormonální

Zablokování vlivu ženských hormonů na nádor s sebou může přinášet komplikace v podobě příznaků podobných klimakteriu či komplikace z nadbytku pohlavních hormonů.

Mezi příznaky podobné klimakteriu patří absence menstruace, návaly horka, nadměrné pocení, změny nálady, deprese, nezáměr o sexuální aktivitu, zvýšení tělesné váhy.

Nadmíra estrogenů může způsobit gynekologické krvácení z děložního těla, zadržování tekutin, výskyt otoků, výskyt zánětů žil až tromboembolických potíží (online, Občanské sdružení Nejsi na to sama, 15/4/2013).

- Léčba biologická

Vedlejší účinky biologické léčby jsou méně časté a život neohrožující. Výjimku tvoří alergická reakce, která může v extrémních případech vyústit až ve ztrátu vědomí.

Mezi další patří tendence k selhávání srdce, Tendence k selhání srdce, vysoký krevní tlak, potíže s hojením ran a krvácením, perforace zažívacího traktu (velmi ojedinělá reakce), tromboembolická příhoda, průjem, nevolnost, zvracení, porucha funkce jater, bolesti dlaní a plosek nohou, červené zbarvení kůže, záněty

ústní sliznice nebo vyrážka připomínající akné (online, Občanské sdružení Nejsi na to sama, 15/4/2013).

Nežádoucí účinky léčby karcinomu prsu se snaží řešit léčba systémová. Přestože je výčet všech možných léčebných a poléčebných komplikací početný, objevují se i ženy, které nežádoucími projevy netrpí či případně se u nich objeví minimum komplikací. Je ale důležité, aby o všech případných projevech věděl ošetřující lékař, který může včas zasáhnout, ať už podáním medikamentu či změnou léčby. Žena by si měla uvědomit, že některé z projevů mohou být v pozdějších projevech již nevratné (např. lymfedém) a mohou tak podstatně zhoršit kvalitu života. Proto by se měla aktivně a zodpovědně podílet na své léčbě.

2.1.2.7 Výskyt karcinomu prsu v České republice

V České republice lze přesná čísla týkající se onkologie dohledat v Národním onkologickém registru (NOR), který je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Tento celoplošný populační registr byl ustanoven v roce 1976, ale data výskytu zhoubných onemocnění jsou shromažďována již od roku 1951. Proto je NOR světovým unikátem. Díky NORu je možné plánovat potřeby onkologické péče a zpětně hodnotit její přínos (online, Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 28. 2. 2013).

V roce 2009 bylo zjištěno 6321 případů dg. C50 (ZN prsu) a dg. D05 (Carcinoma in situ prsu)). Toto onemocnění se tak řadí k nejčastějšímu onemocnění žen. Přestože je léčba karcinomu prsu zvláště v raných stádiích velmi úspěšná, zůstává zhoubný nádor prsu i nadále nejčastější

onkologickou příčinou smrti u žen. V roce 2009 zemřelo na zhoubný nádor prsu 1 607 žen (Novotvary 2009 ČR, 2012).

Vysokou úroveň péče v ČR dokládá i toto další číslo: Pravděpodobnost pětiletého přežití žen, kterým byl zhoubný nádor diagnostikován v I. a II. stadiu je 84,1%. U II. a IV. stadia pravděpodobnost pětiletého přežití klesá na 40% (tato analýza se týká žen, kterým byl diagnostikován zhoubný nádor v letech 2000-2004). (Novotvary 2009 ČR, 2012).

Důležité je ale vědět, že úspěšnost léčby záleží primárně na stadiu nemoci při diagnóze (online, Strnad, 4. 4. 2013).

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen nejen v ČR, ale i v celém světě. V mezinárodním srovnání ČR zaujímá 21. v Evropě a 30. ve světě ve výskytu tohoto onemocnění (Abrahámová a kol., 2009).

Incidence karcinomu prsu ve světě je nejvyšší v USA, Švédsku a Velké Británii. Nejnižší je v jihozápadní Asii a Africe (online, Strnad, 4. 4. 2013).

2.1.3 Péče o prs

V péči o prsy by žena měla dodržovat základní hygienické návyky a zároveň by si měla být vědoma, že správnou oporu poskytne prsům dobře padnoucí podprsenka.

K naprosté samozřejmosti by v péči o prsy mělo patřit samovyšetření prsu. Jedná se o nejjednodušší metodu včasného záchytu karcinomu prsu. Žena si toto vyšetření provádí sama, pravidelně každý měsíc ve stejnou dobu. Ideálním termínem druhý až třetí den po skončení

menstruace, protože v tomto období jsou prsa bez napětí. Pokud žena nemenstruuje, je vhodný jakýkoliv den, který se žena snadno zapamatuje.

Informace o samovyšetření a jeho technice jsou běžně dostupné v čekárnách a ordinacích lékařů, v materiálech neziskových organizací, v odborné literatuře, na internetu či ve sdělovacích prostředcích. Je ale velmi důležité, aby žena toto vyšetření prováděla správně. Žena by samovyšetření prsu měla provádět od dvaceti let. V začátcích je vhodné samovyšetřování provádět častěji, aby se žena naučila podrobně znát geografii vlastních prsů.

Zajímavé je, že jedním z výsledků studie „Pilotní projekt mamografického skríningu v ČR“, který byl realizován ve spolupráce Fakultní Thomayerovy nemocnice a Univerzitním Onkologickým centrem LF MU Brno v letech 1996-2001 je, že 84% ze zúčastněných žen ví, co je samovyšetřování prsu, ale pouhých 8% žen jej provádí pravidelně (Abrahámová, Dušek, 2003).

V posledních letech se z řad lékařské veřejnosti se objevily názory, že samovyšetřování prsu je zbytečné a způsobuje pouze ženám stres (Abrahámová, Dušek, 2003). Ale čeští odborníci se k tomuto názoru doposud nepřipojili.

Je ale důležité, aby žena měla na paměti, že samovyšetření nenahradí návštěvu u lékaře a mamografický screening. Navíc je pro některé ženy nevhodné, například z důvodu zrnitosti prsou.

Mamografický screening znamená pravidelné preventivní vyšetřování žen bez jakýchkoli příznaků onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se zhoubný nádor prsu v co nejčasnějším stadiu. „Princip fungování mamografického screeningu vychází z předpokladu, že onemocnění zachycené v

časné fázi je snáze léčitelné a vede k vyšší kvalitě a vyšší délce života pacientek." (online, Mamma centrum Zelený pruh, 4. 4. 2013).

A v žádném případě nemá samovyšetření vliv na délku přežití či úmrtnost na karcinom prsu, ale obecně lze říci, že ženy, které si samovyšetření provádějí, přicházejí s menšími nádory (Abrahámová a kol., 2009).

Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR má na bezplatnou preventivní (screeningovou) mamografii právo každá žena od 45. roku věku, a to ve dvouletých intervalech. Podmínkou je žádanka od ambulantního gynekologa či praktického lékaře pro dospělé. Každé další vyšetření navíc si žena musí hradit sama, např. při vyšším riziku díky výskytu rakoviny v rodině (online, Mamma centrum Zelený pruh, 4. 4. 2013). Mamografické vyšetření může být doplněno i ultrazvukovým (sonografickým) vyšetřením. Přestože platí, že toto vyšetření nemůže zcela nahradit vyšetření mamografické, je využíváno hlavně pro vyšetřování mladých, těhotných či kojících žen (online, Mamma centrum Zelený pruh, 4. 4. 2013).

2.2 Karcinom prsu a jeho psychologické aspekty

Jakékoli onkologické onemocnění vyvolává ve společnosti strach, úzkost a děs. Přestože výsledky léčby se rok od roku zlepšují, platí stále pro mnoho lidí rovnice rakovina = smrt. Zajímavé je, že toto onemocnění vzbuzuje mnohonásobně větší hrůzu než další těžká onemocnění (např. onemocnění srdce a cév, které je nejčastější příčinou smrti v České republice) (online, ČSÚ, 10. 5. 2013).

Je nutné si uvědomit, že diagnóza tohoto nádorového onemocnění zasáhne pravděpodobně do každé oblasti života nejen ženy, ale i celé rodiny a blízkého okolí.

2.2.1 Cesta k lékaři

V ideálním případě by žena měla provádět samovyšetření každý měsíc a absolvovat preventivní vyšetření. Ne všechny ženy ale přistupují k této problematice zodpovědně. Důvodů pro toto „nejednání“ může být několik:

- neznalost, nevědomost,
- nedostatek času,
- obava z objevení nádoru,
- obava ze smrti (domněnka, že onemocnění rakovinou znamená smrt),
- obava z bolestivosti vyšetření,
- obava z léčby karcinomu prsu,
- obava ze ztráty prsu,
- obava z nemocničního prostředí,
- problém zařídit si vyšetření, případně dlouhá čekací doba,
- nedostatek finančních prostředků (nad rámec vyšetření, které hradí pojišťovna),
- obava, že nemoc znamená ztrátu partnera,
- obava, že nemoc znamená ztrátu sexuality,
- obava, že mamograf je zdraví nebezpečný,
- domněnka, že malá prsa nejde vyšetřit,
- domněnka, že prsa s hutnou žlázou nelze vyšetřit,
- domněnka, že rakovina se týká pouze starších žen,

- domněnka, že pokud se rakovina neobjevila u nikoho jiného z rodiny, nemůže se objevit ani u dotyčné ženy,
- domněnka, že zdravý životní styl zajistí ochranu před rakovinou.

Tyto obavy či domněnky mohou být důvodem k tomu, že žena neprovádí samovyšetření či odkládá návštěvu lékaře. Je ale nutné dodat, že čím dříve je nádorové onemocnění odhaleno, tím se zvyšuje šance na úplné vyléčení a snižuje se procento úmrtí na toto závažné onemocnění (Abrahámová, 2000).

Vnímání vlastního zdravotního stavu je u každého odlišné. Toto vnímání může ovlivňovat několik faktorů, například typ osobnosti, emocionální stav, vyrovnávací mechanismy, situační faktory, zintenzivnění příznaků v důsledku zvýšeného zájmu (např. výskyt onemocnění v rodině) či vliv informací (například výskyt informací v masových sdělovacích prostředcích) (Křivohlavý, 2002).

Pokud žena zaznamená možný příznak či příznaky karcinomu prsu (například při samovyšetření prsou, bolest prsu, změna vzhledu prsu, atd.), nastartuje tak proces pojetí vlastního zdravotního stavu. A zároveň se musí rozhodnout, zda navštíví či nenavštíví lékaře. Přestože je veřejnost neustále přesvědčována lékaři, psychology, představiteli různých organizací, zabývajících se touto problematikou, ale i veřejně známými osobnostmi, například z řad herců, sportovců či zpěváků, že v případě výskytu příznaků by žena měla okamžitě vyhledat lékařské vyšetření, nastane rozhodování, zda je situace vážná či není. Chybné rozhodnutí v této fázi může mít za následek nenávratný stav a negativní důsledky. Jde o to, zda příznaky, které se u něho objevily, vidí jako příznaky nemoci, nebo drobnosti,

kterých není třeba si všímat. Následně jde i o to, zda vidí návštěvu u lékaře, případně hospitalizaci jako nejvhodnější způsob, jak změnit to, co negativního se u něho objevilo (Křivohlavý, 2002).

K lékaři již žena přichází s vlastní představou o nemoci. Balint (in Křivohlavý, 2002, str. 60) říká: „*Pacientův postoj k jeho vlastní nemoci rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoliv terapie.*“. Zároveň jí ale přepadají obavy, zda návštěva lékaře není zbytečná a nemarní tak pouze svůj i jeho čas, zda naopak situaci nezanedbala a neměla navštívit lékaře již dříve, zda potvrzení diagnózy karcinomu prsu znamená brzkou smrt, atd. Tato prvotní představa a postoj k nemoci se mění s dalšími návštěvami lékaře, s určením diagnózy, s prognózou léčby a vývojem samotného stavu. Lékař by měl tyto změny ve vnímání a postoji postřehnout a pracovat s nimi.

O své nemoci má žena určitou myšlenkovou představu, tzv. kognitivní schéma nemoci. Toto schéma tvoří:

- identifikace nemoci,
- příčiny nemoci,
- přehled možností léčení nemoci,
- následky nemoci,
- časová dimenze (Křivohlavý, 2002).

Právě tento myšlenkový obraz nemoci ovlivňují znalosti o nemoci a léčbě, či to, jestli se daná žena již s tímto onemocněním setkala (jak u své osoby, tak u osob blízkého okolí). Kognitivní schéma ovlivňuje vůli ženy absolvovat léčbu a její zdravotní chování. Čím přesnější bude myšlenkový obraz nemoci a efektivity léčby, tím přínosnější bude spolupráce s lékařem. Je tedy velmi podstatné, aby

lékař včas zmapoval kognitivní schéma nemoci ženy a pracoval s ním.

2.2.2 Karcinom prsu jako diagnóza

Potvrzení diagnózy karcinomu prsu je natolik závažná informace, že její sdělení naprosto otřese každou ženou. Jakékoliv onkologické onemocnění je v naší společnosti jako rozsudek smrti. Právě ale strach společnosti, který z rakoviny dělá tabu, mnohé brzdí od návštěvy lékaři a potažmo od včasné léčby.

Angenendt (2010) upozorňuje, že pro pacienta s onkologickým onemocněním znamená diagnóza rozpad vlastního světa, protože od chvíle stanovení diagnózy není nic jistého. Není jisté, jaký bude jeho zdravotní stav za rok, jaká bude kvalita jeho života, ani to, zda vůbec žít bude. Chovancová a Vašková (1998) přirovnávají stanovení diagnózy k výbuchu sopky, kdy všechno co člověk vytvořil, k čemu směřoval a o čem snil, je rozmetáno. Zároveň upozorňují, že je takřka nemožné, aby diagnózu žena přijala okamžitě, uvěřila jí a v plné šíři pochopila. Tschuschke (2004) říká, že psychosociální zátěž, které jsou ženy s diagnózou karcinomu vystaveny, nemohou zdraví lidé pochopit.

2.2.2.1 Zvládání nemoci a obranné mechanismy

Zvládání životních těžkostí, do kterých tak závažné onemocnění typu karcinom prsu bezesporu patří, se označuje anglickým výrazem coping. Rozumí se jím proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které jsou člověkem

v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje. Jedná se o dynamický proces, kdy na jedné straně stojí konkrétní osoba se zdroji, možnostmi, hodnotami a zaměřením a na druhé straně nemoc, která na tohoto konkrétního člověka klade určité požadavky a ovlivňuje ho (Křivohlavý, 2002). Způsob, jakým způsobem se člověk snaží s danou situací vyrovnat, nazýváme strategie zvládání. Cílem těchto strategií je zmírnit to, co člověk vnímá jako ohrožující, zachovat si duševní rovnováhu a zvládnout nepříjemnosti, které s sebou nemoc přináší.

Křivohlavý (2002) uvádí, že strategie zvládání mohou být v podobách:

- konfrontačního způsobu jednání,
- hledání sociální opory,
- plánovaného řešení problému,
- sebeovládání,
- distancování se od dění,
- hledání pozitivních stránek,
- přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace,
- snahy vyhnout se těžké situaci.

Důležité je zmínit, že tyto strategie můžeme používat jak vědomě, tak nevědomě. Může se ale stát, že člověk aktivuje tzv. obranné mechanismy. Křivohlavý (2002) je definuje jako klamně, iluzorní, fantastické, realitu nerespektující až matoucí formy zvládání životních těžkostí. Jedná se o:

- represe - vytěsnění,
- suprese - záměrné a vědomé potlačení,
- regrese - sestup pacienta na nižší úroveň,
- inverze - převrácené chování,
- popírání,

- introjekce - promítání starostí druhých do vlastního života,
- racionalizace a intelektualizace - hledání racionálních důvodů pro neracionální chování,
- sebeobviňování,
- externalizace viny - obviňování druhých,
- identifikace,
- projekce - promítání vlastních záměrů do jednání druhých.

Angenendt (2010) upozorňuje, že díky obranným mechanismům nedochází k dostatečné aktivaci vyrovnávacích strategií. Někteří jedinci navíc žádnými vyrovnávacími strategiemi nedisponují, proto nemohou své onemocnění dostatečně zvládnout bez jejich nalezení či vytvoření.

Diagnóza jakéhokoliv karcinomu s sebou přináší několik ztrát a hrozeb, které onemocnění a jeho léčbu provázejí. Tschuschke (2004) hovoří o:

- hrozbě smrti,
- ztrátě tělesné nedotknutelnosti,
- ztrátě autonomie,
- ztrátě aktivit,
- sociální izolaci a strachu ze stigmatizace,
- ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty.

Onkologické onemocnění s sebou obrovskou nejistotu do budoucna, nežádoucí účinky při léčbě, pocity izolace, stigmatizace a viny. Je tedy důležité, aby žena našla podpůrné metody, které by jí pomohly získat opět alespoň určitou část kontroly nad situací.

2.2.2.2 Fáze onkologického onemocnění a jejich zvládání

Angenendt (2010) rozlišuje 7 fází onkologického onemocnění, které kladou na ženu rozdílné nároky. Rozděluje je na:

1. fázi podezření
2. fázi diagnózy
3. fázi léčby
4. fázi remise
5. fázi případné recidivy
6. fázi případné progrese nemoci
7. paliativní fázi

2.2.2.2.1 Fáze podezření

Tato fáze je charakteristická právě pro výskyt karcinomu prsu, protože nahmatání útvaru v prsu je pro ženy alarmem, že se může jednat o karcinom prsu. Právě aktivní přístup k situaci (využití aktivního copingu) může rozhodovat o úspěšnosti léčby.

2.2.2.2.2 Fáze diagnózy

V tuto chvíli je diagnóza vyslovena a žena musí začít fakt zpracovávat. Musí si ke své nemoci vytvořit vztah, který opět přispívá k míře úspěšnosti léčby. Tato fáze je velmi náročná, protože přináší velké množství požadavků.

Angenendt (2010) upozorňuje, že sdělení diagnózy často provází proces traumatizace či hledání příčinných důkazů. Tyto jevy brání vytvoření a používání vyrovnávacích mechanismů, proto je důležité, aby žena diagnózu

akceptovala. Jedině akceptace nemoci může přinést rozhodnutí spolupracovat či snášet lékařská opatření.

Je nutné si uvědomit, že právě v této fázi se žena poprvé setkává s možnou smrtelností v souvislosti s onemocněním karcinomem prsu.

Během této fáze hraje velmi důležitou roli osoba lékaře. Právě vztah k lékaři je pro ženu velmi nosný, je důležité, aby se žena vnímala lékaře jako svého partnera pro boj s onkologickým onemocněním. Právě ale partnerský přístup (na rozdíl od dřívějšího paternalistického) vyžaduje od ženy aktivitu v přístupu ke svému zdravotnímu stavu a léčení a komunikaci s odborníky (Chovancová a Vašková, 1998).

2.2.2.2.2.1 Samotný proces sdělování diagnózy

Právě samotné sdělování diagnózy má velký vliv na zpracování, postoj k nemoci a mobilizaci strategií jejího zvládnání. Právě proto je velmi důležité propojení lékařské a psychologické péče, které ale v našich podmínkách není až tak časté. Ve většině případů má tento proces na starosti pouze lékař (ne psychoonkolog). Dle Angenendt (2010) je důležité, aby:

- se ženou komunikoval v klidném prostředí, kde nebudou rušeni,
- zajistil si dostatek času a správné načasování sdělení diagnózy (např. není vhodné ženu informovat během večerní návštěvy na lůžkovém oddělení),
- přizpůsobil lékařský jazyk - nepoužíval odborné názvy, atd.,

- byl schopen odhadnout, kolik informací je žena schopna pojmout,
- zjistil, zda si žena přeje přítomnost další osoby během procesu sdělování diagnózy,
- nevyhýbal se obtížným tématům (např. smrt),
- zjistil rozsah informace, který žena vyžaduje (úplná, částečná či nepřímá informace o diagnóze),
- vyjádřil ženě psychologickou podporu, redukoval úzkost, stres, depresi či zoufalství,
- zapojil ženu do rozhodování o její léčbě,
- nabídl ženě psychoonkologickou péči.

Kelnarová a Matějková (2009) hovoří o tom, že dobrou a efektivní komunikaci charakterizuje: jednoduchost, stručnost, srozumitelnost, vhodná doba a adaptabilita (zdravotnické terminologie a stylu rozhovoru).

Angenendt (2010) upozorňuje, že základní potřebou žen je komunikační výměna, proto by si měl lékař uvědomit, že očekávání žen bude méně strukturované a měl by ji proto podpořit v kladení otázek.

Každá žena má právo zkonzultovat svůj zdravotní stav s dalšími odborníky a lékař, který jí sděluje diagnózu, by ji toto měl umožnit. Stejně tak má žena právo svého ošetřujícího lékaře změnit. Chovancová a Vašková (1998) poukazují na to, že pokud vztah mezi ženou a lékařem není pevným odrazovým můstkem pro společnou cestu léčby a následné péče, bylo by vhodné zauvažovat nad změnou lékaře. Zároveň ale upozorňují, že rozhodnutí změnit lékaře nemá vycházet z náhlého impulzu, ale až po stejných, nepříjemných pocitech, které žena zažívá opakovaně.

2.2.2.2.3 Fáze léčby

V této fázi, je nutné si uvědomit, že pro ženu se vše v jejím životě mění. Úvahy, které ženu provázejí (např. *Přežiji nemoc? Co když mé děti přijdou o matku? Jak budu žít bez prsu?*), vyvolávají strach, bezmocnost či depresivní stavy. Je nutné, aby lékař mylné úvahy vyvrátil, protože ochromují vyrovnávací strategie.

V současné době se objevuje trend zachování dostatečného času mezi sdělením diagnózy a zahájením léčby. Rychlý sled událostí (např. operace druhý den po sdělení diagnózy), navozuje pocit, že se jedná o kriticky smrtelnou diagnózu. Toto ale právě v případě karcinomu prsu není nutné a každý den, který má žena navíc (samozřejmě v řádu dnů), má za následek aktivování vyrovnávacích strategií (Angenendt, 2010).

Reakce ženy na samotnou léčbu mohou být různé a záleží na její osobnosti, na plánech do budoucna, na rozsahu informací, které o onemocnění má a na tom, jak jí diagnóza a informace o onemocnění byly sděleny. Typy reakcí na léčbu mohou být:

- odmítání léčby,
- přijetí léčby s projevy nespokojenosti,
- netečný, lhostejný přístup k léčbě,
- vymýšlení a rady lékaři (např. alternativní medicína),
- občasné odreagování agrese,
- hluboká angažovanost,
- přetrpění léčby,
- soběstačnost (snaha o minimální zainteresovanost druhých osob).

Tyto reakce jsou projevem použití vyrovnávacích a obranných mechanismů a zdravotnický personál by k nim měl přistupovat s pochopením. Během léčby se mohou střídát.

Během léčby se objevují nežádoucí účinky, které žena subjektivně vnímá jako zhoršení zdravotního stavu (nechutenství, únava, nevolnost, aj.). Chovancová a Vašková (1998) upozorňují, že z tohoto důvodu je pro ženu velmi těžké se přesvědčit, že se uzdravuje, protože se cítí mnohem hůře než při stanovení diagnózy. Z tohoto důvodu je vhodné, aby žena znala dopředu průběh a postup léčby, obzvláště nežádoucí účinky léčby, protože pak může lépe procesu léčby rozumět a uvědomovat si její smysl a cíl.

Na řadu nyní přicházejí i tělesné změny, které s sebou léčba přináší. Žena se musí vyrovnat s nežádoucími účinky léčby, které velmi zasahují do jejího vzhledu. Jedná se například o alopecii (tj. vypadávání vlasů) či následky hormonální léčby.

2.2.2.2.3.1 Změna sebeobrazu jako následek léčby karcinomu prsu

Obraz těla je nedílnou součástí sebepojetí a žena si ho vytváří po celý svůj život. Je to součást vlastního já, která dotváří vlastní identitu. Jakákoliv tělesná změna s sebou přináší změnu sebeobrazu, která může způsobit psychické problémy.

Právě u karcinomu prsu je tento problém znatelný nejvíce ze všech onkologických onemocnění. Prsy jsou vnímány jako symbol ženskosti, plodnosti, mateřství a sexuality. Tato symbolika je v ženách natolik zakořeněna,

že může být důvodem k odmítnutí operace či vůbec k samotné návštěvě lékaře.

Právě ablace prsu může být ženou vnímána jako útok na její žensství, proto je nutné k operaci přistupovat s co největší ohleduplností. V současné době jsou si lékaři vědomi, jak stresující záležitost je ablace celého prsu, proto je preferován prs šetřící výkon, případně kůži šetřící výkon.

V období po operaci a zhojení rány může žena začít nosit epitézu, tj. prsní náhradu. Jedná se o speciální vložku, která se vkládá do podprsenky a simuluje tak chybějící prs. K dostání jsou různé typy z různých materiálů (např. po operaci se využívají textilní epitézy, pro epitézy trvalé se používá silikon). Pro výběr je vhodné navštívit obchod se zdravotními potřebami, který se na epitézy přímo specializuje. Epitézu hradí zdravotní pojišťovna každé dva roky. Nyní jsou na trhu různé typy epitéz, včetně druhů vhodných do plavek, protože právě vhodně zvolená epitéza podporuje obnovení sebedůvěry a ztraceného sebevědomí, a zároveň umožňuje ženě návrat k aktivnímu způsobu trávení času. Epitéza je doporučována lékaři také z rehabilitačního hlediska, protože chybějící prs, má za následek nerovnoměrné držení těla.

Léčba chemoterapií s sebou přináší také alopecii, tj. vypadávání vlasů. Vlasy jsou opět považovány za symbol ženskosti a krásy. Kombinace ablace prsu a dočasné ztráty vlasů je pro ženu z estetického hlediska velmi obtížná. Právě i z tohoto důvodu může dojít k problémům v sexuální oblasti. Je velmi důležité, aby žena pracovala na přijetí nového sebeobrazu a snažila se posílit vlastní hodnotu.

Ablace prsu pro mnoho žen znamená stáhnutí se do ústraní a omezení sociálních kontaktů. Některé ženy

nechtějí otevřeně přiznat, že prošly tímto onemocněním. A bojí se, že tělesné změny by si mohl někdo všimnout. Tschuschke (2004) ale uvádí, že ženy, které mají málo sociálních kontaktů a trpí pocitů izolace, jsou vystaveny pětinasobně většímu riziku úmrtí než ženy, které mají sociálních kontaktů dostatek.

V této fázi je opět vhodné využít psychoonkologickou či psychologickou pomoc. Ideálním příkladem je přítomnost psychoonkologa, psychologa či sociálního pracovníka na onkologickém oddělení. Právě odborná pomoc ženě pomůže znovu nalézt vlastní hodnotu a nalézt novou perspektivu.

2.2.2.2.4 Fáze remise

V této době je léčba karcinomu ukončena, žena je pouze dispenzarizována. Přestože se pro okolí ženy zdá, že vše již pominulo a není potřeba se k nemoci vracet, pro ženu právě v této chvíli nastává čas celkového zpracování nemoci.

Angenendt (2010) říká, že v této situaci se musí žena naučit žít s myšlenkou, že její život se změnil. Je důležité, aby se žena naučila:

- vyrovnat se s myšlenkami na případnou recidivu,
- akceptovat smrtelnost,
- zajistit si co nejvyšší kvalitu života,
- vytvořila si opětovnou důvěru ke svému tělu.

V některých situacích je nutné vyrovnat se s novými rolami, které s sebou onemocnění přineslo, např. při odchodu ze zaměstnání do invalidního důchodu. Dále je velmi důležité najít si nové cíle a motivaci k jejich dosažení.

Mnoho žen považuje překonání nemoci za „druhou šanci“, proto je velmi striktně změnil svůj životní styl (např. v oblasti stravování) a snaží se dělat vše správně natolik, že se toto chování stává zdrojem stresu a tenze.

2.2.2.2.5 Fáze případné recidivy

V této fázi se onkologické onemocnění objevilo znovu. Postižen může být stejný či druhý prs, případně jiný orgán (pro ženy s karcinomem prsu se nejčastěji jedná o nádory vaječníků). Angenendt (2010) uvádí, že období recidivy je nejvíce stresujícím obdobím během celého onemocnění a pro ženu znamená v tu chvíli největší představitelné neštěstí.

Žena ztrácí pracně obnovenou důvěru ve své tělo a ztrácí veškerou naději na uzdravení. Jako negativní se projevuje fakt, že léčbou již prošla a zná tak celý její průběh a negativní projevy, které s sebou léčba přináší. Žena může mít pocit, že jí chybí energie na opětovný boj s nemocí. Objevit se mohou panické stavy, pocity viny či odcizení od svého těla. Opět dochází ke konfrontaci s umíráním a smrtí. Aktivovat vyrovnávací mechanismy stojí více úsilí než při prvotním sdělení diagnózy. Recidiva se může stát zdrojem hluboké deprese.

Stejně zklamání prožívá i rodina a blízcí přátelé, pro které může být podpora ženy v tuto chvíli velmi vyčerpávající.

Angenendt (2010) upozorňuje, že pro ženu je důležité, aby se opět pokusila nastartovat vyrovnávací mechanismy a snažila se najít v životě nový záchytný bod, který bude více odpovídat změněné prognóze a časové perspektivě.

2.2.2.2.6 Fáze případné progresse nemoci a terminální fáze

Fáze progresse nemoci je pro ženu obrovskou zátěží, v této chvíli je již žena srozuměna s tím, že její onemocnění se pravděpodobně nevyлéčí. Tuto fázi provází úzkost, deprese, strach z bolesti, strach z tělesných změn, strach z izolace, popírání diagnózy, vztek, zlost a pocity bezmocnosti.

Cílem je zajistit ženě odpovídající kvalitu života, důstojnost a co největší nezávislost, a to jak během pobytu doma, tak v nemocnici či jiném zařízení (např. hospicového typu).

Postupně přichází na řadu paliativní medicína. Angenendt (2010) upozorňuje, že v době doprovázení ke smrti by žena měla mít možnost nahlédnout na celý svůj život jako na smysluplný celek, kterému může porozumět. Ohlednutí ženy za celým jejím životem jí usnadňuje přijmutí a nastoupení cesty posledního rozloučení. Měla by být podpořena její duševní rovnováha, klid a důstojnost. Paliativní medicína je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Má své vlastní zásady a formy péče, které respektují jednotlivé fáze umírání.

2.2.2.3 Onkologické onemocnění jako krize

Výskyt karcinomu prsu považujeme za vážné nádorové onemocnění. Jakoukoli nemoc nelze oddělit od konkrétního člověka a jeho životní situace. Přináší s sebou somatické,

psychické a sociální aspekty, které mohou výrazně přispět ke kvalitě života.

Nemoc lze definovat jako narušení rovnováhy mezi biologickým, fyzickým a sociálním prostředím, které vytváří předpoklady pro to, aby se člověk mohl socializovat, integrovat, chovat se a projevovat jako sociální bytost (Tomeš, 2001).

Závažné onemocnění je velká životní zátěž. Každé lze posuzovat ze tří hledisek:

- somatický aspekt nemoci - lze chápat jako tělesné příznaky, které jsou pro dané onemocnění typické, např. samotný nádor v prsu, lymfedém, atd.,
- psychický aspekt nemoci - lze chápat jako veškeré emoční prožitky, rozumové hodnocení a chování, které se změnami, které s sebou přináší výskyt nemoci,
- sociální aspekt nemoci - lze chápat sociální význam nemoci, role, kterou jedinci přináší, postoje a chování společnosti vůči nemocnému a společenské hodnocení celé situace (Vágnerová, 2004).

Výskyt nádorového onemocnění může v člověku vyvolat krizi. Tu lze chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Tuto situaci není člověk schopen zvládnout v přijatelném čase a vlastními silami a vyrovnávacími strategiemi (Vymětal, 2003).

V oblasti medicíny se termín „krize“ používá pro rozhodující okamžik výhry či ústupu nemoci (Vodáčková, 2002).

Tschuschke (2004) uvádí, že prakticky každý, komu je onkologické onemocnění diagnostikováno, prožije krizi.

Krizi může vyvolat vnější či vnitřní spouštěč. Mezi vnější spouštěče patří:

- ztráta objektu,
- volba mezi dvěma stejnými kvalitami,
- změna.

Mezi vnitřní spouštěče řadíme:

- nutnost adaptace na změnu,
- náhradní opatření.

Výskyt nádorového onemocnění považujeme za ZMĚNU zdravotního stavu, která může samotnou krizi vyvolat. Nakolik je změna zdravotního stavu rizikovou a zatěžující okolností lze pochopit z Klasifikace životních událostí dle Holmesa a Raheho. Úraz či závažné onemocnění je šestou nejvíce ohodnocenou událostí, a to celými 53 body. Součet bodů jednotlivých událostí nás informuje o míře stresu a zátěže. Hraniční hodnotu udávají autoři klasifikace 250 bodů za jeden rok. Při překročení této hranice je člověk citelně ohrožen stresem (Honzák, 1994)¹.

Dle Baldwinova klasifikačního systému krizí může nádorové onemocnění vyvolat tzv. situační krizi. U tohoto druhu krize převládají vnější spouštěče (již dříve

¹ „T.H.Holmes a R.H.Rahe (1979) po mnohaletém pozorování psychosomaticky nemocných sestavili inventář kritických událostí, v němž každé události přidělili na základě empirického vyhodnocování váhu vyjádřenou bodovou hodnotou.“ (Smékal, 2004, str. 293) Rita L. Atkinson ale uvádí, že tabulka byla uveřejněna pod názvem Posuzovací škála sociálního přizpůsobení v roce 1967 (Atkinson, 2003). Otázkou ale zůstává, nakolik je toto bodové ohodnocení životních událostí platné vzhledem k postupné a nezadržitelné proměně společnosti.

zmiňovaná ztráta, změna či volba). Právě změna zdravotního stavu je nepředvídatelným stresem.

Nádorové onemocnění s sebou přináší ohrožení fyzické existence. Často také změny ve fyzickém vzhledu, které mohou zásadním způsobem měnit sebeobraz a sebevědomí jedince.

2.2.2.4 Psychologicko-psychoterapeutická intervence u žen s karcinomem prsu

Psychologická pomoc ženám, kterým byl diagnostikován karcinom prsu a které se musejí potýkat se samotnou diagnózou, s nežádoucími účinky léčby, se sdělováním diagnózy okolí, s operací či ablací prsu, s vlastní smrtelností či s hrozbou recidivy, je poměrně nová oblast. Dříve se na karcinom prsu hledělo pouze jako na problém, který je nutné vyřešit medicínskými postupy. I v současné době nejvíce psychických problémů zachytí ošetřující personál v nemocnici (tzn. lékař či zdravotní sestra) a záleží na tom, nakolik jsou zdravotníci schopni a ochotni na projevy žen reagovat, případně doporučit specializovanou psychologickou intervenci.

Tschuschke (2004) upozorňuje, že i přes svůj velký přínos není psychologická intervence náhradou lékařských léčebných postupů, ale pouze doplňujícím a podpůrným opatřením. Nicméně poukazuje na to, že vliv poskytnuté psychologické intervence je bezesporu příznivý, právě proto, že může napravit či zmírnit pomocí psychosociálních metod velkou míru pochybností, nejistoty a psychického stresu, kterou s sebou diagnóza přináší.

Angenendt (2010) poukazuje na to, že 25-45% osob s nádorovým onemocněním potřebuje k tomu, aby se mohlo psychicky a sociálně vyrovnat s tím, že je jim toto onemocnění diagnostikováno, a se zátěží, kterou s sebou léčba přináší, profesionální pomoc pomáhajícího pracovníka.

Ideálním zprostředkovatelem psychologické pomoci je profese psychoonkologa. Tschuschke (2004) považuje psychoonkologii za mladý, zatím přesně nevyhraněný obor, který se zabývá komplexními vztahy mezi neuroimunologickými, neuroendokrinnými a psychosociálními faktory v rámci vývoje nádoru.

Tschuschke (2004) uvádí, že cílem psychoterapeutických léčebných opatření z hlediska psychoonkologa je:

- redukovat strach z léčby,
- snížit míru zoufalství a deprese,
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací,
- zmírnit pocity izolace, bezmocnosti, beznaděje a pocity opuštěnosti druhými,
- vést k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení,
- zlepšit spolupráci s lékařským týmem,
- zmírnit pocity osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří jsou v podobné situaci.

Tschuschke (2004) dále upozorňuje, že je nutné vzít v potaz, že psychoonkolog se nachází v komplikované situaci, kdy musí zohlednit lékařská opatření, ale i základní principy psychoterapie.

Fawzy (in Tschuschke, 2004) popsal druhy intervenčních metod, které jsou vhodné pro osoby s onkologickým onemocněním:

- vzdělávací a na informacích založené metody,
- behaviorální metody,
- metody individuální terapie,
- metody skupinové terapie.

2.2.2.4.1 Vzdělávací a na informacích založené metody

Tyto metody vyplývají z toho, že pocit bezmocnosti a nejistoty může vzniknout z nedostatku informací, případně z mylných informací. Tyto metody zároveň berou v potaz, že mnoho nejasností vzniká z ostychu klást lékaři otázky. Načerpání informací tedy představuje významnou pomoc, protože dostatečná informovanost dodává pocit určité míry kontroly a vlastního přínosu k průběhu terapie. Ve zjednodušené podobě se jedná o „vzdělávací programy“.

2.2.2.4.2 Behaviorální metody

Behaviorální metody vycházejí z principu naučených reakcí. Pomocí různých intervenčních technik pomáhají redukovat stres a tělesné komplikace, které se objevují jako následek léčby karcinomu. Využívanými technikami jsou např. hypnóza, řízená imaginace, biofeedback, aj.

2.2.2.4.3 Metody individuální terapie

Cílem individuální terapie je usnadnit zvládání onemocnění karcinomu prsu díky vzájemné individuální spolupráci terapeuta a ženy s karcinomem prsu. Probíhá ve formě setkání, kde se terapeut a pacientka snaží dosáhnout

předem stanoveného cíle. Individuální terapie může mít podobu krizové intervence až dlouhodobé terapie, trvající několik let.

2.2.2.4.4 Metody skupinové terapie

Metody skupinové terapie využívají ke zvládnání zátěže způsobené karcinomem prsu skupinovou dynamiku a interakci mezi členy skupiny. Těžištěm práce se stává zvládnutí života s onemocněním, kdy je využito malé sociální skupiny jako ideálního prostředku při zvládnání onemocnění. Skupinové terapie využívají faktory, které v individuální terapii nelze objevit. Jedná se o altruismus, katarzi, kohezi, rekapitulaci primární rodiny, univerzalitu utrpení, změny chování, které si lze vyzkoušet v bezpečném prostředí skupiny a zpětnou vazbu, kterou skupina poskytuje. Pro skupiny týkající se onkologicky nemocných, jsou typické a nejlépe využitelné právě altruismus, katarze, koheze a univerzalita utrpení. Velkým přínosem skupinových terapií je také práce s tématem smrti, kdy smrt je chápána jako přirozený proces a lze si ji tak uvědomovat s menšími obavami. Často bývá využívána podpůrná skupinová terapie dle Spiegla, která je postavena na sedmi principech, a to: navázání spojení, vyjadřování emocí, oddémonizování smrti a umírání, přehodnocení životních priorit, zlepšení opory prostřednictvím přátel a rodinných příslušníků, zlepšení vztahu lékař-pacient a v poslední řadě také zlepšení strategií zvládnání onkologického onemocnění (Tschuschke, 2004).

Tschuschke (2004) upozorňuje, že v současné době ještě není studiemí podloženo, která z metod pomáhá v boji s onkologickým onemocněním v určité fázi tohoto onemocnění

nejlépe. Proto je vhodné využít kombinaci metod, které budou ženě s karcinomem prsu nabídnuty dle její individuální situace. Důležité ale je, aby se podařilo dosáhnout:

- výrazné redukce zoufalství, deprese a strachu,
- posílit chuť do života a udržet odpovídající kvalitu života,
- vytvořit strategii vyrovnávacích mechanismů,

případně:

- zlepšit tělesný stav,
- zlepšit imunitní schopnosti.

Angenendt (2010) vidí jako největší přínos psychologicko-psychotherapeutické intervence u žen s karcinomem prsu přispívat k emočnímu přizpůsobení, ke zvýšení sociálního fungování a v odstraňování stresu, který je způsoben onemocněním a následnou léčbou. Zároveň za neúspěšnější formu psychologicko-psychotherapeutické intervence považuje skupinovou terapii.

Ženy s karcinomem prsu mohou jednotlivé formy psychotherapeutické pomoci hledat na onkologických odděleních, nemocničních sociálních odděleních, v organizacích zaměřených na problematiku žen s karcinomem prsu a jednotlivých psychotherapeutů a psychologů.

2.3 Karcinom prsu a jeho sociální aspekty

Karcinom prsu je závažné onemocnění, které s sebou přináší nejenom somatické a psychické aspekty, ale také aspekty sociální. Vágnerová (2004) poukazuje na to, že nemoc nelze posuzovat pouze jako biologickou odchylku, ale

také jako určitý druh sociální deviace. A somatické onemocnění s sebou přináší pro svou nositelku i určitá privilegia (na rozdíl od jiných odchylek sociální identity).

Rozsah onemocnění karcinomem prsu určuje, nakolik znatelné budou sociální dopady na ženu, které byl diagnostikován. Čím dříve je karcinom zachycen, tím je léčebný postup méně razantní. Naopak, čím razantnější léčba je použita, tím budou i sociální dopady tohoto onemocnění větší.

Sociální role ženy se mění spolu s diagnózou. Žena tak dle Vágnerové (2004) získává roli nemocné, která je kvalitativně horší. Vyznačuje se následujícími znaky:

- není považována za viníka své nemoci a nepředpokládá se, že by si mohla pomoci sama,
- má jistá privilegia, tj. je zproštěna určitých povinností, ale i práv zdravých osob,
- očekává se, že se chce uzdravit a bude tak spolupracovat - pokud nespolupracuje, svá privilegia ztrácí a není společností tolerována.

Některé své role ztrácí a stává se tak objektem závislým na péči ostatních.

2.3.1 Karcinom prsu a rodina

Karcinom prsu je natolik závažné onemocnění, že lze s jistotou očekávat, že zasáhne do života celé rodiny. Angenendt (2010) uvádí, že rodina je často šokovaná stejně jako žena, které byla diagnóza sdělena. Objevuje se emoční tlak na všechny zúčastněné, mění se jednotlivé role

v rodině, zvýší se závislost ženy s karcinomem na ostatních členech rodiny.

Vágnerová (2004) považuje rodinu za jedinou sociální skupinu, která ženě dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci a je leckdy jedinou alternativou sociální izolace.

Chovancová a Vašková (1998) upozorňují, že se u člověka s onkologickým onemocněním objevují pochyby, nakolik a zda vůbec mají sdílet diagnózu s rodinnými příslušníky a okolím. Zastávají názor, že je lepší diagnózu sdělit, protože jedině tak nám ostatní mohou nabídnout svou podporu a pomoc. Tomuto tvrzení napomáhá i fakt, že léčba onkologického onemocnění je v pozdější fázi jasně identifikovatelná (ablace prsu, ztráta vlasů, únava, aj.).

Je běžné, že některé negativní pocity jako je strach, hněv, úzkost nebo frustrace, žena sděluje jen nejbližším rodinným příslušníkům, případně nejbližších přátelům. Zároveň ale tito lidé jsou nejčastěji těmi, kdo jí nabízejí pomoc, proto je důležité, aby pečující osoby uměly na tyto negativní projevy vhodně reagovat a nabídnout možnost si o nemoci promluvit. Tschuschke (2004) ale poukazuje na to, že 24% žen s karcinomem prsu uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, které ženy musely zvládnout.

Mnoho žen stojí před otázkou, zda vůbec mají o své diagnóze říkat dětem. Přestože se může zdát, že zatajení diagnózy je způsob ochrany dětí před zraňující informací, opak je pravdou. Děti jsou vnímavé k rodinné atmosféře a drobným rozdílům, a leckdy nechápou, co se v rodině děje. Je důležité jim informaci o karcinomu prsu sdělit ve formě vhodné vzhledem k jejich věku. V ideálním případě by tuto informaci měla sdělit právě žena, které byl karcinom prsu diagnostikován. Zatajení informace подрývá důvěru ve vztahu

s dětmi. Dítě bude tuto informaci zpracovávat a vyrovnávat se s ní pravděpodobně i mimo rodinu, proto by o situaci měli být informováni i další, pro dítě významné osoby (např. učitel, vychovatel, atd.), aby ho mohli v jeho zpracovávání informace podpořit. Je nutné si ale uvědomit, že od dítěte nelze žádat emoční podporu a nelze mu předat velkou míru zodpovědnosti. Zároveň není možné nemoc použít jako výchovný nátlakový prvek (Chovancová a Vašková, 1998).

U dospívajících dcer lze očekávat strach a úzkost z vlastního tělesného zrání, proto je nutné, aby členové rodiny byli k těmto signálům vnímaví a podpořili proces zpracování diagnózy, případně zajistili profesionální pomoc, např. rodinného poradce či psychoterapeuta.

Chovancová a Vašková (1998) poukazují na to, že způsob jakým se žena s diagnózou karcinomu prsu vyrovnává a jaké používá vyrovnávací mechanismy, předává svým dětem, které je nadále aplikují i ve svém životě.

Vymětal (2003) poukazuje na to, že i v moderním medicínském uvažování je aplikován tzv. bioekopsychosociální přístup, který přihlíží k sociálnímu prostředí s ústředním vlivem rodiny. Rodina je tak zahrnována do preventivního, diagnostického, léčebného i rehabilitačního procesu.

2.3.2 Problémy v sexualitě žen s karcinomem prsu

Oblast sexuality je pro ženy, které onemocněly karcinomem prsu, velké téma. U některých žen dochází k poruchám sexuálního chování. Chovancová a Vašková (1998) upozorňují, že diagnóza karcinomu prsu se považuje za velmi obtížnou pro partnerské soužití. Často mezi partnery

dochází ke komunikačním problémům a odcizení. Tschuschke (2004) uvádí, že problémy v sexuální oblasti, které vznikly jako následek onemocnění karcinomem prsu, uvedlo 22-36% žen s tímto onemocněním.

V první řadě dochází ke snížení sexuální touhy jako nežádoucí účinek chemoterapie. Tento stav je ve většině případů dočasný, po skončení léčby se sexuální touha opět navrácí. Je důležité, aby žena měla na paměti, že se nejedná o její selhání ani příznak nějakého psychického onemocnění.

Daleko větší dopad ale má samotná operace prsu. Žena má pocit ztráty tělesné atraktivity. U žen po operaci převládá pocit, že spolu s ablací prsu přišly o své ženství a nebudou tak pro svého partnera přitažlivé. Tato představa může vést k vyhýbání se či naprostému odmítání sexuálního styku. Žena potřebuje dostatek času, aby se vyrovnala s tak velkým zásahem do svého vzhledu. Velmi často ženu v tomto období trápí myšlenky na případnou nevěru partnera či trpí výčitkami svědomí, že partnerovi neposkytuje dostatečné sexuální uspokojení. Tschuschke (2004) ale uvádí, že u 67-85% žen, které podstoupily ablaci prsu, neměla tato operace dlouhodobý vliv na jejich sexuální chování. Z těchto údajů tedy vyplývá, že u podstatné části žen po určité době sexuální problémy odezní.

Žena by měla konzultovat formu antikoncepce se svým lékařem, protože některé hormonálně závislé nádory kontraindikují používání hormonální antikoncepce. Zároveň hormonální léčba může mít i u mladších pacientek za následek předčasné klimakterium, které s sebou přináší typické obtíže. Tyto obtíže by žena měla opět řešit se svým lékařem.

Další komplikace v sexuální oblasti mohou vyvolávat bolesti v operované oblasti, které se mohou objevovat i několik let po operaci prsu.

Velkou otázkou může být pro ženu s karcinomem prsu možnost dalšího mateřství. Vzhledem k tomu, že tato nemoc ohrožuje i mladé ženy, je tato otázka pro mnoho z nich velmi palčivá. Angenendt (2010) sděluje, že pokud žena prodělala estrogen receptor negativní typ karcinomu prsu, nemá metastázy a pokud případné těhotenství u ní nenaznačuje zhoršení prognózy, není důvod, aby neotěhotněla. Plán otěhotnět by ale měl být konzultován s lékařem a žena by měla mít na paměti, že bude podléhat zvýšené kontrole. Zároveň by měla počítat s možnými komplikacemi, které se týkají kojení dítěte (např. nemožnost kojení).

2.3.3 Karcinom prsu a výkon povolání

Pro setrvání ve výkonu povolání je pro ženu rozhodující rozsah onemocnění, ale i samotný druh povolání. Setrvání ve výkonu povolání může mít pro ženu pozitivní vliv, žena se neorientuje pouze na svůj zdravotní stav, práce ji zaměstnává, dodává sebedůvěru a v neposlední řadě i finanční stabilitu.

Pokud lékař uzná ženu dočasně pracovně neschopnou, náleží jí dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, nemocenské dávky. O ukončení pracovní neschopnosti rozhoduje opět lékař. Pokud je zdravotní stav nepříznivý po celou podpůrčí dobu (tj. 380 po sobě jdoucích kalendářních dní) natolik, že žena nemůže nastoupit do výkonu povolání a splnila potřebnou dobu pojištění, může zažádat o invalidní důchod.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, rozděluje invaliditu do tří stupňů dle poklesu pracovní schopnosti. Žádost o invalidní důchod musí být potvrzena ošetřujícím lékařem či onkologem. O nároku na důchod, jeho výši a výplatě rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení.

2.3.4 Karcinom prsu jako zdroj nepříznivé životní situace

Může se stát, že finanční dopad karcinomu prsu bude natolik značný, že uvede ženu a její rodinu do existenčních problémů.

Zdravotní pojišťovny proplácejí pacientkám s karcinomem prsu komplexní lázeňskou péči po dva roky od skončení léčby. V dalších letech je možné požádat o příspěvek na lázeňskou péči.

Zdravotní pojišťovny také proplácejí ženám náklady spojené s cestováním do zdravotnického zařízení během onkologické léčby. Je hrazeny většinou do výše ceny jízdenky na veřejnou dopravu do nejbližšího adekvátního zdravotního zařízení.

Další možností je navštívit příslušný Úřad práce a dle individuální situace ženy požádat o jednotlivé sociální dávky.

Pokud zdravotní stav vyžaduje při zvládání základních životních potřeb péči další osoby, může žena požádat o příspěvek na péči, jehož výše je vymezena ve čtyřech stupních závislosti.

Pokud žena nemůže vykonávat své původní povolání, ale chce i nadále zůstat v pracovním procesu, může být řešením absolvování rekvalifikačního kurzu, který je hrazen Úřadem práce a následné pracovní zařazení.

2.3.5 Organizace zabývající se problematikou žen s karcinomem prsu

Problematicke rakoviny prsu se v posledních letech věnuje stále větší prostor. Zvýšený výskyt tohoto onemocnění způsobil vznik mnoha organizací, pro které se karcinom prsu stal ústředním tématem.

Mnoho takových organizací bylo původně svépomocnými skupinami žen, které samy karcinomem prsu procházely. Následně některé organizace zaměřily na zlepšení prevence a následné péče.

Mezi nejznámější organizace, které se problematice karcinomu věnují, patří Mamma Help, Arcus, Liga proti rakovině či Klub ŽAP.

V roce 2001 vyvrcholila snaha 19 patientských organizací založit platformu, která by úsilí organizací sjednotila. Vznikla tak Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. Její cíle jsou:

- *„vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace,*
- *poskytovat metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocných,*
- *koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu,*

- *sjednotit snahy patientských organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu,*
- *zastupovat české onkologické pacientky v mezinárodních strukturách." (online, Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., 25. 5. 2013).*

Některé organizace byly iniciovány samotnými lékařskými odborníky, kterých se téma karcinomu prsu dotýká. Ideálním příkladem takovéto snahy je Občanské sdružení PROJEKT 35, který zaměřuje na ženy, kterým byl karcinom diagnostikován do 35-ti let. Cíle sdružení PROJEKT 35 jsou:

- *„Zkvalitnit diagnostiku a léčbu mladých žen ve věku do 35 let se zhoubným nádorem prsu, umožnit těmto pacientkám léčit se doma a zároveň mít přístup ke všem standardním i velmi speciálním vyšetřením a k novým léčebným metodám.*
- *Sjednotit a zároveň aktualizovat léčebné postupy těchto pacientek.*
- *Vyzvat onkology, radiační onkology, radiology, chirurgy, plastické chirurgy, gynekology ale i praktické lékaře ke spolupráci.*
- *Založit databázi všech pacientek s karcinomem prsu do 35 ti let, získat epidemiologická data a podklady pro celonárodní klinický výzkum týkající se karcinomu prsu mladých žen a zapojit do něj všechna česká pracoviště." (online, Občanské sdružení Projekt 35, 25/5/2013).*

Zároveň vznikají internetové portály, které mají za úkol co nejvíce ženy o nemoci informovat. Na některých fungují i internetové poradny, kde na konkrétní dotazy odpovídá přímo lékař. Jeden z těchto portálů provozuje například Občanské

sdružení Nejsi na to sama. Cílem tohoto portálu je informovat o prevenci, diagnóze a léčbě, předat ženě konkrétní kontakty na komplexní onkologická centra a přiblížit ženě, co všechno ji může během léčby potkat. Žena zde nalezne praktické rady, týkající se komunikace s lékařem, slovníček lékařských výrazů či kontakty na patientské organizace.

Většina organizací vydává příručky s návodem k samovyšetřování prsu či příručky týkající léčby rakoviny prsu. Tyto materiály jsou běžně dostupné v čekárnách u lékaře, sídlech organizací, občanských poradnách, úřadech či volně ke stažení na webových stránkách.

2.3.5.1 Svépomocné skupiny

Prvky skupinové psychoterapie se snaží využít svépomocné skupiny. Vymětal (2003) definuje svépomocnou skupinu jako hnutí, na kterém se podílí bývalí i současní pacienti, rodinní příslušníci a ostatní významné osoby jejich života. Jednotlivé účastníky spojují stejné problémy, které vyplývají ze stejné či podobné poruchy zdraví a stejných zkušeností.

Účastníci si své skupiny řídí sami a snaží se maximálně využít laickou pomoc. Během pravidelných otevřených sezení se ženy dostávají k různým tématům, které jejich onemocnění provázejí. Sdělují si zkušenosti, jak řešit sdělení diagnózy dětem, jak se vyrovnat s recidivou, jak řešit problémy v sexuální oblasti, kde si mají pořídit paruku či epitézu, apod. Ženy se navzájem podporují, zbavují se pocitu osamění a odcizení v boji s karcinomem. Vymětal (2003) nazývá svépomocné skupiny pozitivním sociálním fenoménem. K čemuž přispívá také to, že členství

ve svépomocné skupině není v naší společnosti natolik stigmatizující, jako jiná forma psychoterapeutické pomoci (Havránková in Matoušek, 2003).

Příkladem může být například Svépomocná skupina žen po ablaci prsu JANTAR, která se schází 2x v měsíci.

Některé organizace do svépomocných skupin zvou odborníky z řad psychoterapeutů, psychologů či sociálních pracovníků, a skupina se tak nachází na hraně skupinové psychoterapie a svépomocné skupiny.

3 Výzkumná část

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, v jaké míře poskytují sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních podporu ženám, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, zda tyto sociální pracovníci podstupují školení, které se týká osob s onkologickým onemocněním, v jaké fázi onemocnění se ženy na sociální pracovníky obrací a které své problémy s nimi řeší.

Před otazníkovým šetřením jsem si stanovila tyto výzkumné otázky

1, Setkávají se sociální pracovníci s ženami s diagnózou karcinomu prsu?

2, V jaké fázi onemocnění se ženy s karcinomem prsu obrací na sociální pracovníky?

3, Existuje spolupráce sociálního pracovníka a ošetřujícího lékaře?

4, S jakými problémy se ženy s karcinomem prsu obrací na sociálního pracovníka?

3.2 Popis výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. Přestože Disman (2011) správně poukazuje na nevýhody této metody, zejména na nízkou návratnost, možnou nízkou ochotu dotazovaného dotazník vyplnit či přeskočení některých otázek, domnívám se, že například metoda rozhovoru by byla

v případě tohoto šetření velmi ztížená. Například časová náročnost, vzhledem k rozmístění zdravotnických zařízení po celé České republice, by byla velmi znatelná.

V rámci výzkumu byli osloveni sociální pracovníci, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních. Dle Registru zdravotnických zařízení jsem vytypovala ta zařízení, na jejichž webových stránkách byl umístěn kontakt sociálního pracovníka. Jednalo se o státní i soukromá zdravotnická zařízení. Celkem jsem oslovila 52 sociálních pracovníků z 52 zdravotnických zařízení.²

Tyto sociální pracovníky jsem oslovila e-mailem s příloženým dotazníkem. Dotazník obsahoval celkem 12 uzavřených a 1 polouzavřenou otázku. Dotazovaní zvolené odpovědi zvýraznili a celý dotazník zaslali e-mailem zpět.

Výzkum probíhal během května a června 2013.

3.3 Charakteristika cílové skupiny

Oslovila jsem sociální pracovníky či zdravotně sociální pracovníky (dle Matouška a kol., 2011) rozlišení zavedl zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)), kteří pracují ve zdravotnických zařízeních (státních i soukromých). V těch zařízeních, kde pracuje více sociálních pracovníků a mají rozdělené jednotlivé oddělení do svých kompetencí, jsem oslovila vždy toho, pod kterého spadá onkologické oddělení.

² Z každého zdravotnického zařízení jsem oslovila vždy pouze jednoho sociálního pracovníka.

Pokud rozdělení kompetencí nebylo zveřejněno, oslovila jsem vedoucího sociálního pracovníka.

Způsobem oslovení sociálních pracovníků jsem ale vyloučila ty, kteří nemají uveřejnění kontakt na webových stránkách zdravotnického zařízení, případně ty, kteří nedosahují minimální počítačové gramotnosti. Nepředpokládám ale, že by tento fakt změnil výsledky mého dotazníkového šetření.

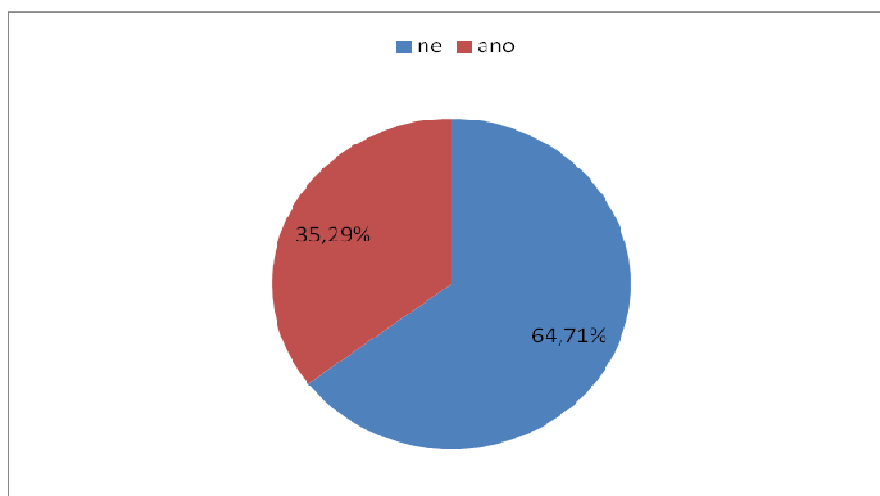
3.4 Otázky, které byly dotazovaným položeny a vyhodnocení dotazníkového šetření

Z celkového počtu 52 oslovených sociálních pracovníků, odpovědělo celkem 31. V jednom případě nebylo možné dotazník doručit, pravděpodobně z důvodu neaktuální e-mailové adresy umístěné na webových stránkách zdravotnického zařízení. Celkem 21 oslovených na e-mailovou zprávu vůbec nereagovalo.

Z 31 zaslaných odpovědí jsem získala 17 vyplněných dotazníků. Zbylých 14 oslovených shodně odpovědělo, že dotazník nevyplní z důvodu, že se s cílovou skupinou nesetkávají - ženy je samy nevyhledávají, ani není zvykem v jejich zdravotnickém zařízení tyto ženy kontaktovat. Přestože tyto dotazníky nelze zařadit do vyhodnocení, tento fakt potvrzuje mé výzkumné předpoklady. Návratnost dotazníků je tedy 32,6%.

Pro přehledné vyhodnocení dotazníkového šetření jsem použila tzv. koláčový typ grafu.

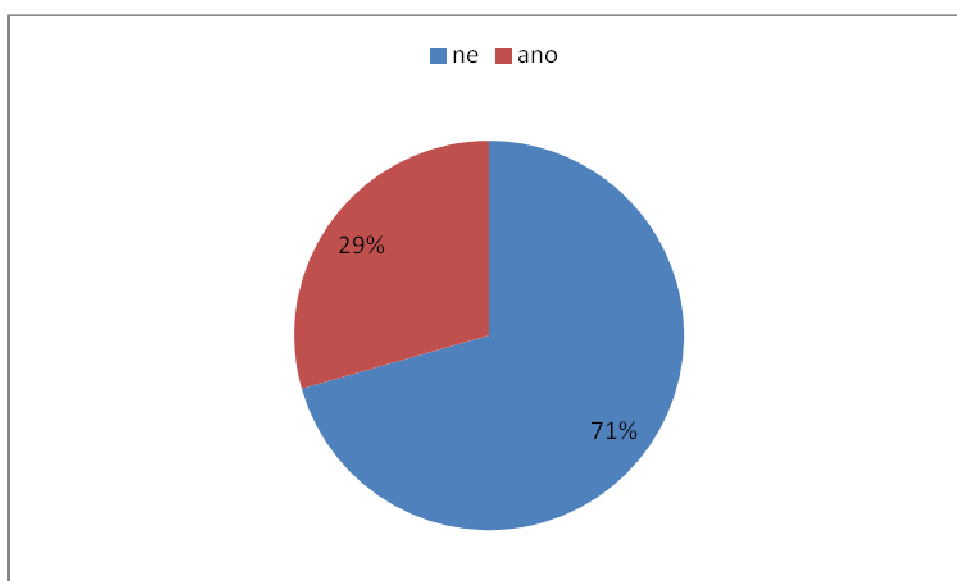
1, Vyhledávají vás ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu?



Jedna dotazovaná upřesnila, že ženy ji kontaktují „po doporučení lékařem“ a jedna sociální pracovnice označila odpověď „ne“ a připsala slovo „zřídka“.

35% sociálních pracovníků uvedlo, že ženy s karcinomem prsu je nevyhledávají.

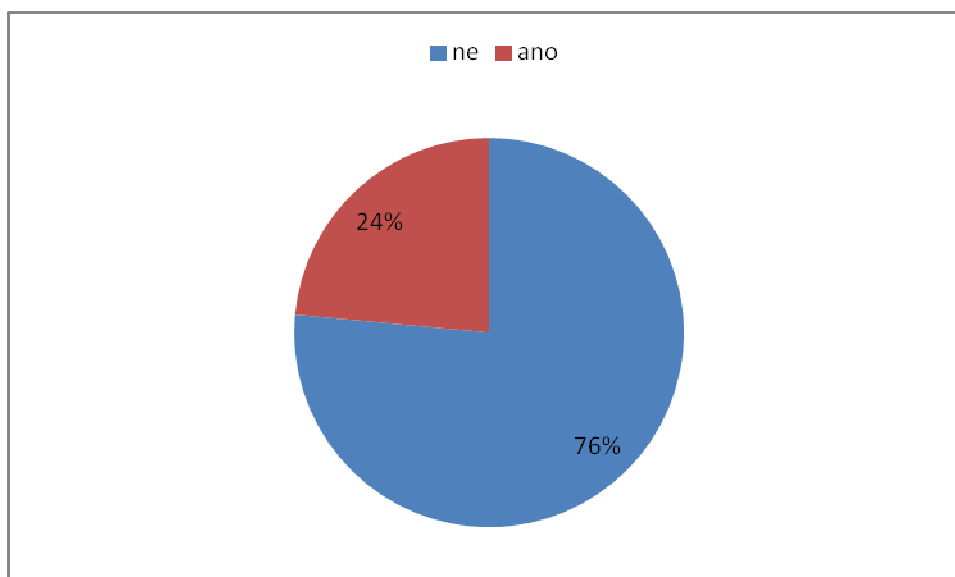
2, Vyhledávají vás blízké osoby žen, kterým byl diagnostikován karcinom prsu?



Jedna dotazovaná upřesnila, že ženy ji kontaktují „po doporučení lékařem“ a jedna sociální pracovníce označila odpověď „ne“ a připsala slovo „zřídka“.

71% sociálních pracovníků uvedlo, že blízké osoby žen s karcinomem prsu je nevyhledávají.

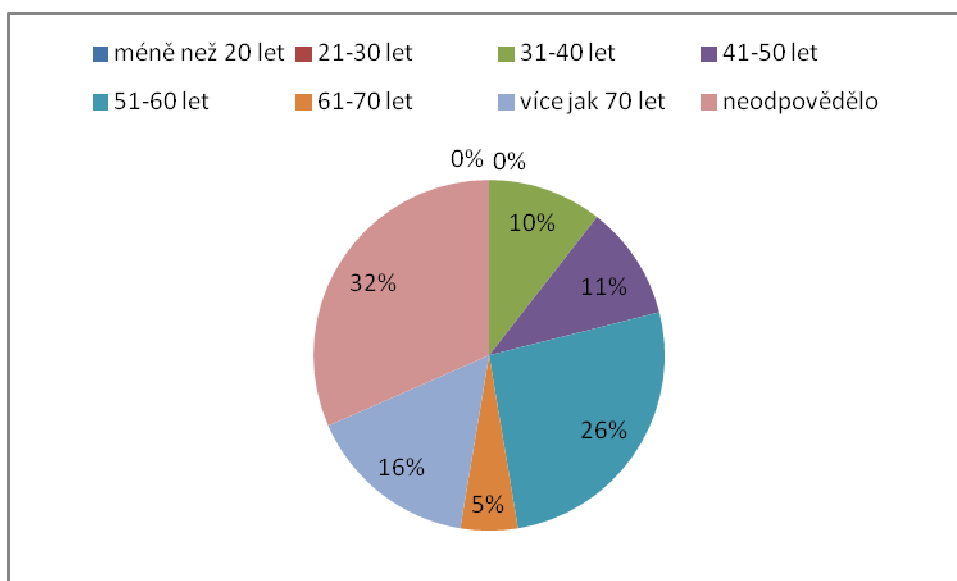
3, Vyhledáváte sám/ sama aktivně ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu? (např. docházení na lůžkové oddělení, umístění kontaktů na informačních materiálech pro pacientky)



Jedna sociální pracovníce uvedla, že provádí „depistáž klientů (obecně), kteří potřebují sociální poradenství či intervenci v nepříznivé situaci“. Další sociální pracovníce uvedla, že „sociální šetření provádí pouze na základě indikace lékařem.“

76% sociálních pracovníků uvedlo, že ženy s karcinomem prsu sami aktivně nevyhledávají.

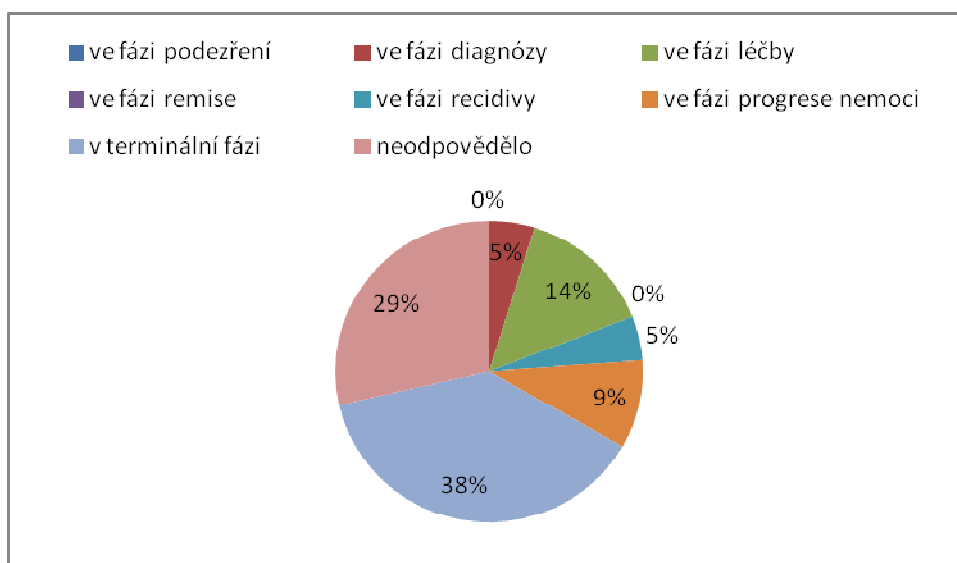
4, Jaká věková skupina žen, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, se na vás nejčastěji obrací?



Na sociální pracovníky se nejčastěji obrací ženy ve věku 51-60 let.

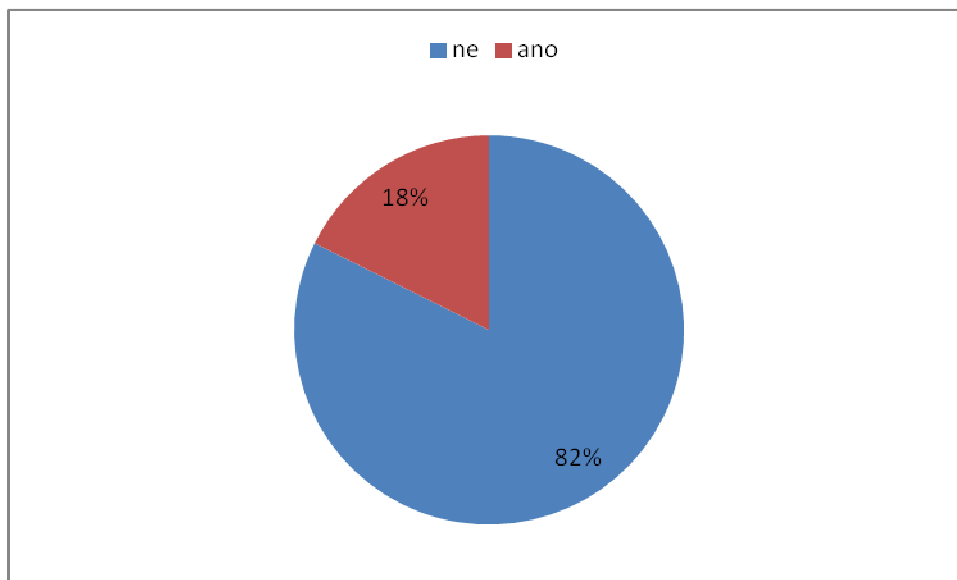
Dva sociální pracovníci označili v této otázce dvě věkové kategorie. Jedna sociální pracovnice na tuto otázku neodpověděla a upřesnila „že se na ní obrací všechny věkové kategorie“.

5, V jaké fázi onemocnění se na vás obrací největší procento žen s karcinomem prsu?



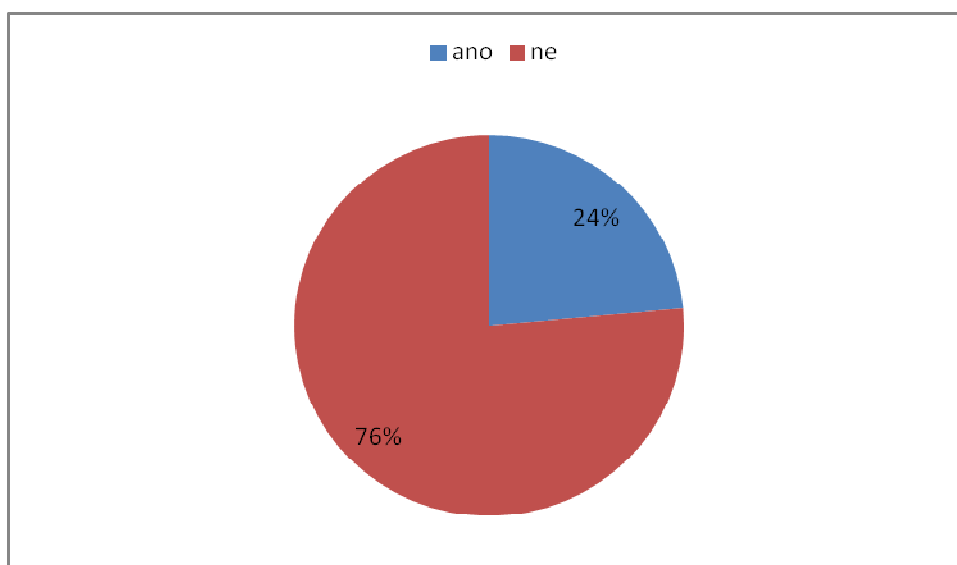
Nejvíce žen s karcinomem prsu, které se obrací na sociální pracovníky, je v terminální fázi onemocnění.

6, *Spolupracujete s nějakou organizací, která se věnuje ženám s karcinomem prsu?*



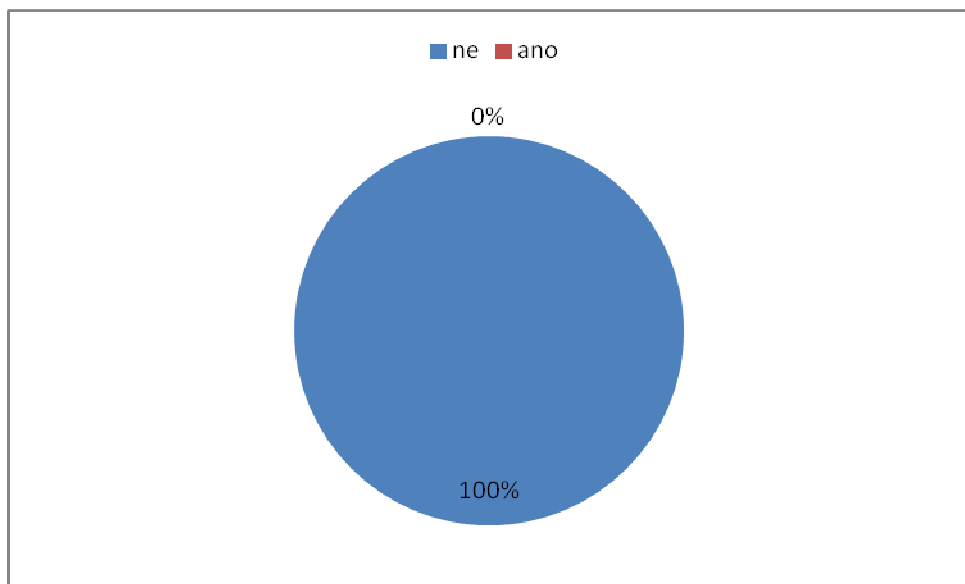
Naprostá převaha sociálních pracovníků nespolupracuje s organizací, která se věnuje ženám s karcinomem prsu. Pouze jedna sociální pracovnice uvedla, že „*má naplánované první setkání s pracovníky organizace Mamma Help*“.

7, *Pracuje ve vaší nemocnici na onkologickém oddělení psychoonkolog?*



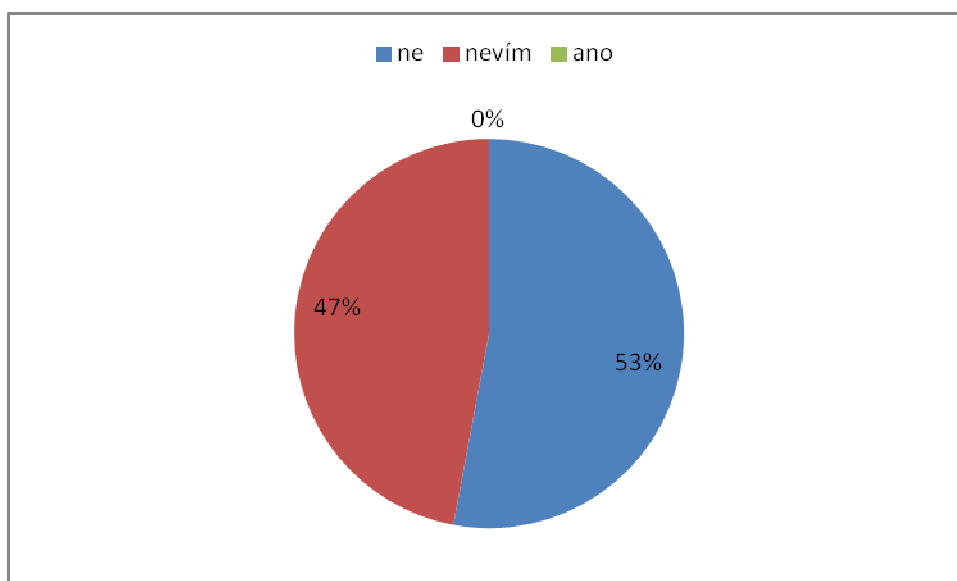
V naprosté většině zdravotních zařízení, ve kterých pracují dotazovaní sociální pracovníci nepracuje psychoonkolog. Jedna sociální pracovnice označila odpověď „ano“ a upřesnila, že „psychologická ambulance je umístěna externě mimo onkologické oddělení“.

8, Je ve vaší nemocnici zvykem, že lékař pozve vás ke sdělování diagnózy karcinomu prsu?



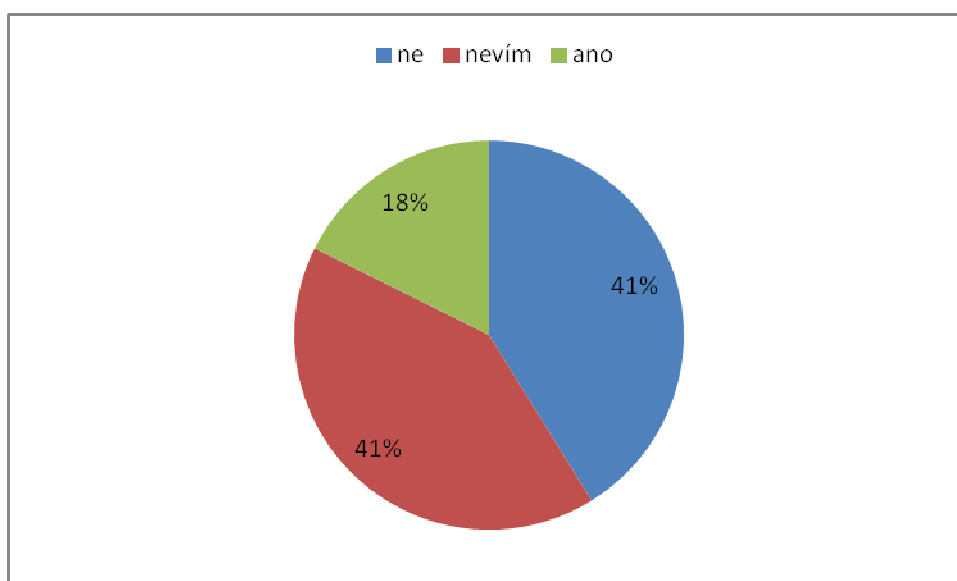
V žádném zdravotním zařízení, kde dotazovaní sociální pracovníci pracují, není zvykem, aby byli přizváni ke sdělení diagnózy karcinomu prsu.

9, Je ve vaší nemocnici zvykem, že lékař pozve psychologa ke sdělování diagnózy karcinomu prsu?



Žádný z dotazovaných sociálních pracovníků si není vědom, že by byl ke sdělení diagnózy karcinomu prsu přizván psycholog.

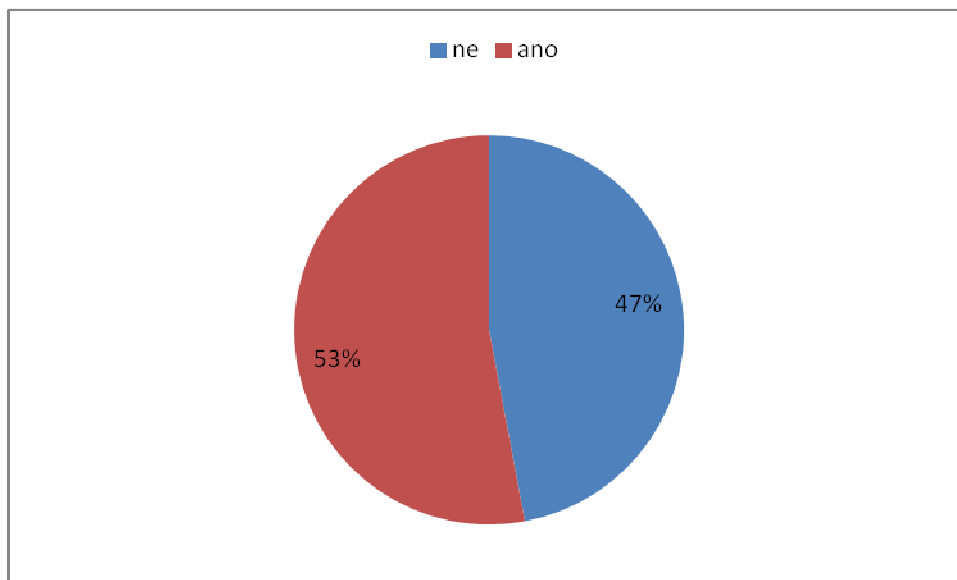
10, Předává lékař během sdělení diagnózy karcinomu prsu ženě kontakt na sociálního pracovníka?



Jedna sociální pracovnice uvedla, že lékař předává kontakt na sociálního pracovníka pouze, když to stav ženy vyžaduje (označila odpověď „ano“). Druhá sociální

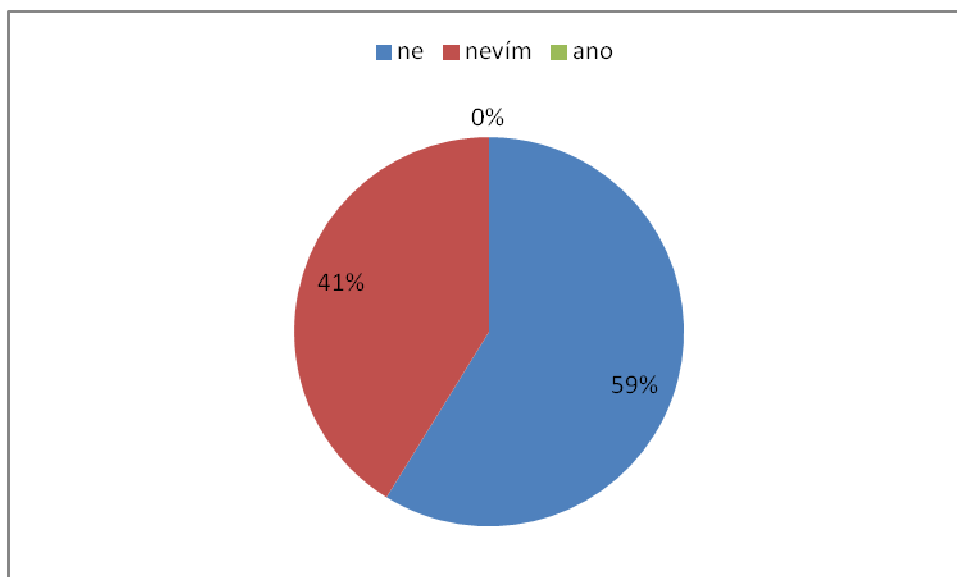
pracovnice uvedla, že lékař předává kontakt nejčastěji ženám v terminálním stadiu (označila odpověď „ne“).

11, *Absolvoval jste někdy školení týkající se přístupu k onkologicky nemocným osobám?*



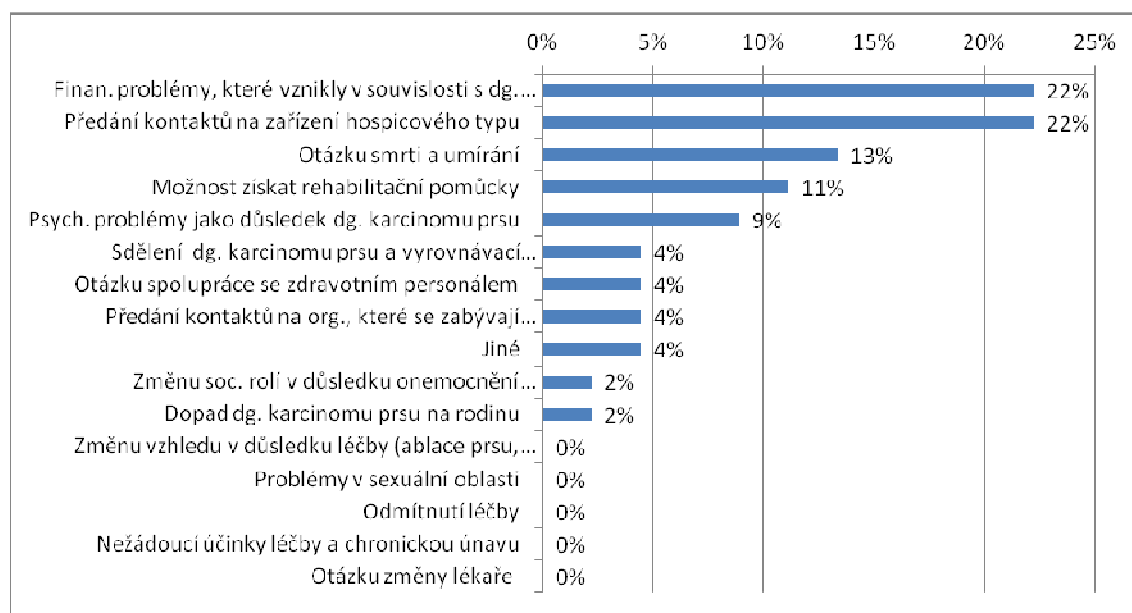
Školení, které se týká onkologicky nemocných osob absolvovala mírná většina dotazovaných sociálních pracovníků.

12, *Scházejí se ženy, které onemocněly karcinomem prsu ve vaší nemocnici na svépomocných skupinách?*



Žádný z dotazovaných sociálních pracovníků si není vědom, že by se v jeho zdravotním zařízení scházela svépomocná skupina žen s karcinomem prsu.

13, Které problémy s vámi ženy s karcinomem řeší nejčastěji?



3

Se sociálním pracovníkem řeší ženy s karcinomem prsu nejčastěji finanční problémy, které vznikly v souvislosti s diagnózou karcinomu prsu (v 22%) a předání kontaktů na zařízení hospicového typu (v 22%). Právě fakt, že se jedná o jeden z nejčastějších problémů, potvrzuje, že se na sociálního pracovníka obrací nejčastěji v terminálním stadiu.

Dvě sociální pracovnice shodně uvedly, že dále řeší především dávky nemocenského pojištění. Další sociální pracovnice uvedla, že s ženami řeší problém týkající se invalidního důchodu.

³ Vzhledem k lepší přehlednosti jsem u vyhodnocení této otázky použila jiný typ grafu (tzv. pruhový graf) než v předchozích vyhodnoceních.

3.5 Výzkumný předpoklad a jeho vyhodnocení

Před vyhodnocením vrácených dotazníků jsem vytvořila tyto výzkumné předpoklady:

1, Pro ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, není vyhledávání pomoci sociálního pracovníka běžné. A zároveň sociální pracovník aktivně nevyhledává ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu.

Domnívám se, že tento výzkumný předpoklad dotazníkové šetření potvrdilo. Samotné ženy a jejich blízké osoby sociálního pracovníka kontaktují minimálně. Bohužel ale i většina sociálních pracovníků tyto ženy aktivně nevyhledává. Právě v tomto faktu vidím základ špatné dostupnosti sociální práce pro ženy s karcinomem prsu. Je důležité, aby sociální pracovníci byli při kontaktování žen sami aktivní, a zároveň spolupracovali s ošetřujícími onkology, protože jedině tak začne být kontaktování sociálního pracovníka pro ženy běžné a nestigmatizující.

2, Na sociálního pracovníka se obrací ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, ve fázi diagnózy či léčby.

Můj výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Ženy nejčastěji sociálního pracovníka kontaktují v terminálním stadiu. Toto stadium onemocnění s sebou ale přináší již omezenou škálu problémů, které se sociálním pracovníkem bude žena řešit.

3, Se sociálním pracovníkem řeší ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, nejčastěji finanční problémy, které vznikly v souvislosti s onemocněním.

Zde se můj výzkumný předpoklad potvrdil pouze z části. Ve stejné míře ženy se sociálním pracovníkem řeší předání kontaktů na zařízení hospicového typu, které s sebou přináší právě terminální stadium onemocnění.

4, Sociální pracovníci spolupracují s organizací, která se věnuje ženám s karcinomem prsu.

Ani v tomto případě se můj výzkumný předpoklad nepotvrdil. Právě ale spolupráce sociálních pracovníků ve zdravotních zařízeních a organizací pro ženy s karcinomem prsu může opět nastartovat lepší využití této služby.

4 Diskuze

Můj výzkum mezi sociálními pracovníky ve zdravotnickém zařízení přinesl smutné závěry:

Sociální práce v nemocnici s ženami s karcinomem prsu je zcela nedostatečná.

Je důležité si uvědomit, nakolik je psychická a sociální stránka somatického onemocnění důležitá pro samotný proces uzdravení. Domnívám se ale, že velká část společnosti si není vědoma pozitivních dopadů psychické a sociální pomoci na vývoj onemocnění, proto není běžné vyhledávat po sdělení diagnózy či během léčby pomoc psychologa či sociálního pracovníka. Striktní oddělení medicínské a psychosociální pomoci je v případě tak závažného onemocnění nežádoucí.

Bohužel tento stav není jen problémem malých zdravotnických zařízení, kde nemají lůžka pro onkologické pacienty, ale i velkých fakultních nemocnic, jejichž onkologické oddělení slouží jako Komplexní onkologická centra (těchto zařízení je v ČR celkem 13).

Výskyt karcinomu prsu u žen je v našich podmínkách stále častějším onemocněním. Přestože vývoj léčby tohoto onemocnění jde stále kupředu, finanční výdaje na léčbu tohoto onemocnění stále rostou. Je logické, že při nedostatku finančních prostředků ve zdravotnických zařízeních nebude sociální práce v nemocnici zažívat obrovský rozmach, ale v současné době je pouze minimalizována na otázky týkající se umístění seniorů do zařízení následné péče, žádostí o sociální dávky či řešení tíživé finanční situace blízkých osob, atd.

Právě multidisciplinární spolupráce onkologa, psychoonkologa, psychologa a sociálního pracovníka by mohla

být přínosem a dalším krokem ke komplexní psychosociální pomoci v tak tíživém období, jakým je boj s karcinomem prsu.

Ženy nejsou dostatečně informovány o možnosti kontaktovat sociálního pracovníka.

Právě zdravotnický personál je vhodným prostředníkem, který může ženě doporučit návštěvu sociálního prostředníka. Není ale běžné, aby byl sociální pracovník přítomen na oddělení či při sdělování diagnózy, dále pak aby lékař předával kontakt na sociálního pracovníka např. během sdělování diagnózy, aby sociální pracovník aktivně vyhledával ženy s diagnostikovaným karcinomem prsu. Nejčastější formou informování o sociálním pracovníkovi je umístění kontaktu na webových stránkách či např. na nástěnkách na onkologickém oddělení.

5 Závěr

Cílem mé práce bylo poukázat souvislost psychických a sociálních problémů v souvislosti s diagnózou karcinomu prsu.

Chovancová a Vašková „upozorňují, že přizpůsobování se a přijímání faktu onkologického onemocnění je proto tak složité, že se v něm střetávají obecné povědomí a představy o rakovině, s místem nemocného na jeho životní pouti. Jeho životní orientací, hodnotami, postoji, fantaziemi a očekávání, s jeho vůlí žít. Nemocný prochází stavy zoufalství, strachu ze smrti, rozkolísané vůle k životu, svádí boj mezi nadějí a beznadějí. A když si konečně uvědomí a do hloubky zakusí fakt, že život se závažným onemocněním lze žít, pokračuje na své životní pouti, život má pro něho novou dimenzi a hodnotu, ať má před sebou týdny, měsíce nebo roky.“ (Chovancová a Vašková, 1998, str. 50). Právě tyto slova velmi dobře charakterizují emoce a myšlenky, které tak závažné onemocnění vyvolává.

Je důležité si uvědomit, že komplexní pojetí onemocnění (zahrnutí nejen medicínské, ale i psychosociální složky) umožňuje ženě aktivovat správné obranné mechanismy a zahájit tak boj s nemocí. Právě psychická zátěž spojená s diagnózou a průběhem onemocnění výrazně ovlivňuje průběh onemocnění a uzdravy.

Během zpracovávání tématu jsem se ujistila, že můj předpoklad o tom, že sociální práce s touto cílovou skupinou není běžná, je správný. V současné době nejsou bohužel propojeny medicínské a psychosociální složky. Každý sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení může svou aktivitou (např. docházením na onkologická oddělení) přispět k propojení těchto složek a zároveň by vedení

těchto zařízení mělo pracovat na informovanosti lékařů a jiného zdravotnického personálu o možnosti doporučit ženě kontaktovat sociálního pracovníka (např. ve školeních týkající se komunikace s pacientem, apod.).

Spolu s vývojem léčebných a diagnostických postupů a lékařských výzkumů by se měly ale rozvíjet i doprovázející metody, které přispívají k rychlejší úzdavě a kvalitě života nemocného. Mám ale bohužel pocit, že sociální práce ve zdravotnictví nenaplňuje v současné době zdaleka svůj potenciál a minimálně ještě několik let bude vnímána společností jako zprostředkovatel domácí péče, překladů do Léčeben dlouhodobě nemocných či jiných zařízení. V budoucnu se snad stane pro ženy s karcinomem prsu, ale i pro osoby s jiným onemocněním, naprosto běžnou součástí léčby.

6 Resumé

Ve své diplomové práci „Ženy po ablaci prsu v kontextu sociální práce“ jsem se pokusila shrnout hlavní aspekty problematiky týkající se žen s onemocněním karcinomem prsu.

V teoretické části se nejprve věnuji karcinomu prsu z medicínského hlediska. Shrnula jsem základní anatomii prsu, příznaky karcinomu prsu, jeho druhy, rizikové faktory jeho vzniku, léčbu a její vedlejší účinky. Dále jsem považovala za nutné zmínit četnost výskytu tohoto onemocnění v České republice.

Podstatnou část práce věnuji psychologickým a sociálním aspektům této diagnózy. Zaměřila jsem se na zvládání jednotlivých fází onemocnění a jejich dopadů na psychiku ženy, psychologicko-psychoterapeutickou intervenci, jednotlivé metody práce s těmito ženami a na dopad onemocnění na blízké okolí ženy, včetně dopadu na partnerský vztah. Je důležité si uvědomit, že chirurgická léčba karcinomu prsu může mít vliv na vzhled ženy, proto jsem považovala za nutné se také věnovat změně sebeobrazu a problematice sebepřijetí.

Zmapovala jsem jaké možnosti má žena s karcinomem prsu a ocitla se v tíživé životní situaci (například v důsledku neschopnosti vykonávat povolání) a dále pak organizace, které může navštívit.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na vyhodnocení dotazníku, který jsem položila sociálním pracovníkům ve zdravotnických zařízeních. Otázky a důležitá témata, které mě z vyhodnocení dotazníku vyvstaly, jsem se pokusila formulovat v **Diskuzi**.

7 Summary

In my thesis "Women after Mastectomy in the context of Social Work", I tried to summarize the main aspects of issues relating to women with breast cancer disease.

In the theoretical part, at first I paid attention to the breast cancer from the medical point of view. I summarized the basic anatomy of breast, symptoms of breast cancer, its types, risk factors for its occurrence, treatment and its side effects. I also felt necessary to mention the occurrence of this disease in the Czech Republic.

Substantial part of the work has been devoted to the psychological and social aspects of this diagnosis. I focused on managing the various stages of the disease and its impact on the woman's psyche, psychological and psychotherapeutic intervention, particular methods of working with these women and the impact of the disease on the woman's close society including the impact on the partnership. It is important to perceive that surgical treatment of breast cancer can affect a woman's appearance, therefore I felt necessary to deal also with the issue concerning the change in self-image and self-acceptance.

I searched and outlined all possibilities that a woman with breast cancer has when founding herself in a difficult situation (e.g., due to inability to work) and further then all organizations she can visit.

In the research, I focused on the evaluation of the questionnaire submitted to social workers in health care facilities. Questions and important issues resulting from the evaluation are formulated in the **Discussion**.

8 Seznam použité literatury

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

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, DUŠEK, Ladislav, a kol. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 277 s. ISBN: 80-247-0499-4

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

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

ATKINSON, Rita L., a kol. Psychologie. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN: 80-7178-640-3

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

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. 4. vydání. Praha: Karolinum, 2011. 372 s. ISBN: 978-80-246-1966-8

HONZÁK, Radkin, NOVOTNÁ, Vladimíra. Krize v životě, život v krizi. Praha: Road, 1994. 129 s. ISBN: 80-83385-60-00

CHOVANCOVÁ, Zdeňka, VAŠKOVÁ, Jana. Diagnóza nádor: a co dál... 1. vydání. Praha, Grada Publishing, 1998. 104 s. ISBN: 80-7169-668-4

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

KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 136 s. ISBN: 978-80-247-2831-5

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN: 80-247-0179-0

MATOUŠEK, Oldřich, a kol. Sociální služby. 2. vydání. Praha: Portál, 2011. 200 s. ISBN: 978-80-262-0041-3

NEZU, Arthur M., NEZUOVÁ, Christine Maguth, FRIEDMANOVÁ, Stephanie H., FADDISOVÁ, Shirley, HOUTS, Peter S., Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN: 80-7364-000-7

Novotvary 2009 ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. 264 s. ISBN: 978-80-7280-975-2

SMĚKAL, Vladimír. Pozvání do psychologie osobnosti. 2. vydání. Brno: Barrister&Principal, 2004. 523 s. ISBN: 80-86598-65-9

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. Interní ošetřovatelství II. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 211 s. ISBN: 80-247-1777-8

TOMEŠ, Igor. SOCIÁLNÍ POLITIKA teorie a mezinárodní zkušenost. 2. vydání. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN: 80-86484-00-9

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

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN: 80-7178-802-3

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

VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN: 80-7178-740-X

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Elektronické zdroje:

Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., dostupné na: <http://www.breastcancer.cz/>, ze dne 9. 4. 2013

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, dostupné na: <http://www.linkos.cz/>, ze dne 28. 2. 2013

Český statistický úřad. *Zemřelí podle příčin smrti, pohlaví, velikostních skupin obcí a krajů 2011*. Dostupné na:

[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/99002706E9/\\$File/401912rg01.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/99002706E9/$File/401912rg01.pdf) , ze dne 10. 5. 2013

Engelová, D.: *Možnosti chirurgického řešení karcinomu prsní žlázy*. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/moznosti-chirurgickeho-reseni-karcinomu-prsni-zlazy-165980>, ze dne 9. 4. 2013

Mamma centrum Zelený pruh, dostupné na:
<http://www.mammacentrum.cz/>, ze dne 13. 7. 2013

MeDitorial+, dostupné na <http://www.lecba-rakoviny.cz/home>,
ze dne 29. 11. 2012

Občanské sdružení Nejsi na to sama, dostupné na:
<http://www.rakovinaprsu.cz/> , ze dne 11. 7. 2013

Občanské sdružení Projekt 35, dostupné na:
<http://www.projekt35.cz/>, ze dne 25. 5. 2012

Pecha, V.: *Karcinom prsu u mužů*. Dostupné na:
<http://www.cssmweb.cz/news/karcinom-prsu-u-muzu/>, ze dne
24. 1. 2013

Program mamografického screeningu v České republice,
dostupné na <http://www.mamo.cz/index.php>, ze dne 27. 1.
2013

Registr zdravotnických zařízení. Dostupné na
<https://snzr.uzis.cz/viewzz/rzz.htm>, ze dne 3. 5. 2013

Strnad, P.: *Karcinom prsu*. Dostupné na:
<http://www.senologie.cz/cinnost/karcinom-prsu.php> , ze dne
29. 11. 2012

9 Seznam zkratek

aj. - a jiné

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

Bc.- bakalář

č. - číslo

ČR - Česká republika

ČSÚ - Český statistický úřad

dg. - diagnóza

DNA - deoxyribonukleová kyselina

Doc. - docent

event. - eventuálně

finan. - finanční

FN - fakultní nemocnice

kol. - kolektiv

lat. - latinsky

LF MU Brno - Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

mj. - mimo jiné

Mgr. - magistr

MUDr. - medicinae universae doctor

např. - například

NOR - Národní onkologický registr

o.p.s. - obecně prospěšná společnost
org. - organizace
PhDr. - philosophiae doctor
Prof. - profesor
psych. - psychické
Sb. - sbírka
soc. - sociální
stol. př. n. l. - století před naším letopočtem
str. - stran
tj. - to je
tzv. - tak zvaný
vyd. - vydání
www - World Wide Web
ZN - zhoubný novotvar

10 Seznam příloh:

Příloha č. 1: **Dotazník pro sociálního pracovníka
v nemocničním zařízení**

10.1 Příloha č. 1

DOTAZNÍK PRO SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ

U otázek č. 1-12 označte pouze 1 odpověď. U otázky č. 13 zvolte max. 3 odpovědi.

Zvolenou odpověď prosím označte tučně či kurzívou.

1, Vyhledávají vás ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu?

- Ano
- Ne

2, Vyhledávají vás blízké osoby žen, kterým byl diagnostikován karcinom prsu?

- Ano
- Ne

3, Vyhledáváte sám/ sama aktivně ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu? (např. docházení na lůžkové oddělení, umístění kontaktů na informačních materiálech pro pacientky)

- Ano
- Ne

4, Jaká věková skupina žen, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, se na vás nejčastěji obrací?

- Méně než 20 let
- 21 -30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61-70 let
- Více jak 70 let

5, V jaké fázi onemocnění se na vás obrací největší procento žen s karcinomem prsu?

- Ve fázi podezření
- Ve fázi diagnózy
- Ve fázi léčby
- Ve fázi remise
- Ve fázi recidivy
- Ve fázi progresu nemoci
- V terminální fázi

6, Spolupracujete s nějakou organizací, která se věnuje ženám s karcinomem prsu?

- Ano

- Ne

7, Pracuje ve vaší nemocnici na onkologickém oddělení psychoonkolog?

- Ano
- Ne
- Nevím

8, Je ve vaší nemocnici zvykem, že lékař pozve vás ke sdělování diagnózy karcinomu prsu?

- Ano
- Ne

9, Je ve vaší nemocnici zvykem, že lékař pozve psychologa ke sdělování diagnózy karcinomu prsu?

- Ano
- Ne
- Nevím

10, Předává lékař během sdělení diagnózy karcinomu prsu ženě kontakt na sociálního pracovníka?

- Ano
- Ne
- Nevím

11, Absolvoval jste někdy školení týkající se přístupu k onkologicky nemocným osobám?

- Ano
- Ne

12, Scházejí se ženy, které onemocněly karcinomem prsu ve vaší nemocnici na svépomocných skupinách?

- Ano
- Ne
- Nevím

13, Které problémy s vámi ženy s karcinomem řeší nejčastěji? (vyberte max. 3 odpovědi)

- Sdělení diagnózy a vyrovnávací mechanismy
- Změnu vzhledu v důsledku léčby (ablace prsu, vypadávání vlasů, atd.)
- Problémy v sexuální oblasti
- Odmítnutí léčby
- Nežádoucí účinky léčby a chronickou únavu
- Změnu sociálních rolí v důsledku onemocnění karcinomem prsu
- Psychické problémy jako důsledek diagnózy karcinomu prsu (deprese, úzkostné stavy, problémy týkající se sebepřijetí či změny sebeobrazu, atd.)

- Finanční problémy, které vznikly v souvislosti s diagnózou karcinomu prsu
- Dopad diagnózy karcinomu prsu na rodinu
- Otázku spolupráce se zdravotním personálem
- Otázku změny lékaře
- Otázku smrti a umírání
- Předání kontaktů na organizace, které se zabývají problematikou žen s karcinomem prsu
- Předání kontaktů na zařízení hospicového typu
- Možnost získat rehabilitační pomůcky
- Jiné – vypište:

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas!

Bc. Marie Kašparová

marie.kasp@gmail.com