

# **Sociální pedagog a jeho možnosti práce s pacienty s onkologickým onemocněním**

Bc. Eva Tesařová

---

Diplomová práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eva Tesařová**

Osobní číslo: **H140368**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální pedagog a jeho možnosti práce s pacienty s onkologickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti zdraví, zdravého životního stylu, komunikace pacienta s lékařem a sociálním pracovníkem.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního a kvalitativního výzkumu prostřednictvím dotazníku a případové studie.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat.**

**Analýza a interpretace výsledků výzkumu, jejich prezentace a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAKOŠOVÁ, Z. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.**

**KVĚTENSKÁ, D. Úvod so sociální práce pro pomáhající profese, Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-860-4.**

**KUZNÍKOVÁ, I. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.**

**SMUTKOVÁ, L. Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 987-80-7041-069-1.**

**VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3.**

**WROCZYŃSKI, R. Sociálna pedagogika. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1968.**

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Zlatica Bakošová, CSc.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 8. 3. 2016

.....  
J. Šmídík ATU

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*



(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se věnuje životnímu stylu a onemocnění karcinomu prsu. Popisuje psychosociální aspekty onkologicky nemocné ženy, sociální oporu a komunikaci. Dotazníkové šetření je zaměřeno na ověření si názorů patientek s onkologickým onemocněním na otázky životního stylu, přijetí onkologické diagnózy, sebevzdělávání a psychosociální opory. Cílem práce je rovněž doporučení, jaké jsou možnosti práce sociálního pedagoga s pacientkami s onkologickým onemocněním.

Klíčová slova: karcinom prsu, životní styl, sociální opora, komunikace, sociální pedagog

## **ABSTRACT**

The thesis discusses the issues of lifestyle and breast cancer. It describes the psychological and social aspects of cancer patients, their social support and communication at different levels. The survey focuses on verifying the views of cancer patients concerning the issues of their lifestyles, dealing with the diagnosis, self- study and psychological and social support. The aim of the thesis is to provide social pedagogue with recommendations as to the possibilities of points of intervention in the field of social support

Keywords: breast cancer, lifestyle, social support, communication, social pedagogue

Motto: *I za mraky slunce svítí.*

Děkuji Doc. PhDr. Zlatici Bakošové CSc. za užitečnou odbornou pomoc, kterou mi poskytovala při zpracování mé diplomové práce.

Další poděkování patří ženám, pacientkám, které byly ochotny vyplnit dotazníky a tím mi umožnily empiricky ověřit a zpracovat moji diplomovou práci.

Celé své rodině děkuji za podporu při studiu a psaní diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ POUŽITÝCH V DIPLOMOVÉ PRÁCI .....	11
1.2 PŘEHLED PROBLEMATIKY V LITERATUŘE.....	15
<b>2 ŽIVOTNÍ STYL PACIENTEK .....</b>	<b>17</b>
2.1 ZDRAVÍ.....	18
2.2 VZNIK ONEMOCNĚNÍ .....	19
2.3 DIAGNÓZA: RAKOVINA .....	19
2.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY A PRŮBĚH NEMOCI .....	20
<b>3 SOCIÁLNÍ OPORA .....</b>	<b>23</b>
3.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ OPORA .....	23
3.2 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ OPORA.....	24
3.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ PACIENTKÁM S RAKOVINOU.....	25
3.4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE.....	27
3.5 KOMUNIKACE .....	31
<b>4 PACIENTKA A JEJÍ ÚČAST V LÉČEBNÉM PROCESU .....</b>	<b>36</b>
4.1 SEBEVZDĚLÁVÁNÍ, SEBEVÝCHOVA A SEBEPOZNÁNÍ PACIENTKY .....	36
4.2 ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU.....	37
4.3 DUŠEVNÍ HYGIENA PACIENTEK .....	40
4.4 MOTIVACE PACIENTEK KE ZMĚNĚ .....	43
4.5 START PACIENTEK DO „NOVÉHO ŽIVOTA“ A POZITIVNÍ MYŠLENÍ.....	44
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>48</b>
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>49</b>
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	49
5.2 SPECIFICKÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A STANOVENÍ HYPOTÉZ .....	49
5.3 POJETÍ VÝZKUMU .....	50
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	50
<b>6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU .....</b>	<b>54</b>
6.1 SHRNUTÍ VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>82</b>



## ÚVOD

Onkologická onemocnění patří k vážným chorobám, se kterými se denně setkáváme. Tato diagnóza se stala celospolečenským problémem, který se týká mnohých z nás. Podle Národního onkologického registru ČR každý třetí občan naší republiky se v životě setká se zhoubným nádorem a každý čtvrtý na něj zemře.

Onemocnět touto nemocí neznamena jen medicínský problém, ale současně i problém sociální. V ČR je dále podle dat Národního onkologického registru ČR každoročně diagnostikováno více než 77 tisíc nových případů onemocnění. Mezi nejčastější nádorová onemocnění u žen patří karcinom prsu. V roce 2013, za který jsou dostupná kompletní data z Národního onkologického registru, byla v České republice nově diagnostikována rakovina prsu u 7140 žen. To znamená, že onemocní téměř každá desátá žena. Tato diagnóza neznamena rozsudek smrti. Většina žen má šanci se úspěšně léčit, většina i úplně vyléčit. Cesta, kterou si pacientka projde od diagnostikování onemocnění, sdělení této diagnózy, samotné léčby až po návrat zpět do normálního života, který vedla před onemocněním, není jednoduchá. Vyžaduje kromě jiného i správnou komunikaci pacientky v rodině, komunikaci s lékařem, psychologem, zdravotnickým personálem nebo sociálním pracovníkem. Závažná nemoc, jako je onkologické onemocnění, ve svém důsledku zasahuje i okolí pacientky, zejména rodinu. Proto i komunikace zdravotníků s rodinou pacientky neodmyslitelně patří k důležitým vztahům po dobu léčby.

Každý člověk je jedinečný a reaguje na zátěž spojenou s onkologickým onemocněním jinak. Navíc každý člověk žije ve svém jedinečném prostředí – partnerství, rodině, plní různé role matky, podnikatelky, vedoucí a také žije v jiném společenství, psychosociálním prostředí. Pacientka se v průběhu léčby kromě jiného musí začít sebevzdělávat v oblasti zdraví, zdravého životního stylu, pracovat na své psychice.

A právě zde je prostor pro psychosociální podporu pacientek s karcinomem prsu. Protože cílená pomoc tam, kde je třeba, poskytne nemocné ženě zázemí a dodá síly k tomu, aby dál zvládala vlastní život. Cílem naší diplomové práce je problematika psychosociální podpory poskytované pacientkám sociálním pedagogem. Ta by mohla nabízet bezpečný prostor pro sdělení pocitů. Měla by nabídnout pomoc, která bude směřovat k poradenství ze strany sociálního pedagoga. To spočívá v tom, aby se pacientka mohla svěřit, aby porozuměla svému problému, aby tak obtížnou situaci nevzdala a společně hledali možnosti jak celou situaci zvládat. Věnovat se také tělu s ohledem na jeho omezení. To vše nejen pro nemocné, ale i jejich blízké, které onemocnění člena rodiny prožívají také.

Diplomovou prací navazuji na svoji bakalářskou práci, kde jsem se snažila přiblížit zejména problematiku sdělování diagnózy karcinomu prsu, aspekty psychosociální podpory a postavení sociálního pedagoga v této oblasti.

V praktické části diplomové práce se zaměřujeme na další etapu cesty žen při návratu do života po léčbě karcinomu prsu. Zda jim nemoc něco vzala a naopak dala, zda si zachovaly stejný životní styl a jak vnímají pomoc sociálního pedagoga či jiných odborníků pomáhajících profesí při řešení návratu do zaměstnání.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Hlavním tématem této práce je vymezit kompetence odborníků pomáhajících profesí, zejména pak sociálního pedagoga ve vztahu pomoci pacientům s onkologickým onemocněním. Zda vůbec a jakou pomoc je schopna nabídnout sociální pedagogika pacientům v této nelehké životní situaci. Pro snadnější orientaci v problematice je předloženo vymezení základních pojmů souvisejících s touto problematikou.

## 1.1 Vymezení základních pojmů použitých v diplomové práci

### *Sociální pedagogika*

Předmět zájmu někteří autoři popisují především jako otázku životní pomoci. Takové pomoci, kterou je potřeba věnovat lidem, kteří pokud nejsou schopni samostatně zvládat své záležitosti, ve chvíli kdy se musejí vypořádávat s úkoly, problémy a ohrožením které jim přináší život. A to v různém prostředí a při vyhledávání těch neoptimálnějších druhů kompenzace mnohých nedostatků. (Bakošová, 2006)

Bakošová dále popisuje, že v cílech sociální pedagogiky jako životní pomoci je potřeba provádět individuální, skupinovou, společenskou pomoc a vytýčit si v nich osobní, duchovní, materiální normy, které jsou sjednocené do cíle „pomoc člověku při vypořádání se s životními úlohami, změna bezprostředního okolí na plnění úkolů a zvládnutí problémů“. (Bakošová, 2011)

### *Sociální pedagog*

Sociální pedagog je jedinec, který se odborně věnuje výchově a vzdělávání jedinců v oblasti morálních hodnot, emoční oblasti či celkového individuálního růstu. Bere v úvahu nejen odlišnosti prostředí, z něhož klient pochází a jímž je ovlivňován (rodinné, školní a mimoškolní), tak i biologické a vývojové determinanty. Dále se zabývá prevencí vzniku rizik primárně souvisejících s výchovou, ale také kompenzací konkrétních dopadů jedincova chování na jeho osobnost či sociální okolí. (Sekera, 2012)

(Procházka, 2012) popisuje kompetence sociálního pedagoga mezi dvěma potencionálními poli působnosti. Na jedné straně je to sociálně pedagogická práce, jejíž záměrem je sociální poradenství a sociální intervence, na straně druhé bývá tato profese spojována s oblastí vychovatelství či primární prevence.

## ***Sociální práce***

Smutková popisuje, že „sociální práce je teoretickou i praktickou disciplínou vycházející z mnoha vědních oborů. Která vzhledem k této multiparadigmaticčnosti nebyla dosud jednoznačně definována a lze ji proto možno vymezovat mnoha různými způsoby. Její úkol je však jasný- řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížných životních situacích“ (Smutková, 2007, str. 7)

Sociální práci vykonávají sociální pracovníci. Ti pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo získat zpět způsobilost k sociálnímu uplatnění. Krom toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění i příznivé sociální podmínky. To vše prostřednictvím sociálních služeb. O. Matoušek in (Bobek, 2008)

## ***Sociální pracovník***

Pod pojmem sociální pracovník Smutková popisuje jejich kompetence: poskytují informace a rady a nabízejí klientům podobné služby. Sociální pracovník by měl být odborně zdatný v oblasti psychologie, základů sociologie, zdravotní, práva a sociální politiky. Na základě těchto znalostí by měl poznat a diagnostikovat potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám ale neposkytuje psychologické, zdravotnické, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky z těchto oblastí. Přitom má práva a povinnosti, která k jeho roli patří: zákonná, profesní, morální a procedurální. Vzhledem k nárokům kladeným dnešní společností je důležité, aby sociální pracovník byl přizpůsobivý, dle potřeby měnil techniky práce a metody intervence. (Smutková, 2007)

## ***Komunikace***

Pojem komunikace je chápán jako výměna signálů a informací mezi dvěma nebo více jedinci. Podstatnou část mezilidské komunikace tvoří verbální komunikace, důležitá je i složka nonverbální zahrnující prvky paralingvistické, neboli intonační, dále potom mimické projevy, postoje, gesta, vzájemnou vzdálenost a další. (Honzák, 1999)

Komunikace mezi lékařem a pacientem má v oblasti medicíny zásadní význam. Součástí klinických kompetencí lékaře jsou medicínské znalosti. Neméně důležitou součástí jsou i komunikační dovednosti. Někteří lidé si myslí, že umění komunikovat je dar, ale komunikaci je nutné se učit. Toto umění zahrnuje mnoho konkrétních postupů, dnes i s podloženou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby. (Ptáček, 2011)

### ***Poradenství***

Poradenství Baštecká definuje jako proces, při kterém profesionál dává jinému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a oporu přiměřeně k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila způsobilost osoby (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí, včetně přijetí zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí. (Baštecká, 2005)

### ***Zdraví***

Zdraví člověka je v současném pojetí podle definice Světové zdravotnické organizace chápáno jako „*stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci*“. (WHO, 1948)

Systémové pochopení kategorie zdraví v sobě slučuje biologickou, psychologickou (spirituální) i sociální složku. Zdraví není setrvalý stav, ale dynamický proces, ve kterém se uplatňují somatické i psychické, objektivní i subjektivní, biologické i sociální vztahy a zákonitosti. Zdraví je tedy jedním z výchozích prostředků a jednou ze základních předpokladů dosahování životních cílů a naplňování poslání člověka jako jednotlivce a jako části lidské společnosti. (Paulík, 2002)

### ***Duševní hygiena***

Zajímá se prevencí psychických poruch a duševních nemocí, jde jí o ideální podmínky pro správné fungování psychiky. Vychází z poznatků medicíny, psychologie, filozofie, aj. Zabývá se studiem okolností, které mají vliv na psychiku lidí. Stanovuje pravidla pro to, aby se člověk cítil spokojený, užitečný, psychicky zdatný a výkonný, aby žil zdravým, mravným životem v každé životní etapě. (Průcha, 2013)

### ***Sociální pomoc***

Je třetím ze subsystemů sociální ochrany, je udržení způsobu života, který je typický v dané společnosti. Slouží občanům, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, nacházejí se v sociální krizi. (Paulík, 2002)

Květenská popisuje sociální pomoc jako pomoc těm, kteří si nejsou schopni pomoci sami, nemají nárok na dávky v rámci sociálního pojištění a státní sociální podpory nebo tyto dávky neumožňují existenci na společensky uznané hranici životního minima. Jsou řešeny obtížné sociální situace stavu hmotné a sociální nouze, které občan není schopen řešit sám nebo s pomocí rodiny. (Květenská, 2007)



Ze sociální pomoci jako činnosti se odvozuje sociální práce. Rozpětí sociální pomoci je pomoc při obstarávání základních životních prostředků a životních podmínek. (Strieženec, 2005)

### ***Sociální služba***

Sociální služba je poradenství určené pro osoby v nepříznivé sociální situaci, které aktivně hledají řešení. K aktivitám povinným patří poskytování informací, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby. Nezávaznou činností je psychoterapie. Poradenství je časově ohraničené, poskytované jednorázově i opakovaně. (Paulík, 2002)

V klíčových materiálech Ministerstva práce a sociálních věcí jsou sociální služby definovány jako „*činnost, která poskytuje lidem v nepříznivé sociální situaci podporu při sociálním začleňování a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů*“ (např. bydlení, školství, zdravotnictví, služba zaměstnanosti atd.) *Sociální služba je veřejná služba.* (Květenská, 2007, str. 12). Zákon rozlišuje i tzv. sociálně zdravotní služby, které jsou poskytovány v pobytových zdravotnických zařízeních (sociální lůžka, odlehčovací péče aj.)

(Knotová, 2014) popisuje sociální služby v širším pojetí jako veřejné služby, poskytované ve prospěch veřejnosti a financované z veřejných nákladů, na rozdíl od služeb komerčních. V užším pojetí jsou za sociální služby pokládány služby poskytované lidem sociálně znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo společnost zabezpečovat před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem -umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí „na okraji“ společnosti. (Dolanský, 2008)

### ***Pomáhající profese***

Definována jako skupina povolání, jejíž podstatou je profesní pomoc lidem. Patří mezi ně například zdravotnické profese, pedagogické profese, profese určené pro sociální pomoc a dále také duchovní, psychologové, terapeuti. Představují systém, na jedné straně stojí pomáhající a na druhé straně ten, jemuž má být pomoci. (Géringová, 2011)

Posláním pomáhajících profesí je široká péče o klienty, nebo jejich podpora, která by měla vést k pocitu vyrovnanosti, spokojenosti a pohody, nebo podporuje potenciál k vyrovnávání se s nároky v nelehkých životních situacích nebo k osobnostní transformaci. (Sekera, 2012)

### *Pacientské organizace*

Pomáhají onkologickým pacientům a jejich rodinám zvládat těžké chvíle. Nabízejí pomocnou ruku, poradenství, pomoc s nalezením vhodných aktivit pro trávení volného času. Jsou důležitou součástí zdravotnického systému. Umožňují nemocným se zorientovat ve svém zdravotním problému, získat zázemí a prověřené informace a služby, které komplexně doplňují poskytované zdravotní péče.

## **1.2 Přehled problematiky v literatuře**

Adam, Krejčí, Vorlíček a kolektiv v knize „**Obecná onkologie**“ popisují rizikové faktory pro vznik nádorů. Zevní vlivy podmiňující vznik nádorů, nebo ochraňující před jejich vznikem. Popisuje zde globální příčiny, jako je tabák a kouření, nadváha a obezita, alkoholické nápoje, výživové faktory aj. Výživové faktory dále rozděluje na jednotlivé podkapitoly (obiloviny, zelenina, tuky, cukry atd.). Zmiňuje pohybovou aktivitu, infekce, ionizující a UV záření. Dále se věnuje genetickým vlivům podmiňující vznik nádorů (hereditární, familiární) a věnuje se genetickému poradenství a testování. V dalších kapitolách se zabývá histopatologickou diagnostikou maligních chorob, sekundární a primární prevencí zhoubných nádorů. Následně jsou popisovány obecné principy léčby nádorové nemoci, volba diagnostického a léčebného postupu, chirurgické postupy, radioterapie, protinádorová chemoterapie. V ostatních kapitolách se zabývá již jednotlivými terapeutickými postupy. Nezapomíná na léčbu bolesti, také dává doporučení jak zvládat nežádoucí účinky léčby. Kniha se věnuje také psychologickému náhledu na problémy onkologických pacientů. Samotný závěr knihy je věnován statistickým údajům v novotvarech v ČR a seznamem komplexních onkologických center v ČR.

Další literaturou s onkologickou problematikou, kterou jsem pro svoji práci použila je kniha „**Onkologie – minimum pro praxi**“ vydanou v roce 2015. Tomášek zde popisuje přínos sepsání knihy z důvodu onkologického oboru jako komplexního oboru. Kniha je určena všem specialistům v oboru, kteří se v celém léčebném procesu starají o onkologického pacienta. Praktickým lékařem počínaje, přes internistu až po hematolog a patolog konče. Kniha je určena také všem neonkologům, aby se lépe orientovali v onkologických diagnózách a v moderních možnostech diagnostiky a léčby. Pro onkology jsou zde kapitoly věnovány například praktickým základům nutriční péče, paliativní péči a psychologické podpoře. Tomášek zde popisuje

i stručný návod, jak dát odpověď pacientovi, jenž se ptá na délku zbývajících života. Zajímavá je kapitola věnovaná informačním zdrojům v onkologii, kde je možné se dozvědět, jak snadno najít informace, které se do publikace nevešly.

„**Výchova ke zdraví**“ je název knihy autorky Jitky Machové a Dagmar Kubátové. Z této publikace jsem čerpala znalosti zejména z kapitol zdraví, životní styl, pohybová aktivita a psychická zátěž. Autorky v knize popisují výchovu ke zdraví jako jednu z priorit základního vzdělávání. Je potřeba utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence, které mají význam ve třech dimenzích – tělesné, duševní a sociální. Kladou důraz na ochranu zdraví a odpovědnost každého člověka za své zdraví. Zdraví řadí mezi nejvýznamější hodnoty života každého člověka. Připomínají také, že zdraví má i hodnotu společenskou, jelikož je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti. Kniha obsahuje další kapitoly, které se zabývají mimo jiné životním prostředím, podporou zdraví ve škole a projektem Zdraví 21- Zdraví pro všechny do 21. století.

Pro čerpání znalostí z oblasti sociální pedagogiky jsem použila knihu Blahoslava Krause „**Základy sociální pedagogiky**“ z roku 2008. Tuto publikaci autor popisuje, že je pokusem o ucelený pohled na celou oblast. Přináší základní poznatky. Autor v jednotlivých kapitolách popisuje historii sociální pedagogiky, metodologická východiska, sociální pedagogiku jako vědní disciplínu. Věnuje se také sociálněpedagogické komunikaci, která je dle mého názoru klíčová pro jakýkoli vztah. Sociální pedagogiku vidí i jako životní pomoc a popisuje v této kapitole jednotlivé možnosti pomoci sociálního pedagoga. Závěr své knihy věnuje sociální pedagogice v praxi, tudíž se kniha stává nejenom teoretickou, ale i praktickou literaturou pro sociální pedagogy. Jde o terénní práci, komunitní činnost a s tím související problematiku metod sociálněvýchovné činnosti, která dosud není prakticky rozpracována. Kniha je zakončena charakteristikou profese sociálního pedagoga.

Další literaturou s tématem sociální pedagogiky, ze které jsem čerpala informace pro diplomovou práci je kniha slovenské autorky Zlaticy Bakošové „**Sociálna pedagogika ako životná pomoc**“. Svoji knihu popisuje autorka jako vysokoškolskou učebnici pro studenty oboru sociální pedagogika, sociální práce i jiných příbuzných oborů. Kniha má za cíl poukázat na pomáhající charakter sociální pedagogiky prostřednictvím obsahu. Kniha má sedm kapitol, z nichž tři jsou teoretické a čtyři kapitoly mají teoreticko-empirický charakter. Kapitoly jsou podložené výzkumnými zjištěními a sekundární analýzou případových studií. Tato teoretická práce je výsledkem utváření postojů k uvedeným problémům. Celou práci se nese myšlenka pomoci prostřednictvím výchovy, kterou v průběhu svého života potřebuje každý člověk.

## 2 ŽIVOTNÍ STYL PACIENTEK

V dnešní době, která zaznamenává obrovský technický pokrok, změnu formy bydlení, používání automobilů a dalších dopravních prostředků, se zásadně změnil životní styl obyvatel vyspělých zemí. Současný člověk začal praktikovat převážně sedavý způsob života. I do domácích prací zasáhla technika a zbavila člověka pohybu. Zhoršují se také mezilidské vztahy a život mnoha jedinců se orientuje na neustálou honbu získávat nové věci, být úspěšný, mít moc a peníze. Pracovní vytíženost, která z toho vyplývá, poznamenává život celé rodiny. Neustálý spěch, nedostatek času na sebe, na ostatní členy rodiny a na děti vytvářejí stresové situace a bývají příčinou rozpadu rodiny. Člověk na začátku tisíciletí stojí na rozcestí. Na jedné straně je překonávána rychlost světla a létá se do kosmu, jsou objevovány genetické informace, ale na straně druhé je konfrontován s problémy, které mu zkracují život nebo zhoršují jeho kvalitu a to jsou civilizační choroby – kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka, které jsou právě důsledkem změny životního stylu.

Většina žen, které se ve svém životě zaměřují na povinnosti, stresují se a neladí svůj život s oddechem a relaxací, mohou říct, že nežijí zdravý životní styl. Řada odborných knih poukazuje na situace, kdy ženy s přemírou povinností a stresu, mohou častěji onemocnět. Také většina žen by si přála svůj dosavadní životní styl alespoň upravit, jelikož životní styl je stěžejní pro zdraví. Pokud má žena dostatečné znalosti o tom, co její zdraví podporuje a upevňuje, ale také poškozuje, může se snadněji správně rozhodnout.

(Machová, 2009) poukazuje, že hlavní determinantou zdraví, je životní styl. Největší vliv na zdraví má způsob života – životní styl. Definuje životní styl jako formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z rozdílných možností. Je možné se rozhodnout pro zdravé varianty z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy popisován souladem dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností). Rozhodování jedince nemusí být vždy svobodné, protože je v souladu s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací společnosti a sociální pozicí. Záleží na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví a hodnotové orientaci a postojích každého člověka.

„Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje:

- Kouření,
- nadměrná konzumace alkoholu,

- zneužívání drog,
- nesprávná výživa,
- nízká pohybová aktivita,
- nadměrná psychická zátěž,
- rizikové sexuální chování.“ (Machová, 2009, str. 16)

Životní styl patří mezi dominantní složku, která nejvíce ovlivňuje zdraví jedince. Je to komplex postupů a vzorů chování, které se v určitém časovém horizontu udržují na určité úrovni. V hlubším slova smyslu je individuem převzatý způsob přizpůsobení se světu. Je prostředkem, který je schopný udržovat přírodní nám danou tělesnou dokonalost. Patří mezi hodnotový systém člověka, který je pro něho důležitý, podvědomě ho dodržuje a je projevem lidské osobnosti. (Farkašová, 2014)

(Kastnerová, 2012) spojuje životosprávu a životní styl. Tyto dvě složky k sobě neodmyslitelně patří. Působení na životní styl představuje komplexní činnost, která duševní zdraví posiluje a zpevňuje. Jde o činnost, která rozvíjí zájem člověka o zdraví. Životní styl je determinanta zdraví, která naše zdraví nejvíce ovlivňuje. K hlavním faktorům životního stylu ovlivňujícím naše zdraví řadíme výživu, pohybovou aktivitu, stres, relaxaci, denní režim, kouření, alkohol a návykové látky.

## 2.1 Zdraví

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám života každého jedince. Je tomu tak proto, že jsme-li zdraví, můžeme pracovat, plnit si svá přání a uskutečňovat své životní plány. Zdraví není cílem života, ale představuje jeden z předpokladů smysluplného života. Kromě individuální hodnoty má zdraví i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti. (Machová, 2009)

Zdraví je stav, kdy se člověk cítí naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti." Tato definice pochází z činnosti Světové zdravotnické organizace z roku 1946. V současné době, podmínkou naplnění pojmu zdraví musíme splnit vůči sobě několik úkolů, je dobré se jím zabývat ne jen z hlediska stravy, ale z hlediska fyzické, psychické i sociální rovnováhy. Tedy, "právo na zdraví" je jen z části pokryto fyzickým a psychickým zdravím, které zajišťuje zdravotnictví, ale současně je to i udržování životního standardu a je podmíněno i sociálními vztahy v tom nejširším měřítku.

(Marek, on-line)

Každý bohužel toto štěstí, mít zdraví, v životě nemá. Jsou chvíle, kdy se setkáváme na vzdory svým představám s realitou, kterou může být onemocnění. Onemocnění může být celá řada, zvláště velkým psychickým, společenským i sociálním problémem může být onemocnění onkologické.

Vágnerová popisuje jak velký vliv na psychiku nemocného má somatická choroba. Má i svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného. Nemoc přináší narušení mnohých funkcí organismu, které mají vliv na kvalitu života jedince a může ohrožovat i jeho život. Jakákoli závažná nemoc je zátěží, často mění prožívání, uvažování a chování, mnohdy i charakterové vlastnosti. Mezi fyzickou a psychickou stránkou existuje souvislost, proto je potřeba o nemoci uvažovat v celém jejím kontextu. Každé onemocnění můžeme posuzovat z hledisek: somatického aspektu, psychického aspektu a sociálního aspektu. (Vágnerová, 2014)

## **2.2 Vznik onemocnění**

Příčina vzniku rakoviny u člověka není známá. Po řadě teorií ověřených částečně experimentálními podklady je velmi pravděpodobné, že u většiny nádorů jde o několik faktorů působících současně. Jedná se o rizikové faktory vnější – exogenní (epigenetické) a faktory vnitřní – endogenní (genetické). Exogenní faktory jsou fyzikální, chemické, biologické, poruchy výživy a kombinované. Naopak endogenní příčinou představuje náchylnost k onemocnění – predispozice (dispozice). (Adam, 2011)

V dnešní době je kladen důraz na úspěch. Zaměstnavatelé vyžadují jen nejlepší pracovníky, rodina vyžaduje spoustu činností a ideálního rodiče. Společnost žije konzumním, uspěchaným životem, kdy zastavit se, věnovat se sám sobě, umí, nebo může, jen málokdo. Časová vytíženost a turbulentnost doby lidí stresuje.

Vědci zjistili, že pokud se ke genetickým predispozicím přidá stres, riziko vzniku nádoru se zvýší. Není přitom podstatné, o jaký druh stresu se jedná, jestli fyzický, psychický nebo třeba stres, který se vytváří při infekčním, nebo zánětlivém onemocnění. (Ming, on-line)

## **2.3 Diagnóza: rakovina**

Onemocnění onkologickou diagnózou nejvíce ovlivňuje zejména psychiku člověka. Špatný psychický stav je to, co pacientku zatěžuje. Většinou je žena dostatečně silná na to, aby zvládla léčbu, ale ne každá žena je silná zvládat psychický nápor od sdělení diagnózy až po zvládnání dlouhodobé neschopnosti a třeba i návratu do zaměstnání. Zpracování nemoci je nutno chápat jako proces, nejedná se o opakovanou reakci jedince na stále stejné podmínky prostředí, nejedná



se o jednorázovou událost a strategie zvládnání nemoci se mohou postupem času měnit. V první chvíli vyřčení této diagnózy nedokáže žena jasně uvažovat. Vyděšená hlava se snaží tuto zprávu pochopit, zatímco tělo ví, že jde o otázku života a smrti. Mít strach je přirozené, když se člověk dozví zprávu, která obrátí celý život naruby. Člověk je najednou nemocný, i když se tak vůbec necítil. Trauma z ohrožení smrtí je obrovské. Žena musí bojovat o vlastní život, možná za cenu, že přijde o své atributy, jakými jsou pro ženy prsy. O to důležitější je čelit následkům tohoto šoku, a to od počátku, než se začne se samotnou léčbou. (Dobos, 2011).

V této fázi léčby, kdy je onkologická léčba zahajována, vidím pro práci sociálního pedagoga velký prostor. Nemoc a její následky s sebou začnou přinášet mnoho situací, ve kterých si pacientka a její rodina, zajisté nemusí vědět rady. Jedná se o rady, na které v běžném provozu není dostatek času jak ze strany lékaře, tak ani ze strany zdravotníků, kteří mají na starosti chod stacionáře, ambulantního provozu nebo oddělení. Může se jednat o otázky praktického charakteru. Jak se má pacientka stravovat v době léčby chemoterapií, zda může mít pacientka fyzickou zátěž v tomto období, jak a kde si zajistit dávky sociální podpory apod.

Každá nemoc má svou složku tělesnou, psychickou i sociální. Zejména onkologické diagnózy jsou ta onemocnění, kde je třeba se zaměřit nejen na péči o tělesné zdraví, ale i práci s duševní pohodou. Zvláště okolí nemocného, může velmi výrazně pomoci při zvládnání zátěžové situace nemoci. Velmi podstatná je snaha o dobrou kvalitu psychiky všech zúčastněných. Pro psychologickou a duchovní podporu má mít pacient možnost kontaktovat psychologa se zaměřením na onkologickou problematiku nebo duchovního. (Karešová, 2011)

Pro onkologicky nemocné je velmi důležitý pocit podpory a porozumění, ať od blízkých lidí nebo od lékaře. Sociální pedagog v těchto chvílích může vést komunikaci s pacientkou a její rodinou.

## **2.4 Psychosociální faktory a průběh nemoci**

Psychosociální zátěž, které jsou nemocní rakovinou vystaveni, mohou zdraví lidé jen těžko pochopit. Hlavní problémy jsou tělesné, psychické a sociální, které s touto diagnózou a její léčbou úzce souvisejí:

- *Hrozba smrti.* Tato diagnóza je stále chápána jako „rozsudek smrti“ („zhroucení celého dosavadního života“)
- *Ztráta tělesné nedotknutelnosti.* Zdravý člověk jen zřídka myslí na to, že by jeho organismus jednou mohl přestat fungovat.
- *Ztráta autonomie.* V základech je otřesen a ztracen pocit řízení vlastního osudu.

- *Ztráta aktivit.* Částečně nebo zcela znemožněno vykonávání běžných aktivit.
- *Sociální izolace, strach ze stigmatizace.* Změny v obvyklých sociálních vztazích, podnětem mohou být změněné reakce nemocného vůči svému okolí, a naopak.
- *Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty.*

„Diagnóza rakoviny vyvolá v každém postiženém existenční krizi (pacienti s rakovinou si často stěžují na ztrátu osobní kontroly.) Důležitým momentem zvládnání nemoci je tedy najít všechny podpůrné metody, které by vedly ke znovuzískání určité kontroly pacienta nad situací, ve které se nachází.“ (Tschuschke, 2004, str. 37)

Podle Spiegel a Kata (2000) mohou psychosociální faktory, jako je více znalostí a méně strachu, ovlivnit spolupráci pacientů při provádění nutných terapeutických opatření. Psychoterapeutická podpora je s to díky podpoře těchto psychosociálních faktorů zlepšit spolupráci pacienta. Dodržování léčebných opatření může mnohdy pacientovi zachránit život. Stačí například podpora realizovaná po telefonu, (Tschuschke, 2004)

Podpůrná psychoterapie:

Do oblasti podpůrné psychoterapie řadíme i pomoc při zvládnání jakýchkoli problémových situací v životě pacientů. Úkolem zdravotníka by mělo být pomáhat nejen v případě tělesného či psychického onemocnění. Podpůrná psychoterapie je vhodným prostředkem pro dosažení lepší adaptace a mnohdy i osobní změny založené na lepším sebepoznání a sebe porozumění. Terapeut pacientovi poskytuje čas, pozornost, emoční podporu. První linie kontaktu vychází ze zásad vedení rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem a z použití popsaných komunikačních dovedností. Podpůrná psychoterapie nevede k úplnému odstranění příčin obtíží, ale zmenšuje jejich projevy. Může pomoci pacientům vyrovnat se se somatickým onemocněním, které má dlouhodobý průběh a předejít tak rozvoji tzv. sekundárních zisků z nemoci, jelikož onemocněním se z pravidla mění postavení jedince ve společnosti, v rodině a zaměstnání. (Beran, 2002)

Dalším faktorem ohrožujícím pacientky je fakt, že nemohou v plné míře vykonávat své povolání. Často dochází ke ztrátě či ke změně zaměstnání. Změny v oblasti profese a snížení příjmů mohou vést k nejistotě až depresivním stavům. Jakmile pacientka ukončí léčbu, navrací se do normálního sociálního života. V tuto chvíli žena začíná objevovat, do jaké míry jí nemoc omezuje. (Kuzníková, 2011)

Křivohlavý popisuje sociální reintegraci, o kterou by se mělo usilovat co nejdříve, nečekat na propuštění ženy z nemocnice. Zde se cílem stává citlivá pomoc pacientovi, zaměřená na využití jeho vnitřních zdrojů a využití externí podpory k dosažení co nejlepšího a naplněného života.

Pokud by chyběl komplexní přístup týmu včetně sociálního pracovníka, mohli bychom se setkávat s recidivami, vyčleněním chronicky nemocného člověka ze sociálního života a jeho nespokojeností. (Křivohlavý, 2002)

### 3 SOCIÁLNÍ OPORA

Sociální opora je klíčovou, zvláště při zvládání životních krizových situacích. Může se jednat o pocit nevyřazenosti, pocit kvalitního bytí, o pocit podpory při zvládání nemoci nebo o cokoli jiného. Lidé jsou primárně sociálními bytostmi a pro pocit smysluplného života potřebují někoho dalšího.

„Obecně se sociální oporou rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi a je adresována člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Zpravidla jde o pomoc, jež mu umožní zvládnutí zátěže. Typologicky můžeme rozlišit oporu nabízenou a přijímanou; vyžádanou a nevyžádanou; očekávanou a obdrženou; přiměřenou a nepřiměřenou; nárokovou a dobrovolnou, dosažitelnou a nedosažitelnou; účinnou a neúčinnou. Sociální opora může mít různé modalilty: informační, instrumentální, emocionální, hodnotící. (Průcha, 2013, str. 268)

Knotová hovoří o sociální opoře jako formě pomoci, která existuje jak ve vyžádané, tak i nevyžádané formě. Předpokládá, že potřeba pomoci, resp. opory může být nevyslovená a vytušená. Také poskytování sociální opory může být různé. Bývá rozlišována opora emocionální, kognitivní a materiální. (Knotová, 2014)

#### 3.1 Psychosociální opora

Psychosociální oporu řadíme k nejdůležitějšímu, co pacientka v celém procesu léčby potřebuje. Je cílena na zajištění přiměřené léčby těla, ale počítá i s dalšími oblastmi. Psychosociální podpora umí podat potřebné informace a kontakty, umí přiměřeným způsobem vysvětlit spojitost onkologického onemocnění jak samotným nemocným, tak jejich blízkým. Psychosociální opora nabízí spolehlivé místo, kde je možné sdílet pocity, které mnohdy neumíme přijmout. Zároveň je schopna poradit kroky a přehledně nabídnout konkrétní možnosti v sociálním systému pomoci. Tato pomoc je poskytována jak pacientovi, tak i jeho rodině, blízkým.

Většinou jsou pacient a jeho blízcí přetížení, unavení a bezmocní a proto si nevěšují svých potřeb ve všech oblastech. Právě tady se uplatní psychosociální minimum nabízené odborníky pomáhajících profesí.

(Kuzníková, 2011, str. 50) uvádí, že psychosociální podpora je:

- „Obhajoba potřeb pacientů vůči zdravotnické organizaci, sociálnímu okolí (zaměstnavateli, komunitě, rodině, úřadům atp.)
- Zajištění sociální podpory a pomoci při řešení finanční a existenční situace klienta

- Poskytnutí psychické podpory, identifikace nedostatků v oblasti emocí a prožívání klienta, včetně zajištění krizové intervence, pomocí klinického psychologa atp.
- Podpora širších vztahů klienta
- Vytváření společného plánu následné kontinuální péče s klientem, pokud je zapotřebí“

(Slavíková, 2014) popisuje, že prokazatelná potřeba psychosociální pomoci pro onkologicky nemocné a jejich blízké je stále nedoceňována jak laickou, tak odbornou veřejností. Klade si otázku, kam až sahají koncepční a finanční možnosti pomoci státu a institucí a kde je hranice individuálního rozhodnutí jedince nebo členů rodiny a kde společenská odpovědnost.

### **3.2 Rodina jako sociální opora**

Rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci a která mu umožňuje potřebné emoční zázemí a oporu. Může být jedinou alternativou sociální izolace a jediným prostředím, kde není anonymizován. Přesto mnozí nemocní trpí pocity osamělosti, život zdravých členů rodiny má jiný obsah i perspektivu, přestože žijí v jedné domácnosti. Jakákoli závažnější nemoc není jen záležitostí jedince, ale ovlivní život celé rodiny. Nemění jenom postavení nemocného, ale i obsah rolí ostatních členů rodiny a vztahy mezi nimi. Závažné onemocnění blízkého člověka je ohrožením hodnoty, kterou vztah k tomuto jedinci představuje. Vyrovnaní s takovým stresem vyžaduje čas a probíhá podobně jako reakce na vlastní chorobu. Nemoc se stává hlavním problémem i pro ně a působí jako test rodinné soudržnosti- buď ji posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. (Vágnerová, 2014)

Rodina má řadu společenských funkcí. Proto při narušení některé z nich z důvodu nemoci ženy může dojít například k narušení socializace a výchovy dítěte, narušení struktury a pozic v rodině, narušení dynamiky a atmosféry. Problém nemocného je i problémem všech členů rodiny (Kuzníková, 2011)

Spolupráce s rodinou je velmi důležitá. V současné době je již pravidlem i nutností informovat onkologické pacienty a jejich rodinné příslušníky o diagnóze a prognóze otevřeně, ale citlivě. Nemoc má velmi závažné důsledky- psychologické, sociální, finanční.

Pokud nejde o člověka úplně osamělého, týká se onkologické onemocnění také jeho blízkých, ovlivňuje i jejich život. Rodina představuje důležitý podpůrný sociální systém. Karešová dále popisuje, jak se dá v případě náročných životních situací pomáhat. A to vytvářením pocitu bezpečí. Ale také zmiňuje, že pomoci lze jen tomu, kdo o pomoc stojí. K pocitu bezpečí přispívají slova, dotyk či pohlazení. Podpůrné doteky jsou velice citlivě vnímány mnohými

pacieny. Dotyk považuje za jednoduchý úkon, který vydá za množství slov. Naslouchání je další cennou devizí. Mnohdy stačí vyslechnout, jak se cítí, sdílet jeho pocity, obavy. (Karešová, 2011)

Rodinným příslušníkům a přátelům Nezzu připisuje v systému zdravotní péče stále větší význam. Zajišťují péči v prostředí domova, sledují průběh nemoci, pomáhají s předepsanými léčebnými postupy, informují zdravotníky a zejména poskytují pacientce emoční a sociální oporu. S nárůstem počtu pacientů s tímto onemocněním tuto zodpovědnost přebírá stále více lidí. A to i v důsledku zkracování hospitalizace, významější část úkolů se přesouvá na rodinné příslušníky. (Nezu, 1998)

Hislop et al. A jeho tým (1987) a Waxler-Morrison et al. Popisují ve studii, kde zkoumali 133 pacientek s rakovinou prsu, kde šest z jedenácti typů sociální opory bylo významně spojeno s delším přežitím. Jednalo se o rodinný stav, podporu přátel, kontakty s přáteli, kombinovanou podporu přátel, příbuzných a sousedů, zaměstnání a sociální síť. S delší dobou přežití souvisely zvláště sociální aktivity a sociální opora a menší míra extroverze. (Tschuschke, 2004)

Onkologické onemocnění je třeba chápat v širokém kontextu. Pacient a jeho blízcí kromě řešení otázek o zdravotním stavu, řeší i ekonomické a sociální problémy. Pacientům a jejich rodinám je tedy poskytována komplexní praktická pomoc sociálními pracovníky. (Thálová, 2002)

### **3.3 Sociální služby poskytované pacientkám s rakovinou**

Vážné onemocnění člena rodiny ovlivní celý její chod, změní se způsob fungování a zasáhne do života všech v okolí nemocného. Jednou z oblastí, kterou nemoc ovlivní je oblast příjmů a následně i výdajů v rodině. Žádná sociální dávka nemůže dostatečně nahradit chybějící příjem nemocné ženy, pokud je navíc samoživitelkou. Pacientka při svém onemocnění potřebuje kromě sociální pomoci chápané jako intervenci rodiny, lékaře, zdravotníka, také sociální pomoc hmotnou.

Sociální pomoc (péče) se uplatňuje v situacích, ve kterých není občan schopen se sám zaopatřit, není sociálně pojištěn a ani nesplnil podmínky vzniku nároku na státní sociální podporu. Upravují ji tyto právní normy: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vymezuje právo na poskytnutí sociálních služeb a příspěvek na péči při splnění podmínek stanovených v tomto zákoně. Zákon definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou



situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Dalším zákonem je zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Vyhláška č. 388/ 2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. (Beck, 2012)

Ve zmíněném zákonu mají žadatelé o příspěvek a oprávněné osoby, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti i své povinnosti. Musí se podrobit sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným úřadem práce. Další povinností příjemců uživatelů sociálních služeb je uvádět pravdivé údaje a hlásit všechny změny, které by mohly mít vliv na podmínky poskytování příspěvku. (Květenská, 2007)

Využívání sociálních služeb je běžnou součástí života nemocných. Pomáhají pacientům překonat období, kdy nejsou úplně schopni postarat se sami o sebe.

Sociální služby jsou specializované činnosti, jež mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou situaci. Tyto činnosti jsou zabezpečovány registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Sociální služby zahrnují tři základní oblasti služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni nabízet rozsah činností, které jim ukládá zákon. Problematickou situaci nyní řeší dvě různá ministerstva a dva různé soubory zákonů. Pacient je tedy nucen naučit se orientovat v zákonech, v různých poskytovatelích služeb a jejich podmínkách a naučit se rozeznat péči zdravotní a péči sociální. (Karešová, 2011)

Zákon definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, upravuje podmínky pro přiznání invalidního důchodu.

Knotová popisuje sociální služby jako veřejné služby, které jsou v zájmu veřejnosti a jsou financovány z veřejného rozpočtu. Tyto služby jsou poskytovány lidem sociálně znevýhodněným s cílem zlepšit jejich kvalitu života. (Knotová, 2014)

### **3.4 Pomáhající profese**

Role pomáhajícího pracovníka má své zásady a jasná očekávání. I stanovení ideálních vlastností, které má pomáhající pracovník mít, nám dává odpověď na otázku, jak si představit ideálního pracovníka pomáhající profese.

(Géringová, 2011) popisuje ideálního pracovníka pomáhajících profesí jako ochotného, vlídného, klidného a vyrovnaného, empatického a „zapáleného“ pro věc, který bude mít rád svou práci.

Aby se vzájemně mohly obě strany, na jedné straně pacientka a na druhé straně pracovník pomáhající profese správně pochopit, je zásadním komunikačním aspektem informovanost. Informovanost je to, co je v celém procesu jedno z nejdůležitějšího. Pokud nahradíme nevědomost informacemi je možné předcházet mnoha nejistotám. Zdrojem informací jsou zpravidla lékaři, nemocnice, knihovny, edukační centra, vědecké časopisy, publikace, internet. Poznatky lze konzultovat s lékařem. Mnoho lidí se s nemocí dokáže vyrovnat, i když je to náročný úkol. Pokud se stane, že se pacient dostane do stavu, kdy je lepší vyhledat odborníka, pomohou v řadě případů, psycholog, sociální pracovníce, duchovní rádce. (Romaňáková, 2003)

#### ***Sociální pracovník***

Profesionální sociální pracovníci poskytují informace a rady a nabízejí klientům podobné služby. Odbornost sociálního pracovníka je dána znalostmi ze základů sociologie, psychologie, zdravotní vědy, práv a sociální politiky. Rozpozná potřeby konkrétního klienta a navrhne postup řešení. Sám však neposkytuje odborné služby z výše jmenovaných oborů. (Smutková, 2007)

Potřeba sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních, kteří by řešili a uspokojovali psychosociální potřeby klientů - pacientů, je zřejmá. Přesto není zařazení zdravotně sociálního pracovníka v týmu specialistů dostatečně vyjasněno a obvykle dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezování kompetencí a pracovních náplní. Požadavky kladené na osobnostní předpoklady sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou podle Kuzníkové: schopnost empatie, autentičnost a vřelost, zájem o klienta, vymezení hranic ve vztahu s klientem, ctít etické principy sociální práce, umění komunikovat, znát práva pacientů, kvalifikovat se v oblasti zdravotních věd, psychologie, sociálních věd. Důležitým předpokladem je sebevzdělávání, supervize a sledování vývoje teorií, metod a technik sociální práce. Kultivované vystupování, empatie, citová vyrovnanost, přirozená autorita a pozitivní nazírání na svět by měli být základními povahovými rysy každého sociálního pracovníka, aby mohli být svým klientům a studentům vzorem. (Kuzníková, 2011)

Sociální pracovníci patří k prvním, kteří se zapojovali do péče právě o onkologické pacienty. Laca také popisuje, že bohužel nemají ve zdravotnictví dostatečně definované místo, které by bylo akceptováno ostatními odborníky v multidisciplinárním týmu, který se o pacienta stará. Popisuje široký rozsah kompetencí, které se ve zdravotnických zařízeních kryjí s prací zdravotních sester, co se týká poradenství, plánování dalších postupů apod.). Pozice v multidisciplinárním týmu pečujícím o onkologické pacienty se dá rozdělit na dvě oblasti – práce se samotným pacientem a práce s rodinou a blízkými pacienta. Práce s pacientem především ohledně jeho sociálního zázemí v době nemoci i po vyléčení, práce s rodinou se nejčastěji týká terminálního stadia onemocnění a období po případné mrti pacienta. (Laca, 2013)

Závažná zločinná onemocnění přinášejí nemocným mnohé problémy zdravotního, psychického a sociálního rázu, s nimiž se snaží vypořádat. Pomáhající úloha sociálního pracovníka neonkologických klinikách je proto nezastupitelná (Kuzníková, 2011)

Dále Kuzníková popisuje, na co je zaměřena sociální práce v onkologii – je zaměřena na intervence zahrnující psychosociální podporu, poradenství, pomoc klientovi i jeho rodině přizpůsobit situaci, zajištění služeb domácí péče při propouštění apod. Intervence musí vycházet z pochopení specifické nemoci klienta, jeho emoční, sociální i finanční situace. Zaměření je také na klienta i jeho rodinu. Velký prostor nabízí sociální práce se skupinami nejen nemocných, ale i jejich příbuzných a blízkých. (Kuzníková, 2011)

Bobek ve své knize popisuje sociálního pracovníka jako pomáhajícího jednotlivcům, rodinám, skupinám dosáhnou nebo získat zpět způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet i vhodné sociální podmínky. To celé prostřednictvím sociálních služeb. Upozorňuje na to, že pomoc sociálního pracovníka podle zákona o sociálních službách, musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým aktivitám, které nepovedou k dlouhodobému setrvávání či prohlubování nepříznivé sociální situace. Měli by posilovat sociální začleňování osob. Sociální služby by měly být poskytovány kvalitně a mělo by být zajištěno dodržování lidských práv a svobod. (Bobek, 2008)

### ***Sociální pedagog***

Charakter profese sociálního pedagoga je uplatňován ve vztahu k druhým lidem, ke klientům. Profese sociálního pedagoga je vždy spojena s konkrétní organizační jednotkou, ve které uplatňuje svoje profesní aktivity. Důležité v celém procesu je, aby pro zvládnutí těchto činností byl na jedné straně oborově vzdělaný a zkušený sociální pedagog a na straně druhé poučený klient.

Z. Bakošová (2008) a B. Kraus (2001) v knize M. Procházky popisují specifické kompetence v pěti oblastech:

- Kompetence výchovně vzdělávací – z názvu je zřejmá schopnost výchovně působit na klienta a to v oblasti výchovy, sebevýchovy a vzdělávání. Sociální pedagog by měl pochopit pravidla výchovného procesu, popisy jednotlivých prostředí, které formují osobnost. Podstatné je, aby sám sociální pedagog byl vzorem při zdolávání překážek a napomáhal ostatním při sebevýchově.
- Kompetence poradenská – přístup na úrovni poradenství se odráží v dobře vedeném rozhovoru a řešení konkrétních situací společně s klientem. Příprava jednání s klientem, zvolení správného cíle a prostředků, kterými pomáháme v konkrétním případě, jsou důležitá hlediska jak klientův problém řešit.
- Kompetence preventivní – sociální pedagog se zde uplatňuje v oblasti primární a sekundární prevence. O nejvhodnější rozvoj jedince se stará v oblasti primární prevence zejména organizováním volnočasových aktivit. Svoje místo má i v přímé poradenské a edukační činnosti. V oblasti sekundární prevence pracuje sociální pedagog s jedinci a skupinami s rizikovým chováním.
- Kompetence manažerská – sociální pedagog by měl být zdatný nabízet a správně uvádět v soulad efektivní pomoc těm, kteří ji potřebují. Jeho přístup k problémům by měl být interdisciplinární, měl by umět kooperovat s jinými odborníky a institucemi, organizovat činnost svou i kolegů.
- Kompetence reedukační- cílená pomoc, umění zasáhnout a být sociální oporou pro jedince je to, čeho by měl být schopen sociální pedagog. V praxi je schopen rozeznat třeba jen malou odchylku od normy a může včas zahájit intervenci, ale přitom by měl používat zejména nepřímého působení, postaveného na podpoře a pomoci, vzhledem k efektivnosti nepřímé výchovy nad výchovou přímou.

Popsané kompetence se však neobejdou bez vědomostí, dovedností a osobních vlastností sociálního pedagoga. Ten se uplatňuje ve výchovném a sociálním poradenství.

Gabura (1995) popisuje, že poradenství je založené především na vztahu poradce a klienta, přičemž poradce má snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a lepší začlenění klienta do společnosti, aby se lépe orientoval ve světě a se svým životem se vyrovnával. Poradenství není pouze udílení rad. Klient by neměl být v tomto vztahu pasivní, plnící pouze příkazy, ale měl by umět analy-

zovat svoje problémy, pokusit se lépe poznat sám sebe, pochopit motivaci a příčiny svého jednání. Poradce by měl vycházet z respektování jedince a jeho osobnosti a vycházet z víry v člověka, kdy s pomocí poradce bude schopen řešit svoje problémy.

V procesu sociální pomoci pacientkám po prodělané léčbě karcinomu prsu jsou kompetence sociálního pedagoga více než blízkými. Sociální pedagog se zaměřením na tuto skupinu klientů, by mohl uplatnit zejména kompetenci výchovně vzdělávací, která by pacientky vedla například k sebevzdělávání. To je žádoucí v oblasti komunikace s lékařem, nebo zdravotnickým personálem. Kompetenci poradenskou spatřuji v práci sociálního pedagoga zejména v komunikaci s rodinou. Rodina je jednou z nejdůležitější opory pacientky. Je důležité, aby i rodina byla seznámena v rámci poradenství například s možnostmi uplatňování sociální podpory ve formě finančních příspěvků a dávek. Preventivní kompetence jsou neodmyslitelné pro pacientky, které po prodělané léčbě mají zájem o změnu svého dosavadního života. Proto organizovat volnočasové aktivity je v tomto případě na místě.

### *Pacientské organizace*

Tvoří důležitou součást zdravotnického systému. Taková organizace by měla plnit několik rolí. Pomoc a podporu lidem a jejich rodinám a blízkým v situaci, kdy se začínají učit žít s vážným onemocněním. V pacientských organizacích pracují většinou aktivní pacienti a jsou ochotni prakticky i věcně pomáhat. Jejich úkolem je kromě jiného srozumitelným způsobem komunikovat s klienty, vzdělávat je a naučit je novému životnímu stylu, ale také se ve složitém systému postarat o svá práva. Pacientské organizace jsou nositelem informací o reálném životě nemocných, proto také komunikují s představiteli státu. Mohou právě zde upozorňovat na to, co nefunguje a hledat řešení tam, kde je to potřeba. (on-line)

Pacientských organizací, které spolupracují s pacienty s onkologickým onemocněním, je několik a jsou rozděleny podle jednotlivých diagnóz. Například Amélie je občanské sdružení, které nabízí psychosociální podporu pro osoby s onkologickým onemocněním a jejich blízké. Od ostatních organizací se odlišují tím, že se cíleně zaměřují na návrat do zaměstnání po onkologické nemoci. Další známou společností je nezisková organizace Mamma Help, která sdružuje pacientky s rakovinou prsu. V této organizaci pracují většinou ženy, které podstoupily léčbu karcinomu prsu. Dalšími organizacemi jsou například: ALEN - neziskové občanské sdružení, Aliance žen s rakovinou prsu, Klub ŽAP – který se zaměřuje kromě jiného i na zlepšení psychické i fyzické kondice pacientek po léčbě karcinomu prsu.

Žen, které každým rokem onemocní, není málo. Se samotnou léčbou i následnou péčí je spojena řada otázek. Proto i tato funkce patří k jedné z mnoha, které pacientské organizace řeší. Mgr.

Syrovátková provedla v roce 2002 výzkum, který se zabýval otázkou, zda jsou pacientská sdružení významným zdrojem informací ve skupině pacientek po operaci karcinomu prsu. Z výzkumu vyplynulo, že informace poskytované pacientskými sdruženími jsou významné a z aktuálního výzkumu až nenahraditelné. Respondenti vnímali tato sdružení ve velké míře jako profesionální organizaci. (Beňo, 2012)

### **3.5 Komunikace**

Komunikace je primární potřebou každého živého tvora, zvláště zásadní a mnohoznačný význam má hlavně pro člověka. Vědět, jak dobře komunikovat, znamená ovládat velmi nesnadné řemeslo. Umět správně vést komunikaci musí především ten, kdo pracuje v sociálních povoláních, např. ve zdravotnictví, kde je důležité každé dobře volené slovo, gesto, mimika, postoj, aby konečný výsledek dialogu vyzněl tak, jak byl zamýšlen. (Adam, 2011, str. 309)

#### **Komunikace lékaře s pacientkou**

*„Vztahy mezi lékaři a pacienty se v čase proměňují, avšak vždy a za všech okolností se řídí minimálně dvěma morálními imperativy:*

- *„Salus aegroti suprema lex.“ - Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem.*
- *„Primum non nocere“ - Především neškodit. (Ptáček, 2011, str. 19)*

Dodržování těchto pravidel je základním předpokladem pro vznik důvěry mezi lékařem a pacientem. Základem vztahu je zajisté slušnost a vzájemná úcta, také respekt vůči důstojnosti člověka v jeho zdraví i nemoci. Pacient musí lékaři důvěřovat, že udělá, co bude v jeho silách a lékař je tím, kdo má pacientovi ze všech sil pomáhat. Lékař zde má výsadu vyššího stupně důvěry, vyšší než v porovnání s jinými profesemi. Je to dáno přesvědčením pacienta, že lékař ve svém konání respektuje jak vědecké poznatky, tak i morální zásady. Bez vzájemné důvěry je úspěšná terapie nemyslitelná. (Ptáček, 2011)

Ptáček hovoří o mnoha studiích, které dokazují, že v celém procesu léčby je individuální kontakt s pacientem zcela rozhodující. Pokud je lékař schopen vhodným způsobem komunikovat, může zásadně zasáhnout do všech aspektů léčebného procesu. Základní okruhy, které jsou zcela prokazatelně ovlivněny účinnou komunikací:

1. „rozlišení příznaků a stanovení diagnózy,
2. účinnost léčby,
3. spokojenost pacienta,
4. dodržování léčby pacientem,

5. náklady na léčbu,
6. medicínsko-právní spory“ (Ptáček, 2011, str. 38)

Vztah lékař – pacient je nejnósnější v celém léčebném procesu. Vztah v dnešní podobě, kdy se pacient stává partnerem lékaře, i když základ vztahu je ten, že jeden pomoc potřebuje a druhý mu pomáhá. Pokud se má tento vztah rozvíjet, je na pacientovi, aby byl aktivní a přijal odpovědnost za svůj proces léčby. Každý pacient má znát pohled lékaře na svoji nemoc, má být informován o možných způsobech léčby, jejich klady ale i riziky. A to proto, aby se mohli kompetentně a informovaně rozhodnout pro optimální způsob léčby. (Romaňáková, 2003)

(Tschuschke, 2004, str. 81) *popisuje, že „neochota pacienta spolupracovat je způsobena nedostatkem komunikace mezi pacientem a ošetřující osobou. “*

V ČR existuje právo pacienta na svobodnou volbu lékaře. (Thálová, 2002)

Tato možnost dává předpoklad, že vztah mezi lékařem a pacientem bude splňovat zásady správné komunikace. (Andrysek, 2011)

Rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem by měl splňovat několik zásad:

- vytvořit předpoklady pro rozvoj vztahu mezi zdravotníkem a pacientem,
- pomoci pacientovi porozumět jeho nemoci a to zvláště tam, kde se odráží pacientova spolupráce na výsledcích léčby,
- poskytnout pacientovi emoční podporu,
- získat informace o pacientovi a jeho nemoci.

Dále Beran popisuje, že rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem by měl mít psychoterapeutickou hodnotu. (Beran, 2002)

„Základem každého úspěšného rozhovoru je potom důkladná příprava. Pacient či jeho blízký by měl brát na zřetel lékařovu zaneprázdněnost, proto je doporučován následující postup:

1. Domluvit se s lékařem na konzultaci – předem informovat lékaře o připravených otázkách, zajistit si dostatečný čas věnovaný lékařem.
2. Otázky připravené na papíře, zapisovat si poznámky během rozhovoru.
3. Na konzultaci s lékařem jít pouze s jednou z nejbližších osob.
4. Otevřeně se ptát, s lékařem spolupracovat.
5. Snažit se být psychicky vyrovnaný a klidný“ (Andrysek, 2011, str. 20)

V dnešní době je již standardem, že v komplexních centrech, kam onkologická pracoviště patří, fungují multidisciplinární týmy.

Laca popisuje multidisciplinární týmy jako skupiny lidí z různých oborů, s různě zaměřenou specializací a s různou souvislostí k pacientovi, přičemž každý z nich má odlišný pohled a každý může poskytnout jinou pomoc, takže pacientovi lze poskytnout širokou pomoc v celém jeho spektru problémů. Takový tým může spolupracovat jen tehdy, pokud i mezi sebou vedou kvalitní komunikaci, měli by si vyměňovat poznatky a zkušenosti, informovat se o stavu pacienta a respektovat se lidsky i odborně. (Laca, 2013)

Pohled na komunikaci lékař – pacient vidí Andryšek, jako psychickou podporu stavu nemocného, kterou musí provádět lékař, který je s nemocným v léčebném kontaktu, nemůže pacientovi ublížit, poskytuje mu pohodu v období dispenzarizace a zachrání ho mnohdy před podvodnými léčiteli, kteří líbivými řečmi a sliby pacientovi poskytnou, co postrádá u svého lékaře, ale zanedbají potřebnou terapii, a tím nezvratně ovlivní osud nemocného. (Andryšek, 2011)

### **Komunikace pacientky s rodinou**

„Málokterý člověk se ve své rodině či blízkém okolí dosud neseťkal s někým, u koho byl diagnostikován zhoubný nádor. A zcela logicky se při kontaktu s nemocným vynořuje celá řada otázek: Mám s ním o tom mluvit? Čím mu mohu prospět? Jak se k němu mám chovat? Není to nakažlivé? Jak tím utrpí naše finanční situace? Neopustí mě partner?“ (Karešová, 2011 s.10)

Karešová na tyto otázky dává odpověď. Pokud chce rodina svým blízkým být nápomocná, měli by se jednotliví členové naučit poskytovat pomoc v nových, těžkých podmínkách. Mnoho věcí bude jiných a budou jinak dopadat než byli dříve zvyklí. Důležité je seznámit se co nejdříve se zdravotním stavem blízké osoby, aby nedocházelo ke zkreslení a předcházelo se nedorozumění. Tuto informaci poskytne ošetřující lékař. Vhodné je povzbuzovat partnerku v jakékoli aktivitě, kterou je schopna vykonávat. Nemělo by se zapomínat ani na tělesný kontakt a tělesnou blízkost, která je pro ženu v těchto chvílích velmi potřebná. Nemělo by se zapomínat, že i po vyléčení zůstává žena ve strachu, aby se nemoc nevrátila. Pokud žena propadá beznaději, či úzkostným náladám, je žádoucí vyhledat společně pomoc psychologa, psychiatra či psychoterapeuta. (Karešová, 2011)

Příbuzní nemocného by měli především pečovat o vlastní potřeby, protože si musí udržet klid a rozvahu. O pacienta je výhodou, aby pečoval člověk vyrovnaný. Riziko, že budou označováni za sobecké, je ve srovnání s důležitostí správné péče o nemocného zanedbatelné. Prostředím



rodiny se snižuje stres spojený s nemocí. Role rodiny je v tomto období významná. (Romaňáková, 2003)

Mnoho pacientů nechce „zatěžovat“ rodinu nebo přátele svou nemocí. Přitom právě oni mohou být důležitou záchranou sítí, například v praktických otázkách každodenního života. Někdo může pomoci v domácnosti nebo se postará o děti nebo nemocné rodiče. Obzvláště důležité je najít někoho, s kým si budete moci o všem promluvit, i o strachu. Takovou emocionální podporu vám může poskytnout partner, ale i sestra nebo bratr či dlouholetý přítel. (Dobos, 2011)

Většina pacientů také nemá zájem hovořit o těžkých tématech, jakým onemocněním rakovinou určitě je. Zvláště kdy by pacient potřeboval o tomto tématu hovořit zcela otevřeně. Proto je důležité zlepšovat komunikaci mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky a blízkými. Je důležité umět vyjádřit strach, přání a obavy bez ohledu na to, jak bude tímto zatížená rodina. (Tschuschke, 2004)

Vzhledem k závažným důsledkům, které nemoc má (psychologické, sociální, ekonomické) jak na pacientku, tak na rodinu, představuje právě rodina velmi důležitý podpůrný sociální systém, zejména v době, kdy se léčba přesouvá do domácího prostředí. Většinou jsou ženám velkou oporou manželé a partneři. (Andrysek, 2011)

### **Komunikace odborníka pomáhající profese - sociálního pedagoga s klienty**

Sekera popisuje, jak velkou roli zaujímá sociální pedagog v oblasti sociální pedagogiky a terapie komunikace. Zejména specifika mezi jednotlivými klienty, ať už mentální či vzdělanostní úroveň, komunikační rozdíly jednotlivých kultur či etnik. Za důležité považuje vzájemné porozumění mezi odborníkem a klientem. Během kontaktu s klienty se sociální pedagog setkává s lidmi komunikačně schopnými, sečtělými, ale mnohem častěji se objevují lidé komunikačně pod hranicí zdatné komunikace. K dosažení komunikačního zdatu, aby informace byly správně pochopeny, vede několik cest. Důležitá je příprava, a čeho chceme komunikací dosáhnout. Pro obě zúčastněné strany by měla být komunikace bezpečná. Přispějeme k ní vytvořením vnitřní i vnější atmosférou. V průběhu rozhovoru je smysluplné ověřovat, zda vzájemná atmosféra je pro obě strany bezpečná.

Sociální pedagog by se měl naučit vnímat tzv. vztahové významy v komunikaci. Jen tak si popovídat může přinášet zmírnění od naléhavých nesnází.

Další důležité informace může sociální pedagog získat z neverbálních signálů, zejména emoční projevy klientů, které leccos mohou napovědět. (Sekera, 2012)

Efektivní komunikace je nástroj dosahování cílů v mezilidském kontaktu, zejména v profesní oblasti sociální práce či jiných pomáhajících profesí.

Aby komunikace byla efektivní, musí všichni diskutující používat stejný komunikační styl. Jinak nebudeme komunikovat efektivně a situace může skončit neúspěchem. Tím je v tomto případě konflikt, nedorozumění, komunikační šum, které vedou k vytvoření takového sociálního aktu, který v praxi v danou chvíli nepotřebujeme.

Rozlišujeme pět základních **komunikačních stylů**, které hrají v komunikaci specifickou roli:

- Konvenční, pozdravy, setkání, formální konverzace
- Konverzační – nezávislé povídání
- Operativní styl – používaný kdy je nutno něco zařídit, vyrobit, vyřídit, vyřešit problém.
- Vyjednávací styl – rozdělování kompetencí, dlouhodobější plánování, řešení složitých věcí
- Osobní neboli intimní styl – typický pro partnerské záležitosti

Z dosud uvedeného tedy vyplývá, že základem úspěšné, efektivní komunikace je sebepoznání. Tedy neustálý proces zjišťování a ověřování si odpovědi na otázku, kdo jsme, jaké máme vlastnosti, schopnosti a dovednosti. (Brožová-Doubková, 2013)

(Romaňáková, 2003) popisuje i roli psychologa v péči o onkologické pacienty:

- Pomáhá zpracovat negativní emoce (pocit ohrožení, ochromení, zklamání, smutek, obavy, zlost, apatii..)
- Je partnerem, který je trvalý v době nemoci, aktivně se podílí na zvládání dlouhodobé frustrace dané faktem nemoci či sdělené prognózy
- Pomáhá pacientovi zorientovat se v pro něj nové životní situaci
- Podporuje porozumění pacienta
- Je průvodcem při hledání vlastní nové role „vážně nemocného“
- Je posilou při vyrovnávání se s nečekanou změnou životní perspektivy v souvislosti se sdělením diagnózy.
- Posiluje vnitřní sebedůvěru nemocného a jeho kompetence
- Pomáhá vytvářet smysluplné motivy v zoufalé situaci ohrožení (Tomášek, 2015)

## 4 PACIENTKA A JEJÍ ÚČAST V LÉČEBNÉM PROCESU

Samotný léčebný proces nemůže být úspěšný, pokud se do něj aktivně nezapojí sama pacientka. K tomu, aby žena pochopila nejenom smysl léčby, následnou rekonvalescenci a dlouhodobou psychickou odolnost, je nutné, aby na sobě pracovala. Důležitou částí léčebného procesu je přesunout některé kompetence na samotnou pacientku. Jedná se o sebevzdělávání a sebevýchovu v oblasti změny životního stylu, zaměření se na zdravý životní styl, pohyb, správné stravování a duševní hygienu. v mnohém může být nápomocné i sebepoznání.

### 4.1 Sebevzdělávání, sebevýchova a sebepoznání pacientky

Při samotné léčbě je důležité **sebevzdělávání** pacientky. Ta je motivována k tomu, aby co nejpodrobněji poznala svoji chorobu a rozuměla jí. Také musí porozumět, co jí lékař během léčby sděluje. To je velmi důležité při tzv. terciální prevenci. Cílem terciální prevence je včas rozpoznat případný návrat nádorového onemocnění po prodělané léčbě. (Cholleti, 2009)

Podle Spiegela a Kata (2000) mohou psychosociální faktory, jako je více znalostí a méně strachu, ovlivnit spolupráci pacientů při provádění nutných terapeutických opatření. Psychoterapeutická podpora je sto díky podpoře těchto psychosociálních faktorů zlepšit spolupráci pacienta. Dodržování léčebných opatření může mnohdy pacientovi zachránit život. Stačí například podpora realizovaná po telefonu. (Tschuschke, 2004)

Proces sebevzdělávání pacientek je důležitý a sehrává v celém procesu léčby velkou roli, v procesu následné léčby a zejména potom v době, kdy je onemocnění pacientky v remisi. Neformální vzdělávání by mohlo být jednou z kompetencí, prováděné sociálním pedagogem. Neformální vzdělávání se realizuje formou kurzů, seminářů a probíhá v soukromých vzdělávacích institucích, neziskových organizacích. Zaměřuje se na takové znalosti a dovednosti, které by mohly jedinci zlepšit jeho společenské a pracovní uplatnění. Jedná se o různé kurzy, přednášky, krátkodobá školení. Dalším pojmem ve vzdělávání je informální vzdělávání, které zahrnuje také sebevzdělávání, je nesystematické, nekoordinované, je to proces kde jedinec získává vědomosti, osvojuje si dovednosti z každodenních zkušeností. (Veteška, 2008)

Wroczyński poukazuje ve své knize na to, že proces výchovy se nekončí ve chvíli přechodu do období dospělosti. Dosáhnutím plnoletosti se mění jen charakter výchovných procesů. Výchova dostává autonomní polohu, stává se z ní **sebevýchova**. (Wroczyński, 1968)

**Sebepoznání** je přirozený proces, který nás provází v průběhu života. Vychází ze zkušenosti se sebou samým za různých okolností. (Géringová, 2011)

„Sebepoznáním se člověk stává otevřenějším vůči osobním zkušenostem a zvyšuje se jeho ochota k nápravě a k sebevýchově. Odmítat sebepoznání nepřímo znamená odmítat i sebevýchovu, která je hlavním zdrojem pokroku ve vlastním vývoji.“

Metody sebepoznávání:

- Pravidelná registrace vlastního jednání.
- Pravidelná sebereflexe.
- Písemné zachycení a rozbor sebereflexe.
- Vedení deníků zaznamenávajících řešení osobní problémy.
- Introspekce – pozorování sama sebe v právě přítomné chvíli.
- Sebepozorování zaměřené na vlastní citové prožívání.
- Pozorování průběhu vlastního uvažování.
- Sebepoznávání prostřednictvím sdělení druhých lidí.

Sebepoznávání je tedy jedním z prostředků sebevýchovy ve vztahu k duševnímu zdraví. Sebepoznání však není jediný pramen sebevýchovy (Aišmanová, on-line)

Sebepoznání je prvotním předpokladem rozvoje psychické regenerace. Rozvoj schopností umožňujících zlepšení hospodaření s vlastní energií se opírá o rozvoj sebepoznání. A to pouze v případě že:

- jsme dostatečně vnímaví ke svým potřebám a pocitům
- známe své slabé a silné stránky,
- akceptujeme své nedostatky,
- a jsme otevření k sebe rozvoji.

Jedině tehdy můžeme regenerační schopnosti posunovat k našemu potenciálu.

Význam poznávání vlastní osobnosti je hlavním a často jediným nástrojem, který máme k dispozici ve své profesi, vztazích či volném čase. (Bernacíková, 2013)

Kompetence sociálního pedagoga jsou v takovém rozsahu, který by dokázal pokrýt výše jmenovanou podporu.

## **4.2 Změna životního stylu**

V procesu uzdravování je nezbytné, aby ženy převzaly odpovědnost za vlastní léčení. Jsou to tři věci: aktivní přístup k vlastnímu zdraví, ochota uskutečňovat životní změny a schopnost vyrovnávat se s odporem. (Turnerová, 2015)

Proto, aby klient dodržoval základní pravidla zdravého životního stylu, je důležité, aby byl dostatečně motivován. Vzhledem k tomu, co znamená být zdrav, je člověk motivován k činnostem, které povedou k udržení zdraví.

Hodnota zdraví je pro člověka základní biologickou potřebou nezbytnou po úspěšné plnění společenských rolí a osobní pohodu.

1. mělo by být prioritní individuální -osobní hodnotou jako předpoklad pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí a seberealizace.
2. Zdraví představuje hodnotu společenskou -socioekonomickou, kdy existence společnosti a její další rozvoj je závislý na dobrém zdravotním stavu populace. Nemoci, poruchy zdraví a následky působí značné ekonomické a sociální ztráty s celospolečenskými důsledky. (Dolanský, 2008)

Postupy a opatření, které je třeba předat pacientovi, by měly směřovat k poskytnutí co nejrozsáhlejšího souboru informací. Důležitá je forma předání informace, podat doporučení ve zjednodušené a stručné formě. Také je doporučeno, aby byl nový režim co nejvíce přizpůsoben denním zvyklostem klienta. (Kastnerová, 2012)

Udělat změnu v dosavadním životním stylu je pro ženy po léčbě karcinomu prsu určitě žádoucí. Existují pracoviště, kde se již při prvním pohovoru ohledně životního stylu seznamují s faktem, že například kombinace pravidelného pohybu a zdravé výživy může jejich prognózu zlepšit až o 50%. Pacientkám se radí, aby si nacvičily metody cvičení, které uklidňují nervy, snižují hladinu stresového hormonu kortizolu a posilují imunitní systém. (Dobos, 2011)

- Dobos ve své publikaci dále předkládá dotazníkový výzkum institutu v Allenbachu z roku 2010, kde pouze 29% žen si přeje čistě lékařskou léčbu. 70-80% se vyslovilo pro kombinovanou léčbu z onkologické terapie a přírodního léčitelství. Především se chtěly **aktivně podílet na svém zdraví**. S tím je spojeno i nasazení pro věc. (Dobos, 2011)
- V průběhu nemoci se navzdory veškerým snahám stále vrací panika. Žena by od počátku měla vědět, že proti tomu může něco dělat: může se učit **čelit strachu**. To je důležité, neboť z psychoneuroimunologie víme, jak silný vliv na nemoc mají psychické faktory. (Tschuschke, 2004)
- Vzhledem k této skutečnosti, která prokazuje vztahy mezi psychikou, nervovou soustavou a imunitním systémem, je na místě, aby pacientka pravidelně praktikovala techniky **body and mind**. Tyto techniky pomohou tělesně a duševně odizolovat „hroucení“ života ženy. (Dobos, 2011)

- **Dostatečný spánek** člověka posílí pro zátěž spojenou s každodenní léčbou. To je minimum, které pacientka pro své zdraví může udělat. Individuální potřeba spánku obvykle závisí na celkové tělesné konstituci, zdravotním stavu, kvalitě nervové soustavy a podílejí se zde stále více faktory psychické.
- **Výživa** je jednou z důležitých částí, co může pacientka sama pro sebe udělat. Patří k základům celé naší životosprávy. Proto je třeba se zamyslet nad svým režimem stravování a najít si takovou variantu, která nebude škodit po stránce fyzické ani psychické. Zejména bychom se neměli přiklánět k extrémním přístupům založeným na absolutním odmítání vybraných potravin (makrobiotika, vegetariánství)
- **Pohyb** neodmyslitelně patří ke zdravému životnímu stylu („V zdravém těle zdravý duch“ Tyrš. 1886)
- **Volný čas**

Dále i „, poradenství k životnímu stylu může podchytit mnoho stresových faktorů důležitých pro onkologickou léčbu. Cítí-li pacientky ve všech svých problémech podporu, jsou spíše ochotny vydržet terapii s nepříjemnými nežádoucími účinky. K léčení vedlejších účinků je důležitá tzv. integrativní onkologie, což jsou metody odbourávání stresu, jako například jóga a meditace. Platí to již pro dobu před operací, kdy zbavují strachu, ale i pro další fáze léčby. Pacientky se rovněž mají především učit a být motivovány k tomu, aby po celou dobu trvání léčby zlepšovaly kvalitu svého života a čerpaly novou sílu, aby dokázaly odolávat strachu z recidivy.“ (Dobos, 2011, str. 42)

Zdroje tělesné vitality popisuje Cholleti - výživu a spánek, tělesné cvičení a meditaci, dýchání. (Cholleti, 2009)

Hodně záleží na individuálním životním stylu a na genetických základech. Výživa je ústředním faktorem našeho zdraví. Důležité je však posilovat sami sebe, nikoli nádor. (Dobos, 2011):

Turnerová popisuje, že někteří pacienti se vyléčili z rakoviny, přestože mu lékaři dávali jen malou šanci na přežití. Tato autorka zkoumala přes tisíc případů uzdravení a objevila sedmdesát pět faktorů, které respondenti považovali za důležité. Devět jich zmínil téměř každý dotazovaný, je to: změna stravování, převzetí odpovědnosti za vlastní zdraví, naslouchání intuici, užívání bylin a doplňků stravy, uvolnění potlačených emocí, prožívání pozitivních emocí, přijetí podpory od druhých, prohloubení spirituality a pádné důvody, proč žít. (Turnerová, 2015)

### 4.3 Duševní hygiena pacientek

„Duševní hygiena - jde o interdisciplinární předmět zahrnující praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví i přes nepříznivé dopady mnoha dílčích podnětů a situací.“ (Bedrnová, 2009, str. 15.)

Duševní hygiena neboli psychohygiena je také popisována jako:

- „systém vědecky zpracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy

- soubor poznatků týkajících se způsobu života, pravidel chování, hygieny myšlení, představ a citů.“ (Aišmanová, on-line, str. 3)

V užším slova smyslu můžeme duševní hygienu chápat jako obor zabývající se problematikou uchování duševního zdraví. Širší pojetí duševní hygieny dává do souvislosti celý proces utváření naší osobnosti v těsné vazbě na užší i širší sociální prostředí – proces socializace. (Farkašová, 2014)

Socializace je převážně založena na vzdělávání. Zde jsou formovány naše schopnosti i praktické dovednosti. Málo pozornosti se zaměřuje na výchovu. V ní jde o formování prožívání a hodnocení, ale i motivaci k činnosti. Duševní hygienu považujeme za předmět interdisciplinární, vychází z poznatků řady vědních oborů: a to biologie člověka a medicíny přes psychologii, sociologii a pedagogiku až k filozofii a etice. V této souvislosti jde o tzv. komplexní problematiku hledání efektivních cest životem, optimalizace životního programu apod. (Bedrnová, 2009)

Duševní hygiena je zaměřena na:

- Psychoprofylaxi (obranu disponovaných jedinců před onemocněním).
- Prevenci (odstraňování škodlivých faktorů, které by mohly negativně působit i u zdravého jedince).
- Upevňování duševního zdraví úpravou životních podmínek člověka.

Význam duševní hygieny a příčiny zájmu o ni

1. Prevence somatických a psychických onemocnění.
2. Sociální vztahy.
3. Pracovní výkonnost.
4. Subjektivní spokojenost (Aišmanová, on-line).

Psychohygienu (duševní hygiena) se zabývá podporou a rozvojem duševního zdraví a předkládá soubor opatření i postupů, jak tohoto cíle dosáhnout. Jde o různé postupy vztahující se komplexněji k určité činnosti nebo profesi nebo o dílčí metody, které vedou k regulaci a autoregulaci aktuálního psychického stavu. Jednou z metod, která podporuje duševní hygienu, je relaxace. (Gillernová, 2001)

Bernacíková rozumí psychickou regenerací obnovu mentálních sil. Působení mezi mentální a fyzickou stránkou je vzájemné. Fyzická kondice ovlivňuje nastavení psychiky. Pokud jsme v dobré fyzické kondici, tak je naše psychická pohoda odolnější vůči rušivým vlivům (stresům a únavě). Naopak pokud je naše fyzická kondice špatná, psychika ztrácí důležitý podpůrný bod a sama se stává labilnější a zranitelnější. (Bernacíková, 2013)

Základní rovnicí duševní hygieny popisuje Blahutková jako soubor pravidel. A to péče o zdraví a o kvalitu života tak, aby člověk balancoval bio-psycho-socio-spirituální rovnováhu. Měl by uspokojovat fyziologické potřeby, duševní zdraví a tím rozumí adekvátním způsobem reagovat na podněty z okolí. Jako sociologickou rovnováhu zmiňuje schopnost udržovat kontakt se skupinami a ve společnosti a spirituální rovnováha představuje životní filozofii, mít vztah k někomu, nebo něčemu, co pomáhá překonávat životní překážky. Pokud se nám nedostává vyvážených potřeb, naše tělo strádá a je vystaveno nebezpečí zvenčí, které může ohrozit naše zdraví. I banální situace mohou způsobovat stresy, pokud nejsme v rovnováze těla a ducha. Stres potom vyvolává reakce organismu a ty mohou oslabovat tělo, jeho imunitu a negativně působí na zdraví, tudíž způsobují nemoci. V dnešní době, kdy se při vysokém pracovním nasazení více zatěžuje duševní stránka, než fyzická, tato zátěž způsobuje závažná onemocnění. (Blahutková, 2008)

Stres a zdraví jsou další skloňované aspekty, které jsou považovány za strůjce v původu civilizačních nemocí, kam je rakovina řazena. Ukazuje se, že přímý účinek stresu má vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový systém. Nepřímý vliv stresu ovlivňuje chování člověka, respektive změnu životního stylu. Proč je utlumen při stresu právě imunitní systém? Prvních třicet minut působení stresoru je imunitní systém naopak zesílen. Zhruba po hodině, při trvalém vyplavování glukokortikoidů a trvající aktivaci sympatického systému, začíná docházet k potlačení imunitního systému. V případě středně dlouhotrvajícího stresu se vše vrátí do původních hodnot. V případě dlouhodobého stresu je však imunitní systém natolik potlačen, že klesne pod hranici, na které byl před prožíváním stresu (Joshi, 2007).



To je důvod, proč je tak zásadní provádět duševní hygienu. Ženy po prodělané onkologické léčbě musí pracovat na svém duševním zdraví, aby mohly zvládat nápor, který je čeká při vstupu do „nového života“.

Duševní hygienu ovlivňuje několik aspektů. Jedním z nich je:

### ***Životospráva***

- je rizikovým faktorem duševní rovnováhy, má vliv na psychosomatické zdraví
- faktorem pomáhajícím při odstranění stresu a zmírňující negativní následky

Míček in (Aišmanová, on-line) popisuje, studii uskutečněnou v USA na vzorku 7 tisíc dospělých respondentů bylo zjištěno 7 zvyků, které vysoce korelují se somatickým zdravím:

1. Pravidelná fyzická aktivita – cvičení, sport, pohyb, manuální práce.
2. Nepřejídání se, udržování přiměřené váhy.
3. Pravidelná snídaně, nepožívání potravy mezi hlavními jídly.
4. Abstinence kouření.
5. Vyvarování se alkoholu a dalších drog.
6. Dostatečný spánek a odpočinek – spánek 7-8 hodin denně.
7. Pravidelný denní režim a denní rytmus.

(Machová, 2009) poukazuje na stravování jako jeden z aspektů dodržování správné životospráva a poukazuje nato, že stravovací návyky úzce souvisí se vzděláním. Čím vyšší má člověk vzdělání, tím si více uvědomuje nutnost kvalitní a vyvážené stravy a dbá na doporučené zásady správné výživy.

### ***Životospráva z hlediska duševní hygieny***

Respektovat pravidla správné životosprávy má dobrý vliv na naše tělesné i duševní zdraví.

Pomáhá nám současně eliminovat neblahé dopady stresu, kterému jsme denně vystaveni. Životospráva hraje úlohu i pohledu samotnému předcházení stresu.

Do životosprávy patří:

- pohybová aktivita,
- výživa,
- spánek a odpočinek,
- denní režim a hospodaření s časem.

Všechny části životosprávy patří ke správnému kvalitnímu životnímu stylu každého jedince.

(Aišmanová, on-line)

### ***Pohybová aktivita***

Pohyb je jedním ze základních projevů existence živočichů, včetně člověka. Pro zachování a upevnování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem aktivní pohyb. Tělesná zdatnost je dána vytrvalostí, svalovou silou. Pohyblivostí kloubů, šlach a vazů a koordinací pohybu. Nejdůležitější pro zdraví je složka vytrvalostní, která závisí na účinnosti a výkonnosti srdce, krevního oběhu, plic a svalů. Pro vytrvalostní zdatnost jsou nejvhodnější formy pohybu, jako je rychlá chůze, běh, jogging, cyklistika, plavání, aerobik apod. Pro ženy po prodělané léčbě karcinomu prsu je optimálním pohybem, doporučeným lékaři, rychlá chůze. Neomezuje ženu zejména v oblasti horních končetin, kde může docházet k lymfedému, který je následkem operace podpažních uzlin.

Všechny formy pohybu jsou také důležité pro seberegulaci a pro uchování fyzického a psychického zdraví.

#### **4.4 Motivace pacientek ke změně**

Dalším aspektem pro zvládnání dlouhé náročné léčby, která může pozitivně přispět k uzdravování, je zdravá motivace. (Blahutková, 2008)

Mnoho pacientek po prodělaném onemocnění a dlouhém léčebném procesu začne přemýšlet, jak bude vypadat jejich budoucnost. Proto, aby ve svém životě něco změnily, nebo dokázaly, potřebují mít motivaci k tomuto kroku a to, udělat změnu. Jednotliví autoři popisují motivaci například jako cíl, aktivizující, podněcující činitele, energii či psychický proces.

(Gillernová, 2001, str. 39) například motivaci rozumí „souhrn činitelů, který jedince podněcuje, podporuje, aktivizuje, nebo naopak utlumuje a brzdí. Motiv je pohnutkou, příčinou činnosti a jednání člověka. Motiv má cíl, směr, intenzitu, trvalost. Mezi základní motivy řadíme: potřeby, zájmy, návyky, cíle, přání, hodnoty, postoje, emoce.“ (Gillernová, 2001, str. 39)

Motivace je vše, co dodá energii našemu jednání. Jsou to motivy, které náš prožitek, výkon podporují, jsou však také motivy, které naše cesty k cíli brzdí a blokuje. Metod zaměřených na definování žádoucích cílů je mnoho. Cíle podporující výkon- základní definice cíle. Čeho chci dosáhnout po uplynutí jednoho roku. V čem se chci změnit? V čem se zlepšit? (Bernacíková, 2013)

Motivací a posílením také může být samotný fakt, že lidé právě v krizích vyvinou obrovskou sílu. Toto popisuje sociolog Aaron Antonovsky, který zkoumal židovské ženy v koncentračních

táborech. Většina žen zůstala duševně i psychicky zdravá navzdory špatným životním podmínkám. Popisuje, že tyto ženy měly zakořeněný pozitivní postoj k životu, aby celou těžkou situací přestály. I z těchto těžkých situací získaly něco pozitivního, čemuž připisovaly smysl. A právě tuto situaci popisují i pacienti s rakovinou, že ohrožením svého života byli posíleni a našli něco důležitého. (Dobos, 2011)

Slavíková popisuje, že řada pacientek po onkologickém onemocnění má silnou motivaci. Zejména ke změně svého dosavadního cíle – často mění obor své práce, zaměstnavatele. Pokud má žena po léčbě nějaký následek, je nucena změnit profesní dráhu. Mnoho žen v tuto chvíli stojí před rozhodnutím, co dál. Motivací je často i změna příjmu při přechodu z nemocenské na invalidní důchod. Ztráta zaměstnání a hledání nového, je další nejistota, kterou ženy prožívají. Slavíková zde vidí prostor pro odborné poradenství a pro sdílení s ostatními ženami, které se s touto nemocí vypořádaly. (Slavíková, 2014)

Motivaci lze chápat i jako psychický proces, který vede k energetizaci organismu. Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Tento pojem je vztahován k dynamice chování, vyjadřuje vnitřní proces změny aktivity, který je pozorovatelný mobilizací sil, aktivizací a dynamizací, nebo naopak zlhostejněním, poklesem aktivity a opadnutí zájmu v případě negativně postupující změny motivace. Motivy jsou osobní příčiny určitého chování. Jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby. Ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojujeme. (Kastnerová, 2012)

#### **4.5 Start pacientek do „nového života“ a pozitivní myšlení**

Po prodělané léčbě se žena dostává na novou životní dráhu. Doslova a do písmene jí začíná „nový život“. Je to doba, která přináší ženě mnoho rozhodnutí. Ať už v tom, jak se nastaví chod domácnosti, eventuální pomoc dětí, rodičů nebo partnerů. Tak i v otázce zaměstnání. Žena se setkává s realitou, zda bude moci vykonávat svoje zaměstnání, které vykonávala před onemocněním. Nejedna žena si také vytýčí cíle, které si chce plnit. Cíle mohou mít podobu změny životního stylu, sebevzdělávání, začít si třeba i plnit sny, které si doposud nesplnila.

(Slavíková, 2014) odhaduje dobu, která je potřeba pro plynulý návrat do každodenního života srovnatelnou s dobou, po kterou probíhala aktivní léčba. Pokud tedy léčba probíhala jeden rok, můžeme počítat s tím, že následující rok bude probíhat rekonvalescence. Je to doba nelehká jak pro pacientky, tak i pro její blízké. Většinou v ní ženy zažívají období plné energie a chuti do

nových činností, která se však často střídají s obdobími zvýšené únavy a vyčerpání. Je důležité při těchto stavech poslouchat své tělo a dbát na odpočinek a relaxaci. Neméně důležité je plánování postupných a splnitelných cílů.

Ukončení léčby nemusí jednoznačně znamenat, že přichází období bez starostí. Tschuschke v kapitole „zotavování“ popisuje aspekt, kdy téměř každý pacient se zabývá tím, že se nemoc může znovu objevit. Dostavuje se zvýšená citlivost pro vnímání a prožívání různých vnějších jevů působících na jejich každodenní činnosti. Mnoho pacientů mívá problémy spojené s tím, že se musí přizpůsobit omezení v soukromém nebo pracovním životě. Život pacientů je narušován opakovaným strachem a reaktivní depresí. V tomto okamžiku je velmi důležité nabídnout pacientovi další informace prostřednictvím onkologa, případně vyškolenou sestrou, podpůrnými skupinami, které mohou působit v nemocnici, nebo individuální psychoterapeutickou pomocí. (Tschuschke, 2004)

Pomoc vyškoleného sociálního pedagoga by se ve výše popisované situaci mohla stát rutinní procedurou poskytovanou v léčebném zařízení.

Bedrnová ve své knize popisuje fakt, že jednotlivé myšlenky a představy, jsou – li navíc provázeny citovým hnutím, mají tendenci se uskutečnit. Každá jednotlivá myšlenka či představa připravuje náš organismus k tomu, aby ji realizoval, a to i bez vědomé účasti naší psychiky. Proto cíleným usměrňováním kvalit našeho myšlení, představování a cítění můžeme ovlivňovat průběh jednotlivých událostí i celého svého života. (Bedrnová, 2009)

V období návratu k normálnímu životu je důležitou součástí úvah pacientky, zda umí být tělesně přitažlivá. S tímto se těžko svěřuje blízkým i odborníkům. Jsou to však otázky důležité, i když si žena může připadat nepatřičně, až trapně. To vše může sehrávat důležitou roli i v návratu do zaměstnání. Velkou obavou je návrat nemoci, strach ze změny těla, nezatěžovat již své blízké, jsou běžná témata. K dalším obavám přistupuje i skutečnost, že je pacientka i dál sledována na onkologii a tam si vždy s pravidelností připomene vše, čím si prošla. Jsou zdravé, a přitom jakoby stále trochu nemocné. Důležité je o svých obavách otevřeně promluvit i s blízkými a hlavně s partnerem, je možné, že se cítí svázani jako my a neví si rady, jak se k ženě přiblížit. V období návratu do „nového života“ je dobré dbát o své tělo i mysl - cvičit, relaxovat, být kreativní, zkoušet nové věci. Být vnímavá ke svým potřebám, ale i k potřebám svých blízkých. Neházet své strachy za hlavu a nepotlačovat je, ale přiznat jim právo na existenci. To pacientce umožňuje se dále vyrovnávat s nemocí a případně připravit sebe i své blízké na další události. (Slavíková, 2014)

Pozitivní myšlení, neboli optimizmus je charakteristický pro toho, kdo je schopen zvládat těžkosti a charakterizuje ty, kteří očekávají, že výsledek dění bude pozitivní. Optimizmus se můžeme také naučit a to smysluplným pochopením života a smyslem pro humor. S tím také souvisí kladné sebehodnocení (self - esteem) a sebe posuzování. (Blahutková, 2008)

Dalším aspektem, se kterým se žena v době po ukončení léčby setkává, jsou názory blízkých z ženina okolí, kteří považují ženu za vyléčenou, nebo dokonce úplně zdravou. A to se všemi atributy. Rodinná situace se již navrácí do zaběhnutého koloritu, žena začne tzv. „normálně žít“. Nástupem do zaměstnání je na ženu opět naložena spousta povinností tak, jak tomu bylo před onemocněním. To může mít pozitivní stránku věci. Žena je skutečně zdravá, ale odvrácenou stránkou se ukazuje a z toho plynou otázky, na které si žena jen sama těžko odpovídá: Zvládnou vše jako před nemocí? Mohu se skutečně vrátit k původní profesi? Co budu muset omezit, abych svými silami zvládla to, co je na mě kladeno?

Mnoho autorů se touto problematikou nezabývá. Buď je žena nemocná, tudíž v pracovní neschopnosti eventuálně s invalidním důchodem, nebo je zdravá. Ale na situace, kterým je žena po prodělané léčbě vystavována, není dostatečně připravena. Jedná se o zvýšenou únavu, nespavost, vyšší unavitelnost, střídání nálad, sexuální problémy, závislosti na alkoholu a hypnoticích. Zkušenosti pacientek po léčbě karcinomu prsu ukazují, že může trvat i několik let, než se životní síla vrátí na hodnotu podobnou před onemocněním.

Silver toto období nazývá „nový normální život“ a píše, že se už nikdy nemůžete vrátit ke svému životu tak, jak jste ho znali doposud. Součástí toho „nového normálního života“ je rakovina prsu. Časem se z mysli vytratí, ale proces nejde uspěchat. Oddech od rakoviny může poskytnout změna prostředí, únik od věcí, které nám doma tak moc rakovinu připomínaly. I když se vzpomínky na léčbu začnou vytrácet, jsou okamžiky, kdy opět vpadne do ženiných životů. Jsou to chvíle před kontrolou u lékaře, nebo tehdy, když si nemoc vyžádá oběť v rodinném kruhu nebo ze světa celebrit. (Silver, 2006)

Wagnerová doporučuje pacientkám od všeho se odpoutat, co je doposud svazovalo a najít si skutečné hodnoty, které budou mít pro ně smysl. Doporučuje ženám, aby se věnovaly věcem, které je budou naplňovat, tomu co vždy chtěly zkusit a zatím to nestihly. Objevit v sobě skryté nadání a dělit se s novými zážitky se svými příbuznými a přáteli tak zní doporučení. (Wagnerová, 2010)

V ČR je podle národního onkologického registru více jak 60 tisíc pacientek s karcinomem prsu s probíhající či ukončenou léčbou. V současnosti není k dispozici program, který by se cíleně zabýval problémy pacientek v kompletní remisi po onkologické léčbě. Zde se nabízí otázka, do

jaké míry i v tomto segmentu, může sociální pedagog využít svých kompetencí při radách a komunikaci se ženami.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 METODOLOGIE VÝZKUMU**

V teoretické části diplomové práce se věnujeme ženám s onkologickým onemocněním, zejména problematice psychosociální podpory, komunikace, přijetí onkologické diagnózy, životního stylu a sebevzdělávání. V praktické části jsme použili kvantitativní výzkum za cílem ověřením si názorů onkologických pacientek na životní styl, poskytnutou psychosociální podporu při sdělení diagnózy, přijetí onkologické diagnózy a následné prožívání tohoto období. V další části výzkumu se zabýváme ověřením si názorů pacientek na roli sociálního pedagoga v tomto procesu.

### **5.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém**

Základní otázkou praktické části diplomové práce je zjistit, jaká je míra potřebnosti psychosociální podpory a efektivní komunikace v souvislosti s přijetím onkologické diagnózy a zvládnutí následného období onkologické léčby.

Hlavním cílem je u pacientek s karcinomem prsu ověřit názory na problematiku životního stylu, sebevzdělávání, sociální opory a komunikaci, z čehož následně vyplývají možnosti pomoci, podpory a péče sociálního pedagoga.

### **5.2 Specifické výzkumné otázky a stanovení hypotéz**

Jaký je vztah mezi životním stylem ženy a vznikem onkologického onemocnění?

H1: Pokud je před onkologickým onemocněním životní styl ženy zaměřený na povinnosti, stres, zátěž a není v něm přítomný relax a oddech, je větší předpoklad vzniku onkologického onemocnění.

Jakou ženy vnímají psychosociální podporu ze strany odborného lékaře (onkologa) při oznámení diagnózy a následném zvládnutí onemocnění a následné léčby?

H2: Pokud má pacientka při oznámení diagnózy psychosociální oporu v rodině, je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

Jak ženy vnímají psychosociální podporu poskytovanou odborníky pomáhajících profesí?

H3: Pokud má pacientka psychosociální oporu ze strany odborného lékaře (onkologa), je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

Jaký je předpoklad, při efektivně vedené komunikaci sociálního pedagoga s pacientkami, že ženu inspiruje k sebevzdělávání?



H4: Pokud má při léčbě onkologického onemocnění pacientka psychosociální oporu i v odbornících pomáhajících profesích (sociální pedagog), je předpoklad, že léčba bude úspěšnější.

Jaká je souvislost mezi znalostí pojmu sociální pedagog a inspirací k sebevzdělávání?

HA5: Pokud pacientku podporuje při léčbě sociální pedagog, který s ní efektivně komunikuje, je větší předpoklad, že ji inspiruje k sebevzdělávání a tím i ke spolupráci v léčbě s lékařem.

### 5.3 Pojetí výzkumu

Na základě stanoveného výzkumného cíle a výzkumných otázek jsme zvolili kvantitativní druh výzkumu, neboť nám lépe umožňuje obsáhnout a testovat zjišťovanou problematiku. Kvantitativně orientovaný výzkum definuje Kerlinger (1972, s. 27) jako „*systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.*“

Dříve zamýšlený kvalitativní výzkum se neosvědčil z důvodu citlivosti tématu, které se ukázalo být příliš osobní.

Kvantitativní výzkum je ve srovnání s kvalitativním odlišný zejména tím, že v kvantitativním výzkumu pracujeme s čísly a statistickými daty a snažíme se získat informace, které budou zobecnitelné pro širší populaci. (Hendl, 2005)

Provedený kvantitativní výzkum využil metody sběru dat – dotazníku – získaná data jsou anonymní.

#### Výzkumná technika

Pro realizaci výzkumného šetření jsme zvolili výzkumnou techniku dotazník. Dotazník byl vlastní konstrukce. Pacientkám byl předkládán v tištěné podobě. Vyplnění dotazníku si vyžádalo v průměru 5 minut času, dotazník byl anonymní.

Dotazník je složen ze dvou částí. První část obsahuje položky, které sledovaly iniciály, věk, bydliště a nejvyšší dosažené vzdělání. Druhá část obsahovala celkem 15 otázek. Položka 1- 9, 12 a 14 byly otázky polouzavřené, položky 10, 11 a 13 byly otázky uzavřené a položka 15 byla otázka otevřená.

### 5.4 Výzkumný soubor

**Základní soubor** tvořily respondentky, ženy, kterým byla v minulosti sdělena diagnóza karcinom prsu a které současně prodělaly léčbu tohoto onemocnění a to chemoterapii, ozařování, cílenou léčbu, hormonální léčbu, nebo kombinaci některé z těchto modalit léčby. Tyto ženy

byly vybrány v komplexních onkologických centrech a regionálních onkologických centrech v ČR.

**Výběrový soubor** tvořily respondenty, ženy, které byly vybrány v komplexních onkologických centrech a regionálních onkologických centrech v ČR a které souhlasily s výzkumným šetřením. Tyto ženy byly z Masarykova onkologického ústavu v Brně, Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, z Fakultní nemocnice v Ostravě a z nemocnic Znojmo, Břeclav a Prostějov. Rozdělení počtu pacientek na jednotlivá pracoviště ukazuje tabulka č. 1:

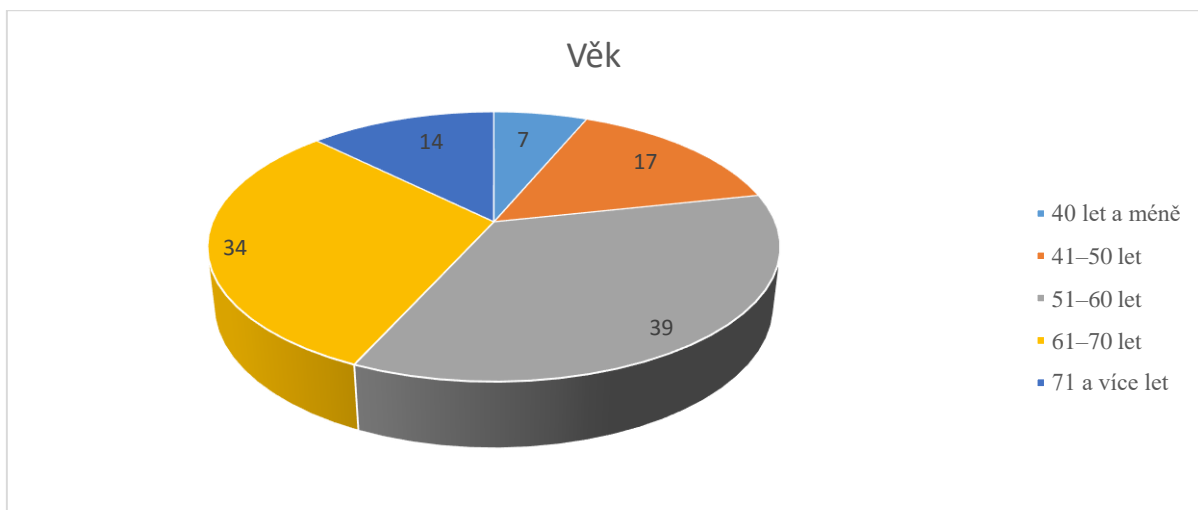
	<b>Počet pacientek</b>
<b>MOÚ Brno</b>	42
<b>Krajská nemocnice T. Bati Zlín</b>	18
<b>FN Ostrava</b>	15
<b>Nemocnice Znojmo</b>	15
<b>Nemocnice Prostějov</b>	11
<b>Nemocnice Břeclav</b>	10
<b>Celkem</b>	<b>111</b>

*Tabulka č. 1. Počet pacientek ve výběrovém souboru*

**Konkrétní složení výběrového výzkumného souboru je uvedeno níže v tabulce:**

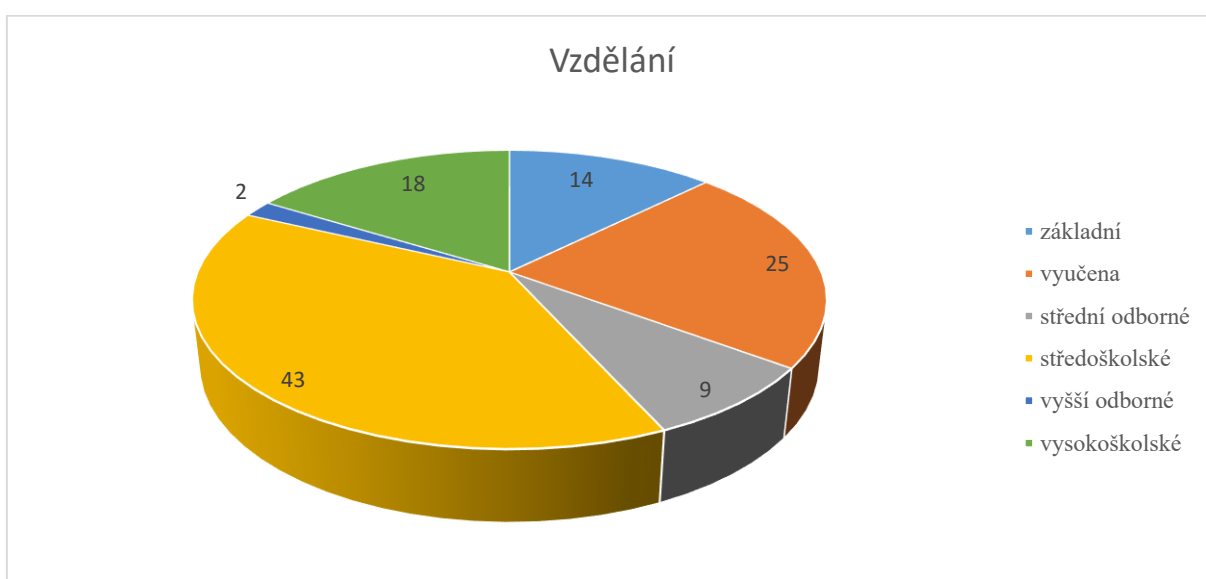
Respondentky (celkový počet 111)	věk	dosažené vzdělání
	40 let a méně – 6,3 %	Základní – 12,6 %
	41 – 50 let – 15,3 %	Vyučena – 22,5 %
	51 – 60 let – 35,1 %	Střední odborné - 8,1 %
	61 – 70 let – 30,6 %	Středoškolské - 38,7%
	71 a více let – 12,6 %	Vyšší odborné – 1,8 %
		Vysokoškolské 16,2%

*Tabulka č. 2. Věk a dosažené vzdělání respondentek*



Graf č. 1. Věk respondentek

Stojí za povšimnutí, že z celkového počtu 111 respondentek, je 63 pacientek tj. více jak 57% v produktivním věku. Vzhledem k tomu, že se onemocnění objevuje ve stále nižším věku žen, je toto onemocnění sociálním problémem, jelikož se pacientky z důvodu zdravotního stavu nemusí, ani po ukončení léčby vrátit do zaměstnání, kde pracovaly před onemocněním. Mnohdy jejich zdravotní stav po prodělané léčbě nedovolí nastoupit do zaměstnání vůbec.



Graf č. 2. Vzdělání respondentek

Ze 111 respondentek uvádělo střední a vyšší vzdělání 65% respondentek. Vliv věku na přijetí onkologické diagnózy, průběhu onemocnění či názorech na sociálního pedagoga nebyl předmětem zkoumání.

### **Způsob výběru**

Výběr výzkumného vzorku proběhl pomocí záměrného kvalifikovaného výběru v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Tato zařízení byla kontaktována a byla přislíbena spolupráce. Zástupci zdravotnických zařízení trvaly na zachování anonymity. Na základě předběžné domluvy došlo ke sjednání osobních schůzek s lékaři a zdravotnickým personálem. Pacientky byly seznámovány s tématem výzkumného šetření a souhlasily s dotazováním. Dotazníky byly pacientkám předkládány k vyplnění několika způsoby: lékařkami, vrchními a staničními sestrami a námi osobně.

### **Velikost vzorku**

Na pracoviště bylo distribuováno 120 ks dotazníkových archů. Vyplněno bylo 111 ks dotazníkových archů, to představuje 92 % návratnost. Celkem jsme pracovali se 111 ks dotazníkových archů. Žádný z archů nebyl vyplněn špatně nebo neúplně, nebylo proto nutné žádný z archů z vyhodnocení vyřadit.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU

V této části diplomové práce jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření. Výsledky jsou zpracovány v grafech a tabulkách. Některé tabulky jsou znázorněny i v grafech pro lepší názornost.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 111 respondentek. Byly rozděleny do pěti věkových kategorií, jejich zastoupení ve výzkumném souboru je blíže specifikováno v kapitole týkající se výzkumného souboru.

Výzkum ověřuje následující hypotézy:

**H1:** Pokud je před onkologickým onemocněním životní styl ženy zaměřený na povinnosti, stres, zátěž a není v něm přítomný relax a oddech, je větší předpoklad vzniku onkologického onemocnění.

**H2:** Pokud má pacientka při oznámení diagnózy psychosociální oporu v rodině, je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

**H3:** Pokud má pacientka psychosociální oporu ze strany odborného lékaře, je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

**H4:** Pokud má při léčbě onkologického onemocnění pacientka psychosociální oporu i v odbornících pomáhajících profesích (sociální pedagog), je předpoklad, že léčba bude úspěšnější.

**H5:** Pokud pacientku podporuje při léčbě sociální pedagog, který s ní efektivně komunikuje, je větší předpoklad, že ji inspiruje k sebevzdělávání a tím i ke spolupráci v léčbě s lékařem.

---

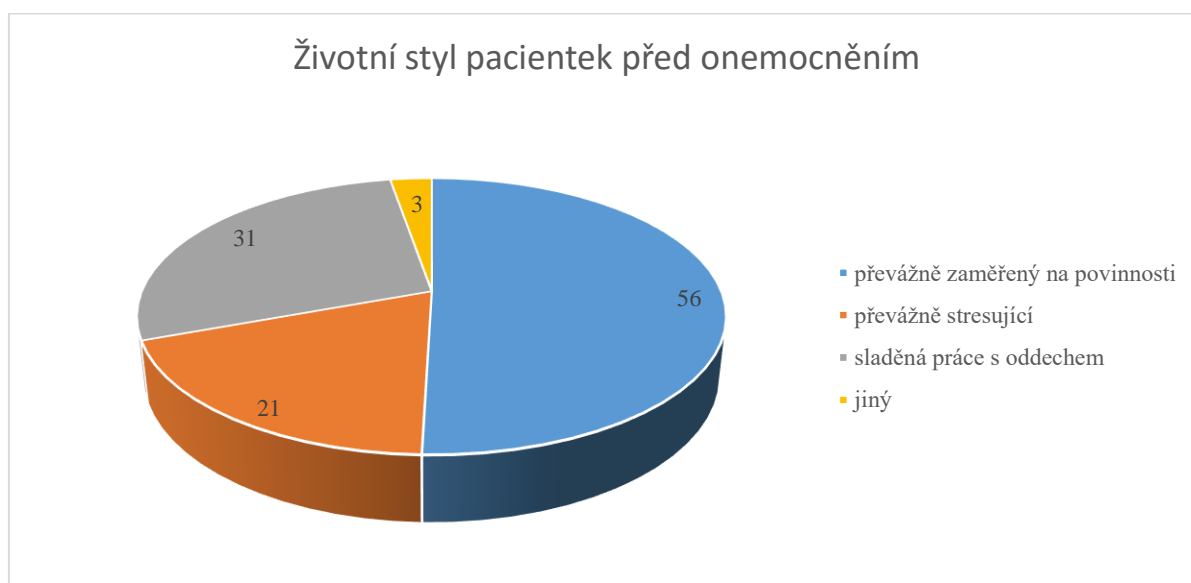
**H1:** Pokud je před onkologickým onemocněním životní styl ženy zaměřený na povinnosti, stres, zátěž a není v něm přítomný relax a oddech, je větší předpoklad vzniku onkologického onemocnění.

K vyhodnocení této hypotézy bylo využito otázek č. 1 a 2 v podobě uvedené v dotazníkovém archu, který je uveden v příloze.

Z vyhodnocení otázky č. 1 byla získána tato data

**Tab. 3. Před onkologickým onemocněním vedla pacientka životní styl**

	N	Procent
převážně zaměřený na povinnosti	56	50.5
převážně stresující	21	18.9
sladěná práce s oddechem	31	27.9
jiný	3	2.7

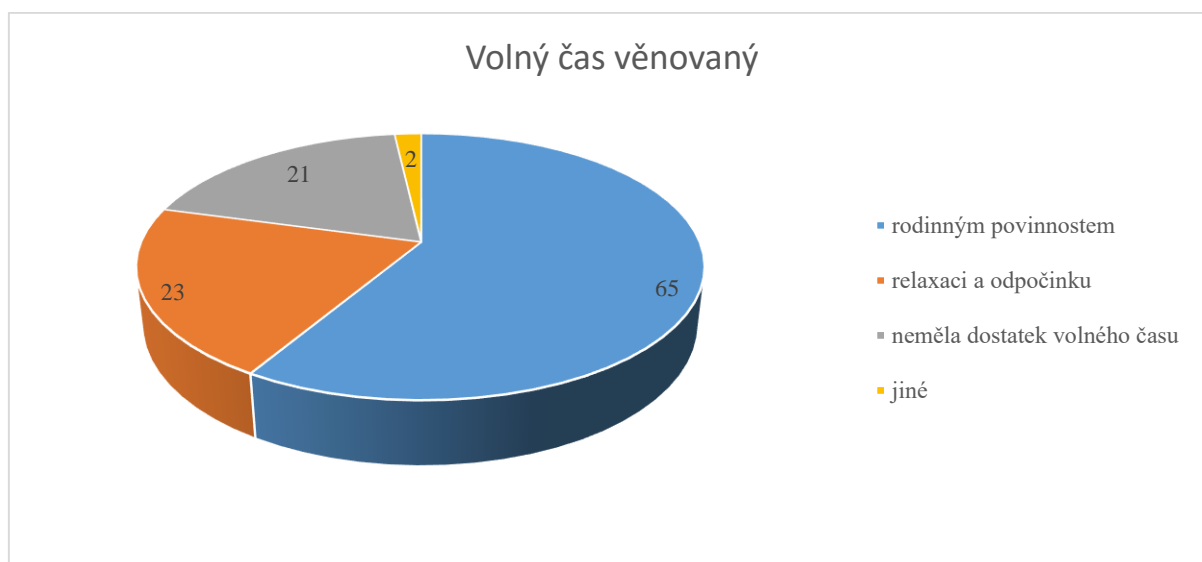


*Graf č. 3. Životní styl pacientky vedený před onemocněním – celkem respondentky*

Vyhodnocení otázky č. 2 do značné míry potvrzuje H1 a je v souladu s výslednými daty otázky č. 1. Data z vyhodnocení jsou uvedena v tabulce níže:

**Tab. 4. V době před onkologickým onemocněním se ve svém volném čase věnovala**

	N	Procent
rodinným povinnostem	65	58.6
relaxaci a odpočinku	23	20.7
neměla dostatek volného času	21	18.9
jiné	2	1.8



*Graf č. 4. Přehled činností, kterým se pacientka věnovala v době před onemocněním-celkem respondentky*

Z odpovědí respondentek vyplývá, že v době před jejich onemocněním karcinomem prsu byl jejich životní styl ve více než 50% případů věnován zejména povinnostem, což se pojí také s nedostatkem volného času a stresujícím životním stylem.

**H1 se potvrdila.** Výpovědi respondentek odráží závislost náročného životního stylu zaměřeného na povinnosti, bez dostatečného relaxu a oddechu, které zvyšují pravděpodobnost vzniku karcinomu prsu.

Z výsledných dat lze vyvodit, že je možné předcházet vzniku tohoto onemocnění – je nutné se vyvarovat náročnému životnímu stylu a kladení na sebe sama enormně vysoké nároky. Je důležité zmínit, že stejně, jako v každém empirickém šetření i náročnost životního stylu lze vnímat subjektivně, pro výzkum je důležité, zda je životní styl vnímán pro dotazované, jako náročný.

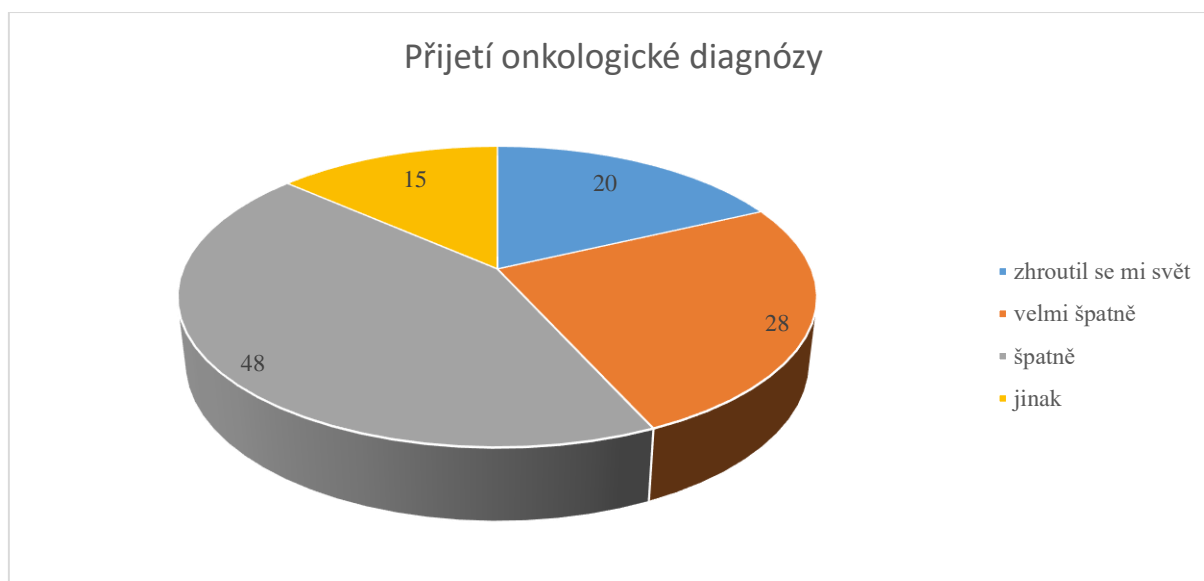
Další hypotézou, kterou se v rámci výzkumu pokusíme ověřit je:

**H2:** Pokud má pacientka při oznámení diagnózy psychosociální oporu v rodině, je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

Pro zjištění potřebných dat pro ověření hypotézy, jsou využity otázky č. 4 a č. 5. Jedním ze zásadních faktorů, které mají vliv na přijetí diagnózy, je sociální opora, kterou pacientka má v osobách, které jsou jí nejbližší a sdílí s ní každodenní život – v rodině.

**Tab. 5. Oznámení o své diagnóze přijala**

	N	Procent
zhroutil se mi svět	20	18.0
velmi špatně	28	25.2
špatně	48	43.2
jinak	15	13.5

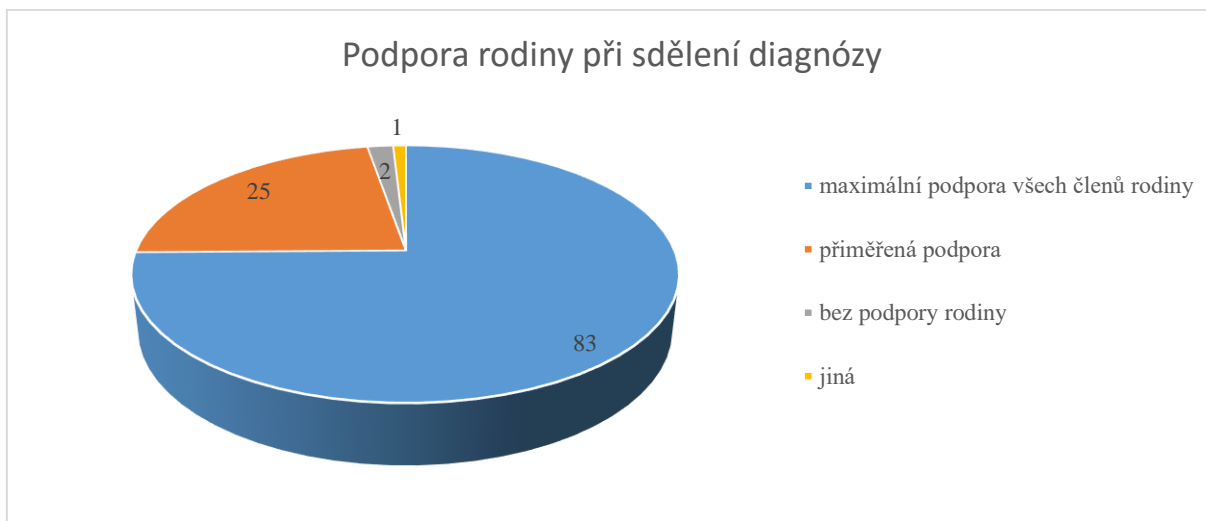


*Graf č. 5. Jak pacientka přijala oznámení onkologické diagnózy*

**Tab. 6. Poskytnutá podpora rodiny v době sdělení diagnózy**

	N	Procent
maximální podpora všech členů rodiny	83	74.8
přiměřená podpora	25	22.5
bez podpory rodiny	2	1.8
jiná	1	0.9





Graf č. 6. Poskytnutá podpora rodiny v době sdělení diagnózy

Abychom prokázali nebo vyvrátili závislost obou proměnných, bylo využito následujícího vyhodnocení.

Tab. 7 – Zhodnocení přijetí onemocnění vzhledem k poskytnuté podpoře rodiny v době sdělení diagnózy

N (%)	vyrovnala se s ním rychle	vyrovnala se s onemocněním po delší době	stále se s onemocněním nevyrovnala	jiné	p*
maximální podpora všech členů rodiny	35 (42.2%)	23 (27.7%)	23 (27.7%)	2 (2.4%)	0.148
přiměřená podpora	5 (20.0%)	12 (48.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	
bez podpory rodiny	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	
jiná	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

\*testováno bez možnosti jiná/jiné. Použit byl ML Chi-kvadrát test.

Závislost obou proměnných lze ze zpracovaného chí-kvadrátu prakticky bez zaváhání vyčíst závislost míry podpory poskytnuté rodinou a přijetí onemocnění.

Při stanovování hypotéz bylo možné očekávat, že rodina bude mít nezastupitelnou roli pro přijetí diagnózy, neboť se jedná o náročnou krizovou situaci a rodina je místem, kde dochází k narušení zaběhnutého chodu a každý, kdo je do situace vtažen, ji přijímá po svém.

Autorka diplomové práce se domnívá, že i při oznámení a následném přijímání diagnózy a komplikací s ní spjatých by sociální pedagog mohl být průvodcem rodiny. Mohl by být nápomocen v získávání nových kompetencí jednotlivých členů, pomoci při zajišťování návazných služeb, vzdělávání apod.

**H2 se provedeným výzkumem prokázala.**

Další osobou, která může ve stěžejním okamžiku poskytnout tolik potřebnou podporu je odborný lékař. Z této teze vychází následující hypotéza:

**H3:** Pokud má pacientka psychosociální oporu ze strany odborného lékaře, je zde předpoklad pro lepší zvládnutí onemocnění a následné léčby.

Otázky, které slouží k vyhodnocení této hypotézy, jsou uvedeny ve vzorovém dotazníku v příloze diplomové práce pod čísly 6 a 7.

Výstupy otázky č. 9 vnímáme kladně – 70,3% oslovených vnímá podporu poskytnutou ze strany lékaře v době sdělení diagnózy, jako maximální. Autorka diplomové práce očekávala, že pacientky budou zpětně vnímat maximální podporu ze strany odborného lékaře v procentuálně výrazně menším zastoupení. Dá se předpokládat, že odborní lékaři (onkologové) mají schopnosti potřebné k vytvoření atmosféry bezpečí a podpory a při práci s onkologicky nemocnými. Závislost obou proměnných lze vyčíst i z chí-kvadrátu, který ukazuje závislost míry podpory poskytnuté lékařem v době sdělení diagnózy a následném zvládnutí tohoto období.

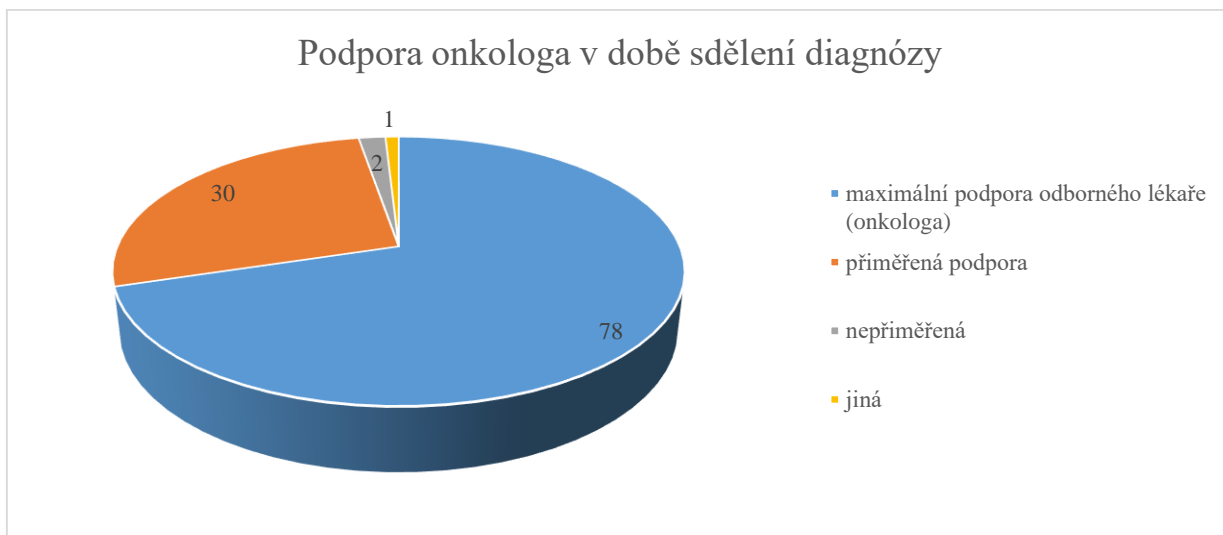
Maximální podpora odborného lékaře (onkologa) z pohledu a odborných zkušeností autorky práce představuje kromě citlivého způsobu sdělení diagnózy také poskytnutí informace k dalšímu postupu léčby a omezením spojených s touto diagnózou. Celá situace je pro všechny účastníky nesmírně náročná.

**H3 se v rámci empirického šetření potvrdila.**

---

Tab. 8. Poskytnutá podpora odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy

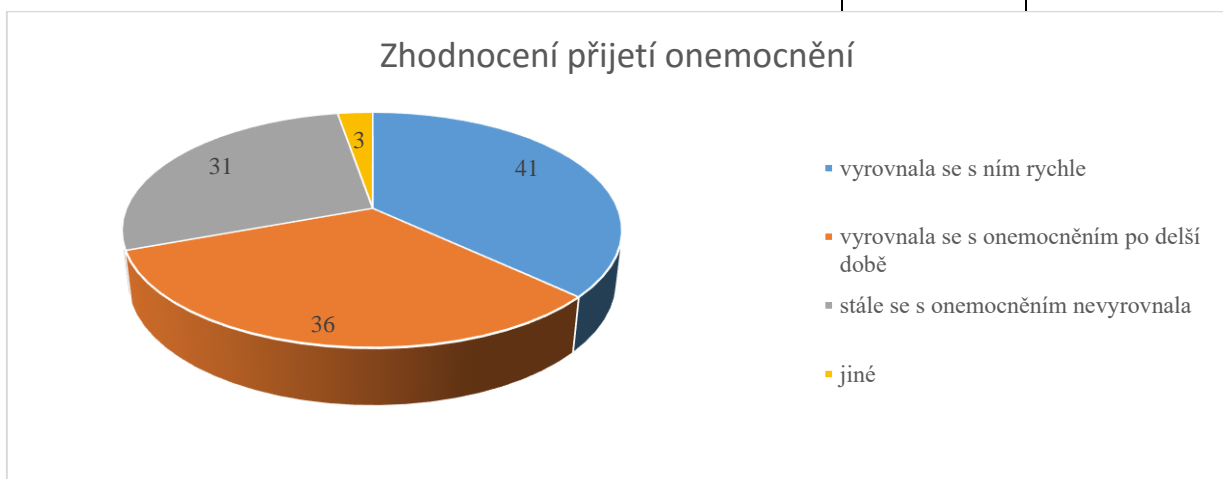
	N	Procent
maximální podpora odborného lékaře (onkologa)	78	70.3
přiměřená podpora	30	27.0
nepřiměřená	2	1.8
jiná	1	0.9



Graf č. 7. Poskytnutá podpora odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy

Tab. 9. Zhodnocení přijetí onemocnění

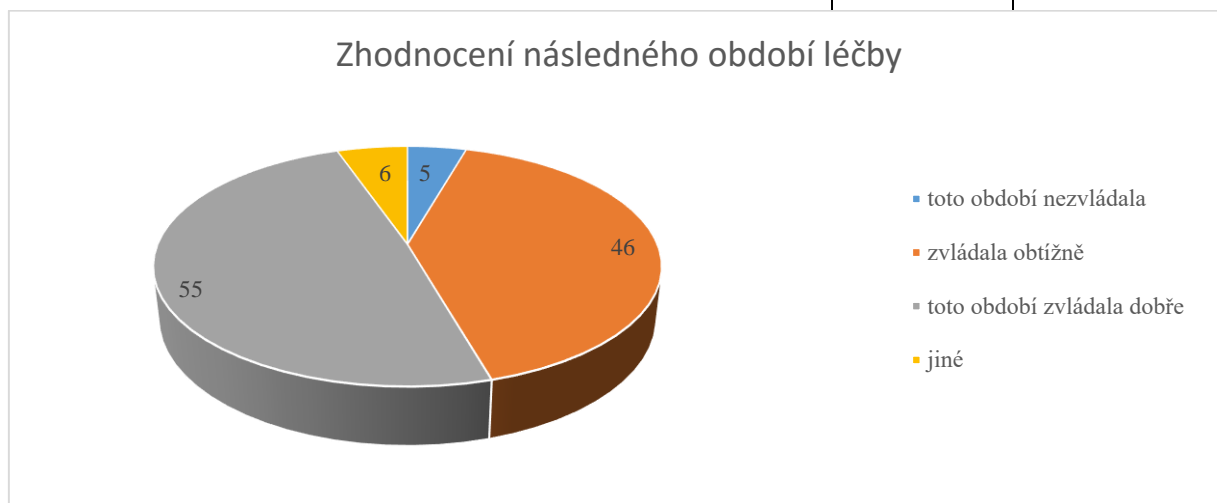
	N	Procent
vyrovnala se s ním rychle	41	36.9
vyrovnala se s onemocněním po delší době	36	32.4
stále se s onemocněním nevyrovnala	31	27.9
jiné	3	2.7



Graf č. 8. Zhodnocení přijetí onemocnění

Tab. 10. Zhodnocení zvládnání následného období onkologické léčby

	N	Procent
toto období nezvládala	5	4.5
zvládala obtížně	46	41.4
toto období zvládala dobře	55	49.5
jiné	5	4.5



Graf č. 9. Zhodnocení následného období onkologické léčby

Tab. 11. Zhodnocení zvládnutí následného období onkologické léčby vzhledem k poskytnuté podpoře odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy

N (%)	toto období nezvládala	zvládala obtížně	toto období zvládala dobře	jiné	p*
maximální podpora odborného lékaře (onkologa)	3 (3.8%)	33 (42.3%)	40 (51.3%)	2 (2.6%)	0.747
přiměřená podpora	2 (6.7%)	13 (43.3%)	13 (43.3%)	2 (6.7%)	
nepřiměřená	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
jiná	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	

\*testováno bez možností jiná/jiné. Použit byl ML Chi-kvadrát test.

**H4:** Pokud má při léčbě onkologického onemocnění pacientka psychosociální oporu i v odbornících pomáhajících profesích (sociální pedagog), je předpoklad, že léčba bude úspěšnější.

**H4 výpovědi respondentek rovněž potvrzují** – psychosociální oporu při léčbě onkologické pacientky může poskytnout také odborník z oblasti pomáhajících profesí, například sociální pedagog. Předpoklad, že léčba bude díky podpoře tohoto pracovníka úspěšnější, je dle vyhodnocení odpovědí respondentek správný.

Výhodou pomáhajícího pracovníka při poskytování opory je jeho osobní nezainteresovanost do situace – na rozdíl od rodinných příslušníků, kteří jsou do celé situace vtaženi na osobní úrovni, sociální pedagog si zachovává profesionalitu. Nemoc pacienta pro něj je striktně ohraničena a oddělena od osobního života.

Sociální pedagog navíc může dobře spolupracovat se službami, které mohou s péčí o onkologickou pacientku pomoci. Je mu znám dávkový systém i zasílání oblasti, kde se nemocnice případně jiné zařízení nachází.

**Tab. 12. Souhlas s názorem, že sociální pedagog může poskytnout efektivní psychosociální oporu pacientkám při léčbě karcinomu prsu**

	N	Procent
určitě souhlasím	40	36.0
souhlasím	57	51.4
nesouhlasím	6	5.4
jiné	8	7.2



*Graf č. 10. Názor pacientek na psychosociální podporu sociálním pedagogem*

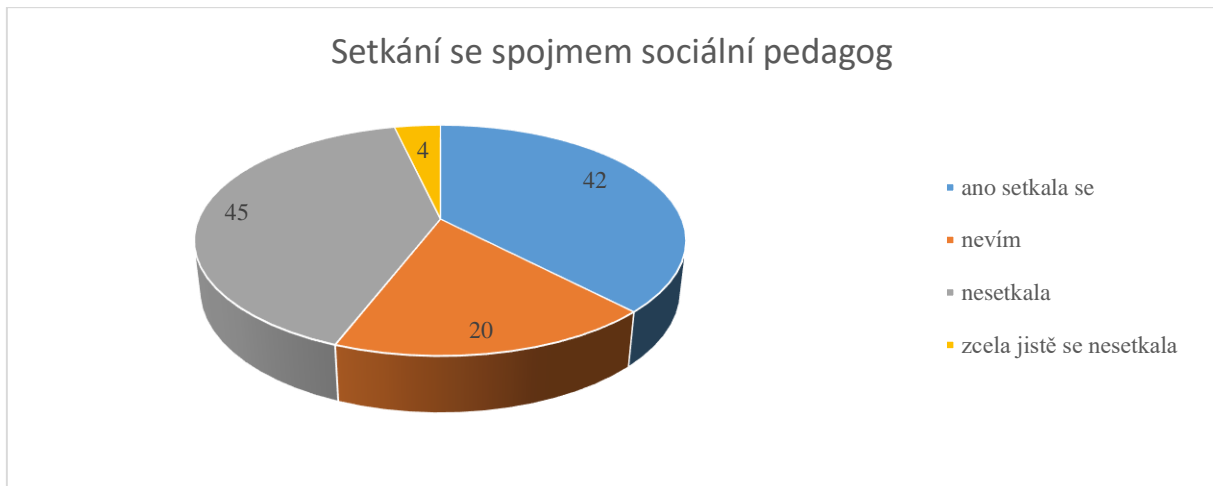
Na tomto místě bylo nutné ověřit, zda se pacientky již setkaly s pojmem sociální pedagog.

Tuto skutečnost ověřuje otázka č. 10, konkrétní podoba otázky je uvedena v příloze diplomové práce, ve vzoru dotazníku.

**Tab. 13. Setkání se s pojmem sociální pedagog**

	N	Procent
ano setkala se	42	37.8
nevím	20	18.0
nesetkala	45	40.5
zcela jistě se nesetkala	4	3.6

S pojmem sociální pedagog se setkala pouze 37,8% respondentek. Vzhledem k tomu, že je to méně, než polovina, vede nás to k zamyšlení, proč toto číslo není vyšší. Dá se předpokládat, že důvodem je, že profese sociálního pedagoga není dosud ukotvena v katalogu prací a v nemocnicích není běžně vykonávána, což nelze hodnotit kladně, také s přihlédnutím k šíři jejího možného využití.



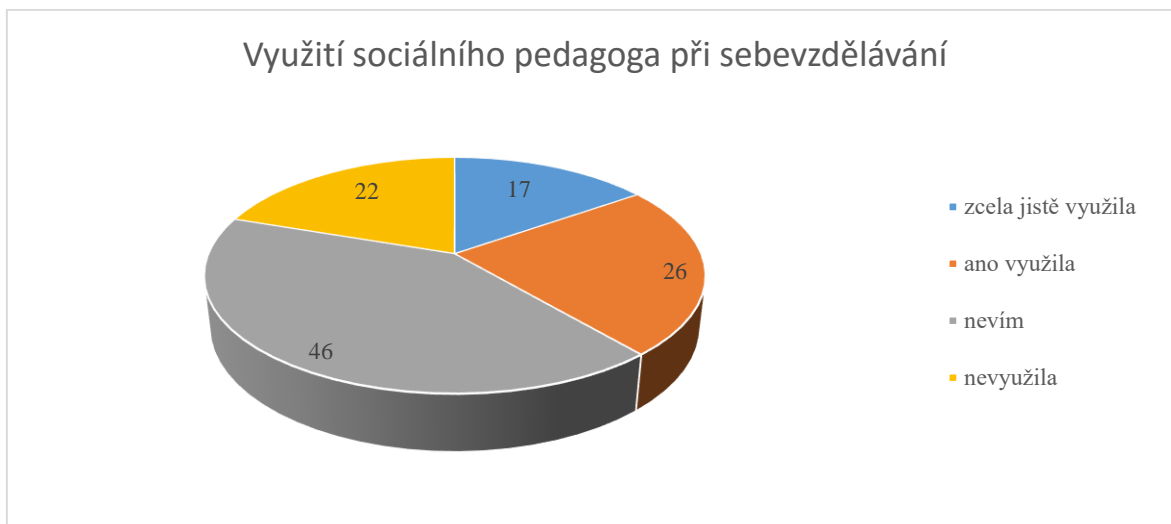
Graf č. 11. Odpovědi pacientek, zda se setkaly s pojmem sociální pedagog

**H5:** Pokud pacientku podporuje při léčbě sociální pedagog, který s ní efektivně komunikuje, je větší předpoklad, že ji inspiruje k sebezoděávání a tím i ke spolupráci s lékařem.

K vyhodnocení hypotézy 5 bylo využito otázek č. 11 – 14, odpovědi respondentek k jednotlivým otázkám jsou vyhodnoceny v tabulkách níže:

Tab. 14. Využila by pacientka oporu sociálního pedagoga v oblasti svého sebezoděávání

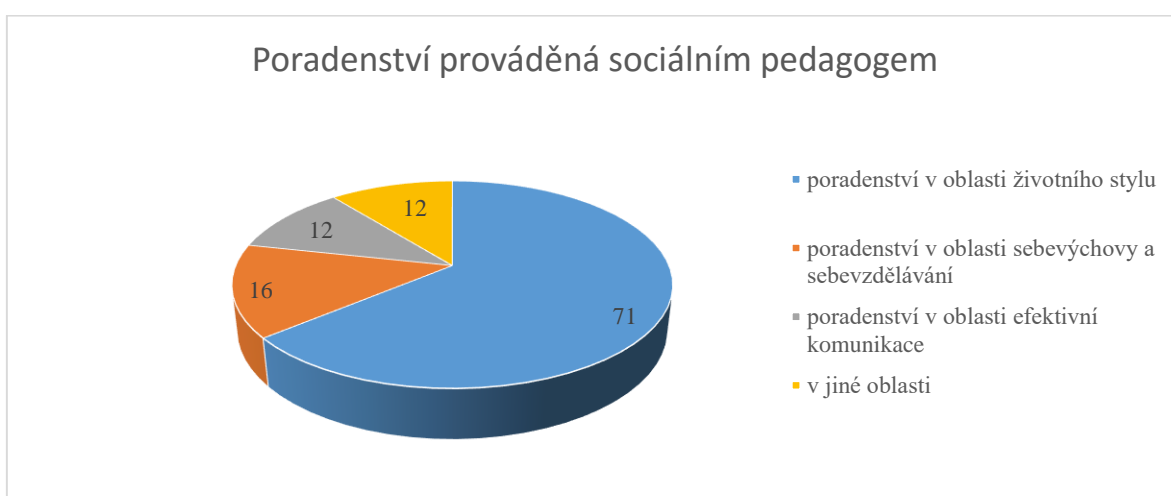
	N	Procent
zcela jistě využila	17	15.3
ano využila	26	23.4
nevím	46	41.4
nevyžila	22	19.8



*Graf č. 12. Odpovědi pacientek zda by využily sociálního pedagoga v oblasti sebevzdělávání*

**Tab. 15. Která z uvedených oblastí poradenství prováděná sociálním pedagogem by pro pacientku mohla být přínosem při léčbě, nebo rekonvalescenci**

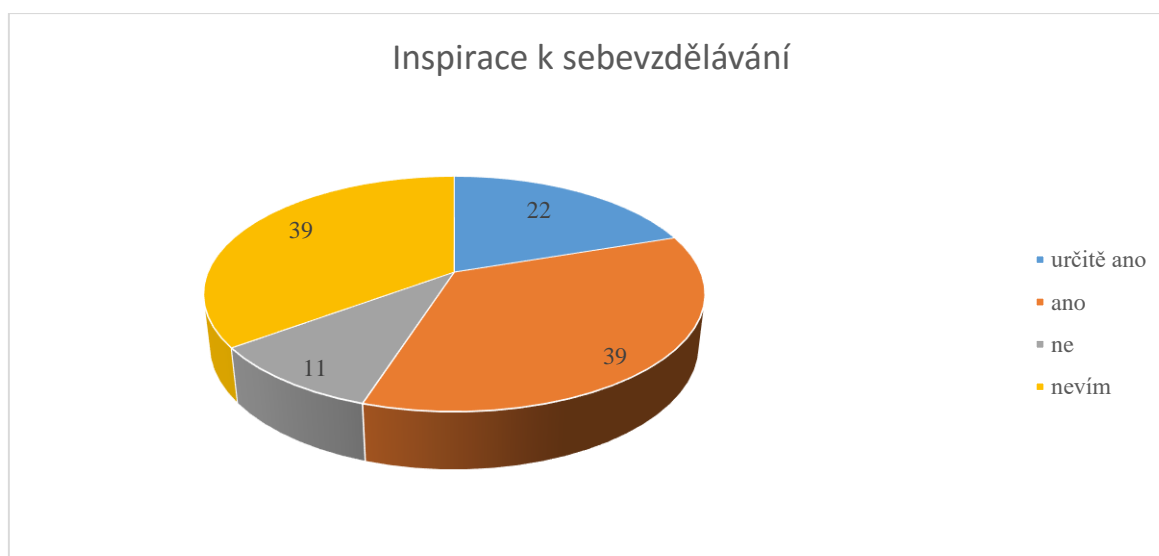
	N	Procent
poradenství v oblasti životního stylu	71	64.0
poradenství v oblasti sebevýchovy a sebevzdělávání	16	14.4
poradenství v oblasti efektivní komunikace	12	10.8
v jiné oblasti	12	10.8



*Graf č. 13. Oblasti poradenství, přínosných pro pacientku v období léčby i rekonvalescence*

**Tab. 16. Domníváte se, že by Vás efektivní komunikace se sociálním pedagogem mohla inspirovat k Vašemu sebevzdělávání**

	N	Procent
určitě ano	22	19.8
ano	39	35.1
ne	11	9.9
nevím	39	35.1

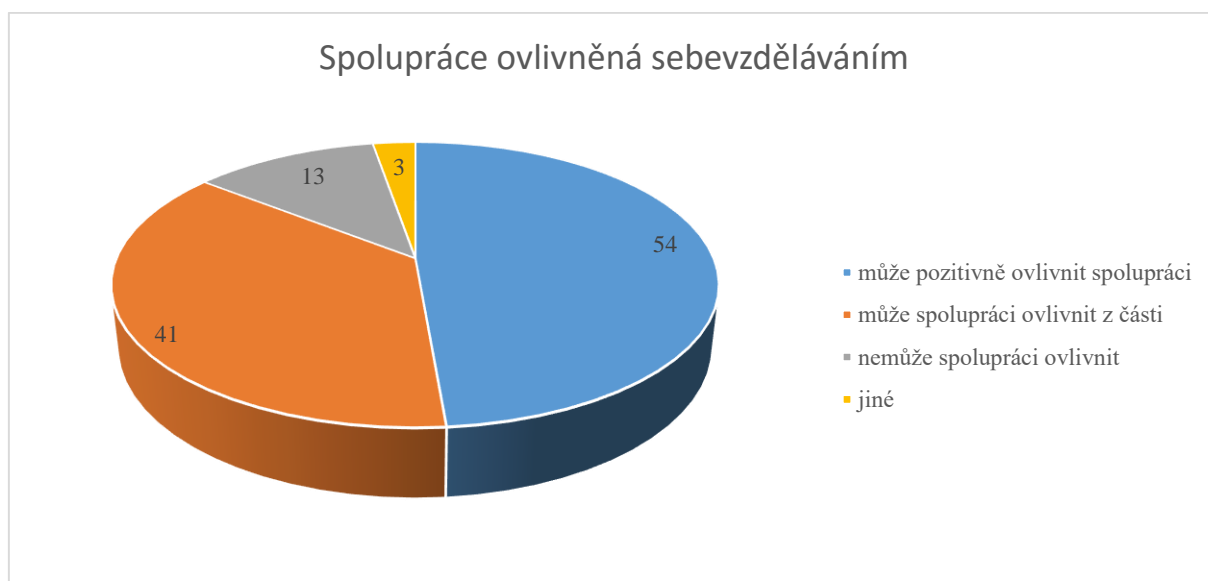


*Graf č. 14. Názor na efektivní spolupráci se sociálním pedagogem vedoucí k sebevzdělávání*

**Tab. 17. Domníváte se, že Vaše sebevzdělávání může mít vliv na spolupráci s lékařem**

	N	Procent
může pozitivně ovlivnit spolupráci	54	48.6
může spolupráci ovlivnit z části	41	36.9
nemůže spolupráci ovlivnit	13	11.7
jiné	3	2.7





*Graf č. 15. Názor na sebevzdělávání a jeho vliv na ovlivnění spolupráce s lékařem*

Oslovené onkologické pacientky se domnívají, že efektivní komunikace sociálního pedagoga by je inspirovala k sebevzdělávání a tím také k lepší spolupráci s lékařem. **H5 se potvrdila.**

---

Z provedeného dotazování dále vyplývá, že pacientky s karcinomem prsu by při své léčbě nebo rekonvalescenti využily zejména poradenství v oblasti životního stylu. Jedná se tedy o jednu z oblastí, ve které by sociální pedagog měl být vzdělán tak, aby mohl vzdělávací potřeby klientem v této oblasti naplnit.

Potřebu využít oporu sociálního pedagoga v oblasti sebevzdělávání má pouze 38,9% respondentek, 41,4% zvolila možnost nevím. Tento fakt přičítáme tomu, že funkce sociálního pedagoga nemá zažitou tradici a to i přesto, že výzkum prokázal, že spolupráce sociálního pedagoga s pacientkami má pozitivní vliv na jejich spolupráci s lékařem.

## 6.1 Shrnutí výzkumu

Výzkum ukazuje, že psychosociální podpora rodinou, lékařem a odborníky pomáhajících profesí (sociálním pedagogem) jsou důležitým článkem v léčebném procesu od sdělení onkologické diagnózy, přijetí diagnózy a zvládnání následného období léčby a rekonvalescence. Pacientka v celém procesu léčby potřebuje dostatek podpory pro zvládnání nelehkého období. Z výzkumu je patrné, že tuto situaci zažívají stále mladší ženy, které jsou v produktivním věku, 57% respondentek tj. 63 pacientek uvádí věk v rozmezí mladší 40. let až do věku 60 let.

Každý z nás by si jistě přál, aby v případě, že se dostaneme do náročné situace, ať už se jedná o situaci, kdy se dozvíme, že máme karcinom prsu nebo do jiné závažné situace, abychom měli co největší množství informací a oporu v okolí.

Každý bohužel nemá to štěstí, že tolik potřebnou oporu získá od rodiny – někteří rodinu mít vůbec nemusí, v jiných případech je pro rodinu přijetí situace tak náročné, že na vytvoření podpůrné sítě je nad její možnosti. Přetěžování lékařů a zdravotního personálu řadou úkolů a povinností je také velmi aktuální otázkou, kterou by pomohlo alespoň částečně zavedení pozice sociálního pedagoga ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Cenným zjištěním je, že poptávka ze strany pacientek po pomáhajícím pracovníkovi (sociálním pedagogovi) je vyjádřena u 87,4% respondentek. A to i přesto, že většina z nich (70,3 %) vnímala podporu poskytnutou ze strany odborného lékaře (onkologa) jako maximální a 27% ji pak vnímalo, jako podporu přiměřenou.

Empirické šetření také přineslo odpověď na výzkumná otázku - jaký je vztah mezi životním stylem ženy a vznikem onkologického onemocnění. Stresující životní styl, nedostatek odpočinku a relaxuj, má zásadní vliv na vznik karcinomu prstu. Základní prevenci tohoto onemocnění je proto zdravý životní styl, bez přítomnosti nadměrné stresové zátěže. Oblast prevence a také změny životního stylu pacientek jsou oblasti, kterým by se mohl věnovat v rámci své profese právě sociální pedagog.

## 6.2 Doporučení pro praxi

Kompetence, které se v profesi sociálního pedagoga objevují, jsou v přímém souladu s možnostmi, které se ukazují být potřebné ve zdravotnictví. Zde je prostor pro pomáhající profesí, kam je sociální pedagogika řazena. Péče o onkologické pacienty a jejich rodiny a blízké, je jedním z velkých působišť, kde může být jeho role využita.

Analýza výzkumu ukázala, jak je potřebná práce s pacientkou a její rodinou v době sdělování diagnózy. Tuto zprávu většina pacientek přijímá špatně. Psychosociální opora je o to potřebnější, když vidíme výsledky, které ukazují, že v následném období onkologické léčby se pacientky dlouho vyrovnávají s přijetím onemocnění a někdy jen těžko zvládají i následné období léčby. Toto je pouze malá část problematiky, která byla v diplomové práci ověřována. Kompetence sociálního pedagoga se však mohou jednoznačně uplatnit i v dalších oblastech, například v oblasti preventivní onkologie. Ve většině komplexních center jsou onkologická informační centra, která poskytují poradenství ve všech oblastech onkologie. Sociální pedagog by svými kvalifikovanými dovednostmi mohl být článkem, který pomáhá tvořit a propagovat preventivní programy. Spolupráce s odbornými lékaři, sociálními pracovníky a psychologem by mohla probíhat v oblasti psychosociální podpory pacientů i jejich rodinných příslušníků. Konkrétně role sociálního pedagoga v týmu, který by pomáhal zvládat stres celé rodiny, a byl nápomocen při učení pozitivní komunikace.

Dalším velkým segmentem možnosti práce sociálního pedagoga je oblast poradenství při sebevzdělávání pacientek. Z výzkumu vyplývá, že pacientky jsou motivovány k sebevzdělávání a přínos vidí v oblasti poradenství v oblasti životního stylu, sebevýchovy a sebevzdělávání, a v oblasti efektivní komunikace.

Oblast, která je velkým sociálním problémem a má i ekonomický dopad, je návrat ženy do pracovního procesu po prodělané léčbě. V okamžiku, kdy žena přestane pobírat invalidní důchod, nebo má ukončenou pracovní neschopnost, nastává složitá situace. Ne každá žena je schopná vykonávat své původní povolání. V řešení těchto situací by sociální pedagog mohl využívat svoji výchovně vzdělávací kompetenci a také s pacientkami společně hledat vnitřní zdroje jejich schopností a pomáhat s hledáním uplatnění. Další praktickou pomocí sociálního pedagoga v resortu zdravotnictví se jeví poskytovat poradenství o systému sociálního zabezpečení. Bylo by přínosné spolupracovat s Úřady práce při realizaci rekvalifikačních kurzů, které by byly šité na míru právě onkologickým pacientkám.

## ZÁVĚR

Onemocnění karcinomu prsu neznamena jen medicínský problém. Ten je řešen stále úspěšněji, přicházejí nové léčebné metody. Úspěch léčby karcinomu prsu je závislý především na včasném odhalení nádoru a správně zvoleném způsobu léčby. Když se podíváme do statistik, které věkové kategorie se tento problém týká, zjišťujeme, že problém zasahuje také mladší pacientky, které jsou v produktivním věku. To je velmi alarmující, vzhledem k sociální i ekonomické stránce věci. Není řešení, aby ženy zůstávaly po prodělané léčbě bez práce, vzhledem k omezení, která s sebou samotná léčba, nebo její následky přinášejí. A nejenom tyto ženy, mohou v době celého léčebného procesu až po uzdravení trpět sociální izolací, pocitem méněcennosti, psychickým zatížením a v konečném důsledku i ekonomickými problémy.

V začátku celé problematiky je důležité věnovat pozornost životnímu stylu a prevenci. To je důležité v procesu vzniku onemocnění. Pro pacientku, která bohužel již onemocněla a prodělavá onkologickou léčbu, je důležitá komunikace a podpora pacientky v rodině i u lékaře. Velmi náročná je fáze sdělení diagnózy. Následné přijetí této zprávy a zvládnání dalšího období léčby patří k etapě, která pacientku zatěžuje. Součástí tohoto procesu je sebevzdělávání a sebevýchova pacientky, změna životního stylu a motivace k návratu do života, který vedla před onemocněním. Cesta k návratu do běžného života nekončí opuštěním nemocnice. V mnoha případech právě začíná a vyžaduje snahu samotné pacientky. Jsou ženy, které tuto cestu zvládají samy, mohou se spolehnout na pomoc rodiny, lékaře, nebo profesionálů z řad pomáhajících profesí, nebo dobrovolníků. Toto téma je vnímáno jako sociální problém, proto jsme se mu v diplomové práci věnovali.

Praktická část diplomové práce se zabývá výše uvedenými aspekty léčebného procesu a má za cíl, u pacientek s karcinomem prsu ověřit názory na problematiku životního stylu a sebevzdělávání. Dále ověřuje názory na komunikaci a psychosociální oporu ze strany rodiny, lékaře a sociálního pedagoga. Z těchto zjištění jednoznačně vyplývají možnosti pomoci, podpory a péče sociálního pedagoga. Výzkum ověřuje, že před onemocněním pacientky většinou vedou životní styl převážně stresující, zaměřený na povinnosti a nemají dostatek času na relaxaci a odpočinek. Vážnost diagnózy se odráží ve faktu, že přijetí této zprávy ženy přijímají špatně, dokonce velmi špatně. Výzkum ukazuje, že největší oporou je pro ženu rodina, následuje podpora lékaře. S onkologickou diagnózou se ženy vyrovnávají po delší době, dokonce se s touto diagnózou vůbec nevyrovnávají. Obohacením jsou výsledky výzkumu, které uka-

zují, že ženy mají největší zájem o poradenství v oblasti životního stylu, které by jim poskytoval sociální pedagog a to i přes pouze částečnou zkušenost s pojmem sociální pedagog. Efektivní komunikaci se sociálním pedagogem ženy vnímají jako inspiraci ke svému sebevzdělávání, které jak uvádějí, může mít vliv na spolupráci s lékařem a pozitivně ji ovlivnit.

V diplomové práci se stanovené cíle naplňují v celé své široké oblasti dané problematiky. Úloha sociálního pedagoga ve zdravotnictví je žádoucí, a pakliže by tato funkce byla oficiálně uznána jako zákonná profese, nabízí se v tomto segmentu velmi široké pole působnosti.

V současné době je v onkologických centrech značná pozornost kladena na samotný léčebný proces. O ženy je postaráno na velmi vysoké odborné úrovni. Otázkou však stále zůstává období po ukončení léčebného procesu, kdy se žena musí spoléhat již sama na sebe. Zde je místo pro sociálního pedagoga neodmyslitelné. Dokáže poskytnout potřebnou radu, péči a podporu nejen samotné pacientce, ale i její rodině a blízkým. Vážné onemocnění rodinného příslušníka je prakticky vždy záležitostí celé rodiny.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Vydání první. Praha: Galén, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. AIŠMANOVÁ, Alexandra. *Psychohygienu (duševní hygiena): (studijní opora pro studium učitelství praktického vyučování a odborného výcviku)* [online] s. 50 [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: [https://fpe.zcu.cz/study/celozivotni\\_vzdelavani/nabidka/ESF\\_mistri/mate](https://fpe.zcu.cz/study/celozivotni_vzdelavani/nabidka/ESF_mistri/mate)
3. ANDRYSEK, Oskar, Jaromír ASTL, Veronika BARTOŠOVÁ, et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2011, 145 s. ISBN 978-80-7345-257-5.
4. BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Třetí rozšířené a aktualizované vydání. Bratislava: public promotion s.r.o., 2008, 249 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
5. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
6. BECK, Petr, Petr NIEDERLE, Dana HACAPERKOVÁ a Jarmila KRÁLOVÁ. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením: k 1. 5. 2012 Komentář, právní předpisy*. 1. vydání. Olomouc: ANAG, spol. s r.o., 2012, 447 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
7. BEDRNOVÁ, Eva. *Management osobního rozvoje: Duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Vydání první. Praha: Management Press, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

8. BEŇO, Pavol, Lucia ANDREJIOVÁ a Miron ŠRAMKA. *Spolupráca pomáhajúcich profesií - determinant kvality života populácie*. Vydanie: II.zväzok. (Beňo, 2012) Bratislava: Samosato, s.r.o., 2012, 1191 s. ISBN 978-80-89464-14-2.
9. BERAN, Jiří. *Základy lékařské psychologie: pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0463-9.
10. BERNACIKOVA, Martina, Jan CACEK et al. *Regenerace a výživa ve sportu*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6253-5.
11. BLAHUTKOVÁ A KOL., Marie. *Zvedni se a běž*. 1. vydání. Brno: Masarykova Univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4790-7.
12. BOBEK, Milan a Petr PENIŠKA. *Práce s lidmi: Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese. S úvodem do filozofie práce s lidmi, současné vědy a psychologie*. Vydání první. Brno: NC Publishing, a.s., 2008, 288 s. ISBN 978-80-903858-2-5.
13. BROŽOVÁ DOUBKOVÁ, Andrea a Kateřina THELENOVÁ. *Efektivní komunikace v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2013. ISBN 978-80-7372-941-7.
14. BURDA, František. *Teoretická východiska praxe pomáhajících profesí*. První. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2014, 247 s. ISBN 978-80-7405-335-1.
15. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z:[http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf)

16. ČESKO. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, [online]. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon\\_329\\_2011.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf)
17. DOBOS, Gustav a Sherko KÜMMEL. *Aktivně proti rakovině: Klasická medicína a přírodní léčebné metody*. 2. vydání. Praha: Tisk CPI Moravia Books s.r.o., 2015, 303 s. ISBN 978-80-87543-56-6.
18. DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. První vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008, 133 s. ISBN 078-80-7248-482-9.
19. FARKAŠOVÁ, Dana, Eva MUSILOVÁ a Adriana REPKOVÁ. *Dimenzie zdravia*. Vydanie prvé. Brno: Tribun EU, 2014, 102 s. ISBN 978-80-263-0767-9.
20. GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-10-9.
21. GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vydání 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
22. GILLERNOVÁ, Irena a Jiří BURIÁNEK. *Základy psychologie sociologie*. Vydání třetí. Praha: Fortuna, 2001. ISBN 80-7168-749-9.
23. HATÁR, Ctibor. *Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca: -teoretické, profesijné a vzťahové reflexie*. Druhé aktualizované a doplnené vydanie. Praha: andragogická spoločnosť, 2009, 144 s. ISBN 978-80-87306-01-7.
24. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.



25. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
26. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Druhé. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
27. CHOLLETI, Sai. *Chuť do života a životní síla: 7 okruhů síly člověka*. 1. vydání. Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-552-8.
28. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
29. JURÁSKOVÁ, Dana, *Medical Tribune* [online]. 2012, VIII.(21.) [cit. 2016-04-07]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26380-jaky-smysl-maji-pacientske-organizace>
30. KAREŠOVÁ, Jana. *Praktické rady pro onkologické pacienty: aneb Jak překonat nespáze při léčbě rakoviny*. 2. vydání. Praha 4: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-268-1.
31. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. 1. vydání. České Budějovice: Nová Forma, 2011. ISBN 978-80-7453-250-4. (Kastnerová, 2012)
32. KERLINGER, Fred. *Základy výzkumu chování: Pedagogický a psychologický výzkum*. 1. vyd. Praha: Academia, 1972. Bez ISBN.
33. KRAUS, Bohuslav. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
34. KNOTOVÁ, Dana. *Úvod do sociální pedagogiky: Studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 115 s. ISBN 978-80-210-7077-6.

35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Portál, Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
36. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 224 ISBN 978-80-247-3676-1.
37. KVĚTENSKÁ, Daniela. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. První. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-860-4.
38. LACA, Slavomír. *Dialóg pomáhajúcich profesií v kontexte sociálnej práce*. 1. vydání. Brno: Institut mezioborových studií, 2013, 231 s. ISBN 987-80-87182-37-6.
39. Liga proti rakovině. *OBEČNÉ INFORMACE PRO PACIENTY. Rakovina prsu u žen: prevence a léčebná péče*. První vydání. Praha: Liga proti rakovině, 2012.
40. MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
41. MAREK, Vlastimil. *Bylinky: definice zdraví a zdravý životní styl. Budme zdraví a šťastní* [online]. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://bylinky.webnode.cz/news/definice-zdravi-a-zdravy-zivotni-styl/>
42. MING, Wu a José Carlos Pastor-Pareja. *Nature 463* [online]. 546-548 [cit. 2016-04-12]. DOI: doi:10.1038/nature08702. Dostupné z: <http://www.nature.com/nature/journal/v463/n7280/full/nature08702.html>
43. NEZU, Arthur M. a Christine M. NEZUOVÁ. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Vydání první. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7.

44. NOVOSAD, Libor. *Poradenství: pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
45. Pacientské organizace. *SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/pacientske-organizace>
46. PAULÍK, Karel. *Psychologické poradenství v sociální práci*. První. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Filozofická fakulta, 2002. ISBN 80-7042-615-2.
47. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. a.s., 2012, 203 s. ISBN 978-80-247-3470-5.
48. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-399-4.
49. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
50. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. V. první. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
51. ROMAŇÁKOVÁ, Marta. *Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003, s. 15.
52. SLAVÍKOVÁ, Šárka, Michaela ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ a Michaela CHRDLOVÁ. *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*. 2. vydání. Praha, 2014.
53. SEKERA, Ondřej. *Potenciál humanistické terapie v přípravě sociálních pedagogů*. První. Ostrava: Oftis, 2012, 131 s. ISBN 978-80-7464-206-7.

54. SILVER, Marc. *Moje žena má rakovinu prsu: Jak společně zvládnout těžké období diagnózy a léčby a být partnerce oporou při návratu do života*. Vydání první. Praha: Reader's Digest Výběr, spol. s r.o., 2006, 320 s. ISBN 80\_86880-19-2.
55. SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce*. První. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.
56. STRIEŽENEC, Štefan. *Teória a metodológia sociálnej práce: Vybrané problémy*. Vydání první. Reprocentrum, a.s. Blansko: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2005. ISBN 80-7326-076-X.
57. TESAŘOVÁ, Eva. *Aspekty psychosociální podpory pro pacienty s vážnými chorobami*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Alena Plšková.
58. THÁLOVÁ, Lýdie a Marie TOMŠÍKOVÁ. *Kde hledat další pomoc v sociální a zdravotní oblasti: Projekt č. Nem/234*. Vyd. první. Brno: GAD STUDIO, 2002, s. 23
59. TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
60. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vydání první. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
61. TURNEROVÁ, Kelly A. *Nejste bezmocní: Co můžete dělat proti rakovině*. 1. vydání. Praha: Triton, 2015, 246 s. ISBN 978-80-7387-888-7.

62. Ústav zdravotnických informací: *Národní onkologický registr (NOR)* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>
63. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000, 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
64. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
65. VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.
66. WAGNEROVÁ, Mária. *Karcinóm prsníka: Život s karcinómom prsníka*. Prvé. Praha: We make media, 2010. ISBN 978-80-87339-05-3.
67. WROCZYŃSKI, Ryszard. *Sociálna pedagogika*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1968, 312 s. ISBN 67-235-68.
68. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Životní styl [online]. c2015 [citováno 8. 02. 2016]. Dostupný z [www.:https://cs.wikipedia.org/wiki/C5%BDvotn%C3%AD\\_styl](https://cs.wikipedia.org/wiki/C5%BDvotn%C3%AD_styl) [cit. 2016-02-08].

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Atp.	A tak podobně
Č.	Číslo
Event..	Eventuálně
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MOÚ	Masarykův onkologický ústav
Nem.	Nemocnice
Obr.	Obrázek
QOL	Quality of live – kvalita života
S.	Strana
Sb.	Sbírky
Str.	Strana
Tzv.	Takzvaný
UV	Ultrafialové
WHO	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM GRAFŮ

*Graf č. 1. Věk respondentek*

*Graf č. 2. Vzdělání respondentek*

*Graf č. 3. Životní styl pacientky vedený před onemocněním – celkem respondentky*

*Graf č. 4. Přehled činností, kterým se pacientka věnovala v době před onemocněním*

*Graf č. 5. Jak pacientka přijala oznámení onkologické diagnózy*

*Graf č. 6. Poskytnutá podpora rodiny v době sdělení diagnózy*

*Graf č. 7. Poskytnutá podpora odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy*

*Graf č. 8. Zhodnocení přijetí onemocnění*

*Graf č. 9. Zhodnocení následného období onkologické léčby*

*Graf č. 10. Názor pacientek na psychosociální podporu sociálním pedagogem*

*Graf č. 11. Odpovědi pacientek, zda se setkaly s pojmem sociální pedagog*

*Graf č. 12. Odpovědi pacientek zda by využily sociálního pedagoga v oblasti sebevzdělávání*

*Graf č. 13. Oblasti poradenství, přínosných pro pacientku v období léčby i rekonvalescence*

*Graf č. 14. Názor na efektivní spolupráci se sociálním pedagogem vedoucí k sebevzdělávání*

*Graf č. 15. Názor na sebevzdělávání a jeho vliv na ovlivnění spolupráce s lékařem*

**SEZNAM TABULEK**

*Tabulka č. 1. Počet pacientek ve výběrovém souboru*

*Tabulka č. 2. Věk a dosažené vzdělání*

*Tabulka č. 3. Před onkologickým onemocněním vedla pacientka životní styl*

*Tabulka č. 4. V době před onkologickým onemocněním se ve svém volném čase věnovala*

*Tabulka č. 5. Oznámení o své diagnóze přijala*

*Tabulka č. 6. Poskytnutá podpora rodiny v době sdělení diagnózy*

*Tabulka č. 7. Zhodnocení přijetí onemocnění vzhledem k poskytnuté podpoře rodiny v době sdělení diagnózy*

*Tabulka č. 8. Poskytnutá podpora odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy*

*Tabulka č. 9. Zhodnocení zvládání následného období onkologické léčby vzhledem k poskytnuté podpoře odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy*

*Tabulka č. 10. Zhodnocení přijetí onemocnění*

*Tabulka č. 11. Zhodnocení zvládání následného období onkologické léčby*

*Tabulka č. 12. Souhlas s názorem, že sociální pedagog může poskytnout psychosociální oporu*

*Tabulka č. 13. Setkání se s pojmem sociální pedagog*

*Tabulka č. 14. Využila by pacientka oporu sociálního pedagoga v oblasti sebevzdělávání*

*Tabulka č. 15. Poradenství prováděná sociálním pedagogem*

*Tabulka č. 16. Efektivní komunikace se sociálním pedagogem inspirovat k sebevzdělávání*

*Tabulka č. 17. Domníváte se, že Vaše sebevzdělávání může mít vliv na spolupráci s lékařem*



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Reflexe k možnosti uplatnění sociálního pedagoga – MUDr. Anna Ondračková

Příloha č. 3: Role sociálního pedagoga v onkologické praxi – MUDr. Jiří Tomášek, PhD.

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

1. března 2016

*Vážená paní,*

*jmenuji se Bc. Eva Tesařová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně obor sociální pedagogika.*

*Dovoluji si Vám předložit dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Údaje, které dotazník poskytne, potřebuji pro svoji diplomovou práci.*

*Zpracované výsledky Vašich odpovědí jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé diplomové práce.*

*Prosím o zakroužkování jedné, nejvhodnější odpovědi.*

*Vážím si času, který budete vyplnění dotazníku věnovat.*

*Iniciály:*

*Věk:*

*Bydliště (město):*

*Nejvyšší dosažené vzdělání (označte prosím křížkem)*

- základní
- vyučena
- střední odborné
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

1. Před onkologickým onemocněním jsem vedla životní styl:

- a/ převážně zaměřený na povinnosti
- b/ převážně stresující
- c/ sladěná práce s oddechem
- d/ jiný (konkretizujte jaký) .....

2. V době před onkologickým onemocněním jsem se ve svém volném čase věnovala:

- a/ rodinným povinnostem
- b/ relaxaci a odpočinku
- c/ neměla jsem dostatek volného času
- d/ jiné (uveďte).....

3. V době před onemocněním jsem si na sebe vyčlenila obvykle

- a/ 0 hodin
- b/ 1 - 2 hodiny týdně
- c/ 3 – 4 hodiny týdně
- d/ více jak 5 hodin týdně

e/ jiné (uved'te).....

4. Jak jste přijali oznámení o Vaší diagnóze?

a/ zhroutil se mi svět

b/ velmi špatně

c/ špatně

d/ jinak (uved'te).....

5. Jaká Vám byla poskytnuta podpora rodiny v době sdělení diagnózy?

a/ maximální podpora všech členů rodiny

b/ přiměřená podpora

c/ bez podpory rodiny

d/ jiná (prosím napište).....

6. Jaká Vám byla poskytnuta podpora odborného lékaře (onkologa) v době sdělení diagnózy?

a/ maximální podpora odborného lékaře (onkologa)

b/ přiměřená podpora

c/ nepřiměřená

d/ jiná (prosím napište).....

7. Jak byste zhodnotila přijetí Vašeho onemocnění?

a/ vyrovnala jsem se s ním rychle

b/ vyrovnala jsem se s onemocněním po delší době

c/ stále jsem se s onemocněním nevyrovnala

d/ jiné (prosím napište).....

8. Jak hodnotíte zvládání následného období Vaší onkologické léčby?

- a/ toto období jsem nezvládala
- b/ zvládala obtížně
- c/ toto období jsem zvládala dobře
- d/ jiné (prosím napište).....

9. Souhlasíte s názorem, že sociální pedagog může poskytnout efektivní psychosociální oporu pacientkám při léčbě karcinomu prsu?

- a/ určitě souhlasím
- b/ souhlasím
- c/ nesouhlasím
- d/ jiné (prosím napište).....

10. Setkala jste se již s pojmem sociální pedagog?

- a/ ano setkala
- b/ nevím
- c/ neseťkala
- d/ zcela jistě neseťkala

11. Využila byste oporu sociálního pedagoga v oblasti Vašeho sebevzdělávání?

- a/ zcela jistě využila
- b/ ano využila
- c/ nevím
- d/ nevyužila

12. Která z uvedených oblastí poradenství prováděná sociálním pedagogem by pro Vás mohla být přínosem při Vaší léčbě, nebo rekonvalescenci?

- a/ poradenství v oblasti životního stylu
- b/ poradenství v oblasti sebevýchovy a sebevzdělávání
- c/ poradenství v oblasti efektivní komunikace
- d jiné (uveďte).....

13. Domníváte se, že by Vás efektivní komunikace se sociálním pedagogem mohla inspirovat k Vašemu sebevzdělávání?

a/ určitě ano

b/ ano

c/ ne

d/ nevím

14. Domníváte se, že Vaše sebevzdělávání může mít vliv na spolupráci s lékařem?

a/ může pozitivně ovlivnit spolupráci

b/ může spolupráci ovlivnit z části

c/ nemůže spolupráci ovlivnit

d/ jiné (uveďte).....

15. Napište prosím volně, co a kdo byl v procesu od oznámení diagnózy až po současnost podporující v procesu Vašeho uzdravování.

.....

.....

.....

.....

## **PŘÍLOHA P 2: REFLEXE K MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA**

Před započítím výzkumu, jsem měla možnost hovořit s onkoložkou z Masarykova onkologického ústavu v Brně MUDr. Annou Ondračkovou. Hovořily jsme o roli sociálního pedagoga ve prospěch onkologických pacientek. Popsala jsem kompetence sociálního pedagoga a zajímal mě názor onkologa. Ten byl pro mě cennou zkušeností, která částečně ovlivnila můj směr výzkumu.

MUDr. Anna Ondračková říká:

„Nejčastějším nádorovým onemocněním u žen je karcinom prsu. Ročně v ČR onemocní bezmála 7 tisíc žen. Výskyt onemocnění se posunuje do mladších věkových skupin, kde jsou pacientky s malými dětmi, incidence maximálně stoupá po 50. roku věku a s ním i problém zaměstnanosti po ztrátě práce nebo změněné pracovní schopnosti v důsledku léčby nádorového onemocnění.

Po sdělení diagnózy se žena ocitá ve stresové situaci, mnohdy nedokáže zvládat vlastní emoce a současně je nutná komunikace s ostatními členy rodiny a věku odpovídající sdělování situace dětem. Zde bych viděla, přínos přítomnosti sociálního pedagoga v terapeutickém týmu na onkologickém pracovišti a aplikaci sociálně pedagogických metod pro práci s ohroženou rodinou, specifická pomoc rodině a podle potřeby dlouhodobá výchovná intervence k překonávání nevhodných stereotypů zvládnutí stresové situace všech členů rodiny. Tato práce sociálního pedagoga s rodinami by mohla zmírnit úzkosti pacientek, napomoci vážnoucí komunikaci mezi manželi a mírnit traumata dětí. A naopak rozvíjet pozitivní komunikaci, prohlubovat vztahy a podporovat aktivizaci a kreativnost. Podpořit přijetí mnohdy odmítané pomoci psychologa nebo farmakoterapie.

U onkologických pacientek, které mají po léčbě změněnou pracovní schopnost a ani po letech nejsou schopny plného pracovního výkonu, by mohl sociální pedagog pomoci pacientkám objevit nové vnitřní zdroje jejich schopností, o kterých již sami pochybují a pomáhat s hledáním uplatnění. Ve spolupráci s Úřadem práce realizace rekvalifikačních kurzů, dle zájmu a schopností.

Příklad z ordinace, kdy bych jako lékař ocenila, aby v našem týmu pracoval sociální pedagog a mohl nabídnout pomoc.“

45 letá žena po léčbě nádorového onemocnění prsu, podstoupila operaci prsu a lymfatických uzlin, chemoterapii, radioterapii a pokračuje v hormonální terapii. Před onemocněním pracovala jako kuchařka v mateřské školce na menší vesnici. Při jedné z plánovaných kontrol půl roku po ukončené radioterapii si pacientka ztěžuje na bolest ruky na operované straně, kde se objevil druhotný otok, možný nežádoucí účinek onkologické terapie. Současně mi sděluje, že jí byla ukončena výplata invalidního důchodu. Ze zdravotního hlediska nemůže pacientka vykonávat původní profesi. Nenapadá ji, co by mohla dělat jiného. Je bezradná. Odvolání proti odnětí dávek poslala.“



## **PŘÍLOHA P3: ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V ONKOLOGICKÉ PRAXI**

O názor jsem požádala vedoucího lékaře Masarykova onkologického ústavu MUDr. Jiřího Tomáška Ph.D., který mi poskytl zpětnou vazbu na téma uplatnění sociálního pedagoga a jeho možnosti práce s onkologickými pacienty. Lékařův názor odráží skutečnou potřebu sociálního pedagoga ve zdravotnictví. I tento pohled byl pro mě cennou zkušeností před zahájením výzkumu. MUDr. Jiří Tomášek Ph.D. popisuje:

„Masarykův onkologický ústav je specializované centrum pro komplexní péči o nemocné s maligními nádory s nadregionální působností. Jeho nedílnou součástí je také Onkologické informační centrum (OIC), které poskytuje poradentství ve všech oblastech onkologie od prevence, přes diagnostiku a terapii nádorů k otázkám genetického vyšetření, psychologických a sociálních aspektů onkologického onemocnění. Pracovníci centra odpovídají na dotazy pacientů, jejich rodinných příslušníků ale také širší veřejnosti osobně nebo písemně. Spolupracují přitom s lékaři MOU všech specializací. V současné době má OIC 6 zaměstnanců. Pracovníci OIC mají různou předchozí kvalifikaci, často jde o zdravotníky se středním zdravotním vzděláním. Podle mého názoru by právě zde našel odpovídající uplatnění sociální pedagog. Předpokládám, že takto vzdělaný pracovník by spolupracoval také s Ambulancí preventivní onkologie, kam přicházejí klienti bez jakýchkoliv potíží k preventivním onkologickým prohlídkám. Sociální pedagog by se jistě uplatnil v propagaci preventivní onkologie a organizaci celého preventivního programu. Další jeho místo vidím ve spolupráci se sociálními pracovníky, kteří zajišťují konkrétní sociální péči pro konkrétního pacienta. Vážné onemocnění člena rodiny je ale prakticky vždy „nemocí“ celé rodiny a podpora rodinných příslušníků je nezbytná. Sociální pedagog by zde mohl mít svou roli ve spolupráci s psychologem.

Podobná je situace ve všech větších Komplexních onkologických centrech. Podobný typ práce menšího rozsahu lze najít také v menších nemocnicích, kde by kromě podpory onkologické ambulance sociální pedagog spolupracoval s více odbornostmi.“