

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Svépomocné skupiny pro klientky s onkologickým onemocněním prsu

Tereza Marková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Marková**
Osobní číslo: **Z11248**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Svépomocné skupiny pro klientky s nádorovým onemocněním prsu**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. HLADÍKOVÁ, Zuzana. Diagnostika a léčba onemocnění prsu. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
3. PETRUŽELKA, Luboš a Bohuslav KONOPÁSEK. Klinická onkologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.
4. TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. 1. vyd. Překlad Lucie Simonová. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-717-8826-0.
5. VORLÍČEK, Jiří; Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-802-4737-423.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Macková, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 17. července 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. dubna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

.....

Tereza Marková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce, paní PhDr. Marie Macková, Ph.D. za vedení mé práce, cenné náměty a připomínky a všestrannou pomoc při jejím zpracování.

Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za podporu a motivaci během mého studia.

ANOTACE

Předmětem této bakalářské práce jsou svépomocné skupiny pro klientky s onkologickým onemocněním prsu. Práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části se práce zabývá karcinomem prsu a jeho léčbou, skupinové psychoterapii a svépomocným skupinám a jejich vlivem na onkologické pacienty. Výzkumná část se zabývá faktory, které přimějí klientky k návštěvě skupiny a přínosem svépomocných skupin.

KLÍČOVÁ SLOVA

Svépomocné skupiny, skupinová psychoterapie, rakovina prsu, léčba rakoviny prsu, sociální rehabilitace

TITLE

Self-helping groups for clients with oncological disease of breast

ANOTATION

The subject of this thesis are self-helping groups for clients with the cancer of breast. Bachelor thesis is theoretical research. Theoretical part of the thesis deals with breast cancer and its treatment, group psychotherapy and self-helping groups and their influence on cancer patients. The research deals with the factors that cause clients to visit the group and benefit from self-helping groups.

KEY WORDS

Self-helping groups, group psychotherapy, breast cancer, treatment of breast cancer, social rehabilitation

OBSAH

1.	KARCINOM PRSU.....	12
1.1	Epidemiologie	12
1.2	Stavba mléčné žlázy	13
1.3	Patologie nádorů.....	13
1.3.1	Benigní nádory.....	13
1.3.2	Maligní nádory.....	14
1.4	Preinvazivní karcinomy	14
1.4.1	Druhy preinvazivních karcinomů	14
1.5	Klinická klasifikace zhoubných nádorů	15
1.5.1	Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer)	15
1.6	Anamnéza.....	15
1.6.1	Anamnéza pacientky s onkologickým onemocněním prsu.....	15
1.7	Vyšetřovací metody	16
1.7.1	Klinické vyšetřovací metody	16
1.7.2	Zobrazovací vyšetřovací metody	16
1.8	Léčba	17
1.9	Poléčebná péče	18
1.9.1	Psychologická rehabilitace	18
1.9.2	Fyzikální rehabilitace.....	18
1.9.3	Sociální rehabilitace.....	18
1.10	Prevence	19
1.10.1	Samovyšetřování.....	19
1.10.2	Mamografický screening	20
2	SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	21
2.1	Druhy skupin.....	21
2.1.1	Podpůrné skupiny	21

2.1.2	Explorativní skupiny.....	21
2.1.3	Svépomocné skupiny	21
2.2	Příprava na skupinovou terapii.....	22
2.3	Frekvence a trvání	22
2.4	Počet osob	22
2.5	Složení skupiny	22
2.5.1	Kompozice skupiny	22
2.5.2	Skupinová struktura	23
2.6	Vývoj ve skupině.....	23
2.6.1	Vývoj jedince	23
2.6.2	Vývoj skupiny	23
3	SVÉPOMOCNÉ SKUPINY A ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PRSU	25
3.1	Psychologické aspekty pomoci onkologickým pacientům ve skupinách	25
3.1.1	Strategie zvládnání nemoci a utrpení.....	26
3.1.2	Sociální opora	26
3.1.3	Účinné faktory skupinové terapie	26
3.1.4	Charakteristika svépomocné skupiny	27
3.1.5	Cíle svépomocné skupiny	27
3.1.6	Typy svépomocných skupin	28
3.1.7	Aktivity svépomocných skupin	28
3.1.8	Vhodní členové svépomocných skupin	28
3.1.9	Limity činnosti svépomocných skupin	28
3.1.10	Svépomoc v České republice	29
3.2	Vybrané patientské organizace.....	29
3.2.1	Mamma HELP	29
3.2.2	Klub onkologicky nemocných	29
4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31

5	METODIKA VÝZKUMU	32
5.1	Charakteristika výzkumu souboru a sběru dat.	32
5.2	Zpracování získaných dat.....	32
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	33
7	DISKUZE	49
8	ZÁVĚR	51
9	POUŽITÁ LITERATURA	53
8	PŘÍLOHY	56

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 <i>Věk respondentek</i>	33
Obrázek 2 <i>Rodinný stav dotazovaných</i>	34
Obrázek 3 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných</i>	35
Obrázek 4 <i>Vzdálenost svépomocné skupiny od bydliště dotazovaných</i>	36
Obrázek 5 <i>Role vzdálenosti bydliště od skupiny</i>	37
Obrázek 6 <i>Prodělaný výkon</i>	38
Obrázek 7 <i>Původce prvních informací o skupině</i>	39
Obrázek 8 <i>Vliv prvních informací o skupině</i>	40
Obrázek 9 <i>Podněcování rodinou</i>	41
Obrázek 10 <i>Naplnění prvotních očekávání</i>	42
Obrázek 11 <i>Počátek navštěvování skupiny od doby operace</i>	43
Obrázek 12 <i>Frekvence účasti na setkání</i>	44
Obrázek 13 <i>Doba, po kterou respondentky docházejí do skupiny</i>	45
Obrázek 14 <i>Vyjádření respondentek k jednotlivým kategoriím zájmu</i>	46
Obrázek 15 <i>Spokojenost s činností skupiny</i>	47

ÚVOD

Bakalářská práce je věnována tématu „Svépomocné skupiny pro klientky s onkologickým onemocněním prsu“. Toto téma jsem si vybrala proto, že mě zajímá téma nádorových onemocnění už kvůli tomu, že v mé rodině je jedním z nejčastějších příčin úmrtí. Vzhledem k tomu, že onkologické onemocnění prsu je u žen nejčastějším nádorovým onemocněním si myslím, že je nejen pro mě dobré se dozvědět více o této chorobě, ale i o způsobu jak nemoc zvládat.

Při sdělení diagnózy nádorového onemocnění se pacientovi zhroutl svět. Myslím si, že svépomocné skupiny jsou přínosem hlavně proto, že takového pacienta dokáží postavit zpátky na nohy a pomohou mu věřit v lepší zítřky. Zkušenosti členů skupiny jsou nově příchozímu důkazem, že je možné i po rozsáhlém zákroku žít běžný a plnohodnotný život.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na rakovinu prsu a svépomocné skupiny. V této části je uvedena charakteristika onemocnění, jeho léčby a rehabilitace. Dále je zde pojednáno o skupinové psychoterapii a vývoji ve skupině a nakonec se v teoretické části věnuji svépomocným skupinám a jejich vlivem na onkologického pacienta.

Výzkumná část se zaměřuje na pacientky s onkologickým onemocněním prsu a jejich vztah k svépomocné skupině. Zjišťuji, jaké faktory je přiměly navštívit setkání a kvůli čemu skupinu navštěvují.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části je získání poznatků a přehledu o svépomocných skupinách pro klientky s rakovinou prsu.

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit význam svépomocných skupin pro ženy po operaci prsu.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaké faktory vedou pacientky k rozhodnutí navštívit svépomocnou skupinu.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, v čem vidí pacientky největší přínos svépomocné skupiny.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KARCINOM PRSU

Karcinom prsu je nejvíce se vyskytujícím zhoubným onkologickým onemocněním žen. Následky karcinomu mají vliv na pokračování pacientčina života, života její rodiny a tím pádem onemocnění zasahuje i do společnosti. Důsledky jsou nejznatelnější, čím vyšší je incidence choroby a čím nižší je věk ženy v době diagnózy. (Abrahámová, 2009, s. 11)

I když je diagnostikování karcinomu pro pacienty stále ještě šokem, to co bylo bez jakýchkoliv pochyb dříve bráno jako brzký konec života, je nyní spíše nahlíženo jako chronické onemocnění a přibývá zasažených, jež mají velkou naději na vyléčení. V mnohých případech může ovlivnit průběh nemoci i to, jak nemocný svoje postižení vnímá a prožívá situaci, ve které se nachází. Zejména důležitou se v této situaci stává podpora, a to jak sociální, tak emocionální. (Tschuschke, 2004, s. 11-12)

Dle internetových stránek Občanského sdružení Nejsi na to sama jedinou záchranou před karcinomem prsu zůstává včasná diagnostika a vhodná léčba, jelikož u tohoto onemocnění nebyl doteď zjištěn rizikový faktor, jež by spolehlivě objasnil příčinu vzniku. A rizikové faktory, u kterých se předpokládá, že by mohly vést k onkologickému onemocnění prsu, jsou takového druhu, jež nám v podstatě nedovolí je minimalizovat. Jedná se zejména o genetické predispozice, věk nebo gynekologické parametry.

Léčba rakoviny prsu se prvotně soustředí na nádor samotný, ale cílem není jenom přežití pacientky a prodloužení života, ale samozřejmě i kvalita života během i po léčbě. Fyzická kondice a vzhled jsou ničeny onkologickou léčbou, proto je důležité, že jsou k dispozici kompenzace, které pacientce umožní si plně užívat život. Poté přichází na řadu činnost organizací, jež pomohou pacientce mimo jiné se sociálním zařazením, komunikací s rodinou nebo také lékařem.

1.1 Epidemiologie

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí na jemu příslušících stránkách, že za rok 2011 bylo zjištěno 67 400 nových případů zhoubného karcinomu prsu. Tuto informaci uveřejnili dne 13. 7. 2014. Oproti předchozím letům incidence roste, zatímco mortalita klesá. Nejvíce úmrtí je ve věkové kategorii 70-74 let. Přibývající počet žen, u nichž je léčba úspěšná vysvětluje předseda České onkologické společnosti a bývalý ředitel

brněnského Masarykova onkologického ústavu profesor Jiří Vorlíček tím, že nádor je častěji zachycován v raném stadiu díky preventivnímu vyšetření v rámci screeningu. Dále uvádí, že jsou k dispozici nové léčebné postupy a farmaka a v neposlední řadě se i zvyšuje podvědomí o této nemoci.

Data k počtu preventivních prohlídek nasbírala Všeobecná zdravotní pojišťovna. Podle ní v lednu a únoru roku 2014 přišlo na vyšetření mamografem o 20 procent více žen než předchozí rok ve shodných měsících. Toto zjištění uveřejnil server www.mama.cz.

1.2 Stavba mléčné žlázy

Už v brzkém období nitroděložního růstu jsou tvořeny základy pro budoucí mléčnou žlázu. Tento základ se nazývá mléčná lišta a je stejný pro obě pohlaví. Prsy jsou párový orgán a nachází se na přední straně hrudníku na úrovni druhého a šestého žebra. Mají polokruhovitý tvar a svými hroty směřují lehce do stran (obr. 1).

Dělí se na čtyři kvadranty: horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní kvadrant. (Hladíková, 2009, s. 12-17)

Samotný prs vypadá uvnitř jako lístky gerbery. Tvoří je laloky, které sestávají z menších lalůčků. Jejich úkolem je produkce mléka. Tento systém je propojen mlékovody a ty dále ústí na povrch bradavkou. Meziprostory jsou vyplněny tukem. Důležité je zde také krevní a lymfatické zásobení, které zajišťují cévy. Proud mízy přerušují mízní uzliny a plní funkci filtru. (Vorlíček, 2011, s. 248)

1.3 Patologie nádorů

Zhoubný nádor je charakteristický neomezeným růstem buněk tkání. Při normálním stavu je růst buněk kontrolován, nyní je tento mechanismus poškozen. Díky tomu dochází k nárůstu buněčné masy nádoru, který je schopen napadat a ničit normální tkáň. Nádory jsou děleny na benigní a maligní. (Vorlíček a kol., 2006, s. 35)

1.3.1 Benigní nádory

Tento typ ohraničeného nádoru roste pomalu, ale protože zvětšuje svůj objem, tak utlačuje okolní buňky nebo tkáň. Vyoperování je povětšinou jednoduché, nádory se nevrací a nevytváří sekundární ložiska – metastázy (Hladíková, 2009, s. 22).

1.3.2 Maligní nádory

Maligní nádory naproti tomu rostou rychle, nemají ohrazení a vytvářejí metastázy. Dle Vorlíčka (2006) se nádorový růst projevuje třemi způsoby. Prvním je expanzivní, kdy nádor mechanicky utlačuje okolí a to následně atrofuje. Druhým je infiltrativní, kdy buňky nádoru prorůstají mezi zdravé buňky bez známek přímého ničení. Posledním je invazivní, jež je charakteristický svou agresivitou. Buňky nádoru vrůstají do buněk okolních tkání a narušují je.

1.4 Preinvazivní karcinomy

Mezi preinvazivní, tedy karcinomy in situ patří dle Coufala (2011, s. 255-267) duktuální karcinom in situ (DCIS) a lobulární karcinom in situ (LCIS).

Duktuální karcinom in situ představuje až jednu čtvrtinu diagnostikovaných nádorových onemocnění prsu. V prsu postupuje skrz vývody mléčné žlázy. Zpravidla je odhalen pomocí mammografu, kde se na snímku jeví jako oblast mikrokalciifikace. Když je pacientu zjištěn DCIS, nabízí se automaticky chirurgické řešení. Příkladem DCIS je Pagetův karcinom bradavky.

Incidence lobulárního karcinomu in situ se pohybuje v rozmezí od 0,5 do 5 %. V prsu difuzně prostupuje žlázu. Není možné ho diagnostikovat pomocí mammografu. Většinou se jedná o vedlejší nález při jiném vyšetření. Léčba nesměřuje k chirurgickému zákroku, spíše k preventivním opatřením jako jsou sledování stavu nebo podávání tamoxifenu. Invazivní formy karcinomu

1.4.1 Druhy preinvazivních karcinomů

Hladíková (2009, s. 21-23) uvádí čtyři nejčastější druhy invazivních karcinomů.

Jedná se o mikroinvazivní karcinom, což je nádorové onemocnění, jehož ložisko proniká bazální membránou maximálně do vzdálenosti 2 mm.

Dále popisuje infiltrující lobulární karcinom, který tvoří vzdálené metastázy na serózní membrány, meningy a do ovaria. Přidává se asi k 10 % všech karcinomů prsu.

Invazivní duktuální karcinom zastupuje asi 95 % všech karcinomů prsu. Tvoří vzdálené metastázy do kostí, jater a plic.

Inflamatorní karcinom je nejvíce agresivní karcinom prsu, který je charakteristický takovou indurací kůže, že vypadá jako pomerančová kůra. Dále je pro něj typický rychlý růst, plošná infiltrace prsu a metastatické postižení uzlin. Nezřídka se objeví i ve druhém prsu.

1.5 Klinická klasifikace zhoubných nádorů

K dělení zhoubných nádorů je určen mezinárodní klasifikační systém, který zohledňuje buněčný typ, biologické vlastnosti a anatomickou lokalizaci určeného nádoru. Tento systém pomáhá při plánování léčby, vyhodnocování výsledků léčby, výzkumu zhoubných nádorů a umožňuje stanovení prognózy onemocnění.

1.5.1 Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer)

Systém UICC, jinak nazývaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah onemocnění tím, že hodnotí tři kategorie. Kategorie T představuje rozsah primárního nádoru. Kategorie N představuje stav regionálních mízních uzlin (výjimečně i juxtaregionálních) a kategorie M informuje o přítomnosti či nepřítomnosti vzdálených metastáz.

Dále je za určené písmeno přidáno číslo, které hodnotí rozsah nádorového procesu. Čím vyšší je číslo, tím větší je rozsah. V situaci, kdy není možné rozsah určit, se používá místo čísla písmeno X. (Vorlíček a kol., 2006, s. 37)

Rozlišujeme tedy tyto zkratky: T0, T1, T2, T3, T4, TX

N0, N1, N2, N3, N4, NX

M0, M1, MX

1.6 Anamnéza

Anamnestickým rozhovorem se rozumí důvěrné získávání informací, které předchází samotnému vyšetření. Vyšetřující se vyptává na současné obtíže, jaké nemoci pacient již prodělal, případně jaké se vyskytly v rodině. Důležité jsou také údaje, které se týkají životního stylu a prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. (Špinar, 2008, s. 27-31)

1.6.1 Anamnéza pacientky s onkologickým onemocněním prsu

Pro účely sestavení onkologické anamnézy pacientky jsou dle Petruželky (2003, s. 38–39) kromě obecných součástí důležité hlavně rodinná a gynekologická anamnéza a informace o nynějších chorobách. Při zjišťování rodinné anamnézy lékaře zajímá, zda se onkologické onemocnění vyskytlo jak u přímých příbuzných (matka, sestra, dcera), tak u vzdálenějších pokrevních příbuzných (babička, teta). Při oboustranné přítomnosti onemocnění je riziko vzniku nádoru největší.

Gynekologická anamnéza obsahuje informace o menstruaci, jako jsou věk při první menstruaci, pravidelnost krvácení či průběh. V případě, že menstruaci již pacientka nemá, zajímá se lékař

o věk, kdy nastala menopauza. Následují informace o porodech, potratech a jejich průbězích. Gynekologická anamnéza může být doplněna i o údaje o hormonální antikoncepci, kojení a chorobách prsu.

Dále má pro lékaře význam zjistit podrobný průběh dosavadního onemocnění. To znamená dobu nálezu, jeho charakteristiku, průběh nemoci, příznaky nemoci, první návštěvu lékaře, reakce pacienta i lékaře. Z těchto informací by pak lékař měl vyvodit, jaká je celková doba od počátku diagnostiky a léčby a jak tato léčba funguje.

1.7 Vyšetřovací metody

1.7.1 Klinické vyšetřovací metody

Mezi klinické metody, které se využívají k detekci onemocnění prsu, se využívají vyšetření pohledem a pohmatem.

První se nabízí vyšetření pohledem. Jisté změny patrné na pohled jsou vidět jen v určitých polohách, proto se pacient vyšetřuje nejenom s pažemi podél těla, ale i s pažemi upaženými a vzpaženými. Pozornost věnujeme tvarové a velikostní symetrii prsů, poté samozřejmě kožním změnám a stavu bradavek.

Vyšetření pohmatem se provádí vestoje, obvykle s rukama v bok. Stejněměrně prohmatáváme krouživými pohyby oba prsy ve všech kvadrantech, následuje také oblast axil a nadklíčků. Kontrolujeme stav uzlin a strukturu prsu. (Coufal, 2011, s. 92)

1.7.2 Zobrazovací vyšetřovací metody

Hladíková (2009, s. 40-57) rozděluje zobrazovací vyšetřovací metody na invazivní a neinvazivní. Mezi nejdůležitější neinvazivní metody patří mamografie, duktografie, ultrasonografie a magnetická rezonance prsů. K invazivním metodám řadí například punkci tenkou jehlou, core cut bopsii prsu nebo vakuovou biopsii.

Mamografie je v současnosti nejdůležitější a nejspolehlivější metodou v diagnostice nádorových onemocnění prsu. U žen nad 40 let je zobrazovací metodou, která přichází na řadu jako první. Mamograf je také jediným přístrojem vhodným pro celoplošný screening karcinomu prsu. Dává vyšetřujícímu nahlédnout na celou mléčnou žlázu a především je schopný dobře odhalit mikrokalcifikace, které bývají jediným pořítkem pro odhalení karcinomu. (Coufal, 2011, s. 63-65)

K provedení duktografie je třeba aplikace pozitivní vodné jodové kontrastní látky do mlékovodů prsní žlázy, poté je zhotoven rentgenový snímek. Lékař tuto metodu volí v případě, že u pacientky dochází k patologické sekreci z prsu.

Ultrasonografie bývá doplňkovou metodou po vyšetření mamografem. Tato metoda využívá odrazu ultrazvukových vln od hmoty. (Hladíková, 2009, s. 47-49)

Běžnou vyšetřovací metodou pro pacientky se zjištěnou genetickou mutací nebo s vysokým rizikem onkologického onemocnění prsu je magnetická rezonance. Toto vyšetření bývá použito i při podezření na recidivu v jizvě nebo multifokalitu či multicentralitu karcinomu prsu. (Souček, 2011, s. 576)

Punkce tenkou jehlou spočívá v zavedení jehly do místa léze bez využití anestetik, kde je odebráno zhruba sedm vzorků, jež jsou následně podrobeny cytomorfoloickému nebo cytometrickému vyšetření. Naproti tomu u core cut biopsie prsu se anestetika využívají a prs je lehce naříznut. Poté je jehla směřována nejčastěji pomocí ultrazvuku do místa léze, kde tzv. bioptických dělem odebere zhruba dva vzorky. Core cut biopsie je nejužívanějším bioptickým vyšetřením, které umožňuje získat platné histologické informace o nádoru. (Hladíková, 2009, s. 52-53)

1.8 Léčba

Karcinom prsu je vnímán jako systémové onemocnění. Lze ho léčit více způsoby, které jsou vybírány dle typu nádoru. Coufal (2011, s. 329-336) prezentuje čtyři možnosti. Nejrozšířenější využití má chemoterapie, kde proti nádoru bojují chemické sloučeniny. Používá se jak ke zmenšení nádoru a tím i zlepšení jeho operovatelnosti, tak k zamezení recidivy. Mezi účinné chemické sloučeniny patří antracyklin a taxan. Při prvním cyklu terapií může úspěšnost činit až 85 procent.

Účinek hormonální léčby spočívá v odstranění estrogenu, který ovlivňuje růst nádoru. Použití této léčby se omezuje na ER-pozitivní nádory, jež vylučují estrogenové nebo progesteronové hormonální receptory. Hormonální léčba může pracovat s antiestrogeny, inhibitory či farmaky, limitující tvorbu vybraných hormonů. Výjimkou není ani kastrace.

Dalšími alternativami jsou biologická léčba a biofosfáty. Při biologické léčbě se podávají látky tělu vlastní nebo jim podobné. Známa se stala protilátka Herceptin, kvůli vysoké snášenlivosti pacientů na léčbu touto látkou. Výraznější komplikací bývá jen kardiotoxicita.

1.9 Poléčebná péče

Dle Hladíkové (2009, s. 91) je neméně důležitou součástí léčby onkologického onemocnění prsu následná péče, která zahrnuje psychologickou, fyzikální a sociální rehabilitaci. Nemá vliv na průběh choroby, ale zlepšuje pacientovu kvalitu života a tím i napomáhá k úspěšnosti onkologické léčby.

1.9.1 Psychologická rehabilitace

Dle Abrahámové (2009, s. 119-120) lze za počátek psychologické rehabilitace vnímat bod, kdy vznikne podezření na onkologické onemocnění. Lékař má povinnost podat pacientce srozumitelné informace o diagnóze, popřípadě chystaném chirurgickém zákroku. Pro pacientku tak začíná náročné období, kdy se musí učit, jak se sžít s nemocí a zvládnout vše, co přináší. Nejprve musí prožít a přijmout sdělení diagnózy. Následují obavy z bolesti, z léčebných postupů a ze strádání. Pacientky se také strachují o svou budoucnost a budoucnost své rodiny v případě, že by se staly nesoběstačnými. V neposlední řadě mají strach z umírání a smrti.

Abrahámová (2009, s. 121) pacientkám radí, aby se na všechny otázky spojené s nemocí a léčbou zeptaly svého lékaře a diskutovaly s ním všechny možnosti, protože nejhorší je strach z neznámého. Měly by o svých myšlenkách také mluvit s blízkými, neuzavírat se do sebe a pokračovat v tom, co je pro ně běžné. Neměli by se ale přemáhat. Pokud pacientka běžný život nezvládá, neměla by se určitě stydět a povědět o svých problémech lékaři. V neposlední řadě je tu změna vzhledu, avšak tu je možné kompenzovat vhodně zvolenou parukou a pomocí odborníka na kosmetiku obličeje.

Hladíková (2009, s. 95) uvádí, že psychologická péče o onkologického pacienta je spíše opomíjena. Odborníci soustřeďují svoje úsilí na medicínské řešení a na psychologickou stránku věci nezbývá čas.

1.9.2 Fyzikální rehabilitace

Ke komplexní léčbě onkologických onemocnění prsu je řazena i rehabilitační péče fyzikální, která využívá obory, jako jsou lymfologie a rehabilitace. Než pacientka započne se samotným cvičením, je třeba, aby podstoupila klinické vyšetření odborným lékařem, jenž následně vypracuje krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Nejčastěji využívané v rehabilitační péči pro tyto pacientky jsou lymfodrenáž, pohybová terapie a bandáž se zesílenou kompresí.

1.9.3 Sociální rehabilitace

Průběh sociální rehabilitace je zcela individuální záležitostí, s ohledem na psychický a fyzický stav pacientky. Jedná se o její znovuzařazení do společenského života. Sociální pracovnice

zjišťují, jestli je možný návrat do pracovního procesu. V případě, že není, zahajuje se důchodové řízení. K návratu k běžnému způsobu života pomáhají i svépomocné skupiny.

Sociální dopady se liší podle doby zjištění nádoru a míry invazivity léčby. Karcinom může mít minimální dopad, když je nemoc zachycena včas a terapie není příliš náročná. Opakem je pak zjištění nemoci v pokročilém stadiu a invazivní terapie. Tato možnost odkazuje pacientku k odchodu ze zaměstnání, pobírání invalidního důchodu a to má dopad na finanční prostředky celé rodiny, která díky tomu může strádat. Problémem mohou být i pravidelné návštěvy zdravotnických zařízení nebo nutná péče druhé osoby. (Coufal, 2011, s. 389)

Kuzníková (2011, s. 98-111) uvádí, že o navrácení sociálních funkcí se musí pacientka zasadit hlavně sama. Zásadně by se neměla obracet s žádostí o pomoc na laiky, léčitele amatéry nebo internetové poradny.

Problém pacientky je i problémem její rodiny. Může dojít k narušení výchovy dítěte, narušení plnění rolí nebo narušení dynamiky rodiny a domácí atmosféry. Další změnou v životě pacientky je i trávení volného času jinak než před nemocí, překážkou se může stát stigmatizace.

Při spolupráci odborníků, ošetrovatelského týmu, sociálního pracovníka a klienta je možné dosáhnout humanizace poskytovaných služeb a resocializace a rehabilitace, které budou zahájeny v pravou chvíli.

1.10 Prevence

Vorlíček (2006, s. 253-254) uvádí, že 40 procent případů je zjištěno až ve stadiu III a IV. Viní za to nízkou úroveň zdravotnické výchovy. Díky tomu, že primární prevenci není prakticky možné uskutečnit, důraz je kladen na prevenci sekundární, a to hlavně na včasné odhalení nemoci.

1.10.1 Samovyšetřování

Metodou, která se zdá být nejjednodušší, je samovyšetřování. Žena by ho měla provádět každý měsíc, ideálně druhý až třetí den po menstruaci. Pro ženy, které menstruaci již nemají, se doporučuje jakýkoliv snadno zapamatovatelný den v měsíci. Ženy provádějící pravidelné a důkladné samovyšetřování mají tak větší pravděpodobnost včasného odhalení nemoci. Samovyšetřování nicméně nedokáže nahradit mamografický screening.

1.10.2 Mamografický screening

Toto aktivní vyhledávání karcinomu prsu snížilo mortalitu způsobenou karcinomem o více než 40 procent. Mamograf dokáže detekovat karcinom ve stadiu, kdy je malý a tak se nestihne rozšířit krevním oběhem.

Od podzimu roku 2002 je možné se nechat mamograficky vyšetřit zcela zdarma, tato nabídka je určena ženám od 45 let, po dvouletých intervalech. Tento interval však nelze považovat u každé ženy za bezpečný, proto je třeba provádět pravidelná samovyšetřování.

2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Dle Kratochvíla (2005, s. 14) je psychoterapie směřována k příznivému působení na poruchy a problémy pomocí prostředků, mezi které patří i vztahy tvořené interakcí mezi členy či mezi skupinou a terapeutem. Tyto prostředky se liší podle toho, s jakou poruchou má terapeut pracovat.

Mezi další formy psychoterapie patří individuální psychoterapie a hromadná psychoterapie, které se od skupinové formy liší tak, že u individuální formy se využívá vztahu mezi jedním jediným pacientem a terapeutem. Oproti tomu hromadná psychoterapie se zaměřuje na kolektiv pacientů, ale nevyužívá vztahů mezi nimi.

2.1 Druhy skupin

Cibula (2009, s. 292-293) rozlišuje tři základní druhy zaměření skupinové terapie. Jsou to skupiny podpůrné, explorativní a svépomocné.

2.1.1 Podpůrné skupiny

Cibula (2009, s. 292-293) popisuje, že podpůrné skupiny jsou určeny k zvládnutí následků choroby a její léčby. Terapeuté podporují pacienta k vytvoření žádoucích obran a poukazují na již odvedenou práci ve zvládnutí choroby. Ve skupině dochází ke sdílení zkušeností, edukaci pacientů, mírnění stresu a nácviku relaxace. Terapeuté hlídají, aby ve skupině nedocházelo k nesouladu, a vedou ji správným směrem. Na pacientech pak záleží, jaké bude ve skupině emocionální klima.

2.1.2 Explorativní skupiny

Explorativní skupiny cílí na vlastní emocionální zkušenost pacienta a vedou ho k tomu, aby s emocemi pracoval. Pacienti následně dostávají zpětnou vazbu pomocí interpretace jejich emocí. Mezi témata diskuze patří i existenciální otázky. Terapeut může pomoci prožít všechny emoce a umožňuje pacientovi katarzi. Skupinu řídí tak, že komentuje její dění.

2.1.3 Svépomocné skupiny

Svépomocná skupina je seskupení pacientů s určitou chorobou, kteří sdílejí zkušenosti a pomáhají tak jeden druhému ve zvládnutí nemoci a jejích důsledků v různých oblastech života. Pacienti se navzájem motivují a dodávají si sebevědomí. Svépomocná skupina pomáhá zvládnout přechod z nemoci k běžnému životu.

2.2 Příprava na skupinovou terapii

Kratochvíl (2005, s. 43-44) pojednává o přípravě jako o předběžných informacích a zážitku. Jestli podávat předběžné informace či ne se liší u každé terapeutické školy. Jedny zastávají názor, že pacient by měl dění skupiny spíše prožívat, než o něm přemýšlet, jiné si myslí, že je třeba podnítit pacienta úvodními informacemi tak, aby se připravil na svou roli ve skupině.

K zprostředkování mohou být použity různé druhy přípravy, a sice brožura či leták, vysvětlující rozhovor, návštěva již fungující skupiny nebo také vytvoření přípravné skupiny, jež je časově omezená.

2.3 Frekvence a trvání

Nejčastější frekvencí jsou dle Kratochvíla (2005, s. 37-39) jedna až dvě setkání týdně. V případě, že se jedná o klinickou či stacionární léčbu může počet setkání vyšplhat a na pět za týden. Kvůli udržení pozornosti je třeba pamatovat, že setkání nesmí být příliš dlouhá, proto ideální dobou je devadesát minut. Výjimkou jsou sezení, do kterých jsou zařazeny i pohybové aktivity. Tyto sezení mohou trvat až dvě hodiny.

2.4 Počet osob

Kratochvíl (2005, s. 36-37) uvádí, že skupinová terapie se provádí za přítomnosti tří až třiceti členů. Rozděluje se na tři druhy podle velikosti, a to na malou, která obsahuje maximálně deset členů, dále je tu střední skupina, která obsahuje od jedenácti do dvaceti členů a nejobsáhlejší je velká skupina s jedenadvaceti až třiceti členy.

Ideální počet pro psychoterapii není pevný, záleží na době trvání a frekvencí setkání. Zároveň musí být brán ohled na to, aby počet členů nebránil v rozvíjení vzájemných interakcí a umožnil všem se při setkání projevit.

2.5 Složení skupiny

Výrost (2008, s. 322-326) pojednávajíc o uspořádání skupiny, popisuje dva termíny. Jedná se o kompozici skupiny a skupinovou strukturu.

2.5.1 Kompozice skupiny

Kompozicí skupiny je myšleno složení skupiny, jež zahrnuje počet členů a jejich vlastnosti jako jsou věk, pohlaví, rozumové schopnosti aj. Tyto charakteristiky ovlivňují vztahy a procesy probíhající ve skupině, přičemž sdílené vlastnosti skupinu formují, kdežto odlišní jedinci skupinu opouštějí.

2.5.2 Skupinová struktura

Vnitřní složení skupiny se nazývá skupinová struktura. Skládá se ze statusů a rolí, které dohromady utvářejí systém. Ten je dále ovlivněn skupinovými normami, kohezivitou a kulturou skupiny.

Status je daný mírou moci jedince nad ostatními členy skupiny. Čím příznivější očekávání jedinec vyvolá, tím získá vyšší status. U rolí se přihlíží k očekávání, jež skupina vkládá do způsobu, jakým se bude jedinec uvnitř skupiny chovat. Podle toho jakou má jedinec roli, je s ním poté zacházeno. Pro systém rolí a statusů platí obecná pravidla chování, která definují, co je žádoucí. Ve skupině zajišťují zmíněná pravidla skupinové normy odvíjející se od předem daných hodnot a cílů. Správné jednání je řízeno sankcemi, které představují buď odměny, nebo tresty.

Soudržnost či koheze určuje přitažlivost skupiny pro své členy. Způsobuje, že členové se snaží skupinu udržovat v chodu a dělat všechno pro to, aby zůstali zapojeni. Je podmínkou a ukazatelem účinnosti probíhající terapie. Skupiny s vysokou soudržností mají tu výhodu, že se jejich členy vzájemně respektují a vytvářejí si mezi sebou hlubší vztahy.

2.6 Vývoj ve skupině

Jakožto živý organismus prochází sociální skupina vývojem, který se týká jedince i celku.

2.6.1 Vývoj jedince

Výrost (2008, s. 328-329) pohlíží na vývoj jedince jako na proces utvářený socializací. Ve své publikaci vychází z teorie skupinové socializace R. L. Morelanda a J. M. Levina (1982, 1994). Základem pro tuto teorii je posun v oblasti rolí, hodnocení a vztahů. Socializace jedince ve skupině začíná fází pátrání, kdy jedinec hledá vhodnou skupinu, která by splňovala jeho nároky a skupina hledá vhodného člena. Druhá fáze začíná, když jedinec již splnil požadavky a stává se novým členem skupiny. Dochází k přizpůsobování se jedince skupině, ale zároveň se nový člen snaží změnit skupinu tak, aby co nejvíce plnila jeho potřeby. Následně se z nového stává řádný člen a snaží se vyjednávat o své roli ve skupině. Změny role zahrnuje třetí fáze. V dalším kroku se přizpůsobují obě strany tak, aby si vzájemně vyhověly. Může se stát, že jedinec nebude spokojen a tak ze skupiny vystoupí. Konečná fáze obsahuje vzpomínání na přínos bývalého člena skupiny.

2.6.2 Vývoj skupiny

Výrost (2008, s. 327-328) tvrdí, že všechny sociální skupiny prochází od svého vzniku k zániku přibližně stejnými fázemi. Jednotlivé fáze jsou pak ovlivňovány chováním a vztahy členů, a

způsobem, jakým společně řeší úlohy. Proces začíná seznamováním členů navzájem a s úlohou. Pro tuto fázi je typická nejistota členů, co se týče příslušnosti ke skupině. Dále se objevuje emocionální chování a konflikty mezi jednotlivci s odlišnými požadavky. Ve třetí fázi se konflikty vytrácejí a členové hledají cestu jak přiměřeně uspokojit všechny potřeby. Tvoří se společné hodnoty a postoje. Díky tomu je možná koordinace práce a produktivní řešení sdílených úloh, členové se podílejí na skupinovém cíli. Vývoj je ukončen, když skupina již nespolupracuje a uvolňují se emocionální vazby.

3 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY A ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PRSU

Vedle profesionálů mají ve zdravotnictví své uplatnění i svépomocné skupiny. Prudký boom zaznamenaly ve 20. století díky rozvoji medicíny. Skládaly se povětšinou z lidí, kterým nemohlo být vyhověno v jejich potřebách zdravotnickými profesionály. Svépomocné skupiny jsou definovány jako seskupení lidí se společnými zdravotními či životními strastmi, kteří se stýkají na bázi dobrovolnosti a rovnosti. (Bártlová, 2005, s. 103)

Pro mnohé pacienty po onkologické léčbě se opuštění nemocnice zdá nesmírně těžké. Vzdávají se tím totiž opory odborníků a tak se cítí více zranitelní. Nemohou s nikým diskutovat svoje obavy a problémy. Praxe ukázala, že ztráta kontaktu s bývalými onkologickými pacienty napomáhá k sociální izolaci. Pacienti nemohou sdílet svoje osobní strasti a upadají do deprese. Některé kliniky umožňují bývalým pacientům pravidelná setkání. Tyto skupiny zlepšují kvalitu života a snižují úmrtnost onkologicky nemocných. (Křivohlavý, 2002, s. 129)

3.1 Psychologické aspekty pomoci onkologickým pacientům ve skupinách

Již praxe potvrdila, že delší život mají onkologičtí pacienti, jež se svého života nevzdávají, naopak s nemocí bojují. Na toto téma byly provedeny mnohé výzkumy, z toho například jeden sledoval dvě skupiny pacientů. První byli pacienti poklidní, snad i smíření s nejhörším, druzí naproti tomu byli bojovní, neklidní a často depresivní. Druhá skupina měla lepší průměr, co se týče dožitých let.

Jiný výzkum sledoval vliv rodinného zázemí na onkologického pacienta. Ukázalo se, že pacienti s pevnou sociální oporou se dožívali déle a měli větší kvalitu života. Sběratelé dat se zabývali taktéž příčinou kladného vlivu blízkých osob. Mimo jiné došli k závěru, že blízké osoby naléhají na pacienty k návštěvě lékaře, díky čemuž může být rakovina včas diagnostikována. (Křivohlavý, 2002, s. 127)

Intervence patientek s onkologickým onemocněním prsu dokáže odstranit stres a snižuje depresi, zoufalství, zvracení či bolesti vzniklé onemocněním a následnou léčbou, k dalším pozitivům patří také zvýšení informovanosti o karcinomu prsu a jeho léčbě. (Kratochvíl, 2005, s. 59)

Diagnóza onkologického onemocnění může způsobit vážné sociální problémy, jež u pacienta vedou v mnoha případech k zoufalství a osamění. Není výjimkou, že tyto pocity počínají neschopností blízkých osob snést bolestné rozpoložení a beznaděj pacienta. Mezilidské vztahy,

kteřé nemocný poté vnímá jako změněné, zapřičiňují jeho zranitelnost, zmatenost a ztrátu vlastní hodnoty. Pomoc skupiny je v takových případech více než na místě. (Tschuschke, 2004, s. 133)

3.1.1 Strategie zvládání nemoci a utrpení

Křivohlavý (2002, s. 103) rozeznává dvě strategie jak zvládat nemoci a utrpení. Jako první uvádí strategie zaměřené na řešení problému, který působením nemoci vyvstal. Pacient s touto strategií přebírá iniciativu a snaží se smysluplně řešit situaci, tudíž léčí nemoc a odstraňuje její nepříznivé následky.

Jiný úhel pohledu na zvládání utrpení nabízí strategie zaměřené na vyrovnání se s emociální stavem spojeným s přítomností nemoci, kdy se pacient učí snižovat negativní emoce, jako jsou strach nebo zlost.

3.1.2 Sociální opora

Křivohlavý (2010, s. 84-85) uvádí, že sociální podpora je důležitým faktorem při zvládání zátěžových situací. Může jít buď o pomoc jednoho člověka druhému (například v případě sourozenců, rodiče a dítěte) nebo o tzv. sociální síť, kdy jednomu člověku pomáhá celá skupina lidí. Existuje několik druhů sociální podpory – instrumentální opora, informační pomoc a emociální opora.

Instrumentální opora zahrnuje věci, jako jsou poskytnutí přístřeší či finanční hotovosti, přivolání lékaře nebo odvoz z místa nehody.

Informační pomoc zahrnuje naslouchání, porozumění a následné splnění žádaného, většinou bývá doplněno o ohlášení splněného úkolu. Může se jednat o informace o zranění či nemoci vlastní nebo někoho jiného (v případě nehody). Informace jsou tlumočeny buď přímo člověku, kterého se týkají nebo osobě, kterou si zvolí.

K potřebě emocionální opory dochází při stresové situaci, kdy si člověk neumí s pocity poradit sám, do popředí se dostávají nejdříve negativní emoce, jako jsou vztek, bezmoc, beznaděj a smutek. Sociální opora pomůže dostat tyto emoce pod kontrolu a uklidňuje člověka ve stresu tím, že mu poskytne kladné emoce.

3.1.3 Účinné faktory skupinové terapie

V průběhu skupinové terapie můžeme pozorovat fenomény, které zasahují do mnoha oblastí klientova života a vytváří změny. Funguje například prosté zjištění, že klient není sám ve svém trápení nebo nemoci a že jeho problém není ničím výjimečným, naopak stejné či podobné

problémy zažívají další lidé. Spolupacientovo zlepšení zdravotního stavu tak dává ostatním naději a motivaci, a zároveň mají návod, který mohou aplikovat na sebe.

Dalším faktorem je altruismus. Pomoc druhým lidem může být léčivá. Jedná se o případy, kdy vlastní hodnota klesá díky onemocnění a tím, že je člověk užitečný svými radami a zkušenostmi pro ostatní ve skupině, se stává jeho vlastní terapie účinnější. Naopak egoističtí klienti mají důvod zaměřit svou pozornost na jinou osobnost a tím na chvíli zapomenout.

Neméně důležitou součástí je nápodoba. Klient kopíruje chování terapeuta nebo spolupacienta, ať už vědomě nebo nevědomě, a snaží se docílit chování, které skupina oceňuje. S tím souvisí i interpersonální učení, kdy dochází právě ke kopírování oceňovaného chování a následně zpětné vazbě od spolupacientů. Klientovi umožní náhled, jež mu přiblíží, co cítí jeho blízcí a jak ho vnímají.

Vzájemné porozumění a aktivní naslouchání utváří atmosféru bezpečí a přijetí, členové skupiny tak zažívají emoční podporu, která nemusí být samozřejmostí. Existují tací, jež byli odříznuti od sociálních kontaktů, proto již samotné členství ve skupině působí příznivě. (Vymětal, 1997, s. 100 – 101)

3.1.4 Charakteristika svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou charakterizovány hlavně sdílenou zkušeností členů. Podobají se terapeutickým skupinám, kdy společnými znaky jsou altruismus, soudržnost a dodávání naděje, naopak rozdílem je, že svépomocné skupiny nevyužívají interpersonální učení v takové míře jako terapeutické skupiny. Tyto skupiny jsou otevřené a přístupné pro kohokoliv, kdo má zájem se podělit o svoje strasti, které se týkají tématu skupiny. Členové se setkávají častěji s podpůrnou zpětnou vazbou nežli s konfrontací a podporu jak přijímají tak dodávají. Jako důležitější informace vnímají ty, co obdrží od samotných členů než od odborníků. (Štěpánková, 2014, s. 112-113)

3.1.5 Cíle svépomocné skupiny

Každá svépomocná skupina se snaží dosáhnout určitých cílů. Kratochvíl (2005, s. 125) popisuje několik možných cílů, jako jsou dosažení vzhledu do problematiky jednotlivců a umožnění jim prohlédnout nesprávné postoje, podpořit zrání osobnosti ve smyslu dosažení optimální kvality života, odstranit chorobné příznaky a dosáhnout sociální adaptace.

3.1.6 Typy svépomocných skupin

Kuzníková (2011, s. 83) jmenuje typy svépomocných skupin dle toho, jakým problémem členové trpí. Jsou to A kluby (skupinu navštěvují anonymní alkoholici), svépomocné skupiny pro pozůstalé, svépomocné skupiny pro ženy s onkologickými onemocněními pohlavních orgánů a po ablaci prsu, svépomocné skupiny pro pečující o blízké členy rodiny, svépomocné skupiny pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním, svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky osob po poškození mozku a svépomocné skupiny pro osoby s poruchou příjmu potravy a jejich blízké. Je tedy patrné jak široký záběr má využití svépomocných skupin a jak jsou takováto sdružení potřebná a žádaná.

3.1.7 Aktivity svépomocných skupin

Petr (2014, s. 46) uvádí, že svépomocná skupina jakožto zdroj pozitivních zážitků organizuje různé aktivity. Patří mezi ně pravidelná setkání, která slouží k výměně zkušeností a přátelským rozhovorům. Dále organizují volnočasové aktivity, které slouží k odreagování se a zaplnění času. Jde o zájmové kroužky, sportovní a kulturní vyžití a vzdělávací aktivity. Tyto aktivity se dějí v rámci zdravotnického zařízení. Pacienty však lze aktivizovat i mimo zdravotnické zařízení. Terapeuté k tomu využívají kina, divadla a výstavy. Pacienti mají možnost také navštívit svépomocné kluby, kavárny a poradny. K aktivitám svépomocných skupin patří i podpora destigmatizace duševně nemocných a humanizace psychiatrické péče.

3.1.8 Vhodní členové svépomocných skupin

Kuzníková (2011, s. 84) uvádí, že aby byl člověk vhodný pro skupinovou terapii, musí být spolupracující, nesmí být agresivní nebo jinak protispolečenský. Skupina je vhodná zejména pro lidi trpícími různorodými chorobami a jejich blízké. Naopak vítáni na skupinách nejsou autisté a psychopatické osoby.

3.1.9 Limity činnosti svépomocných skupin

Petr (2014, s. 46-47) popisuje, že velmi důležitým limitem ve fungování svépomocných skupin jsou finanční zdroje. Rozdíl je samozřejmě v tom jaké aktivity vyvíjí členové skupin. Pokud se setkávají výhradně kvůli povídání si a sdílení zkušeností, pak nemá skupina velké náklady. Oproti tomu existují skupiny, které vyžadují přítomnost profesionála (například při arteterapii) nebo členové navštěvují divadla a výstavy. Od toho se odvíjí poté vyšší náklady a je nutné hledat zdroj financování (například občanská sdružení).

Svépomocné skupiny se mohou stát právníckými osobami. Pomáhají tak hájit zájmy svých členů v rámci republiky i mimo ní. Tyto skupiny pomáhají i při prevenci hospitalizace. Výhody svépomocných skupin pro sociálního pracovníka.

Jelikož každá skupina je originálem, má sociální pracovník možnost pokaždé pracovat jiným způsobem a nasbírat tak zkušenosti. Svépomocná skupina tudíž slouží k seberozvoji a sebereflexi sociálního pracovníka. Jako součást skupiny dostává samozřejmě zpětnou vazbu a členové poskytují podporu i jemu. Pokud si pracovník dobře předpřipraví témata k diskusi a program, tato investice se mu vrátí. (Kuzníková, 2011, s. 87)

3.1.10 Svépomoc v České republice

V České republice se na svépomoc zaměřuje program zlepšující zdravotní stav našich obyvatel jménem „Zdraví pro všechny v 21. století“. Má 21 bodů a svépomoci se týkají hned 4. Jsou to bod č. 2 : Rovnost ve zdraví, č. 19 : Výzkum a znalosti pro zdraví, č. 20 : Mobilizace partnerů pro zdraví a č. 21 : Opatření a postupy pro zdraví pro všechny. Tyto body lze shlédnout na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky.

3.2 Vybrané patientské organizace

V této části bych chtěla přiblížit práci svépomocných skupin, které jsem navštívila kvůli dotazníkovému šetření.

3.2.1 Mamma HELP

Mamma HELP je sdružení pacientek s onkologickým onemocněním prsu, které bylo založeno v roce 1999. Mimo pacientky sdružují také jejich blízké, lékaře a sestry. Ročně vyhledá pomoc této neziskové organizace až 7000 lidí. Mamma HELP se může pyšnit celoplošnou sítí center, které se nachází v Praze, Brně, Olomouci, Hradci Králové, Přerově, Zlíně, Plzni a v Českých Budějovicích. Své služby poskytují bezplatně. Pro účely dotazníkového šetření jsem navštívila centrum v Hradci Králové.

Cílem sdružení je zlepšit kvalitu života pacientek a zvýšit povědomí o karcinomu prsu, jeho prevenci a léčbě.

3.2.2 Klub onkologicky nemocných

Klub onkologicky nemocných je občanské sdružení, které funguje při Krajské nemocnici v Pardubicích a bylo založeno v roce 1994. Sdružení v současnosti navštěvuje zhruba 150 členů. Dávají příklad nově příchozím členům, že i s onkologickou nemocí lze prožít plnohodnotný život a tak pořádají rekondiční ozdravné pobyty, odborné přednášky a další společenské akce.

Cílem sdružení je pomoc pacientům po onkologické léčbě a jejich podpora v začlenění do společnosti.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1 Jaké faktory vedou pacientky k rozhodnutí navštívit svépomocnou skupinu?

2 V čem vidí největší přínos svépomocné skupiny?

5 METODIKA VÝZKUMU

Jako metodu výzkumu jsem zvolila strukturovaný dotazník (příloha č. A). Dotazník jsem samostatně vytvořila a je v něm obsaženo 16 otázek, které vycházely z výzkumných záměrů a cílů. Mým plánem bylo zjistit, jaký význam mají svépomocné skupiny pro své klientky po operaci prsu. Do první části dotazníku jsem zařadila otázky na věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, vzdálenost bydliště od skupiny a prodělanou operaci. V druhé části dotazníku jsem se ptala na první informace o skupině, frekvenci návštěv a důležitost jednotlivých činností.

5.1 Charakteristika výzkumu souboru a sběru dat.

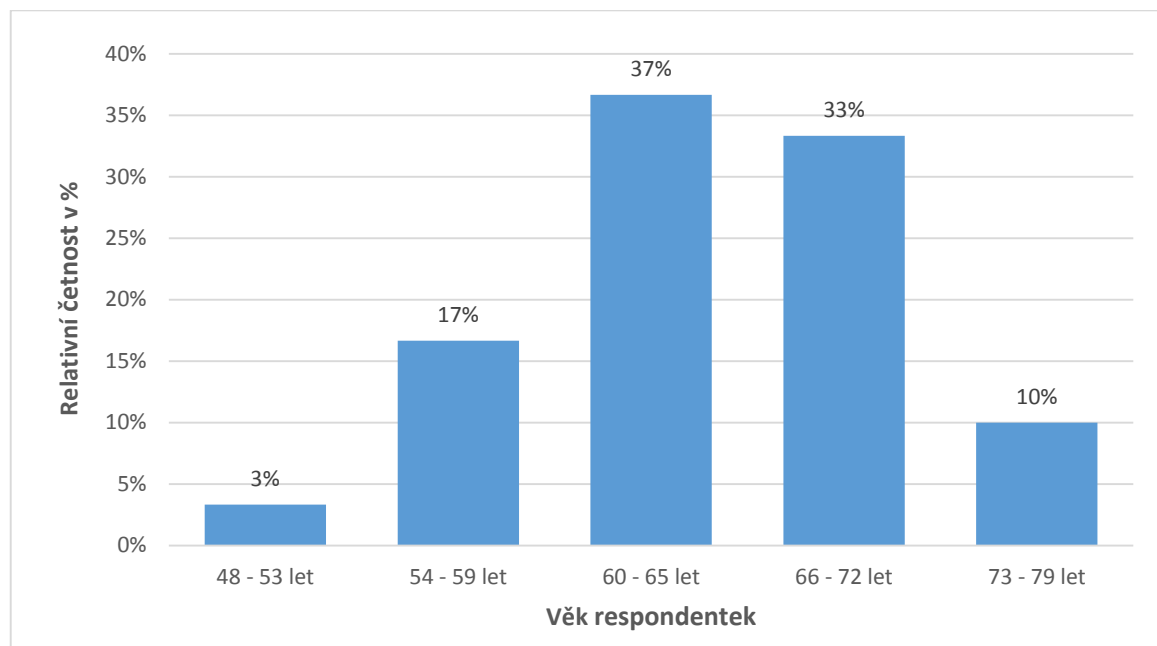
Šetření pomocí dotazníku jsem prováděla ve dvou organizacích, a to v Klubu onkologicky nemocných a v Mamma HELP. Celkem jsem oslovila 30 respondentů, výzkumný vzorek jsem sestavovala z žen, které jsou členkami svépomocné skupiny a prodělaly onkologické onemocnění prsu. Dotazník byl anonymní. Šetření probíhalo koncem měsíce dubna 2015 a začátkem měsíce května 2015. Úvodem dotazníku jsem použila identifikační otázky, které měly určit charakteristiku respondenta. Nejvíce jsem využívala otázky uzavřené, kde si respondent mohl vybrat z nabízených možností. Dále jsem využívala i škály, kde respondent určoval míru. Ve dvou případech jsem využila otázku otevřenou, kde má respondent prostor pro volnou odpověď. Rozdala jsem 45 dotazníků a návratnost činila 66,7 procent. Všechny dotazníky byly vyplněny správně a byly zařazeny do výzkumu.

5.2 Zpracování získaných dat

Výsledky dotazníků byly zpracovány do tabulek a grafů s pomocí popisné statistiky v absolutních a relativních číslech. Výsledná data byla vyhodnocena v programu Microsoft Excel.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

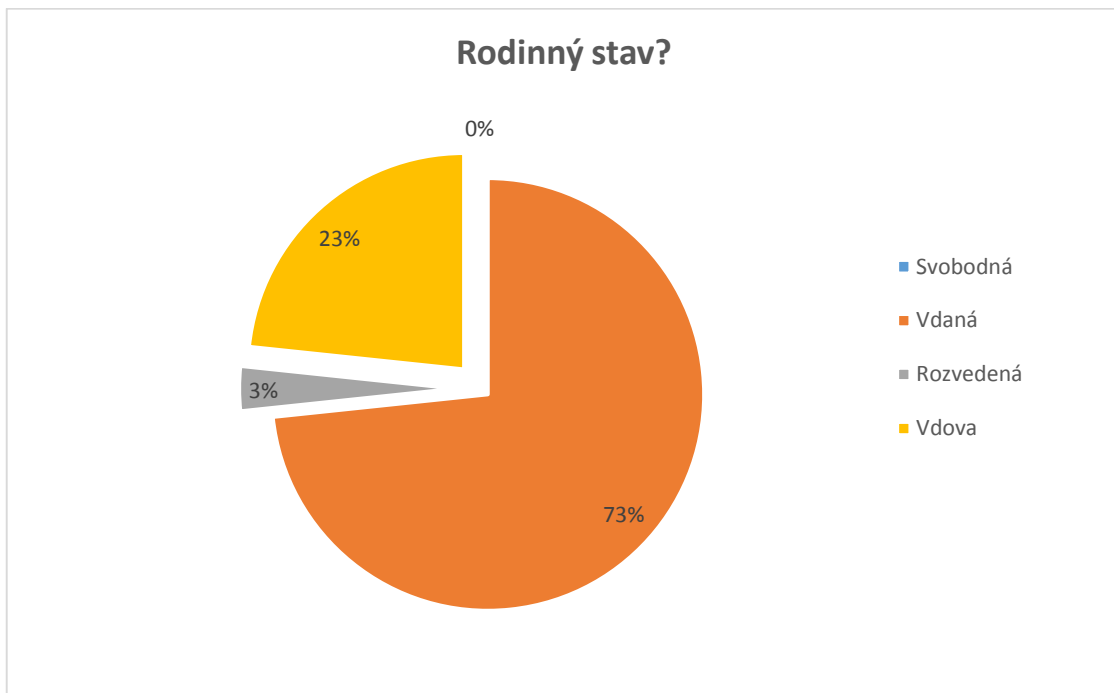
Otázka č. 1: Napište, prosím, Váš věk



Obrázek 1 Věk respondentek

Tuto otázku jsem použila za účelem zjištění věku onkologicky nemocných klientek svépomocných skupin. Otázka byla otevřená. Věkové hranice jsem určila dle věku nejmladší a věku nejstarší respondentky a shrnula je do pěti kategorií. Po vyhodnocení grafu je patrné, že největší četnost má věková skupina od 60 do 65 let a to 37 % (obr. 2). O něco menší zastoupení měla věková skupina od 66 do 72 let a to 33 %. Dále se umístila věková skupina 54 – 59 let se 17 % a po ní skupina 73 – 79 let s 10 %. Nejméně z dotazovaných, tedy 3 %, bylo v nejmladší skupině, kam patří ženy ve věku od 48 do 53 let. Z celkového počtu respondentů 30 (100 %) se nacházela jen jediná žena pod padesát let.

Otázka č. 2: Rodinný stav?



Obrázek 2 Rodinný stav dotazovaných

Tato otázka byla jednou z uzavřených, kde byly na výběr čtyři možnosti: svobodná, vdaná, rozvedená a vdova. Nejčetnější skupinou byla kategorie vdaná, která zastupovala skoro dvě třetiny celku, přesněji 73 % (obr. 3). Druhou největší kategorií s 23 % byly vdovy. Ani jedna respondentka se nenacházela v kategorii svobodná. Překvapilo mě, že z celého výzkumného vzorku 30 (100 %) je jen jedna žena rozvedená, představuje 3 % celku.

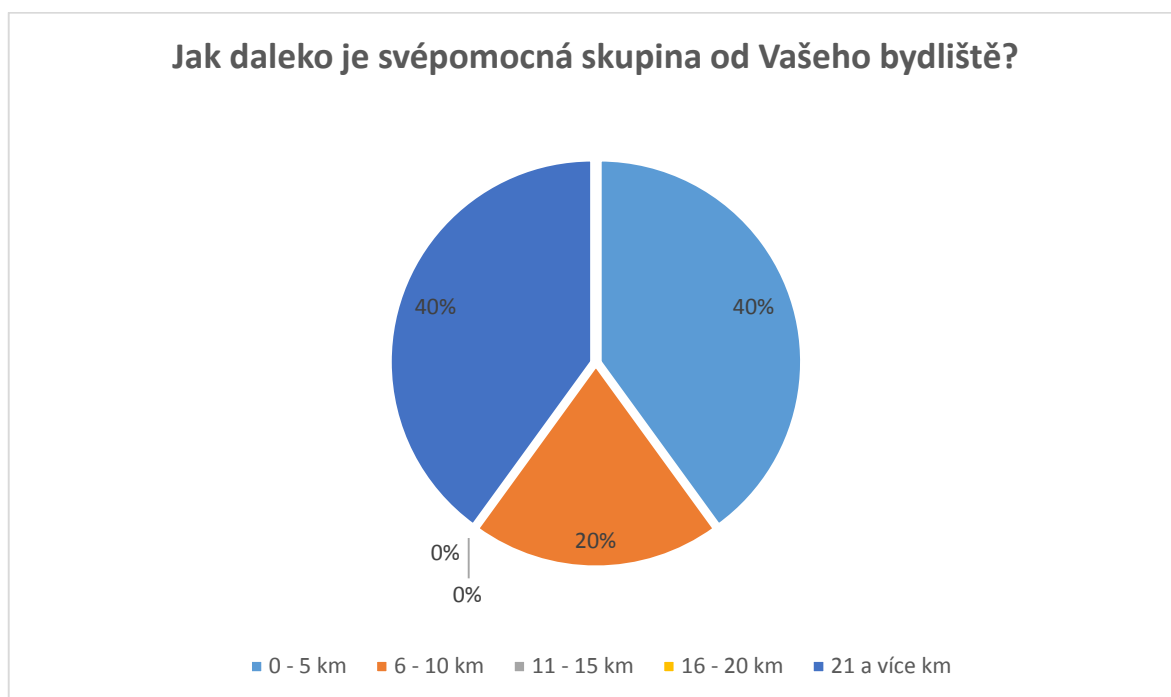
Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 3 Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných

Třetí otázkou jsem chtěla zjistit, jaké mají respondentky dosažené vzdělání. Otázka byla uzavřená a respondenti měli na výběr z pěti možností – základní, vyučena, středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské. Největší podíl měla skupina se středoškolským vzděláním (obr. 4), která zastupovala více jak polovinu celku, přesněji 60 %. Následovala skupina žen, které byly vyučeny se 17 %. Vyšší odborné vzdělání mělo 13 % respondentek. Základní vzdělání mělo 7 % respondentek. Vysokoškolsky vzdělaná byla pouze jedna žena zastupující 3 %.

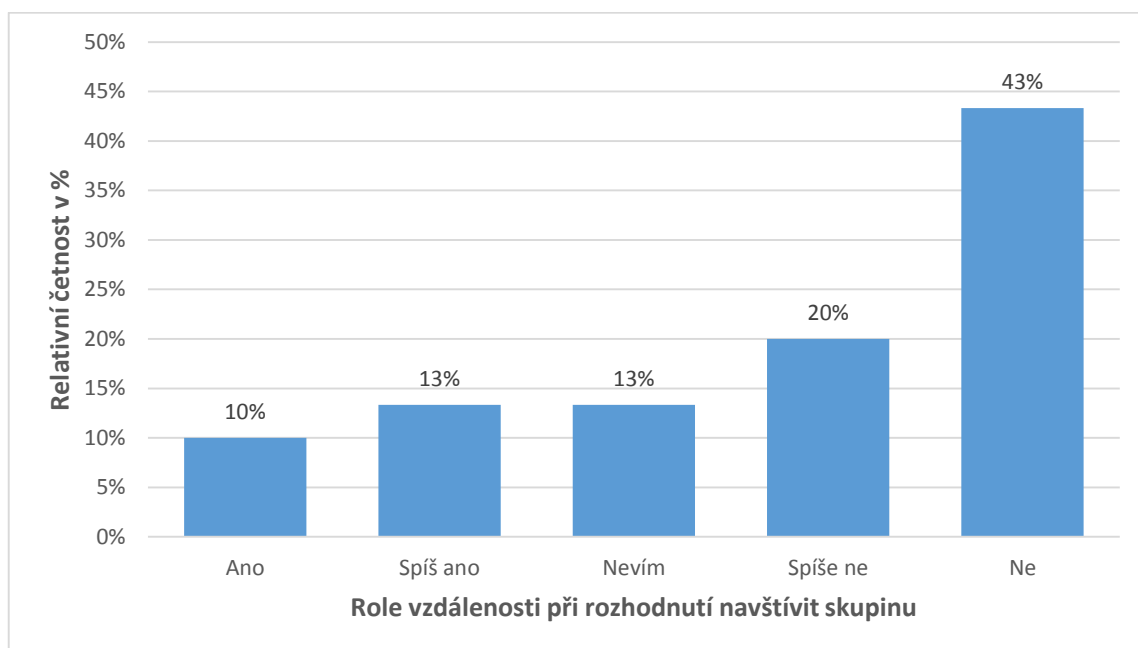
Otázka č. 4: Jak daleko je svépomocná skupina od Vašeho bydliště?



Obrázek 4 Vzdálenost svépomocné skupiny od bydliště dotazovaných

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jak daleko musí klientka svépomocné skupiny cestovat, aby se dostala na setkání. Otázka byla uzavřená a respondentky dostaly na výběr pět kategorií, ve kterých byly zahrnuty vzdálenosti po pěti kilometrech a to 0 – 5 km, 6 – 10 km, 11 – 15 km, 16 – 20 km a 21 a více km. Zajímavé je, že žádná z respondentek nedojíždí na setkání ze střední vzdálenosti od 11 do 20 kilometrů. Nejvíce respondentek má setkání buď poblíž bydliště (0 – 5 km), nebo dojíždí ze vzdálenosti více jak 21 kilometrů. Poslední dvě zmiňované kategorie mají shodné zastoupení 40 % (obr. 5). Kategorie 6 – 10 km zastupovala 20 % celku.

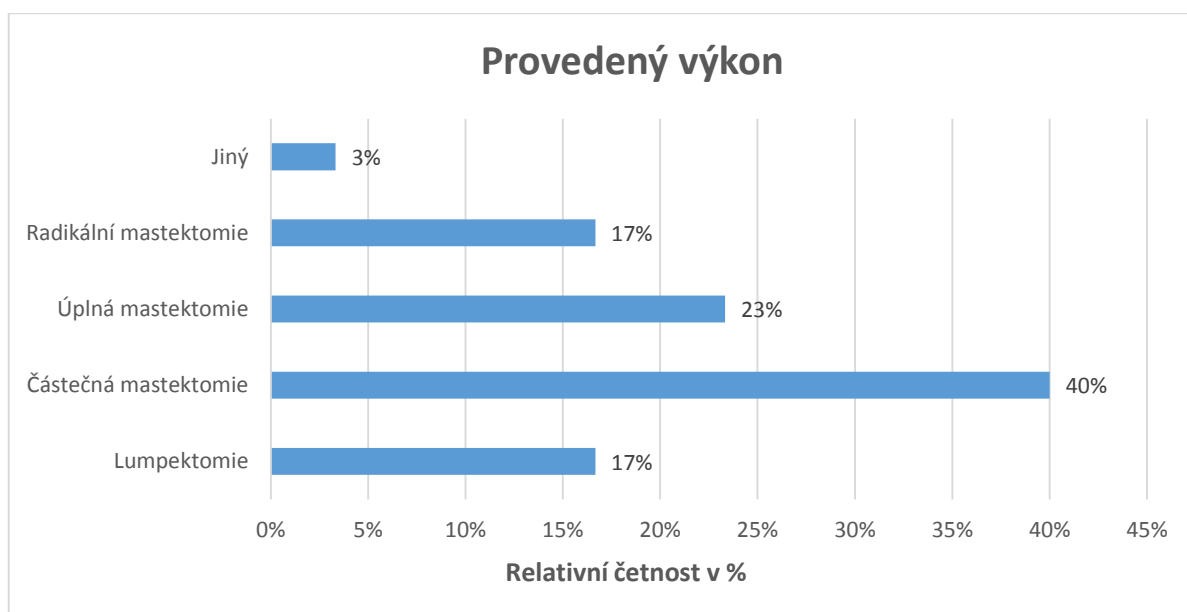
Otázka č. 5: Při rozhodnutí, zda budete navštěvovat skupinu, hrála roli i vzdálenost?



Obrázek 5 Role vzdálenosti bydliště od skupiny

Otázkou číslo pět jsem se snažila zjistit, zda se respondentky rozhodovaly pro návštěvu skupiny mimo jiné i na základě vzdálenosti od bydliště. Jako formu odpovědi jsem tentokrát vybrala škálu, kde si měly respondentky vybrat, jestli se přiklání k ano či ne. Téměř polovina respondentek, přesněji 43 %, odpověděla naprosto záporně (obr. 6). 20 % respondentek si vybralo kategorii Spíše ne, což znamená, že vzdálenost bydliště prakticky nehraje roli při rozhodnutí k návštěvě skupiny. Shodné zastoupení zaznamenaly kategorie Nevím a Spíš ano a to 13 %. Kategorie Ano měla 10 %.

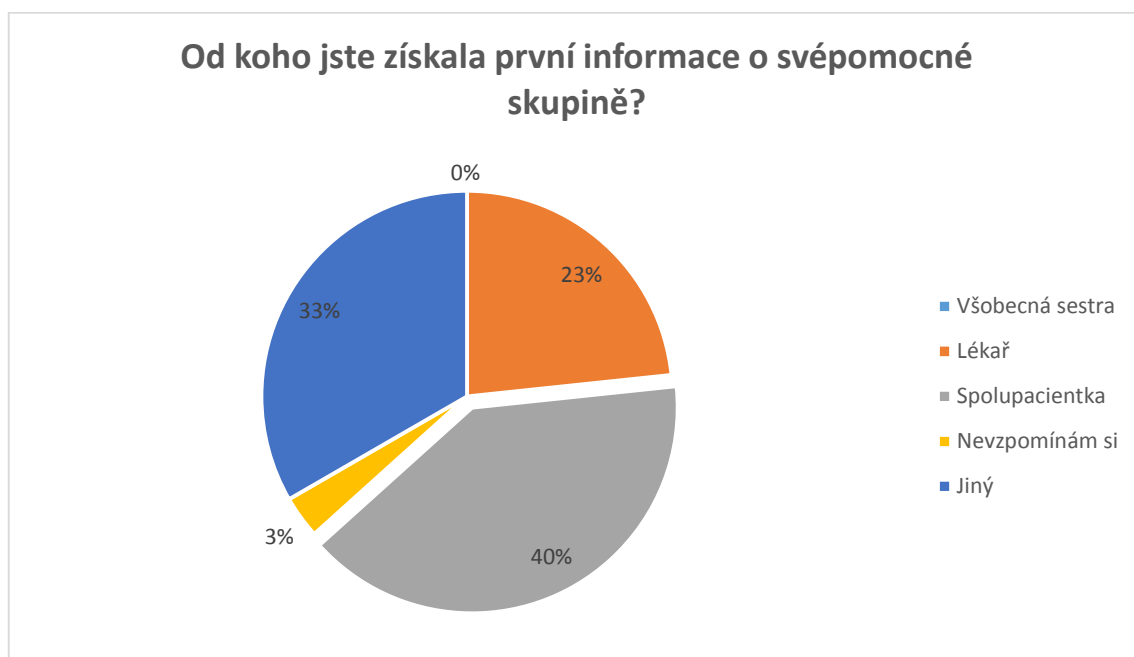
Otázka č. 6: Jaký Vám byl proveden výkon?



Obrázek 6 Prodělaný výkon

V této otázce mne zajímalo, jakou operaci dotazované podstoupily. Otázka byla polouzavřená, dotazované ženy si měly vybrat ze čtyř odpovědí, které obsahovaly jednotlivé druhy operací – radikální mastektomie, úplná mastektomie, částečná mastektomie a lumpektomie. Doplňující byla kategorie Jiná. Pro úplné pochopení jsem k odbornému názvu výkonu přidala vždy i vysvětlivky. Nejčastějším výkonem byla částečná mastektomie čili částečné odstranění prsu se zastoupením 40 %. Následovala úplná mastektomie s 23 % (obr. 7). Shodný výsledek zaznamenaly radikální mastektomie a lumpektomie a to 17 %. V kategorii Jiná byla jediná zástupkyně, tedy 3 % celku a uvedla výkon zvaný exstirpace, což odpovídá úplnému chirurgickému vynětí tkáně nádoru.

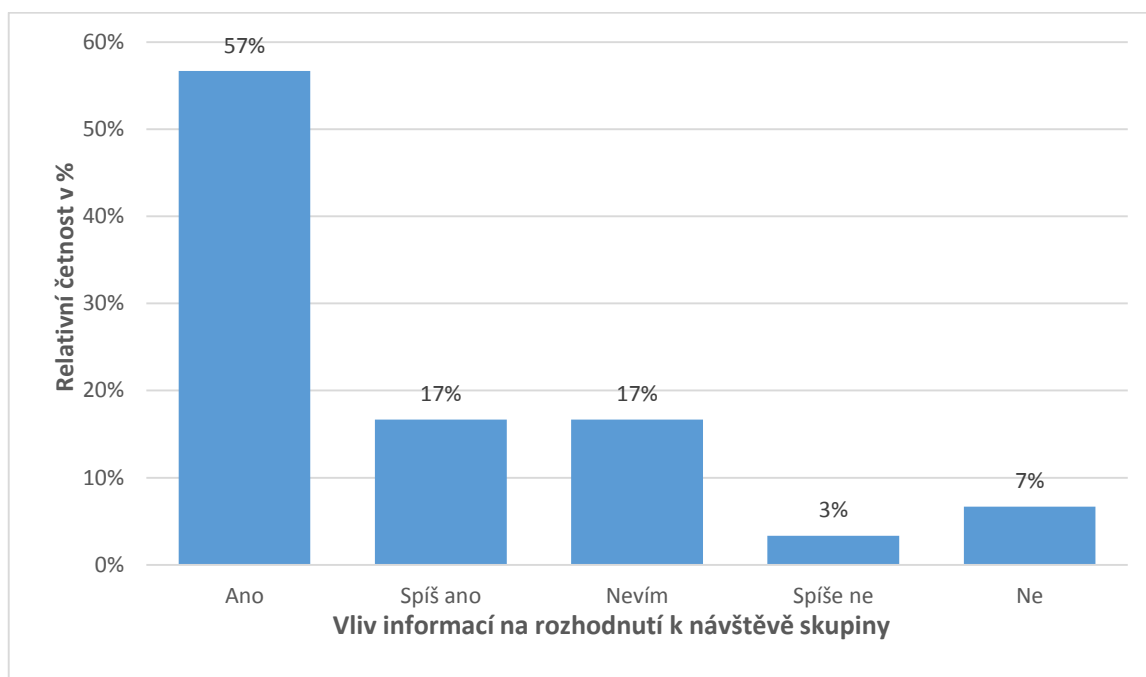
Otázka č. 7: Od koho jste získala první informace o svépomocné skupině?



Obrázek 7 Původce prvních informací o skupině

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, kdo podal respondentkám první podnět k zájmu o skupinu. Otázka byla polouzavřená. Kromě vypisující kategorie byly nabídnuty čtyři další – všeobecná sestra, lékař, spolupacientka a nevzpomínám si. Největší zastoupení s 40 % měly informace podané spolupacientkou (obr. 8), na druhém místě s 33 % byla vypisovací kategorie, kde respondentky uváděly, že první informace získaly z bulletinu, letáku, nástěnky, dále i od rodiny a jedna respondentka uvedla, že informace o svépomocné skupině si vyhledala na vlastní popud. Téměř čtvrtinu celku, přesněji 23 %, zaujímaly respondentky, které se o skupině dozvěděly od svého lékaře. 3 % respondentek si nevzpomíná a žádná z respondentek nezískala informace od všeobecné sestry.

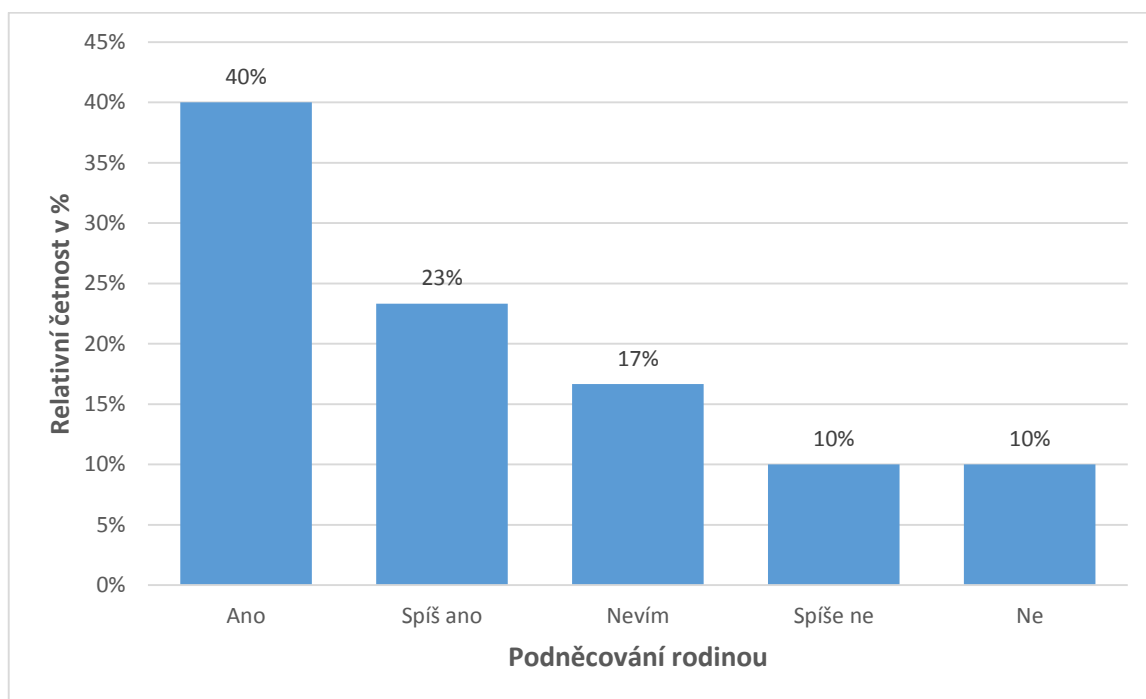
Otázka č. 8: Pomohly Vám tyto informace k rozhodnutí navštívit skupinu?



Obrázek 8 Vliv prvních informací o skupině

Tato otázka představuje míru dojmu dotazovaných, jak moc přispěly získané informace na rozhodnutí navštívit skupinu. K získání odpovědí byla použita škála. Více jak polovina respondentek, přesněji 57 % odpověděla naprosto kladně, což znamená, že byla prvními informacemi ovlivněna (obr. 9). Shodné zastoupení 17 % měly kategorie Spíš ano a nevím. 3 % respondentů zvolily odpověď Spíše ne a 7 % zvolilo Ne.

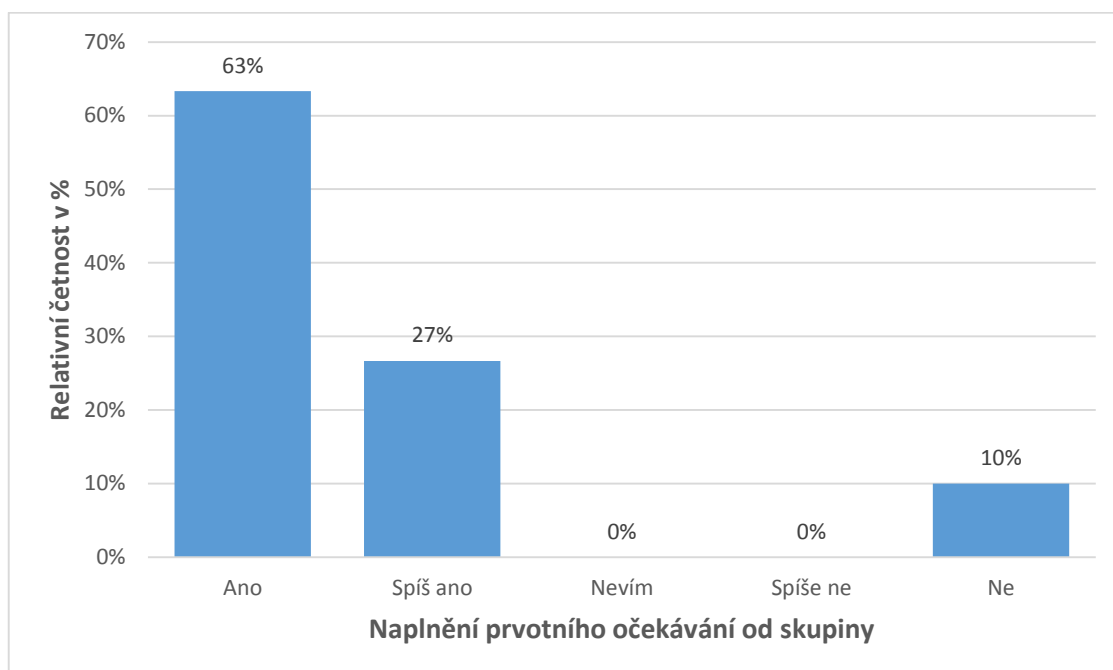
Otázka č. 9: Podněcovala Vás rodina k návštěvě skupiny?



Obrázek 9 Podněcování rodinou

Úkolem této otázky bylo zjistit, jestli rodiny respondentek měly zájem na tom, aby respondentky setkání navštívily. Opět byla využita škála. Dohromady více jak polovina dotazovaných odpověděla buď kladně, nebo spíše kladně (obr. 10). Ano odpovědělo 40 % dotazovaných a Spíše ano si vybralo 23 %. 17 % dotazovaných neví o podněcování rodinou. Kategorie Spíše ne a Ne byly shodně zastoupeny 10 %

Otázka č. 10: Splnila svépomocná skupina Vaše prvotní očekávání?



Obrázek 10 Naplnění prvotních očekávání

Účel otázky spočíval v tom, zjistit jestli se prvotní očekávání respondentek shodovalo s náplní skupiny, tudíž, jak jsou respondentky spokojeny či nespokojeny už od počátku navštěvování skupiny. K určení odpovědí byla použita škála. Z grafu vyplývá, že u naprosté většiny respondentek bylo naplněno prvotní očekávání (obr. 11). Odpověď Ano si vybralo 63 % respondentek a Spíš ano 27 % respondentek. Kategorie Ne byla zastoupena 10 % celku. Žádná odpověď nebyla zaznamenána u kategorií Nevím a Spíš ne.

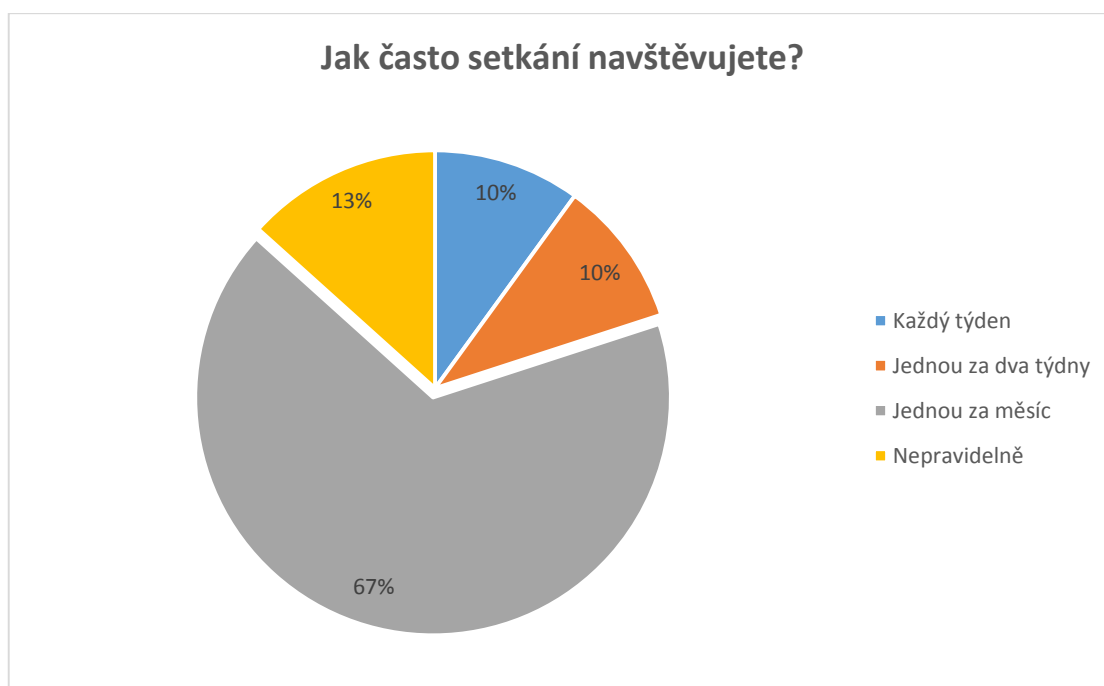
Otázka č. 11: Kdy jste začala setkání navštěvovat?



Obrázek 11 Počátek navštěvování skupiny od doby operace

Otázka byla uzavřená a kategorie rozčleněny dle doby od provedení výkonu – do 2 měsíců po operaci, do 6 měsíců po operaci, do roka po operaci a déle než rok po operaci. Z odpovědí vyplynulo, že dotazované ženy začaly navštěvovat skupinu nejčastěji do šesti měsíců po operaci (obr. 12). Zastupovaly 33 %. Téměř vyrovnanou kategorií byla návštěva skupiny déle než rok po operaci s 30 %. Do roka po operaci navštívilo skupinu 23 % dotazovaných. Nejméně zastoupená se stala kategorie s 13 %, kde se do dvou měsíců po operaci respondentky staly klienty svépomocné skupiny.

Otázka č. 12: Jak často setkání navštěvujete?



Obrázek 12 Frekvence účasti na setkání

Cílem této otázky bylo zodpovědět, jak pravidelně se respondentky setkávají. Čím častěji, tím je skupina pro respondentku žádanější. Otázka byla uzavřená, respondentky si vybíraly ze čtyř kategorií – každý týden, jednou za dva týdny, jednou za měsíc a nepravidelně. Výsledky byly ale zkresleny tím, že jedna z dotazovaných svépomocných skupin se schází ne méně než po měsíci. Tím pádem nejčetnější kategorií s 67 % byla ta, jež obsahovala setkání jednou za měsíc (obr. 13). Druhou nejčetnější s 13 % byly respondentky, které dochází na setkání nepravidelně. Shodné zastoupení 10 % měly kategorie každý týden a jednou za dva týdny.

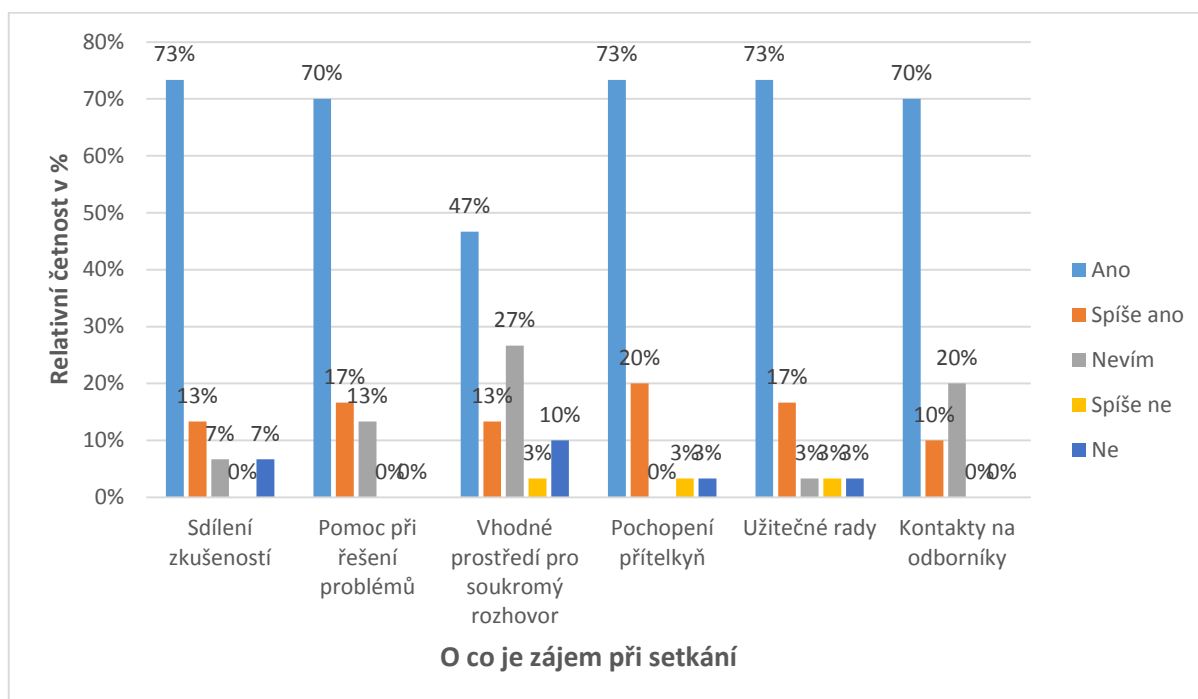
Otázka č. 13: Jak dlouho skupinu navštěvujete?



Obrázek 13 Doba, po kterou respondentky docházejí do skupiny

V této otázce jsem se snažila vyzkoumat, jestli je pro respondentky svépomocná skupina tak důležitá součástí života, aby se jí věnovaly dlouhodobě. Otázka byla opět uzavřená, možnosti byly rozděleny do čtyř kategorií a to 0 – 2 roky, 2 – 4 roky, 4 – 8 roků a 8 a více let. Z grafu vyplývá, že rovná polovina respondentek dochází na setkání dlouhodobě, a to více jak osm let (obr. 14). Dále více než čtvrtinu grafu, přesněji 30 %, zaujímají ženy, které dochází 4 až 8 roků. 13 % celku patří kategorii 0 – 2 roky a nejmenší zastoupení se 7 % měla kategorie 2 – 4 roky.

Otázka č. 14: Co Vás při setkání zajímá?

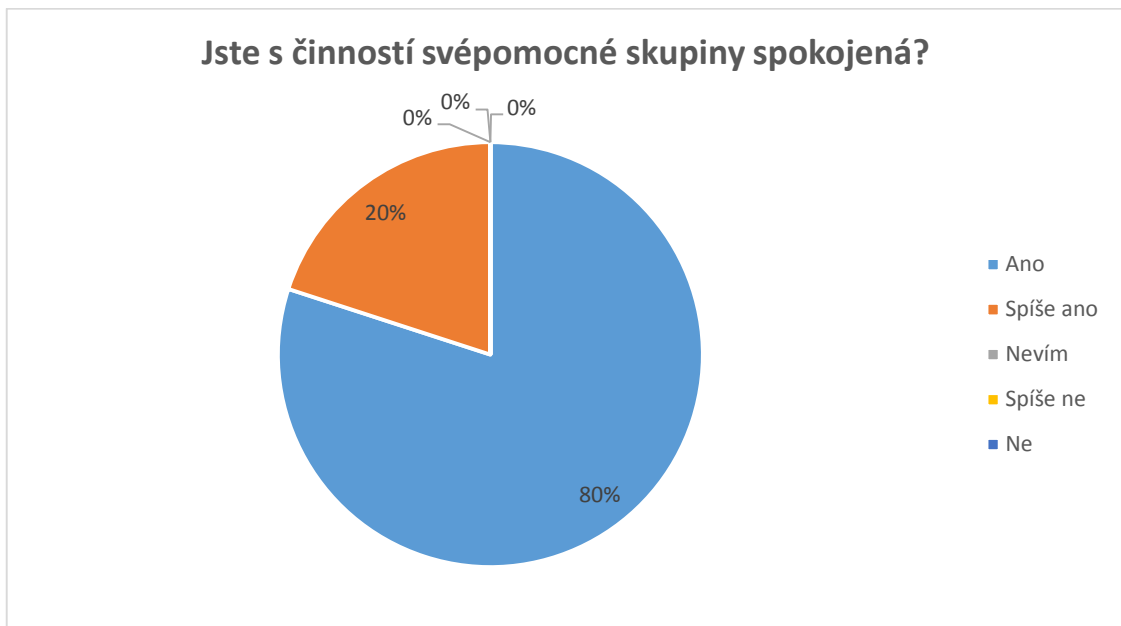


Obrázek 14 Vyjádření respondentek k jednotlivým kategoriím zájmu

Tato otázka měla za cíl prozkoumat, jaké součásti setkání jsou pro respondentky důležité. K získání odpovědí jsem použila tzv. specifickou otázku a vytvořila jsem tabulku, kde měly respondentky hodnotit šest položek pomocí škály. Byly to Sdílení zkušeností, Pomoc při řešení problémů, Vhodné prostředí pro soukromý rozhovor, Pochopení přítelkyň, Kontakty na odborníky a Užitečné rady. Tabulka byla doplněna o možnost dopsat kategorii, která se k hodnocení nenaskytla. Nicméně tuto možnost žádná z respondentek nevyužila.

Nejčastěji získávaly kladné hodnocení položky Sdílení zkušeností, Pochopení přítelkyň a Užitečné rady. Zaznamenaly shodně 73 % v kategorii Ano. Dále měly vysoký podíl Ano také Pomoc při řešení problémů a Kontakty na odborníky, a to 70 %. Jako nejméně důležitou shledaly respondentky položku Vhodné prostředí pro soukromý rozhovor. V kategorii Ano byla zastoupena 47 %. Tato položka měla zároveň největší podíl kategorie Nevím, a to 27 %.

Otázka č. 15: Jste s činností svépomocné skupiny spokojená?



Obrázek 15 Spokojenost s činností skupiny

Tato otázka sloužila ke zjištění, zda činnost svépomocných skupin směřuje ke spokojenosti svých klientek. Odpovědi jsem získala formou škály. Přes tři čtvrtiny celku respondentek, přesněji 80 %, si zvolily naprosto kladnou odpověď. Zbytek respondentek, tedy 20 % volil kategorii Spíše ano (obr. 16). Kategorie Nevím, Spíše ne a Ne nebyly zastoupeny.

16. Pokud Vám chybí něco ve skupině, prosím vypište.

Tato otázka je navazující na předešlou č. 15. Byla otevřená a po respondentkách jsem žádala, aby přednesly nějaké zlepšení skupiny. Ve výzkumném vzorku se však nenašla respondentka, která by na poslední otázku odpověděla.

7 DISKUZE

Dotazníkové šetření jsem cílila na klientky svépomocných skupin s onkologickým onemocněním prsu. Výzkum se vztahuje pouze na část oslovených dotazovaných, nedá se aplikovat na celou populaci.

Výzkumná otázka:

- 1) Jaké faktory vedou pacientky k rozhodnutí navštívit svépomocnou skupinu?

Čtvrtá otázka se vztahovala na jeden z možných faktorů. Jednalo se o vzdálenost skupiny od bydliště. Respondentky si vybíraly z pěti kategorií a zjistila jsem, že většina respondentek buď má skupinu v místě bydliště, nebo dojíždí více než 21 kilometrů. Tyto kategorie byly shodné, co se týče procentuálního zastoupení (40 %). Pátá otázka mne utvrdila v tom, že vzdálenost skupiny od bydliště není faktorem, který by byl pro respondentky důležitý. Nejvíce respondentek (43 %) totiž na vzdálenost nebralo ohled.

Další otázkou, která se týkala faktorů, byla otázka číslo sedm. V ní jsem zjišťovala, kde získaly respondentky první informace o svépomocné skupině. Největší podíl zaujímaly informace od spolupacientky (40 %). Druhý největší celek byl ten, kde respondentky uváděly zdroje, které nebyly vypsán v možnostech (33 %). Byly to například bulletin, leták nebo nástěnka. Navazovala související otázka, jež zjišťovala, jaký vliv na rozhodnutí navštívit skupinu měly právě tyto získané informace. Téměř tři čtvrtiny dotazovaných odpověděly kladně. Malé procento (7 %) si naopak myslelo, že získané informace je nijak neovlivnily.

Tato zjištění korespondují s bakalářskou prací na téma Význam svépomocných sociálních skupin při léčbě karcinomu prsu od Zuzany Ševčíkové. Uvádí, že největší podíl, tedy 38 % mají informace od spolupacientky, nejmenší zastoupení má lékař a sestra, oba po 2 %. Vzhledem k tomu, že výzkumy potvrzují přínosnost svépomocných skupin, by měl zdravotnický personál podporovat jeho chod a pacientům podávat doporučení.

Do možných ovlivňujících faktorů jsem zařadila i rodinu v deváté otázce dotazníku. Celkem 63 procent respondentek odpovědělo kladně či spíše kladně na otázku, zda je rodina podněcovala k setkání. Jenom 10 procent dotazovaných nemělo nikoho z blízkých, kdo by je nabádal k návštěvě svépomocné skupiny.

2) V čem vidí největší přínos svépomocné skupiny?

Pro zodpovězení otázky je třeba se zeptat, zda vůbec přínos skupina má. Myslím si, že když ano, tak klientky docházejí pravidelně. Proto jsem do dotazníku zařadila i otázky, které se týkají pravidelnosti a dlouhodobosti docházení na setkání. Jedná se o otázky číslo 11 – 13.

Vyhodnocení jedenácté otázky dotazníku ukázalo, že nejvíce respondentek začalo navštěvovat svépomocnou skupinu šest měsíců po operaci (33 %), těsně následovala skupina respondentek, které se staly klienty až déle než po roce (30 %). Díky dvanácté dotazníkové otázce jsem zjistila, že 67 % respondentek dochází na setkání pravidelně jednou za měsíc. Ve třinácté dotazníkové otázce jsem zkoumala, jak dlouho respondentky navštěvují setkání. Přesně polovina z odpovědí patřila ke kategorii osm a více let. Následovaly respondentky, které do svépomocné skupiny dochází 4 - 8 let, jež zastupovaly 30 %.

Dotazníkové otázky 11 – 13 tedy prokázaly, že většina respondentek dochází na setkání dlouhodobě a pravidelně do půl roku po onkologické operaci.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku jsem hledala ve čtrnácté dotazníkové položce. Pro účely zodpovězení otázky jsem vytvořila tabulku, která obsahovala jednotlivé kategorie, jež by mohly mít přínos. Jednalo se o sdílení zkušeností, pomoc při řešení problémů, vhodné prostředí pro soukromý rozhovor, pochopení přítelkyň, užitečné rady a kontakty na odborníky.

Nejvíce procentuálně zastoupeny byly sdílení zkušeností, pochopení přítelkyň a užitečné rady, jednalo se o shodné kladné hodnocení (73 %), na druhém místě taktéž shodně kladně (70 %) skončily kontakty na odborníky a pomoc při řešení problémů. Nejmenší kladné ohodnocení se 47 procenty mělo vhodné prostředí pro soukromý rozhovor.

Tato otázka byla doplněna o možnost připsat položku, která v tabulce chybí a pro danou respondentku by mohla hrát roli, nikdo tuto možnost ale nevyužil.

V porovnání s bakalářskou prací na téma Význam svépomocných sociálních skupin při léčbě karcinomu prsu od Zuzany Ševčíkové se shodujeme v tom, že respondentky se zajímají nejvíce o získávání rad a informací a pochopení přítelkyň, kdy v zmiňované práci získávání rad mělo 60 % a pochopení přítelkyň 49 %. Rozcházíme se ale v zájmu o prostor pro intimní rozhovory, v mém výzkumu vyšel jako nejméně důležitý, ve výzkumu druhé práce se umístil jako třetí z pěti s 41 %.

8 ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce byl podán základní přehled o svépomocných skupinách pro klientky s onkologickým onemocněním prsu (Teoretický cíl splněn.). Dále jsem popisovala problematiku rakovinu prsu, její léčby a také skupinové psychoterapie.

Svépomocné skupiny fungují jako podpora pro pacientky s onkologickým onemocněním prsu i jejich blízké. Klienti se zde učí zvládat vše, co jim nemoc a její následky přináší. Ve skupině mohou nalézt kvality, které jim i ve spolupráci se zdravotnickými profesionály chyběly. Mezi hlavní přínosy patří, že se klienti naučí o své nemoci mluvit s okolím a jejich zkušenosti mohou něčím oslovit ostatní členy. Ve skupině tak mohou dosáhnout tolik potřebného porozumění.

Praktickým cílem bylo zjistit význam svépomocných skupin pro ženy po operaci prsu. Tohoto cíle jsem se snažila dosáhnout pomocí dvou výzkumných otázek.

První výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké faktory vedou pacientky k rozhodnutí navštívit svépomocnou skupinu. K ovlivňujícím faktorům jsem zařadila rodinu, první informace o svépomocné skupině a vzdálenost skupiny od bydliště. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že dojezdová vzdálenost není faktorem, který má rozhodující vliv. Nejvíce respondentek (43 %) na vzdálenost nebralo ohled. První informace o skupině naopak respondentky uváděly jako faktor, který je dozajisté ovlivnil. Téměř tři čtvrtiny respondentek se zařadily do skupiny, pro kterou první informace o skupině byly nápomocné v rozhodnutí ji navštívit. Nejvíce ovlivněny byly informacemi od spolupacientky (40 %). Posledním faktorem byla rodina a respondentky ji taktéž označovaly jako nápomocnou v rozhodnutí. Pouhých 10 % dotazovaných nemělo v rodině nikoho, kdo by se snažil je ovlivnit. Z dotazníku tedy vyplývá, že nejdůležitějšími faktory jsou rodina a první informace o skupině.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit, v čem vidí největší přínos svépomocné skupiny. Respondentky si vybíraly z možností sdílení zkušeností, pomoc při řešení problémů, vhodné prostředí pro soukromý rozhovor, pochopení přítelkyň, užitečné rady a kontakty na odborníky. Největší podíl na celku měly sdílení zkušeností, pochopení přítelkyň a užitečné rady, jednalo se o shodné kladné hodnocení (73 %), o něco méně (70 %) měly kontakty na odborníky a pomoc při řešení problémů. Z odpovědí tedy vyplývá, že prakticky všechny možnosti z nabízených jsou něčím důležité, ale největší přínos mají sdílení zkušeností, pochopení přítelkyň a užitečné rady (Praktický cíl splněn).

Jako doporučení vyplývající z poznatků teoretické a praktické části bakalářské práce bych formulovala potřebu vytvoření dalších svépomocných skupin, a to nejen pro pacientky po operaci prsu. Skupina dokáže pacientky utvrdit v tom, že mají pro co žít a nejsou ve svém trápení samy. Ostatně kdo pomáhá druhým, pomáhá sobě a tím se oboustranně zvyšuje kvalita života.

9 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy:

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. ANGENENDT, Gabriele, SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula a TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. CIBULA, David a kol. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
5. COUFAL, Oldřich a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 414 s. ISBN 978-80-247-3641-9.
6. HLADÍKOVÁ, Zuzana. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.
7. KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství*. 4., přepr. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2011. 1173 s. ISBN 80-7262-705-9.
8. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
11. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
12. PETR, Tomáš a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

13. PETRUŽELKA, Luboš a Bohuslav KONOPÁSEK. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.
14. SOUČEK, Miroslav, ed. *Vnitřní lékařství. Rejstříky a zkratky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 121 s. ISBN 978-80-247-2110-1.
15. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
16. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.
17. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-802-4737-423.

Internetové zdroje:

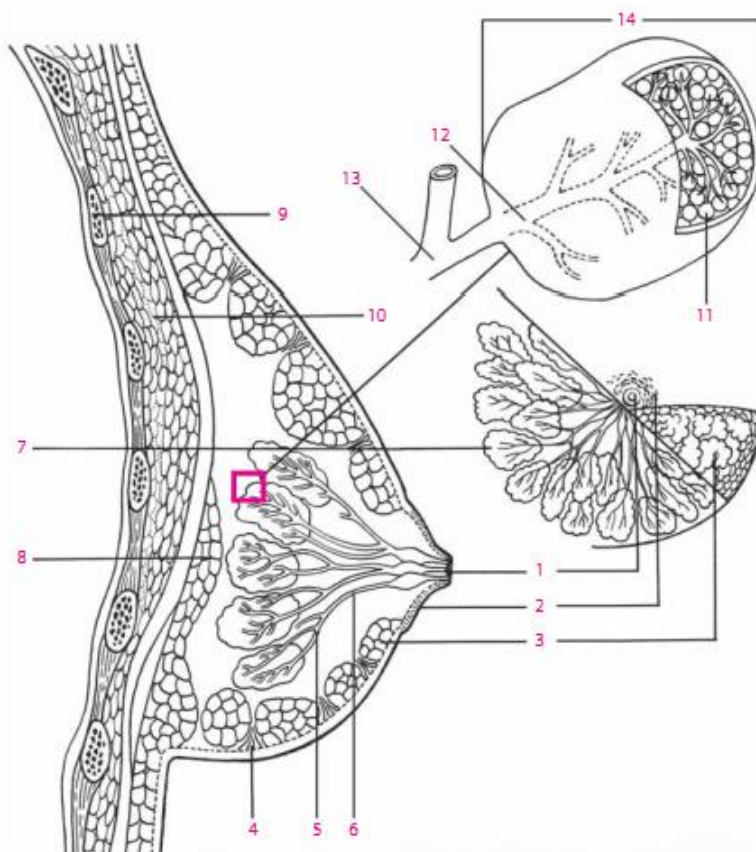
18. Aliance žen s rakovinou prsu. O Alianci. [online]. 2013 [cit. 2015-23-06]. Dostupný z <http://www.breastcancer.cz/>
19. DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUĐÍK Jan, VYZULA Rostislav. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2015-5-12]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
20. Klub onkologicky nemocných Pardubice. *Klub onkologicky nemocných Pardubice*. [online]. 2012 [cit. 2015-23-06]. Dostupné z: <http://konpce.webnode.cz/>
21. Mamma HELP. *Mamma HELP*. [online]. 2012 [cit. 2015-23-06]. Dostupné z: <http://www.mammahelp.cz/>
22. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. 2011 [cit. 2015-23-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
23. Nádory prsu. *Oficiální stránka Registru nádorů prsu*. [online]. 16.10.2008 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.mamma.cz/>
24. Rakovina prsu. *Rakovina prsu*. [online]. 2015 [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/>

25. ŠEVČÍKOVÁ, Zuzana. *Význam svépomocných sociálních skupin při léčbě karcinomu prsu*. [online]. Brno, 2011. 63 s. [cit. 2015-5-12]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/326274/lf_b/BP_Sevcikova_FINAL.txt. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

8 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Anatomie mléčné žlázy</i>	57
Příloha B <i>Dotazník</i>	58
Příloha C <i>Seznam patientských organizací</i>	61

Příloha A Anatomie mléčné žlázy¹



1 – bradavka, vyústění mlékovodů, 2 – dvorec, 3 – lalůček tuku, 4 – podkožní vazivo, 5 – subsegmentální duktus, 6 – segmentální duktus, 7 – mléčný lalok skládající se z jednotlivých lalůčků, 8 – tuk, 9 – žebro, 10 – sval, 11 – acinus, 12 – vývod (duktus) uvnitř lobulu, 13 – konečný duktus mimo lobulus, 14 – základní jednotka prsu, lobulus

¹ ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9, s. 16.

Příloha B *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Marková a studuji 3. ročník oboru Zdravotně sociální pracovník. Touto cestou si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Z jednotlivých položek v dotazníku si, prosím, vyberte odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje, a zakroužkujte ji, eventuálně ji doplňte.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více jak 10 minut.

Děkuji Vám za Váš čas.

1. Napište, prosím, Váš věk.

2. Rodinný stav?
 - Svobodná
 - Vdaná
 - Rozvedená
 - Vdova
3. Nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Základní
 - Vyučena
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
4. Jak daleko je svépomocná skupina od Vašeho bydliště?
 - 0-5 km
 - 6-10 km
 - 11-15 km
 - 16- 20 km
 - 21 a více km
5. Při rozhodnutí zda budete navštěvovat skupinu, hrála roli i vzdálenost?

Spíše ano	1	2	3	4	5	Spíše ne
-----------	---	---	---	---	---	----------

6. Jaký Vám byl proveden výkon?
- Lumpektomie (odstranění nádoru z prsu)
 - Částečná mastektomie (částečné odstranění prsu)
 - Úplná mastektomie (úplné odstranění prsu)
 - Radikální mastektomie (úplné odstranění prsu včetně mízních uzlin)
 - Jiný
7. Od koho jste získala první informace o svépomocné skupině?
- všeobecná sestra
 - lékař
 - spolupacientka
 - někdo jiný, prosím vyplňte
.....
 - nevzpomínám si
8. Pomohly Vám tyto informace k rozhodnutí navštívit skupinu?

Spíše ano	1	2	3	4	5	Spíše ne
-----------	---	---	---	---	---	----------

9. Podněcovala Vás rodina k návštěvě skupiny?

Spíše ano	1	2	3	4	5	Spíše ne
-----------	---	---	---	---	---	----------

10. Splnila svépomocná skupina Vaše prvotní očekávání?

Spíše ano	1	2	3	4	5	Spíše ne
-----------	---	---	---	---	---	----------

11. Kdy jste začala setkání navštěvovat?

- Do 2 měsíců po operaci
- Do 6 měsíců po operaci
- Do roka po operaci
- Déle než rok po operaci

12. Jak často setkání navštěvujete?

- Každý týden
- Jednou za dva týdny
- Jednou za měsíc
- Nepravidelně

13. Jak dlouho skupinu navštěvujete?

- 0-2 roky
- 2-4 roky
- 4-8 roků
- 8 a více let

14. Co Vás při setkání zajímá? (Známkujte jako ve škole)

Sdílení zkušeností	1	2	3	4	5
Pomoc při řešení problémů	1	2	3	4	5
Vhodné prostředí pro soukromý rozhovor	1	2	3	4	5
Pochopení přítelkyň	1	2	3	4	5
Užitečné rady	1	2	3	4	5
Kontakty na odborníky	1	2	3	4	5

Pokud zde chybí položka, která Vás ve skupině zajímá a v tabulce není, prosím, vypište.

15. Jste s činností svépomocné skupiny spokojená?

Spíše ano	1	2	3	4	5	Spíše ne
-----------	---	---	---	---	---	----------

16. Pokud Vám chybí něco ve skupině, prosím vypište.

Zde je místo pro Vaše připomínky k danému tématu.

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku a přeji Vám hodně zdraví.

Příloha C *Seznam patientských organizací*²

Jméno	Pozice	Město/Obec
BENKON	Benešovský klub onkologicky nemocných	Benešov
PROFIT12 Bohumín		Bohumín
Klub Diana	sdužení onkologicky nemocných a přátel	Brno
Liga proti rakovině Brno		Brno
Mamma HELP		Brno
Českolipská Vesna	klub onkologicky nemocných pacientů a přátel	Česká Lípa
ARCUS - Život SOP		České Budějovice
SPCCH v ČR, ZO NADĚJE		Frýdek - Místek
INNA o.s. Havířov	onkologická organizace	Havířov - Podlesí
Liga proti rakovině Hradec Králové	sdužení onkologických pacientů a přátel	Hradec Králové 6
Mamma HELP Hradec Králové		Hradec Králové
Kapka 97		Chomutov
JAKOP	Jablonecký klub onkologických pacientů	Jablonec nad Nisou
ONKO-Naděje	SOP Karviná	Karviná

² Aliance žen s rakovinou prsu. O Alianci. [online]. 2013 [cit. 2015-23-06]. Dostupný z <http://www.breastcancer.cz/>

Jméno	Pozice	Město/Obec
SPOLEK BESEDA		Klatovy
Klub Zvonek	sdružení zdravotně postižených	Králův Dvůr
Onko Niké Krnov	sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Krnov
Klub NADĚJE Křižanov		Křižanov
ARCUS Liberec SOP		Liberec 12
Victoria - Liga proti rakovině		Litoměřice
AMA	Společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel, o.s.	Most
Liga proti rakovině v Náchodě		Náchod
Mamma HELP Olomouc		Olomouc
Onko klub SLUNEČNICE Olomouc, z.s.		Olomouc
SPCCH v ČR, ZO ONKO ISIS, o. s.		Opava 6
ONKO-AMAZONKY, o. s.		Ostrava
KON (klub onkologicky nemocných) Pardubice		Pardubice
Mamma HELP Plzeň		Plzeň
SPCCH v ČR, ZO REHA ONKO		Plzeň
ALEN	sdružení žen postižených rakovinou	Praha 2
JANTAR		Praha 3

Jméno	Pozice	Město/Obec
Mamma HELP Praha		Praha 3
Klub ŽAP	ženy s nádorovým onemocněním	Praha 9 - Letňany
SPCCH v ČR, Klub onko- diana Prostějov		Prostějov
Mamma HELP Přerov		Přerov
ONKO Rokycany		Rokycany
ARCUS - ONKO CENTRUM Slavětín		Slavětín
ONKO klub AREA		Svitavy
Liga proti rakovině Šumperk		Šumperk
VIOLKA		Třebíč
Klub MARIE		Třinec
ÚSTECKÝ ARCUS, o.s.	občanské sdružení onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel	Ústí nad Labem
Klub NADĚJE Velké Meziříčí		Velké Meziříčí
ZO SPCCH Vsetín, Klub ONKO-DUHA		Vsetín
Mamma HELP Zlín		Zlín
SPCCH v ČR, ZO ONKO Zlín		Zlín
ARCUS - ONKO CENTRUM Znojmo		Znojmo