

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

JITKA HŮRKOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Pomoc a péče sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu

Bc. Jitka Hůrková, DiS.

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: doc., PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., Dr.h.c.

Praha 2024

Prague collage of psychosoical studies



Assistance and care from social workers for women during breast cancer illness

Bc. Jitka Hůrková, DiS.

The Master Theses

Field of Study: Social Work Specializing in Communication and Applied
Psychotherapy

The Master Theses Work Supervisor: doc., PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.,
Dr.h.c.

Prague 2024

PROHLÁŠENÍ

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Současně souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna v knihovně PVŠPS pro studijní účely v souladu s autorským právem.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu doc., PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D., Dr.h.c., vedoucímu mé diplomové práce, za jeho cenné rady, ochotu, připomínky a čas, který mi při psaní této práce věnoval. Dále děkuji všem respondentkám, které byly ochotny se zapojit do mého výzkumného setření.

Anotace

Tato diplomová práce je věnována tématu pomoci a péči sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu. Práce je koncipována teoreticko-empiricky.

V teoretické části autorka definuje sociálního pracovníka, jeho osobnost, typy sociálního pracovníka a shrnuje problematiku komunikace. Dále práce pojednává o sociální práci, o metodách sociální práce, o metodách sociální práce s onkologickými klienty a také poukazuje na sociální služby, kde je vymezen zákon o sociálních službách spolu s jednotlivými kompenzačními pomůckami pro ženy s karcinomem prsu. V neposlední řadě je charakterizováno onemocnění karcinomu prsu, jeho důsledky, ale i prevence tohoto onemocnění, dále jsou zde popsány jednotlivé organizace, které jsou nápomocné ženám během onemocnění karcinomu prsu a poskytují jim psychosociální podporu v jejich nelehké situaci.

Empirická část je realizována kvantitativní metodou, pomocí dotazníkového šetření, kterého se zúčastnily ženy s karcinomem prsu. K výzkumnému šetření byly zvoleny nulové alternativní hypotézy, které byly následně ověřeny aplikovanými statistickými metodami. Cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit, zda ženy s onemocněním karcinomu prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

Klíčová slova

Sociální práce, sociální pracovník, metody sociální práce, karcinom prsu, klient, komunikace, onemocnění, organizace

Abstract

This master thesis is dedicated to the topic of assistance and care from social workers to women during breast cancer illness. The thesis is conceived as theoretical-empirical.

In the theoretical part, it defines the social worker, their personality, types of social workers, and summarizes the issue of communication. It further discusses social work, methods of social work, methods of social work with oncological clients, as well as highlights social services, where the law on social services is defined along with individual compensatory aids for women with breast cancer. Finally, the disease of breast cancer is characterized, its consequences, as well as the prevention of this disease, and various organizations that assist women during breast cancer illness and provide them with psychosocial support in their difficult situation are described.

The practical part is carried out using a quantitative method, through a questionnaire survey, which was attended by women with breast cancer. Null alternative hypotheses were chosen for the research, which were then verified by applied statistical methods. The aim of this research survey is to determine whether women with breast cancer were aware of the possibilities of utilizing the services of social workers.

Keywords

Social work, social worker, methods of social work, breast cancer, client, communication, illness, organization

Obsah

ÚVOD.....	3
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	5
1.1. Osobnost sociálního pracovníka	7
1.2. Typy sociálního pracovníka.....	10
1.3. Komunikace a sociální pracovník.....	13
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE	16
2.1. Metody sociální práce	18
2.2. Sociální práce s onkologicky nemocnými klienty	23
2.3. Sociální služby pro onkologicky nemocné klienty	24
2.4. Kompenzační pomůcky pro ženy s karcinomem prsu	26
3. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ KARCINOMU PRSU	30
3.1. Důsledky onemocnění.....	32
3.2. Prevence onemocnění karcinomu prsu	35
3.3. Organizace napomáhající ženám během onemocnění karcinomu prsu	37
EMPIRICKÁ ČÁST	40
4. VÝZKUM	40
4.1. Cíl a hypotézy výzkumu	40
4.2. Výzkumný vzorek.....	42
4.3. Metodika výzkumu	42
4.4. Otázky výzkumu	43
4.5. Ověřování hypotéz výzkumu	57
4.6. Shrnutí výsledků výzkumu, diskuse	70
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
PŘÍLOHY	80
5. PŘÍLOHA I.: DOTAZNÍK	80

6.	PŘÍLOHA II.: DATA K TABULCE Č. 14 – ODPOVĚDI ŽEN „JINÁ“ – 1/2	86
7.	PŘÍLOHA III.: DATA K TABULCE Č. 14 – ODPOVĚDI ŽEN „JINÁ“ – POKRAČOVÁNÍ 2/2 87	
8.	PŘÍLOHA IV.: LETÁČEK PRO PACIENTKY S RAKOVINOU PRSU	88
9.	PŘÍLOHA III.: TABULKA KRITICKÉ HODNOTY TESTOVÉHO KRITÉRIA CHÍ-KVADRÁT TEST 89	
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE		90

ÚVOD

Tato diplomová práce nese název „Pomoc a péče sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu“. Vzhledem k tomu, že se pohybuji ve zdravotnictví více jak deset let, věděla jsem, že bych ráda spojila oblast sociální práce a zdravotnictví. Zároveň je pro mě toto téma osobním, sama jsem sledována v mamologické ordinaci.

Karcinom prsu je jedním z nejčastějších typů nádorového onemocnění a má významný dopad na životy pacientek i jejich rodin. Toto závažné onemocnění vyžaduje nejen lékařskou léčbu, ale také pomoc a podporu, která je stejně tak důležitá jako samotná léčba. Substantivum „*rakovina*“ u velké části populace vyvolává pocity nejistoty a tím dochází k tomu, že nádorová onemocnění se stávají tabuizovaným tématem, o kterém se v současné společnosti nemluví.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část je systematicky strukturována tak, aby poskytla hlubší náhled do aspektů péče a podpory sociálních pracovníků ženám s karcinomem prsu.

Teoretickou část tvoří tři kapitoly. Každá kapitola je obohacena o podkapitoly, které na sebe navazují. První kapitola nabízí pohled na sociálního pracovníka, na jeho osobnost, na typy sociálního pracovníka a popisuje proces komunikace sociálních pracovníků. Druhá kapitola nabízí definici sociální práce jako oboru, je zde pojednáváno o metodách sociální práce, jsou zde vymezeny kritéria sociální práce s onkologicky nemocnými klienty a také poukazuje na sociální služby, kde je popsán zákon o sociálních službách spolu s jednotlivými kompenzačními pomůckami pro ženy s karcinomem prsu. V neposlední řadě, ve třetí kapitole, jsme se zaměřili na charakteristiku onemocnění karcinomu prsu, jsou zde popsány důsledky onemocnění, prevence onemocnění karcinomu prsu a organizace, které napomáhají ženám během onemocnění karcinomu prsu.

Empirická část je realizována kvantitativní metodou. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda ženy s onemocněním karcinomu prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. Výzkumnými dílčími cíli diplomové práce je:

Zjistit, zda existuje závislost mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka. Zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. A v neposlední řadě, zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka

Data, která byla získána z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Excel a poté byla dosazena do tabulek. Následně byly vyhodnoceny hypotézy pomocí aplikované statistiky, konkrétně pomocí chí-kvadrát testu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Sociální pracovník se v dnešní době zaměřuje na člověka převážně jako na bio – psycho – sociální – spirituální bytost. Cílem sociálního pracovníka je zejména spolupůsobení v sociokulturním životě člověka a zvyšování jeho spokojenosti ve chvílích, kdy není schopen si sám či s pomocí svých blízkých zabezpečit své potřeby (Laca, 2021).

Autor Musil (2004) ve své knize uvádí, že sociální pracovníci vnímají člověka jako celek, řeší jeho celkovou situaci, a to skrze sociální intervence. Lze tedy uvádět, že sociální pracovník pomáhá člověku překonávat širokou škálu překážek a problémů, avšak může doporučit spolupráci i s jinou pomáhající profesí.

Autor Schavel (2005), popisuje, že sociální pracovník nabádá jedince k hledání vhodného přístupu k životu a vede jej ke správnému chování tak, aby dovedl vyřešit problémy se kterými se v dané situaci potýká. Sociální pracovník se pokouší vychovat člověka k pocitu zodpovědnosti za vlastní sociální situaci nebo za situaci, která se týká jeho rodiny.

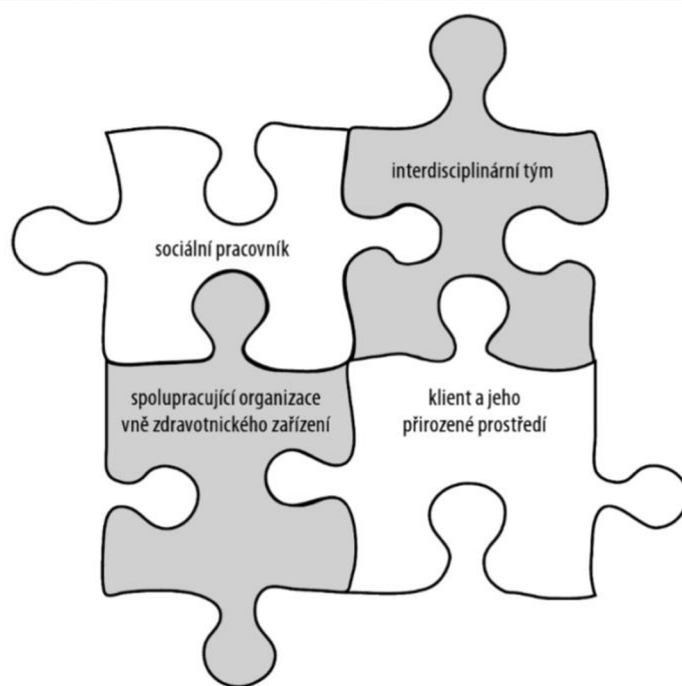
Dle Matouška, 2008:

V ČR je nyní definován v z. 108/2006 jako pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agendy včetně řešení sociálně – právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnosti, poskytující krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. Zákon definuje i předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka, k nimž patří způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání). Citovaný z. definuje jako jedinou kategorii pracovníků pracovníky v sociálních službách (s. 201).

Sociální pracovník je svými činnostmi přirovnán k superhrdinovi, mezi jejich společné znaky patří zejména – boj za spravedlnost, za rovnost, za pravdu, boj za reformu prostředí či ochranu a podporu „slabších“ osob. Jednoduše lze hovořit o změně za lepšími zítřky a o změně světa k lepšímu (Elichová, 2017).

V současné době je četný nedostatek sociálních pracovníků, jinak tomu není ani ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic, kde sociální pracovníci uspokojují psycho – sociální potřeby klientů. Bohužel postavení sociálního pracovníka v týmu mezi zdravotnickým personálem není zcela vyjasněno. Velmi často dochází k problémům při vzájemné komunikaci i hlavně během vymezování kompetencí a pracovní náplně. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení potřebuje být respektován ostatními pracovníky. Medicína v dnešní době potřebuje propojení celého odborného týmu, do kterého se řadí i sociální pracovníci. Sociální pracovník vynakládá při své práci s klienty/pacienty velké úsilí, avšak stále bývá ostatními zdravotníky nedoceněn (Kuzníková, 2011).

Obrázek 1 *Propojení spolupráce sociální práce ve zdravotnictví*



Zdroj: (Kuzníková, 2011, s. 24)

Působení sociálního pracovníka je velmi pestré. Lze jej nacházet jak ve státní, nestátní, tak ziskové, neziskové, ale i dobrovolnické sféře (Nečasová, 2001).

Je důležité zmínit, že některé aktivity, jako je například poradenství, nebo pomáhání lidem získávat služby a zdroje v komunitě, mohou vykonávat lidé, kteří nejsou sociálními pracovníky. Jedná se zejména o dobrovolníky, členy rodiny, ale i jiné profesionály v oblasti sociální práce (Lavalette, 2011).

1.1. Osobnost sociálního pracovníka

„Osobnost je tvořena individuální jednotou biologických, psychologických a sociálních aspektů, je utvářena ve vztazích mezi lidmi a v nich se také projevuje. Pojmem osobnost se pokoušíme vyjádřit stabilitu a rozdílnost lidského chování.“ (Šnýdrová, 2008, s. 11)

Sociální pracovník je profesionál, který má osobité předpoklady, vlastnosti a schopnosti. Mezi jeho hlavní cíle patří: přispívat ke zlepšení situací, nabádat jednotlivce, skupinu, komunitu, ale i společnost ke správným postojům. Sociální pracovník se snaží řešit a eliminovat problémy v souvislosti se sociálním prostředím, vede klienta k vlastní zodpovědnosti a k rozvoji kritického myšlení, které poté klient využije z hlediska budoucích potřeb (Laca, 2021).

Vymezení kompetencí, které sociální pracovník vykonává, vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109. „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, poskytuje sociálněprávní poradenství, provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, dále provádí odborné činnosti v zařízeních věnujících se službám sociální prevence, depistážní činnost, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110, odst. 4.a:

„vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost“

Případně další možností je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110, odst. 4.b:

„vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu“

Autor Laca (2021) ve své knize popisuje, že být dobrým a kvalitním sociálním pracovníkem v současné době vyžaduje mnoho osobnostních předpokladů. Mezi předpoklady řadí:

- **První předpoklad:** motivace – zájem o obor
- **Druhý předpoklad:** znalost nástrojů sociální politiky, která směřuje k určité klientele, znát legislativu, podle níž lze klientovi vhodně pomoci
- **Třetí předpoklad:** znalost metod SP. pro efektivní zvládnutí své práce – sociální pracovník by měl znát metody sociální práce, měl by vědět, jak na klienta zapůsobit a jaké postupy při práci zvolit
- **Čtvrtý předpoklad:** znalosti fyziologických procesů, jež jsou součástí biologické složky osobnosti klienta

Autor Matoušek (2008) uvádí, že sociální pracovník je profesionálem, jenž je vzdělán v oboru sociální práce a řídí se etickým kodexem. Mezi jeho priority se řadí zájmy všech klientů – klienty chápe jako aktivní spolupracovníky. Sociální pracovník – jako profesionál, by měl být schopen své jednání veřejně obhájit.

Autorky Mahrová, Venglářová a kol., (2008) popisují, že hlavním principem etického kodexu je snaha vyjádřit povinnosti sociálních pracovníků, a především zdůraznit jejich roli v ochraně vůči zranitelným klientům. Etický kodex je vybaven limity profesionální odpovědnosti, zavazuje se k ochraně klientů, dodržování standardů a regulaci profesionálního chování. Etický kodex tak zavazuje sociálního pracovníka k poskytování příslušných informací a zdrojů, především k podoře a rozvoji klienta. Sociální pracovník je povinen s klientem konzultovat možnosti a postup pomoci.

Autor Mátel (2019) uvádí, že pokud se jedinec chce stát sociálním pracovníkem, je od něj vyžadováno předepsané vzdělání, dodržování profesní etiky a také musí být členem profesní komunity. Způsob začlenění do profesní komunity se může lišit v závislosti na společenských a právních předpisech jednotlivých zemí a států. Jak se psáno výše, minimálním standardem pro začlenění do profesní komunity je náležité kvalifikační vzdělání v oboru a reálná účast na životě profesní komunity – a to jak přímou sociální prací, tak vzděláváním, výzkumem atd. Absolventi studijního oboru sociální práce jsou kvalifikováni a vybaveni jistou mírou sociálních způsobilostí, které během své praxe budou aplikovat. Mezi základní způsobilosti sociálních pracovníků patří:

- ***Praktické odborné způsobilosti*** – uplatňují se ve vztahu ke klientům a jejich sociálnímu prostředí, směřují k naplňování cílů, např. sociální změna, sociální rozvoj
- ***Komunikační způsobilosti*** – uplatňují se zejména v oblasti komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem; patří sem také komunikace mezi sociálním pracovníkem a jeho kolegy, nebo profesionály z jiných profesí
- ***Analytické a metodické způsobilosti*** – uplatňují se v řešení sociálních problémů, jsou zde charakteristické systematické přístupy
- ***Lektorské způsobilosti*** – uplatňují se během předávání konkrétních poznatků klientům, je důležité, aby sociální pracovník volil takové jazykové dovednosti, kterým klient porozumí
- ***Způsobilosti k zachování vlastní integrity*** – uplatňují se během psychické a sociální sebeochrany, předchází syndromu vyhoření
- ***Způsobilost k odbornému růstu*** – uplatňuje se během získávání nových poznatků a zkušeností, které sociální pracovník bude využívat v kontextu své praxe

Autorka Elichová (2017) uvádí, že profesní identita sociálního pracovníka je formována po celou dobu během výkonu profese. Je to předpoklad pro poskytování kvalitní sociální práce – služby, zatímco Matoušek (2001) definuje sociálního pracovníka jako odborníka, který je schopen racionálně uvažovat o souvislostech klienta a zároveň by měl být, sociální pracovník, schopen své úvahy obhájit.

1.2. Typy sociálního pracovníka

Autor Laca (2021) ve své knize uvádí, že sociální pracovník je takovým pracovníkem, který je v interakci spolu s jinými subjekty. Je to tím, že sociální pracovník vykonává více funkcí, které potřebuje pro výkon své práce. Lze tedy rozlišovat níže zmíněné pracovní funkce sociálního pracovníka, a to:

Sociální pracovník jako psychoterapeut, v tomto případě jde o poradenství, jedná se o jednu z možností, jak pomoci člověku. Odborná literatura pojednává o šesti strategiích pomoci:

- Poskytování rad, může jít o rady z jakékoli oblasti.
- Poskytování informací převážně ze sociální, právní a pracovní oblasti.
- Zmírnění chování v důsledku získání jistých sociálních výhod.
- Učení s vidinou získání nové profesní kvalifikace, získání nových vědomostí s cílem znovuzařazení do společnosti.
- Jde o změnu práce klienta, která má za cíl pomoci mu zvládnout sociální krizi.
- Poradenství, kde je zapotřebí vysvětlit klientovi o jaký problém se jedná, vysvětlí se mu možný postih a jeho úloha při řešení problému

Sociální pracovník jako pedagog, v některých situacích je nutné, aby sociální pracovník před klienty vystupoval jako odborník. Jde totiž o to, že sociální pracovník učí klienta získávat nové návyky a zručnosti, jde zkrátka o to, že jej učí žít nový život. To, co sociální pracovník klienta naučí, by měl v budoucnu sám poznat.

Sociální pracovník jako mediátor, mediátora lze popsat jako osobu, která je zprostředkovatelem komunikace mezi více stranami. Mediátor není zodpovědný za výsledek, ale jen za proces komunikace, mediátor je vždy nestranný. Jedná se o speciálně proškoleného profesionála, jehož úlohou je řízení komunikace zúčastněných stran tak, aby došlo ke vzájemně tolerovatelné dohodě. Mediátor se podílí na nalezení vhodného řešení.

Sociální pracovník jako sociální poradce, hlavním cílem sociálního poradce je minimalizace nevhodného a nepřiměřeného očekávání klienta a snažit se mu nabídnout

aktivní spoluúčast na řešení problému. Sociální poradce by měl svého klienta primárně podporovat, informovat, vzdělávat a vést ho ke změně, měl by být klientovi nápomocný.

Sociální pracovník jako realizátor krizové intervence, sociální pracovník jako realizátor krizové intervence se vyznačuje především výbornými komunikačními dovednostmi a znalostmi všech technik rozhovoru. Velmi důležitým poznatkem je, že krizová intervence zahrnuje jak verbální, tak neverbální komunikaci, ale i moment překvapení a nesouhlasu. Pro klienta musí být vždy zajištěn pocit bezpečí. Dalším důležitým poznatkem je, že sociální pracovník si musí umět na klienta během krizové intervence vymezit čas, je absolutně nepřipustné, aby sociální pracovník na klienta zapomněl. Klient musí mít dojem, že je s ním počítáno a že je respektován.

Sociální pracovník jako manažer, sociální pracovník by měl být jako manažer vybaven těmito schopnostmi – schopnost motivace svého týmu, schopnost vést svůj tým, schopnost rozdávat pravomoci, schopnost komunikovat, schopnost předcházet konfliktům – řešit je, schopnost flexibility, schopnost zvládat několik rolí najednou, schopnost zvládat stres a umět s ním pracovat, schopnost práce s minimálním finančním budgetem.

Sociální pracovník jako vědec a výzkumník, sociální pracovník se během své praxe podílí na zpracovávání určitých výzkumů, které mu mají pomoci k získání širšího pohledu na daný sociální problém. Nic méně, sociální pracovník z praxe, se často brání podílení se na vědecké a výzkumné činnost, důvodem je znalost metodologických postupů.

Sociální pracovník jako osobnost, jde především o to, aby sociální pracovníci měli povědomí o tom, jak funguje osobnost v normálních, tak krizových podmínkách, případně jak funguje osobnost během patologických změn.

Zatímco autorka Banks (1995) definovala čtyři typy sociálního pracovníka, z hlediska jejich způsobů přístupů k praxi – tyto typy se v realitě prolínají:

Angažovaný sociální pracovník – tento typ sociálního pracovníka se vymezuje tím, že vnímá svou práci jako prostředek pro vyjádření svých osobních morálních hodnot.

Své klienty vnímá empaticky a respektuje je. Z toho je zřejmé, že sociální pracovník by měl o své klienty pečovat a měl by s nimi jednat jako s přáteli. Tento typ sociálního pracovníka vnímá sám sebe nejdříve jako osobu, až poté jako osobnost sociálního pracovníka. Vzhledem k současné praxi je tento přístup nešťastným, je to tím, že sociální pracovník by tak mohl být obviněn z toho, že se straní některým klientům (je komplikované poskytnout stejnou péči všem klientům), mohlo by dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem (jednalo by se o zneužití z obou stran), ale také by mohlo dojít k jeho vyhoření. Z toho důvodu je nezbytné, aby sociální pracovník respektoval svá práva a povinnosti.

Radikální sociální pracovník – se vymezuje tím, že má s angažovaným sociálním pracovníkem společné to, že vkládá osobní hodnoty do praxe. Toto dělá z toho důvodu, aby ovlivnil změnu zákonů, které se týkají oblasti sociální politiky a praxe. Radikální sociální pracovník řeší spíše otázku politické ideologie.

Byrokratický sociální pracovník – u tohoto typu sociálního pracovníka je doporučeno oddělení osobních a profesních hodnot, aby se sociální pracovníci necítili nijak vinní. Cílem je manipulace s klienty za vidinou jejich změny k lepšímu. Je třeba zmínit, že sociální pracovník v některých situacích může působit na klienta direktivně.

Profesionální pracovník – sociální pracovník je profesionálem vzdělaným ve svém oboru, je řízen etickým kodexem. K jeho prioritám patří práva a zájmy klientů, proto je nezbytný individuální vztah s každým klientem. Základem tohoto modelu je nutnost udržovat rovnováhu moci mezi sociálním pracovníkem a klientem. Tento cíl se dosahuje posílením práv klientů, například podáním stížnosti.

Autorka Lahnerová (2009) uvádí, že během výkonu své profese se sociální pracovníci zapojují do různých rolí, které se promítají v jejich práci v závislosti na kontextu, typu zařízení a skupině klientů. Každá role vyžaduje specifické dovednosti a schopnosti, které jsou klíčové pro uspokojení potřeb uživatelů služeb. Osobnostní charakteristiky sociálního pracovníka také ovlivňují jeho schopnost vykonávat různé role. Aby byl přijat klienty jako důvěryhodný a užitečný profesionál, je důležité, aby reflektoval jejich potřeby a respektoval jejich individuální situaci.

1.3. Komunikace a sociální pracovník

Substantivum komunikace vychází z latinského (*communicare*), které lze přeložit do češtiny jako – *spolupodílet se na něčem společném, doručovat, sdílet s někým*. Komunikace je způsob, jímž lidé zprostředkovávají vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky a postoje. Díky komunikačnímu procesu dochází k přenosu informací a k porozumění od jedné osoby ke druhé. Autorka Plevová popisuje komunikaci jako nejdůležitější a nejužitečnější ze všech znalostí a dovedností člověka (Plevová, 2012).

Komunikaci lze pokládat za nositele dění ve společnosti, jedná se o sdělování určitých informací a významů jak v přímém, tak nepřímém kontaktu. Komunikace vymezuje jedince. Člověk dostává pokyny a impulzy skrze které ovládá své chování (Novosad, 2000).

Dle autora Matouška, (2008):

Obecně sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech jiného druhu. V případě sdělování informací mezi lidmi zahrnuje termín komunikace všechny existující prostředky (slovní i mimoslovní). Komunikace mezi lidmi má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou. Při každém komunikačním aktu člověk definuje sám sebe a očekává, že tato definice bude opětována (s. 85).

Autorky Venglářová a Mahrová (2006) zformulovaly tři základní kritéria pro úspěšnou verbální komunikaci:

1. Jednoduchost

Sdělení je stručné a jasné, používá se jednoduchá slovní zásoba, není efektivní zdlouhavé popisování situace. Na začátku rozhovoru je nezbytné si ověřit schopnost porozumění klienta. Dále je důležité si během rozhovoru ověřovat, zda klient porozuměl sdělovanému. Pokud dojde k obavě na straně klienta, kdy se obává zeptat, může dojít k závažnému nedorozumění.

2. Stručnost

Pokud se klient dostane do situace, kdy onemocní, má tělesné potíže, nejasná očekávání, případně obavy, bývá citlivý na čas. Sdělování stručných a přímých informací působí na klienta profesionálně. Pokud dochází ke zbytečným oklikám, může to u klienta vzbuzovat nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví, případně zda se mluvčí dostane ke konkrétní věci. I přes to, že je stručnost důležitá, je nezbytné nechat prostor pro dotazy. Dále je důležité neplést si stručnost s neochotou mluvit. Čas, během kterého poskytujeme klientovi informace je pro něj velmi důležitý, vnímá ho jako čas, kdy je mu věnována plná pozornost. Stručnost je nezbytná i u písemné formy komunikace, používání zkratk není vhodné – může vést k nepochopení. Klient některé zkratky nemusí znát.

3. Zřetelnost

Během komunikace s klientem musíme umět jasně vyjádřit podstatu věci. Pokud se řečníkovi dostane pochyb během komunikace, lze sdělení opakovat.

Autor Matoušek, (2003) uvádí, že pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou nezbytně nutné jeho komunikační dovednosti, a to v každé etapě jeho práce. Jedná se o základní prostředek k tomu, aby mohl sociální pracovník navázat vztah spolu s klientem, jeho okolím a aby se následně mohl začít věnovat klientovo problémům. Do projevu sociálního pracovníka spadá to, co říká a co dělá. Stejně tak by měl být sociální pracovník v souladu s jeho verbálním i neverbálním projevem a to tak, aniž by o tom musel významně přemýšlet.

Dle autora Novosada, (2000):

Navázání kontaktu s klientem je nezbytným předpokladem smysluplnosti sociální práce. Tento kontakt vyžaduje komunikaci založenou na důvěře, rovnoprávnosti, porozumění a vzájemném respektu. Naslouchání je základním předpokladem empatie – vcítění se do pocitů, jednání a problémů klienta (s. 73).

Autorka (Havrdová (1999) definuje dovednost komunikace jako základní kompetenci sociálního pracovníka. Metodické zvládnutí komunikačních prostředků je řazeno rovněž k profesionální roli sociálního pracovníka, tyto poznatky poté může aplikovat dle situace a potřeb. Autorka Kuzníková (2011) uvádí, že sociální pracovník by

měl být klientovi již od samého začátku aktivním posluchačem. V rámci komunikace je nezbytné mít ke každému klientovi individuální přístup. Je třeba vždy volit takové verbální prvky, které budou pro klienta vhodné k porozumění, vzhledem k jeho věku a sociální situaci. Pomocí neverbální komunikace, jako například – přímý oční kontakt, adekvátní osobní prostor, dáváme klientovi najevo náš respekt k němu. Komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem by měla vycházet z rovnocenného vztahu. Autorky Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že komunikace s vážně nemocným klientem je velmi náročným úkolem. Je zde nezbytná profesionalita, osobní zralost a empatie. Během komunikace s nemocnými je důležité dávat najevo osobní zájem o pacienta. Dále je důležité respektovat, zda nemocnému klientovi vyhovuje téma rozhovoru a zda není unavený a vyčerpaný – otázky jsou směřovány na nemocného klienta, nikoli na jeho příznaky. Komunikujeme s nemocným klientem tak, aby nám rozuměl, není vhodné užívat odborné termíny. Autoři Boukalová a kol., (2023) uvádějí, že komunikace je nezbytná pro vytváření a udržování sociálních kontaktů. Lidé jsou označováni jako sociální bytosti, celý život jsou v kontaktu s lidmi. Neustále se tak učíme, pracujeme, vyjednáváme a komunikujeme.

2. SOCIÁLNÍ PRÁCE

Podle Matouška, 2008:

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života (s.11).

V definici sociální práce se uvádí, že se jedná o specifickou odbornou činnost, která vede ke zlepšování vzájemného působení jednotlivců, rodin, skupin a životního prostředí, ve kterém žijí. Jedná se o službu klientům, které charakterizují tato substantiva – pomoc, podpora, provázení (Tomeš, 1997).

Autor Barker (2003) uvádí, že sociální práce se řadí mezi aplikované vědy. Cílem sociální práce je pomoc lidem dosáhnout dostatečné úrovně jejich psychosociálního fungování a prostřednictvím společenských změn dosáhnout zlepšení prosperity všech lidí.

Autor Laca (2021) uvádí, že pojem sociální práce zahrnuje jak vědní obor, tak profesi. Sociální práce – jako vědní obor sahá do roku 1900, v tomto období vznikly první školy zaměřené na sociální práci, kdy některé z nich fungují dodnes, např. Newyorská filantropická škola – dnes škola sociální práce na Kolumbijské univerzitě v USA. Sociální práce jako profese se vyskytuje mezi lidmi od nepaměti. Dnes je označována jako pomáhající profese. Sociální práce se dotýká všech lidských oblastí – od rodiny až po péči o děti, dospělé, seniory, týrané osoby, osoby se zdravotním znevýhodněním, nezaměstnané, sociálně vyloučené, závislé, nevzdělané, oběti zločinu, katastrof a mnoho dalších. Sociální práce je společensky akceptovatelnou formou pomoci a je přítomna v lidské historii od samého začátku až po současnost. V sociální práci lze vidět jak profesionální prvky soudržnosti, tak lidský vztah člověka k člověku a pochopení.

Autor Dorfman (1996) uvádí, že není možné určit osobu, která se začala věnovat sociální práci jako první – solidarita je mezi námi již od nepaměti. Sociální práce byla uskutečňována dávno před tím, než pedagog Simon Patten použil termín „sociální pracovníci“. Patten použil tento termín ve spojení s přátelskými návštěvníky a obyvateli osad. Říká se, že se Patten hádal spolu s Mary Richmondovou o tom, zda by hlavní rolí sociálních pracovníků měla být advokacie, nebo poskytování individualizovaných sociálních služeb.

Autorka Gulová (2011) uvádí, že sociální práce vychází z altruismu, cílem sociální práce je pomáhat a být oporou pro ty, kteří to v určité situaci potřebují. Sociální práce se mění a vyvíjí v čase, její formování se odehrálo v různých zákoutích světa, a to po dobu několika staletí. Na vývoji sociální práce se podíleli jednotlivci, skupiny, ale i celé komunity. Sociální práce byla natolik těmito skupinami rozvíjena, že se v současné době svým obsahem vyrovnává řadě disciplín. S těmito disciplínami je sociální práce již zžitá a dochází tak k tomu, že z nich čerpá jak teorii, tak praxi. Společenská solidarita je v oblasti sociální práci nezbytná a spoléhá se na ni, nejčteněji se opírá o dobrovolnictví. Lze tedy tvrdit, že sociální práce usiluje o naplnění lidského potenciálu. V sociální práci je nesmírně důležitá spolupráce s ostatními vědeckými disciplínami, především s psychologií, sociologií, andragogikou, gerontagogikou, ale i sociální pedagogikou.

Autoři Šrajter a Musil (2008) ve své publikaci popisují tři pojetí sociální práce:

Administrativní pojetí – pro toto pojetí je charakteristické vyřizování klientovo žádostí, rozhodování dle zákonů, vyhlášek a norem. Může zde dojít k situaci, kdy úředník – SP. bude řešit situaci dle jistých sympatií ke klientovi.

Profesionální pojetí – pro toto pojetí je charakteristické vysokoškolské vzdělání a odbornost, díky které dovede SP. řešit i ty nejsložitější kauzy ve spojení s ostatními pomáhajícími profesemi.

Filantropické pojetí – pro toto pojetí je charakteristická osobnost, jenž není úředníkem ani odborníkem, velkou váhu zde má empatie k druhým, jde o pochopení a navázání kontaktu.

Dle Malík Holasové, 2014:

Sociální práce využívá mnoho nástrojů ke zlepšení nepříznivé sociální situace lidí ve společnosti, ať už to je finanční či materiální pomoc, osobní služby či výzkumné aktivity. V tomto kontextu chápeme sociální služby jako služby, které sami sociální pracovníci poskytují či zprostředkovávají (ve smyslu osobních sociálních služeb – personal services) (s. 10).

Autor Laca (2021) definuje předmět sociální práce tak, že se jedná o určité sociální jevy, jež nejsou v mezích „normality“ dle právních, společenských a kulturních norem společnosti. Konkrétně se pro jednotlivce, skupinu, případně společnost stávají problémovými a je tak kladen imperativ na sociální intervenci. Lze tedy konstatovat, že předmětem sociální práce jsou problémy, které se teoreticky objasňují a prakticky se řeší.

2.1. Metody sociální práce

Metody sociální práce není zcela jednoduché konkrétně definovat. Substantivum metoda pochází z latinského (*methodus*), který označuje průběh vědecké cesty za něčím. Autorka Čechová definuje metodu jako určitý soubor kroků pomoci, díky kterým lze dosáhnout cíle. Autorka Richmondová klade důraz na to, že metody sociální práce jsou totožné u všech typů služeb. V sociální práci pojem metoda popisuje způsob, jak dovršit předem stanovených cílů prostřednictvím plánované činnosti během práce s jednotlivcem, skupinou, komunitou, institucí a dalšími. Je nezbytné rozlišit parciální metody v sociální práci – metody užívané v činnostech SP. Tyto metody jsou společné všem pomáhajícím profesím, mezi tyto metody lze řadit – pozorování, rozhovor, supervizi. Metody sociální práce popisují celý postup sociálního pracovníka s klientem – od prvního kontaktu po ukončení spolupráce (Mátel, 2019).

„Metoda sociální práce je způsob, jak dosáhnout předem stanovený cíl prostřednictvím profesní činnosti sociálních pracovníků při práci s jedincem, rodinou, skupinou nebo komunitou.“ (Mátel, 2019, s. 77)

Autor Matoušek (2003) uvádí, že západní autority spolu s našimi odborníky pojí pojem metody sociální práce jako postupy, které jsou vázané na:

- Cílový subjekt – práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou atd.

- Jeho aktuální situaci – sociální znevýhodnění na začátku života, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události
- Relevantní vztahový kontext – skupina vrstevníků, rodina, organizace
- Systémové vazby – někdy, jedná se o regionální, národní a nadnárodní sociální politiku

Autorka Gulová (2011) uvádí, že sociální práce má v současné době četné množství metod a postupů, jak pracovat s klienty. Metody byly vyvíjeny mnoho let. Jejich smyslem je pomáhat lidem tak, aby našli cestu, jak si pomoci sami. Zde je velmi důležitým aspektem porozumění rodině, kultuře a společnosti, ve které se jedinec aktuálně nachází. Všechny metody sociální práce jsou úzce propojeny s komunikací a nasloucháním.

Sociální práce se snaží pomáhat jednotlivcům, skupinám a komunitám, k tomu, aby dosáhli určitého cíle – jedná se o dosažení co nejvyššího stupně sociální, duševní a fyzické pohody. Metody, které sociální práce využívá k dosažení tohoto cíle se liší od metod jiných profesí, jako je např. medicína, právo, učitelství a jiné. Je to tím, že sociální práce funguje s ohledem na všechny sociální, ekonomické a psychosociální faktory, které ovlivňují životy jednotlivců, rodin, skupin i komunit (Friedlander, 1976).

Autor Laca (2021) definuje klasické metody sociální práce takto:

- Sociální práce s jednotlivcem
- Sociální práce se skupinou
- Sociální práce s komunitou

„Tyto úrovně se navzájem prolínají nebo probíhají i současně.“ (Laca, 2021, s. 298)

Sociální práce s jednotlivcem

Jedná se o historicky nejstarší metodu. V odborné literatuře se lze také setkat s termíny „individuální sociální práce“ nebo „případová sociální práce“. Termín případová sociální práce pochází z dob Československa a zavedla jej Krakešová. Tento termín vyznačuje osobu, která není nadále schopná překonávat životní překážky, selhává ve svých lidských funkcích a způsobuje to, že jedinec není schopen najít žádné řešení.

Příčinou může být náhlá a nečekaná změna sociální reality. Sociální práce s jednotlivcem probíhá v jednotlivých etapách (Laca, 2021).

Autorka Levická (2003) ve své knize popisuje model etap sociální práce takto:

- 1) **Obeznamení se s případem** – kontakt, evidence, analýza případu
- 2) **Sociální hodnocení** – sociální diagnostika, plán práce, volba pracovních metod
- 3) **Sociální intervence** – sociální terapie, poradenství, diskuse
- 4) **Zakončení případu** – význam prvního kontaktu pro úspěšnost řešení, soubor informací potřebných pro práci s klientem, evidence případu, otázky optimální pracovní atmosféry, pravidla optimální komunikace, hodnocení, plán práce, sociální intervence, atd.

Autor Matoušek (2003) uvádí, že v případové práci hraje individualita jedince velkou roli. Sociální pracovník, který pracuje s jednotlivcem se musí naučit přijímat odlišnosti daného klienta. Sociální pracovník své služby poskytuje a nabízí zdrženlivě, s respektem a především úctou ke klientovi. Klient má vždy právo si sám směr pomoci zvolit, případně ji odmítnout. Mezi cíle SP., který se zaměřuje na práci s jednotlivci, patří – pomoci klientovi k jeho sebeurčení a snaha u něj získat důvěru, která povede ke spolupráci.

Sociální práce se skupinou

Je prokázáno, že sdílení zkušeností s lidmi, kteří mají obdobné zájmy a cíle, je velmi užitečné. Pro osobu, která je v situaci, kdy si připadá vyloučená ze společnosti, s pocitem, že nepatří mezi „normální“ lidi, je velmi důležitý pocit zjistit, že někdo má obdobné trápení a že v dané situaci není sám (Matoušek, 2003).

Mezi cíle skupinové sociální práce lze zařadit: zlepšení kvality života osob ve skupině, podporu individuálních potřeb osob ve skupině. Lze sem dále zařadit rozvoj sociálních dovedností, zvýšení sebevědomí, změny chování (Mátel, 2019).

Autor Laca (2021) popisuje, že se jedná o metodu sociální práce, která specifikuje práci se skupinou – poskytuje návod, jak pracovat se skupinou, jako s osobitou organizační formou lidské činnosti. Během práce se skupinou dochází k prolínání jak teoretických, tak praktických poznatků z psychologie, psychoterapie, sociologie

osobnosti, sociologie atd. Cílem skupinové sociální práce je napravit fungování skupiny a dosahovat společně stanovených cílů. Sociální skupina tvoří tzv. „celek“ – je nezbytné, aby sociální pracovník nezapomínal na individuální projevy a potřeby jednotlivých členů skupiny.

„Skupina stabilizuje uspokojení potřeb jednotlivce, zároveň je pro jedince zdrojem frustrací a stresových situací, v kterých se často jen s námahou orientuje a rozhoduje.“ (Draganová a kol., 2006, s. 78).

Autor Laca (2021) definuje, že z důvodu bezpečnosti a udržování disciplíny je nezbytné, aby skupina dodržovala určitá pravidla. Mezi pět základních pravidel patří:

První pravidlo: mlčenlivost a důvěrnost – ze skupiny se „nevynáší“, co se poví ve skupině, zůstává ve skupině.

Druhé pravidlo: otevřenost a upřímnost – je nezbytné, aby členové skupiny k sobě byli upřímní a naučili se mluvit upřímně a otevřeně o svých pocitech a emocích.

Třetí pravidlo: právo povědět „stop“ – každý člen skupiny má právo vyřknout „stop“ – jedná se o situace, kde není jedinec schopen o dané věci mluvit, zkrátka není připravený. Ostatní členové jeho rozhodnutí respektují.

Čtvrté pravidlo: zodpovědnost vůči sobě i vůči ostatním – jedná se o respektování soukromí, právo na jiný názor, atd...

Páté pravidlo: dodržování organizačních pravidel – jedná se o dodržování časového rozvrhu, pravidelné docházky, ale i plnění daných úkolů ve skupině.

Sociální práce s komunitou

Sociální práce s komunitou patří poměrně k nové formě sociální práce. Komunita je označována za místo, kde člověk nachází emocionální podporu, ocenění, ale i praktickou pomoc v běžném životě (Matoušek, 2003).

Komunita je sociální struktura, která je integrována do širší společnosti, označuje se vlastním způsobem života, kultury a tradic. Termín komunita se vyznačuje v odborné

literatuře mnoha definicemi. Sociální práce s komunitou je chápána jako metoda sociální práce, která napomáhá lidem žijícím na určitém území při řešení životních situací (Laca, 2021).

Autor Laca (2021) dále uvádí, že komunity lze členit dle různých aspektů, struktur a cílů, kterých chce daná komunita úmyslně či spontánně docílit. K základním typům komunit patří:

- **Občanská komunita** – členové mají společný cíl a zájem, vyvíjejí takové aktivity, aby co nejdříve dosáhli cíle.
- **Terapeutická komunita** – lze ji chápat ve dvou smyslech, jako otevřenou formu komunikace v léčebnách a jako léčebnou metodu.
- **Sociální komunita** – je organizována regionem, krajem, řeší negativní sociální situace, které jsou vyvolány potřebou intervence v komunitě. Zde probíhá uskutečňování sociální práce.

Dle autorky Šťastné, 2016:

V rozvoji komunity, tak jako v komunitní práci, jde o pozitivní sociální změnu, na jejímž uskutečnění se podílejí v první řadě obyvatelé komunity. V souvislosti s rozvojem komunity se sociální práce setkává s dalšími přístupy a pojetími, které jsou typické pro jiné obory a vědní disciplíny (s. 12).

Autor Laca (2021) definuje čtyři hlavní strategie sociální práce s komunitou, a to:

- 1) **Vytvoření sítě vzájemné pomoci** – komunita má určitou strukturu, která je tvořena menšími skupinami v ní. Cílem sociální práce s komunitou je, naučit členy komunity využívat vztahů ke vzájemné pomoci.
- 2) **Zapojení dobrovolníků** – členové komunity musí být seznámeni s cílem komunitní práce a musí se tak podílet na řešení problémů komunity. Lze v tomto případě zapojit dobrovolníky ve spolupráci s mimovládními organizacemi.

- 3) *Posílení sousedské pomoci* – sociální práce s komunitou je realizována ve sdílených komunitách, zde je nezbytné, aby členové komunity využívali v rámci svépomoci sousedské vztahy.
- 4) *Decentralizace některých druhů formální sociální pomoci do blízkého sousedství komunity* – cílem je přiblížení některých sociálních služeb a pomoci v závislosti na problémech komunity.

Cílem komunitních sociálních pracovníků je podpora příslušníků dané komunity v dobrovolnické a svépomocné péči o členy, jenž potřebují pomoc s uspokojováním svých potřeb. Velmi přínosná je intenzivní spolupráce sociálních pracovníků z oblasti zdravotnické péče a sociálních pracovníků, kteří poskytují sociální služby v dané komunitě – například terénní programy (Kuzníková a kol., 2011).

2.2. Sociální práce s onkologicky nemocnými klienty

Nádorové onemocnění je v současné době velmi závažným a zdravotně společenským problémem, a to jak ve smyslu osobním, tak ve smyslu ekonomickém. Onkologické onemocnění je příčinou mnoha osobních utrpení a tragédií. Je prokázáno, že onkologická onemocnění jsou zátěží pro ekonomiku zdravotního systému. Tumory patří k druhé nejčastější příčině úmrtí na zemi. Incidence nádorových onemocnění neustále stoupá (Foretová a kol., 2022).

„Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoc pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.“ (Kuzníková a kol., 2011, s. 18)

„Nádorová choroba je onemocněním celé rodiny.“ (Adam a kol., 2019, s. 25)

Autor Adam, (2019) uvádí, že onkologické onemocnění poukazuje na kvalitu mezilidských vazeb v rodině, prověřuje jejich sílu, případně odhaluje jejich slabosti, dále ozřejmí případné patologie v těchto vztazích. U některých případů lze prokázat, že rodina náročnost onkologického onemocnění neunesla a došlo tak k rozpadu rodiny. Pro tento jev existuje několik možných vysvětlení:

- Onemocnění ovlivňuje funkčnost a stabilitu rodinného systému – jedná se o náročné období.
- Nemoc prohloubí odlišnost partnerů – např. jeden z partnerů chce více mluvit, druhý naopak chce mlčet.
- Pokud ve vztahu ještě před onemocněním panovala vztahová nepohoda – onkologické onemocnění může tuto disharmonii jen zesílit.
- Jeden z partnerů aktivně upozorňuje na problémy, které byly při upřednostňování problémů týkajících se práce a dětí odsouvány. Zkrátka začíná řešit věci, které byly tzv. „dány k ledu“.

Autoři Vorlíček a kol., (2004) uvádějí, že aktuální situace se má tak, že spolupráce ve zdravotnických zařízeních, kam se řadí i sociální pracovníci, je neuspokojivá. Částečnou vinu na tom nesou lékaři. Sociální pracovníci byli po celou dobu využíváni jako sestry, případně jako sekretářky – takto vznikl mylný dojem, že sociální práce ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích není potřebná. U velké části lékařů panují tedy mylné pochybnosti o účelnosti sociálních pracovníků. Psychologové vidí v sociálním pracovníkovi konkurenci – odmítají ho jako pomocníka během psychoterapeutických sezení. Ovšem sociální pracovník může být psychologovi nápomocným, aniž by uvažoval o jeho nahrazení. Sociální práce v akutní medicíně je odlišována od sociální práce v chronické medicíně. Sociální pracovník u akutní medicíny přichází na žádost ošetřujícího lékaře – ten nakonec rozhoduje o realizaci návrhu sociálního pracovníka. U chronických pacientů je sociální práce zcela odlišná. Sociální práce u chronické medicíny probíhá především jako – poradenství, jednání s institucemi, řešení finančních a bytových situací, komunikace s příbuznými/rodinou pacienta. Sociální pracovník u chronické medicíny je oprávněn vyřizovat pacientovi záležitosti, které on sám není schopen zařídit. Cílem sociální prevence je předem odhalit u pacientů možné obtíže, měla by být prováděna formou rozhovorů se všemi pacienty na přidělených lůžkových odděleních.

2.3. Sociální služby pro onkologicky nemocné klienty

Dle Matouška, 2007:

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před

riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (s. 9).

Autorka Sládková (2021) uvádí, že mezi sociální služby patří – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, tyto pojmy jsou vysvětleny níže:

- A) Sociální poradenství** – je poskytováno jako základní a odborné poradenství. Základní poradenství poskytuje nezbytné informace, které přispívají k řešení nepříznivé situace daného klienta. Všichni poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost poskytnout všem klientům základní sociální poradenství. Odborné sociální poradenství je charakterizováno svým konkrétním zaměřením – zkrátka řeší specifické potřeby jednotlivých sociálních skupin.

- B) Služby sociální péče** – tyto služby pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, jejich cílem je především podpora života v jejich přirozeném sociálním prostředí. Zkrátka se snaží o to, aby se klienti dokázali v co nejvyšší míře zapojit do běžného života. Nastane – li situace, že poskytnutí služeb sociální péče v jejich přirozeném prostředí není možné, je nezbytné těmto klientům zajistit důstojné prostředí a zacházení. Každý jedinec má právo na poskytování služeb sociální péče, bez toho, aniž by se neházel v omezujícím prostředí.

- C) Služby sociální prevence** – tyto služby vedou k tomu, aby napomáhaly k zajištění těch osob, které jsou ohrožené krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života. Cílem služeb sociální prevence je pomoc osobám k tomu, aby překonaly určité nepříznivé sociální situace a zároveň ochrana společnosti před vznikem nežádoucích společenských jevů.

Nejdůležitější legislativní normou v oblasti sociálních služeb je na území České republiky Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v § 2 uvádí zásady v odst. 1 že: „Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“ A v odst. dva je uvedeno že: „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.“

Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Zákon č. 108/2006 Sb. dále uvádí v § 32 že: „Sociální služby zahrnují

- a. sociální poradenství,
- b. služby sociální péče,
- c. služby sociální prevence.“

A dále je možné v tomto zákoně dohledat informace o:

- 1) formě poskytování služeb v § 33
- 2) zařízeních poskytující sociální služby v § 34
- 3) základních činnosti při poskytování sociálních služeb v § 35
- 4) sociální poradenství v § 37
- 5) služby sociální péče v § 38 až § 52
- 6) služby sociální prevence § 53 až § 70

Neméně důležité části téhož zákona jsou příspěvek na péči, financování sociálních služeb, mlčenlivost, inspekce, přestupky, předpoklady pro povolání a výkon činnosti v sociálních službách a část týkající se vzdělávání.

2.4. Kompenzační pomůcky pro ženy s karcinomem prsu

Dle internetového článku Bellisky.cz (2024b) – je uvedeno, že léčba karcinomu prsu je velmi náročná. Léčba s sebou nese spoustu změn, zejména těch, které se projeví na těle ženy. Kromě změn, se také ženy s karcinomem prsu potýkají s vedlejšími účinky léčby, tyto vedlejší účinky lze u žen řešit pomocí kompenzačních pomůcek. Druh kompenzační pomůcky závisí na fázi léčby, ve které se pacientka aktuálně nachází. Na úhradě kompenzačních pomůcek se ve většině případů podílí zdravotní pojišťovna. Některé pomůcky jsou plně hrazeny a na některé částečně přispívá. Výše příspěvku závisí

dle konkrétní zdravotní pojišťovny. Některé ze zdravotních pojišťoven disponují programem pro onkologické pacienty, díky tomuto programu lze čerpat příspěvek na některou z kompenzačních pomůcek, např. na koupi paruky. Pokud je kompenzační pomůcka hrazena z veřejného zdravotního pojištění, je nezbytné, aby ošetřující lékař vystavil poukaz na léčebnou pomůcku. Tento poukaz je platný 30 dní.

Mezi kompenzační pomůcky dle Bellisky.cz (2024b) patří:

Paruka – součástí onkologické léčby je chemoterapie, jejímž vedlejším účinkem je vypadávání vlasů. Pro velké procento nemocných žen je toto období velmi náročné, proto lze tuto přechodnou dobu vyřešit koupí paruky. Zdravotní pojišťovny na koupi paruky aktuálně nepřispívají. Lze ale čerpat příspěvek z onkologických programů (Bellisky.cz, 2024b).

Tabulka 1

Výše příspěvku na paruku dle konkrétních zdravotních pojišťoven:

Zdravotní pojišťovna:	Maximální příspěvek:
VZP	2 000,-
OZP	4 000,-
VOZP	1 000,-
ZPŠ	4 000,-
ZPMV	4 000,-
ČPZV	2 000,-

Zdroj: vlastní zpracování, zdroj dat Bellisky.cz (2024b)

Mezi kompenzační pomůcky dle Bellisky.cz (2024b) patří níže zmíněné:

Chladicí čepice při chemoterapii - v některých zdravotnických zařízeních mají pacientky možnost využít chladicí čepici, která zabraňuje vedlejším účinkům léčby – vypadávání vlasů. Tato možnost není součástí všech onkologických oddělení. Účinnost chladicí čepice je uvedena na 80 %. Chladicí čepice je nasazena pacientce 30 minut před začátkem chemoterapie a je sundána 90–180 minut po jejím skončení. Využití chladicí

čepice není hrazeno zdravotní pojišťovnou. Cena za využití čepice se pohybuje mezi 1000–2000 Kč za jednu terapii. Na využití chladící čepice lze čerpat příspěvek z onkologických programů, částka je individuální – dle zdravotní pojišťovny (Bellisky.cz, 2024b).

Pooperační podprsenka – jedná se o kompresní podprsenku, která je vhodná ženám po mastektomii prsů. Tato podprsenka je dočasná a napomáhá formování prsní tkáně. Cílem nošení kompresní podprsenky je snižovat nebezpečí lymfedému, snižovat pravděpodobnost vzniku zánětu, zamezuje pooperačnímu otoku a snižuje bolest. Poukaz na pooperační podprsenku pacientka obdrží od onkologa, chirurga, gynekologa případně lymfologa. Pooperační podprsenka není předepisována vždy, lze ji obdržet pouze pokud tak určí operatér. Podprsenka je k dostání v bílé či černé barvě, pojišťovna na ní přispívá ve výši – 974, 40 Kč (Bellisky.cz, 2024b).

Pooperační epitéza – dočasná – jedná se o textilní látku, která je využívána ženami zejména v prvotní fázi onkologické léčby, po operaci, a to proto, že je velmi lehká, jemná a nedráždí okolí ranky a jizvy. Je vyžadováno, aby ji pacientky nosily 4 až 6 týdnů po chirurgickém zákroku. Výplň epitézy lze přizpůsobit velikosti a tvaru zachovalému prsu. Pooperační epitézu lze předepsat chirurgem, onkologem či gynekologem. Na úhradu této pooperační epitézy lze ze zdravotního pojištění čerpat částku ve výši 487, 20 Kč (Bellisky.cz, 2024b).

Epitéza trvalá – silikonová – každá pacientka, která se potýká s karcinomem prsu a podstoupí mastektomii či zachovnou operaci prsu má nárok na trvalou epitézu. Epitéza je hrazena ze zdravotního pojištění, a to jednou za dva roky. Pokud u pacientky dojde k oboustranné mastektomii, tak má nárok na dvě epitézy. Výše příspěvku zdravotní pojišťovny vystačí ke koupi standardní epitézy. Trvalou epitézu je vhodné začít nosit po zahojení, aby nedošlo k zátěži páteře. Adekvátní typ epitézy, její tvar a velikost konzultuje s pacientkou lékař, který vypisuje žádanku. Lze si epitézu pořídit ve zdravotnických pomůckách. V současné době je možné si pořídit i epitézu vhodnou do vody na plavání (Bellisky.cz, 2024b).

Protetická podprsenka – tato podprsenka slouží pro uložení a nošení epitéz. Lze ji zakoupit v mnoha barvách, a to jak v běžných obchodech s oblečením, tak ve

zdravotnických potřebách. Zdravotní pojišťovna na protetickou podprsenku nepřispívá nic. Nic méně, opět je možné čerpat příspěvek z onkologického programu dle zdravotních pojišťoven (Bellisky.cz, 2024b).

Plavky – plavky pro onkologické pacientky, které se potýkají s karcinomem prsu, jsou vyráběny výrobcí epitéz. Na trhu jsou jak jednodílné, tak dvoudílné plavky. Plavky lze zakoupit ve zdravotnických potřebách. Na plavky pro onkologické pacientky se nevztahuje úhrada ze zdravotního pojištění. Lze opět čerpat příspěvek z onkologických programů dle zdravotních pojišťoven (Bellisky.cz, 2024b).

Lymfatické spodní prádlo – vedlejším účinkem onkologické léčby během karcinomu prsu je lymfatický otok paže či hrudníku. Tento problém lze řešit na specializovaných lékařských pracovištích. Žádanku na toto pracoviště může vystavit onkolog či rehabilitační lékař. Lymfatické prádlo je určeno pacientkám, kterým byly odstraněny lymfatické uzliny (Bellisky.cz, 2024b).

Tabulka 2

Systém sociálního zabezpečení a jednotlivé dávky, které se mohou týkat žen s karcinomem prsu:

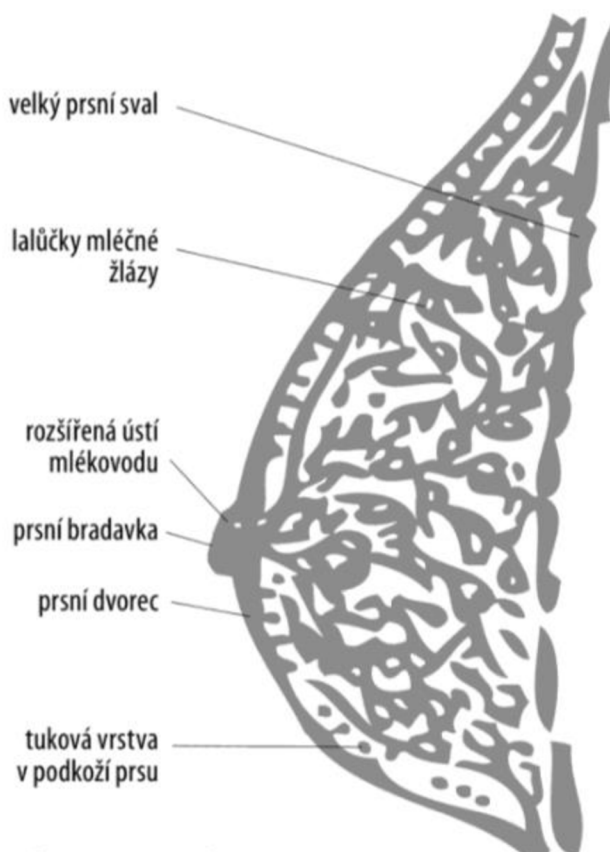
Dávka	Popis
Nemocenské	Finanční podpora během doby nemoci
Ošetřovné	Finanční podpora pro osoby, jež z důvodu ošetřování nemocného nemohou být ve svém zaměstnání
Invalidní důchod	Finanční podpora poskytovaná osobám s trvalým nebo dlouhodobým zdravotním postižením
Příspěvek na péči	Finanční podpora pro potřeby péče o zdravotně postižené
Příspěvek na mobilitu	Finanční podpora pro potřeby mobility postižených
Příspěvek na zvláštní pomůcku	Finanční podpora pro nákup speciálních pomůcek
Průkaz osoby se zdravotním postižením	Doklad o zdravotním postižení pro nároky na různé benefity

Zdroj: vlastní zpracování, zdroj dat - www.cssz.cz

3. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ KARCINOMU PRSU

Prs (*mamma*) je párový orgán. Na jeho vrcholu se nachází prsní dvorec a prsní bradavka (*mammila*). Prsy dospělé ženy se nachází na přední hrudní straně, a to mezi 3. - 6. žebrem. Během života procházejí prsy mnoha změnami, tyto změny jsou závislé na produkci hormonů. Také dochází ke změně jejich hmotnosti, tvaru a velikosti. Velmi výrazné změny lze pozorovat v období puberty, těhotenství a klimakteria. Prsy jsou tvořeny mléčnou žlázou a tukovým polštářem. Mléčná žláza je tvořena 15-20 laloky, ty jsou složeny z menších lalůčků a produkují mateřské mléko. Vývody několika lalůčků vedou do společných mlékovodů, které vedou na prsní bradavce několika drobnými otvory. Prsní žláza je bohatě krevně a lymfaticky zásobena (Slezáková, 2013).

Obrázek 2
Stavba prsu



Zdroj:(Slezáková, 2021, s. 279)

Onkologické onemocnění vzniká tak, že dochází se změně genetické informace a regulačních mechanismů v lidské buňce, tento stav poté vede k nekontrolovatelnému dělení. Jedná se tedy o stav, kdy z miniaturní buňky vzniká nádor. Prvotně je charakteristický pro nepatrné rozměry, ale postupně dochází k tomu, že pokud nedojde k jeho zničení, odstranění – může svého nositele zahubit. Rozeznáváme dvě kategorie nádorů, a to: nádory **zhoubné** a nádory **nezhoubné**. Nezhoubný (*benigní*) nádor se vyznačuje tím, že jeho růst je pomalý a nedochází k napadání okolní tkáně. Svým růstem může utlačovat okolní orgány, našťástí, ale zůstává v těle na určitém místě, bývá přesně ohraničen – lze jej tedy jednodušeji operativně odstranit, nezhoubný nádor nevytváří metastázy. Oproti tomu, zhoubný (*maligní*) nádor se projevuje rychlejším růstem, není ohraničen a jeho buňky pronikají mezi ostatní buňky do okolních tkání a orgánů, případně mohou prorůstat přímo do nich – je charakteristický tím, že způsobuje metastázy. Nejčastěji ohroženými orgány u zhoubného karcinomu prsu jsou – játra, kosti a plíce (Bleierová, Kadlčík, 2020).

Karcinom prsu může být jak neinvazivní, tak invazivní. Pojem neinvazivní znamená, že se tumor nerozšířil dále a nachází se stále v místě svého vzniku. Odborně je popisován jako karcinom „in situ“. Invazivní karcinom prsu je rozšířen a lokalizován i na dalších místech, než je místo jeho vzniku. Invazivní karcinom tedy může zasáhnout mimo prso i jiné orgány, struktury. Ve srovnání s neinvazivním karcinomem je invazivní karcinom obtížně léčit. Ženy s karcinomem prsu, kterým byl nádor objeven včas a byla tak zahájena léčba, mají až 96 % šanci na úplné uzdravení (Peacock, 2001).

Karcinom prsu se vyskytuje ve čtyřech stádiích. Kdežto stádium 1. a 2. je označováno jako časné. Pokud dojde k časné diagnostice zhoubného karcinomu prsu, je výrazně zvýšena šance dlouhodobého přežití. Dle statistiky se podíl časně diagnostikovaných karcinomů prsu zvýšil (Daneš a kol., 2021).

Karcinom prsu patří v České republice k nejčastějšímu onkologickému onemocnění u žen. Dle statistik je každý rok diagnostikováno 4500 nových pacientek. Nejvíce pacientek je po dovršení 45. roku života. Vysoká úmrtnost je z toho důvodu, že většina nádorů je diagnostikována v pokročilém stádiu. Nejúčinnějším prostředkem v boji proti rakovině prsu je prevence a časná detekce nádoru (Slezáková a kol., 2007).

Auto Měšťák (2007) uvádí, že karcinom prsu lze zařadit mezi nejčastější zhoubná onemocnění u žen. Z dohledatelných statistik je zřejmé, že jeho výskyt stále narůstá a onemocnění karcinomem prsu se tak stává velkým společenským problémem. Karcinom prsu spadá mezi civilizační choroby. Pozitivní skutečností je to, že pokud se na onemocnění přijde včas, má velmi dobrou prognózu. Důležitou roli zde má osvětová iniciativa a celoplošné screeningové programy, jejichž úkolem je včasné zjištění karcinomu prsu a následná léčba. Karcinom lze diagnostikovat ve kterémkoli věku, jeho výskyt je vzácný, pokud žena onemocní před 25. rokem života. Jeho výskyt stoupá s přibývajícím věkem. Faktory, které mohou zvýšit riziko onemocnění karcinomem prsu:

- **Familiární výskyt** – výskyt karcinomu v rodinné anamnéze, matka či sestra
- **Prodělání karcinomu dělohy**
- **Menstruační anamnéza** – brzký nástup menstruace, pozdní menopauza
- **Vyšší věk u žen** – je prokázáno, že až 75 % onemocnění je diagnostikováno po 40. roce života ženy, zvýšené riziko je uváděno již kolem 35. roku
- **Bezdětnost a pozdní těhotenství** – ohrožené jsou ženy, které poprvé otěhotněly po 35. roce života

Dle Měšťáka, 2007:

Téměř 80 % žen s karcinomem prsu neudává v předchorobí (anamnéze) žádné rizikové faktory. Největším relativním rizikem vzniku karcinomu prsu je věk, proto musí být screening dostupný pro celou populaci od věku, ve kterém dochází ke značnému zvýšení incidence karcinomu, tj. od 40. roku života (s. 24).

3.1. Důsledky onemocnění

Nemoc lze definovat z více pohledů. Jedná se o patologický stav těla či mysli. Dochází ke změně funkce buněk, tkání a orgánů. Jedná se o takový stav, který nemocnému způsobuje subjektivní potíže. Označení jedince za nemocného s sebou nese určité důsledky (Čeledová, Čevela, 2010).

Nemoc lze definovat jako deviaci – odchylku od běžné sociální role. Jako deviace je nemoc chápána, protože se ve společnosti jedná o nežádoucí stav, tedy odchýlení

nemocného člověka od toho, co od něj očekává společnost. Nemoc, na rozdíl od jiných deviací, není následována sankcemi, nemocného tedy nelze vinit (Bártlová, 2005).

Zdravotní důsledky nemoci

Onkologická léčba je pro lidské tělo velkou zátěží. Mezi nejčastější vedlejší účinky po onkologické léčbě je únava, která neumožňuje pacientům opětovné začlenění do běžného života a jsou tedy nuceni ke snížení úrovně fyzické aktivity. Je nezbytně nutné, aby pacient byl podporován v jakékoli fyzické aktivitě. A to z toho důvodu, že fyzická zátěž je prospěšná před progredujícími změnami na měkkých tkáních. Chrání před kardiotoxicitou a neurotoxicitou. Aby se onkologičtí pacienti vyhnuli následkům léčby, je tedy nezbytné, aby do svého života zahrnuli pravidelné pohybové aktivity včetně relaxačních technik. Dále je důležitá rehabilitační a fyzioterapeutická péče. U pacientů, kteří jsou v remisi, je doporučována lázeňská léčebně-rehabilitační péče (Vokurka a kol., 2022).

Sociální důsledky nemoci

„Každá nemoc má určité sociální důsledky, které mají několik aspektů. První spočívá v tom, že nemoc často způsobuje postiženému nemožnost v plné míře vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi.“ (Bártlová, 2005, s. 48)

Dále autorka Bártlová (2005) uvádí, že u nemocného dochází ke snížení tělesné schopnosti, která může vygradovat do takové fáze, kdy je nemocný nucen změnit své zaměstnání. Ovšem změny tohoto charakteru by měly být konzultovány s odborníkem. Běžně dochází k tomu, že lékaři při vizitách pacientům sdělí, že by bylo vhodné, aby pracovní pozici změnili. Toto sdělení může u pacientů vyvolat pocity nejistoty, které mohou vést ke stavům deprese, k této situaci se váží i materiální podmínky. Sociální důsledky se mohou projevit i v rodinných vztazích. Je časté, že nemoc naruší vztah mezi partnery. Nemocný se nemůže plně účastnit všech aktivit, na které rodina byla zvyklá, dále se nemocný nemůže se podílet na domácích pracích tak, jak by rodina potřebovala. Nemocí jsou ovlivněny vztahy vůči dětem i vztahy mezi partnery, dochází tak k nesouladu v sexuálním životě. Je důležité zmínit, že rodinné vztahy mohou působit v obou směrech. V některých rodinách dochází kvůli nemoci k posílení rodinných vazeb.

Bohužel, značnou část rodin nemoc ovlivní tak, že může dojít ke zhoršení rodinných vztahů. Dalším problémem v oblasti sociálních důsledků jsou změny v oblasti trávení volného času.

Autorka Kuzníková (2011) uvádí, že společnost na sebe převzala určité funkce rodiny. Jedná se o právní systém, sociální zabezpečení a zdravotní péči. Až tehdy, když vznikne krize, nastává situace, kdy je náš bezpečný svět ohrožen. V této situaci se začínáme obracet na rodinu a je od ní očekávána maximální pozornost a pochopení, stejně tak, jako tomu bývalo v dětství.

Psychické důsledky nemoci

Ke smutku dochází tehdy, pokud se stav pacienta horší. V této situaci si pacienti uvědomují své životní ztráty, svá určitá omezení a vykytuje se u nich myšlenka, že opustí své blízké. U chronicky nemocných, onkologických pacientů je výskyt deprese zaznamenán častěji než u běžné populace. U pacientů, u kterých probíhá léčba ambulantně, mají onkologové problém diagnostikovat vážnou depresi, i přes to, že její léčba by měla být součástí celkové terapie (Dostálová, 2016).

Smutek je přirozenou reakcí organismu, pokud jde o vážnou diagnózu. Každému nemocnému proběhne hlavou myšlenka smrti. Pacienti s onkologickým onemocněním se tak projevují zamlklostí, uzavřeností, častým pláčem a mají pocit strachu. Tito pacienti trpí smutkem, úzkostmi a beznadějí. Jedná se o přirozenou reakci, která ovšem nesmí trvat příliš dlouho, jako maximum je uváděno několik dní. Pokud tento stav přetrvává, může se jednat o počínající depresi. V této situaci je tak nutné vyhledat odbornou pomoc – pomoci může návštěva psychologa, případně léky na uklidnění. Typickým příznakem deprese je těžká únava, špatná spánková hygiena, odmítání potravy, nevolnosti, ale také přejídání. Dalším příznakem je nadměrná konzumace alkoholu, léků a drog. Časté jsou také sebevražedné myšlenky. V takové situaci je vyhledání odborné pomoci nezbytné (Bleierová, Kadlčík, 2020).

U sociálních důsledku výše, je uvedeno, že onkologičtí pacienti jsou ovlivněni změnou trávení volného času. Tito pacienti bývají často omezeni ve vykonávání společenských, kulturních a sportovních aktivitách. Tato skutečnost může vést jedince

k depresím. Jako příklad lze uvést sportovce, který se po léčbě nemůže vrátit k závodní činnosti. Proto je důležitá spolupráce s odborníky i se členy rodiny, je nezbytné, aby nemocnému pomohli a zabezpečili mu tak návrat do společenského života (Bártlová, 2005).

3.2. Prevence onemocnění karcinomu prsu

Prevence je nejdůležitějším opatřením oblasti zdraví. Jedná se o činnost, jejíž cílem je upevňovat zdraví a také se snaží zabránit vzniku nemoci. Prevence se zaměřuje jak jednice, tak na celou společnost. Rozlišujeme prevenci nespecifickou a prevenci specifickou. Nespecifická prevence je zaměřena na podporu života, snaží se o vytvoření příznivého životního prostředí, které je součástí podpory zdraví. Specifická prevence je charakteristická tím, že se zaměřuje na prevenci vzniku konkrétního onemocnění a případných následků. Preventivní opatření onemocnění karcinomem prsu jsou rozdělena do tří kategorií, a to: primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence (Čeledová, Čevela, 2010).

„Onkologická prevence představuje komplexní soubor opatření, která mají za cíl předvídat a předcházet všem negativním událostem spojeným se vznikem, progresí a recidivou zhoubných nádorů.“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 93).

Autoři Coufal, Fait a kol., (2011) rozdělují prevenci na – primární, sekundární a terciární:

Primární prevence

Primární prevence v oblasti karcinomu prsu je velmi omezená. Přesto však lze eliminovat ovlivnitelné rizikové faktory a je doporučováno: dodržování zdravého životního stylu – zdravá strava, přiměřená fyzická aktivita a především zamezení konzumace návykových látek, jako jsou cigarety a alkohol.

Sekundární prevence

Sekundární prevence v oblasti karcinomu prsu má velký význam, je jí věnována značná pozornost. Základem sekundární prevence je včasné vyhledávání jedinců se

zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu. Čím dříve se onemocnění diagnostikuje, tím vyšší je šance na úplné uzdravení.

Terciární prevence

Terciární prevence v oblasti karcinomu prsu se věnuje situacím, kdy je péče zaměřena na pacientky po léčbě karcinomu prsu. Cílem terciární prevence je co nejrychlejší odhalení případného návratu onemocnění – jeho relapsu.

Autorky Machová, Kubátová a kol., (2016) uvádějí, že, samovyšetření prsů patří k nejzákladnějším preventivním opatřením. Samovyšetřování prsů je prováděno ženou jedenkrát v měsíci. Je doporučováno jej provádět sedmý den po ukončení menstruace. Jde o to, aby se pohmatem či pohledem našla případná anomálie – „bulka“. Při preventivní prohlídce v ordinaci gynekologa, by toto vyšetření měl provést ošetřující lékař. Pravidelnost v při samovyšetřování vede k tomu, že žena se naučí svá prsa dobře znát, díky tomu snadno dokáže rozlišit případné odchylky. Samovyšetření prsu nemůže nahradit mamografický screening.

Autoři Roztočil a kol., (2011) uvádějí, že velké procento žen je schopné si anomálii ve struktuře prsu vyhmátat samo, tedy lépe než lékař. Je to z toho důvodu, že terén svého prsu zná každá žena nejlépe. Vyšetření je prováděno každý měsíc po menstruaci, a to pohmatem a pohledem. Při jakékoli nejasnosti by se žena měla obrátit na svého gynekologa.

Autoři Vorlíček a kol., (2012) uvádějí, že nejefektivnějším způsobem pro včasnou diagnostiku karcinomu prsu je screeningová metoda. Cílem mamografického screeningu je časná detekce karcinomu prsu. Jde o to, aby došlo k případnému zachycení velmi malého nálezu před tím, než se rozšíří do cévního řečiště. Jedná se o stádium karcinom „in situ“. Mamografický screening se významně podílí na snižování mortality karcinomu prsu. Díky širokoplošnému screeningu je úmrtnost žen snížena až o 40 %.

Autoři Daneš a kol., (2021) uvádějí, že mamografické screeningové vyšetření je plně hrazeno ze zdravotního pojištění všem ženám starším 45 let, a to každé dva roky. Ženy jsou posílány na mamografické screeningové vyšetření prostřednictvím svého

praktického lékaře, případně prostřednictvím gynekologa. V případě, že během dvou let žena toto vyšetření neabsolvuje, tak teprve poté – po třech letech, bude vyzvána zdravotní pojišťovnou. Tento systém bohužel není zcela efektivní. Při čtení mamografických snímků je nezbytné tzv. dvojí čtení.

3.3. Organizace napomáhající ženám během onemocnění karcinomu prsu

Autor Vymětal (2010) vysvětluje, že cílem svépomocných skupin je sdružování skupin lidí se stejným problémem. Pro ženy s karcinomem prsu mají tyto skupiny obrovský význam v oblasti podpory, pochopení, výměny informací i sdílení. Tyto svépomocné skupiny tvoří neformální společenství a jsou otevřeny všem rodinným příslušníkům. Svěpomocné skupiny zastávají názor, že odborníci vědí, jak problém řešit, ale jak se s ním vyrovnat musí pacienti vědět sami.

- **Aliance žen s rakovinou prsu**

Dle internetového článku na webu Breastcancer.cz (2024) byla Aliance žen s rakovinou prsu založena v roce 2002, jedná se o informačně – edukační centrum, které slouží veřejnosti, onkologicky nemocným pacientkám a organizacím, které napomáhají ženám s karcinomem prsu. Cílem organizace je koordinace projektů a kampaní v oblasti prevence rakoviny prsu, sjednocuje aktivity patientských organizací a prosazuje práva rovných podmínek léčby a rekonvalescence žen s touto diagnózou. Alianci žen aktuálně tvoří 40 organizací z Čech, Moravy a Slezska. Aliance žen zastupuje pacientky s onkologickým onemocněním z České republiky v mezinárodních strukturách.

- **Bellis**

Dle internetového článku Belisky.cz (2024a) se jedná se o projekt Aliance žen s rakovinou prsu. Organizace Bellis vznikla v roce 2012 a zaměřuje se primárně na psychosociální podporu mladých žen, které aktuálně procházejí, případně prodělaly nádorové onemocnění prsu. Onemocnění karcinomem prsu v mladém věku s sebou přináší specifické problémy, jedná se o oblast – mateřství, těhotenství, návrat do zaměstnání, partnerské vztahy, péče o děti, rekonstrukce prsu, sebevědomí atd. Vzhledem k tomu, že onemocnění v mladém věku není obvyklé, stává se, že ženy během

onemocnění nenacházejí ve společnosti pochopení. Pochopení nacházejí tyto ženy právě u žen, které si prošly stejnou diagnózou. „Gró“ organizace je tedy předávání vlastních zkušeností pacientek a jejich vzájemná podpora. „Bellisky“ každoročně pro své členky pořádají velké množství akcí, jako jsou – benefiční večery zaměřené na ztracené sebevědomí, terapeutické pobyty s přednáškami od odborníků, akce zaměřené na zlepšení fyzické aktivity. Nedílnou součástí organizace je edukace samovyšetření, kde proškolené pacientky na veřejných akcích učí veřejnost správnou techniku samovyšetřování. V roce 2021 organizace vydala knihu s názvem – „*Nejsi na to sama – průvodce rakovinou prsu*“. V této knize lze najít příběhy žen, které onemocnění již prodělaly. Cílem knihy je předat zkušenosti žen s nemocí a především uvědomění, že diagnóza rakoviny prsu není konec všeho.

- **ALEN – ženy s rakovinou prsu z.s.**

Dle internetového článku na webu Alen-tym.cz (2024) se jedná o pacientskou, neziskovou organizaci, která sdružuje ženy, které pojí stejná diagnóza – onemocnění karcinomu prsu. Tato organizace svým členkám zprostředkovává informace o onemocnění, o prevenci, o léčbě a o rehabilitacích. Také pro ně navazuje kontakty se zdravotnickým personálem. Cílem organizace je vzájemná podpora zprostředkována osobním kontaktem. Myšlenkou organizace je to, že žádná žena na své onemocnění a strach nesmí být sama.

- **ONKO-AMAZONKY**

Dle internetového článku na webu Amazonky.cz (2024) se jedná o spolek, který vznikl v roce 1992. Tato organizace poskytuje ženám s karcinomem prsu podporu, informace o nemoci, sdílení a pochopení. Ženy s touto diagnózou mají možnost se scházet, hovořit o svých problémech a o svých pocitech, předávat si informaci o nemoci a také se, především, vzájemně podporovat. Cílem spolku je zlepšit kvalitu života ženám s onkologickým onemocněním, nabídnout pacientkám pomoc při překonávání osamělosti a strachu z budoucnosti, ale především zlepšit informovanost veřejnosti o rakovině prsu. Jejich činnost zahrnuje i angažovanost v boji za lepší péči o onkologické pacienty v regionu Moravskoslezského kraje.

- **Amelie**

Dle internetového článku na webu – Amelie-zs.cz (2024) se jedná o organizaci, která poskytuje psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké, její vznik se pojí k roku 2006. Tato organizace se zaměřuje na pomoc všem pacientům s onkologickým onemocněním včetně rakoviny prsu. Amelie nabízí bezplatnou péči jak od odborníků, tak od laiků, kteří si onemocněním prošli, nebo procházejí. Tato organizace má několik poboček, a to v Praze, ve Středních Čechách, na Olomoucku a Liberecku. Cílem této organizace je, aby psychosociální pomoc byla dostupná všem onkologicky nemocným pacientům. Poskytují individuální i rodinné poradenství s cílem snížit negativní dopady onkologické nemoci. Amelie má svůj dobrovolnický program, do kterého se může zapojit i laická veřejnost.

Skupiny podílející se na psychosociální podpoře pacientů, se začaly objevovat na onkologických odděleních v 70. letech 20. století. V Itálii bylo prokázáno, že u pacientů, kteří docházejí do svépomocných skupin, je evidováno zlepšení kvality života. Cílem svépomocných skupin je vzájemná pomoc a podpora v situacích, do kterých se pacienti během onemocnění dostali. Svěpomocné skupiny lze označit za nejvýraznější formu pomoci ve světě. Svěpomocnou skupinu lze srovnávat s modelem ideální rodiny, a to z toho důvodu, že mladší členové skupiny vzhlížejí k těm starším, starší členové se podílejí na předávání zkušeností mladším členům skupiny – novým členům ve skupině. Všichni členové skupiny si mezi sebou navzájem poskytují rady, sdílejí své problémy, poskytují si návody a vzájemně si pomáhají. Jako hlavní činnosti svépomocných skupin lze uvádět – výměna informací a zkušeností členů skupiny, psychoemociální podpora, zvládnutí sociální izolace (Argayová, Angelovičová, Dimunová, 2021).

Pacienti, kteří jsou součástí svépomocných skupin, mohou snáz navázat sociální kontakty, ale také vytvářet přátelské vztahy. Svěpomocné skupiny mohou být zdrojem pozitivních zážitků, ale především emoční podpory pacienta pacientem. Svěpomocné skupiny nabízejí sdílení zkušeností s onemocněním, dále také mohou u pacientů zvyšovat sebevědomí a motivují ho k boji s onemocněním (Petr, Marková, 2014).

EMPIRICKÁ ČÁST

4. VÝZKUM

Diagnóza karcinomu prsu představuje pro ženy nejen fyzickou, ale i emoční a psychickou zátěž. Tento nepředvídatelný a často bolestivý proces ovlivňuje nejen samotnou ženu, ale i celou její rodinu a sociální okolí. Ženy často procházejí obdobím strachu, nejistoty a obdobím úzkostí ohledně budoucnosti, ztrácí kontrolu nad vlastním tělem a mají obavy o svůj životní standard.

Náročnost této diagnózy je umocněna komplexními léčebnými postupy, které mohou zahrnovat chirurgické zákroky, chemoterapii, radioterapii, hormonální terapii a často s sebou přinášejí vedlejší účinky a komplikace. Tyto výzvy vyžadují nejen fyzickou sílu, ale i mentální odolnost a emoční stabilitu, kterou může posílit vhodná podpora ze strany sociálních pracovníků a dalších odborníků.

4.1. Cíl a hypotézy výzkumu

Hlavním cílem naší diplomové práce je: Zjistit, zda ženy s onemocněním karcinomu prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

Výzkumnými dílčími cíli naší diplomové práce je: Zjistit, zda existuje závislost mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka. Zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a jejich nejvýše dosaženým vzděláním. A v neposlední řadě, zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka

Pelikán, 1998:

Hypotéza není ničím jiným než podmíněným výrokem o vztazích mezi dvěma nebo více proměnnými. Na rozdíl od problému, který je formulován v podobě otázky explicitně, nebo implicitně vyjádřené, hypotéza je vždy tvrzením, byť i podmíněně formulovaným (s. 44).

Chráska, 2016:

Statistickou hypotézu neověřujeme přímo (samu o sobě), nýbrž vždy proti nějakému jinému tvrzení, obvykle proti tzv. nulové hypotéze. Nulová hypotéza je domněnka, která prostřednictvím statistických termínů tvrdí, že mezi proměnnými, které zkoumáme, není vztah (s. 62).

V případě, že během statistické analýzy dojde k tomu, že je možné nulovou hypotézu odmítnout, přijmeme hypotézu alternativní (Chráska, 2016).

Z toho důvodu, na základě námi určeného cíle, byly zvoleny tyto hypotézy:

- **Hypotéza 1**

Hypotéza nulová, H_{01} : Mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka neexistuje žádná závislost.

Hypotéza alternativní, H_{A1} : Existuje závislost mezi věkem a klientek a využitím služeb sociálního pracovníka.

- **Hypotéza 2**

Hypotéza nulová, H_{02} : Neexistuje závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

Hypotéza alternativní, H_{A2} : Existuje závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

- **Hypotéza 3**

Hypotéza nulová, H_{03} : Neexistuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálních pracovníků

Hypotéza alternativní, H_{A3} : Existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka.

4.2. Výzkumný vzorek

Jedná se o množinu objektů – populace, kterých se výzkumné šetření dotýká, zkrátka ty objekty, na které se výsledky výzkumu vztahují (Reichel, 2009).

Je požadováno, aby vzorek, kterých se výzkumné šetření týká, byl co nejvíce reprezentativní. Výběr jednotlivců (nebo situací) s cílem adekvátně reprezentovat danou skupinu může být realizován odlišnými metodami. Jedná se například o prostý náhodný výběr, skupinový výběr, stratifikovaný výběr, kontrolovaný výběr, záměrný výběr a jiné. Vzhledem k názvu a cíli diplomové práce, byl zvolen výběr záměrný. Pro záměrný výběr je charakteristické, že o něm nerozhoduje náhoda, nýbrž úsudek výzkumníka či úsudek osoby, které se výzkum týká. Záměrný výběr může vzniknout na základě anketního výběru, výběru tzv. průměrných jednotek a pomocí kvótního výběru (Chráska, 2016).

Jak je zmíněno výše, vzhledem k názvu a cíli práce, byl použit záměrný výběr. Zvolili jsme tedy kvantitativní metodu výzkumu, konkrétně formu dotazníkového šetření, který byl distribuován online ženám s karcinomem prsu, abychom zajistili účast respondentek, které odpovídají cílům naší diplomové práce, a jsou ochotné se podílet na sběru dat.

4.3. Metodika výzkumu

K realizaci našeho výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů.“ (Kutnohorská, 2009, s. 21)

Průzkumným vzorkem k našemu výzkumu byly ženy, které se léčí s karcinomem prsu. Jednalo se o ženy ve věkovém rozmezí od 18 let a více. Celkový vzorek dotazovaných tvořil 217 žen, tedy 217 respondentek.

Dotazník byl realizován skrze internetovou platformu Survio a byl elektronicky šířen mezi respondentky.

Pro účely výzkumného šetření byly osloveny ženy s diagnózou karcinomu prsu, a to prostřednictvím online platformy Facebook, konkrétně ve specializované skupině zaměřené na podporu žen, které se potýkají touto nemocí. Díky tomuto přístupu nám tak bylo umožněno získat relevantní data od respondentek které jsou v této skupině aktivní.

Rovněž byly osloveny ženy s diagnózou karcinomu prsu, které sdílejí své zkušenosti a příběhy na svých internetových platformách, jako je Instagram. Tyto ženy na svých profilech zveřejnily odkaz na náš dotazník, čímž umožnily dalším pacientkám zapojit se do výzkumného šetření. Tato strategie nám umožnila získat pohledy a zkušenosti i dalších respondentek, a to z toho důvodu, že jedna z žen, která na svém Instagramu sdílela náš dotazník, je členkou komunitní skupiny Bellis, která se zaměřuje na psychosociální podporu žen s karcinomem prsu. Do této komunitní skupiny Bellis, byl přeposlán odkaz s dotazníkem a tím pádem se do výzkumného šetření zapojilo další procento žen.

Získaná data, z dotazníkového šetření, byla zpracována v programu Microsoft Excel, zpracované výsledky byly dosazeny do tabulek. K vyhodnocení hypotéz jsme použili aplikovanou statistickou metodu, konkrétně Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti.

Dle Pearsona, 1900:

Chí kvadrát test umožňuje zjistit, zda má sledovaný jev opravdu předem známé rozdělení dat. Tato metoda vychází z porovnání skutečného rozdělení dat s teoretickým zvoleným rozdělením, které bylo určeno na základě úvah, předchozích zkušeností či pomocí grafické vizualizace. Shodu těchto četností je nutné ověřit Chí kvadrát testem dobré shody (s. 157). V tomto případě se jednalo o ženy s karcinomem prsu.

4.4. Otázky výzkumu

Jak již bylo zmíněno výše, dotazník byl realizován online, pomocí internetové platformy Survio a obsahoval celkem 18 otázek. Z toho 17 otázek bylo uzavřených a u jedné otázky, konkrétně u otázky č. 14, byla možnost otevřené odpovědi. Respondentky

byly ještě před vyplněním dotazníku ubezpečeny o tom, že jeho vyplnění je zcela anonymní a data tak budou použita pouze k našemu výzkumu. Data z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Excel. Nejprve došlo k zanesení dat do tabulek a následně pomocí matematických vzorců v programu Microsoft Excel, byla vypočítána data z dotazníkového šetření, a to prostřednictvím Chí-kvadrát testu. Díky tomu byla data vyhodnocena a u hypotéz došlo k jejich přijetí či zamítnutí.

Níže se věnujeme prezentaci získaných dat, která byla vyhodnocena z dotazníkového šetření a následně byla zanesena do tabulek.

Otázka č. 1: Kolik Vám bylo let v době onemocnění?

Otázkou č. 1 jsme zjišťovali věk respondentek v době onemocnění. Z tabulky 3 vyplývá, že 1 % žen onemocnělo mezi 18 – 24 roky (3 ženy), 8 % žen onemocnělo mezi 25 – 30 roky (18 žen), 14 % žen onemocnělo mezi 31 – 35 roky (31 žen), 14 % žen onemocnělo mezi 36 – 40 roky (30 žen), 18 % žen onemocnělo mezi 41 – 45 roky (39 žen), 24 % žen onemocnělo mezi 46 – 50 roky (53 žen) a 20% žen onemocnělo v 51 letech a více (43 žen).

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
18 - 24	3	1%
25 – 30	18	8%
31 – 35	31	14%
36 – 40	30	14%
41 – 45	39	18%
46 – 50	53	24%
51 a více	43	20%
Celkem	217	100%

Tabulka 3

Věk respondentek

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 2: Z jakého jste kraje?

Otázkou č. 2 jsme zjišťovali kraje, ze kterých dotazované respondentky pocházejí. Z tabulky 4 vyplývá, že 7 % žen pochází z Jihočeského kraje (16 žen), 16 % žen pochází z Jihomoravského kraje (35 žen), 3 % žen pochází z Karlovarského kraje (6 žen), 4 % žen pochází z kraje Vysočina (9 žen), 4 % žen pochází z Královéhradeckého kraje (8 žen), 3 % žen pochází z Libereckého kraje (6 žen), 8 % žen pochází z Moravskoslezského kraje (18 žen), 4 % žen pochází z Olomouckého kraje (8 žen), 8 % žen pochází z Pardubického kraje (17 žen), 6 % žen pochází z Plzeňského kraje (13 žen), 15 % žen pochází z Prahy

(34 žen), 11 % žen pochází ze Středočeského kraje (24 žen), 5 % žen pochází z Ústeckého kraje (10 žen) a 6 % žen pochází ze Zlínského kraje (13 žen).

Tabulka 4

Kraje místa bydliště respondentek

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Jihočeský kraj	16	7%
Jihomoravský kraj	35	16%
Karlovarský kraj	6	3%
kraj Vysočina	9	4%
Královehradecký kraj	8	4%
Liberecký kraj	6	3%
Moravskoslezský kraj	18	8%
Olomoucký kraj	8	4%
Pardubický kraj	17	8%
Plzeňský kraj	13	6%
Praha	34	15%
Středočeský kraj	24	11%
Ústecký kraj	10	5%
Zlínský kraj	13	6%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 3: Jaký je Váš současný stav?

Otázkou č. 3 jsme zjišťovali rodinný stav respondentek. Z tabulky 5 vyplývá, že 21 % žen je rozvedených (46 žen), 22 % žen je svobodných (48 žen), 54 % žen je vdaných (118 žen) a 2 % žen jsou vdovy (5 žen).

Tabulka 5*Rodinný stav respondentek*

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Rozvedená	46	21%
Svobodná	48	22%
Vdaná	118	54%
Vdova	5	2%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Otázkou č. 4 jsme zjišťovali nejvýše dosažené vzdělání respondentek. Z tabulky 6 vyplývá, že žádná z žen nemá neúplné základní vzdělání (0 žen). Dále z tabulky 6 vyplývá, že 1 % žen má nejvýše dosažené vzdělání – základní vzdělání (3 ženy), 18 % žen má nejvýše dosažené vzdělání – středoškolské vzdělání ukončené výučním listem (39 žen), 42 % žen má nejvýše dosažené vzdělání středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou (91 žen), 6 % žen má nejvýše dosažené vzdělání – vyšší odborné vzdělání (12 žen), 33 % žen má nejvýše dosažené vzdělání – vysokoškolské vzdělání (72 žen).

Tabulka 6*Vzdělání respondentek*

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Bez vzdělání – neúplné základní vzdělání	0	0%
Základní	3	1%
Středoškolské vzdělání ukončené výučním listem	39	18%
Středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou	91	42%
Vyšší odborné vzdělání	12	6%
Vysokoškolské vzdělání	72	33%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 5: Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?

Otázkou č. 5 jsme zjišťovali, zda ženy s karcinomem prsu vědí, že mohou během onemocnění využít služeb sociálního pracovníka. Z tabulky 7 vyplývá, že 20 % žen vědělo o možnostech využití služeb sociálního pracovníka (44 žen) a **80 % žen** o možnostech využití služeb sociálního pracovníka nevědělo (**173 žen**).

Tabulka 7

Povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Ano	44	20%
Ne	173	80%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 6: Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?

Otázkou č. 6 jsme zjišťovali, zda ženy s karcinomem prsu využily služeb sociálního pracovníka. Z tabulky 8 vyplývá, že 15 % žen využilo služeb sociálního pracovníka (32 žen) a 85 % žen nevyužilo služeb sociálního pracovníka (185 žen).

Tabulka 8

Využití služeb sociálního pracovníka

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Ano	32	15%
Ne	185	85%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 7: Kdy jste začala využívat služeb sociálního pracovníka?

Otázkou 7 jsme zjišťovali, kdy ženy s karcinomem prsu začaly využívat služeb sociálního pracovníka. Z tabulky 9 vyplývá, že 6 % žen začalo využívat služeb sociálního pracovníka na začátku léčby (12 žen), 3 % žen začala využívat služeb sociálního pracovníka v průběhu léčby (7 žen), 4 % žen začala využívat služeb sociálního pracovníka při ukončení léčby (9 žen) a 87 % žen nevyužilo služeb sociálního pracovníka (189 žen).

Tabulka 9

Začátek využití služeb sociálního pracovníka

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Na začátku léčby	12	6%
V průběhu léčby	7	3%
Při ukončení léčby	9	4%
Nevyužila jsem služeb sociálního pracovníka	189	87%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 8: Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků na začátku léčby?

Otázkou č. 8 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s odbornou pomocí sociálních pracovníků, na začátku jejich léčby. Z tabulky 10 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 3 % žen odpověděla „Určitě ano“ (6 žen), 3 % žen odpověděla „Ano“ (6 žen). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedopověděla „Určitě ne“ (0 žen) a 1 % žen odpovědělo „Ne“ (3 ženy). Dále četné procento žen, konkrétně 93 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (202 žen).

Tabulka 10*Míra spokojenost s odbornou pomocí sociálních pracovníků na začátku léčby*

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Určitě ano	6	3%
Ano	6	3%
Určitě ne	0	0%
Ne	3	1%
Nevyužila jsem	202	93%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 9: Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků v průběhu léčby?

Otázkou č. 9 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s odbornou pomocí sociálních pracovníků, v průběhu jejich léčby. Z tabulky 11 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 4 % žen odpověděla „Určitě ano“ (9 žen), 5 % žen odpovědělo „Ano“ (10). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedověděla „Určitě ne“ (0 žen), 1 % žen odpovědělo „Ne“ (2 ženy). Dále čtené procento žen, konkrétně 90 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (217 žen).

Tabulka 11*Míra spokojenost s odbornou pomocí sociálních pracovníků v průběhu léčby*

Možnosti odpovědi	Počet respondente k	Podíl
Určitě ano	9	4%
Ano	10	5%
Určitě ne	0	0%
Ne	2	1%
Nevyužila jsem	196	90%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 10: Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků při ukončení léčby?

Otázkou č. 10 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s odbornou pomocí sociálních pracovníků, při ukončení léčby. Z tabulky 12 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 5 % žen odpovědělo „Určitě ano“ (11 žen), 4 % žen odpověděla „Ano“ (9 žen). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedopověděla „Určitě ne“ (0 žen) a 2 % žen odpověděla „Ne“ (4 ženy). Dále četné procento žen, konkrétně 89 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (193 žen).

Tabulka 12

Míra spokojenost s odbornou pomocí sociálních pracovníků při ukončení léčby

Možnosti odpovědi	Počet respondente k	Podíl
Určitě ano	11	5%
Ano	9	4%
Určitě ne	0	0%
Ne	4	2%
Nevyužila jsem	193	89%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 11: Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka na začátku léčby?

Otázkou č. 11 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s osobním přístupem sociálních pracovníků, na začátku jejich léčby. Z tabulky 13 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 3 % žen odpověděla „Určitě ano“ (6 žen), 2 % žen odpověděla „Ano“ (5 žen). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedopověděla „Určitě ne“ (0 žen) a 1 % žen odpovědělo „Ne“ (2 ženy). Dále četné procento žen, konkrétně 94 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (204 žen).

Tabulka 13

Míra spokojenost s osobním přístupem sociálních pracovníků na začátku léčby

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Určitě ano	6	3%
Ano	5	2%
Určitě ne	0	0%
Ne	2	1%
Nevyužila jsem	204	94%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 12: Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka v průběhu léčby?

Otázkou č. 12 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s osobním přístupem sociálních pracovníků, v průběhu jejich léčby. Z tabulky 14 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 5 % žen odpovědělo „Určitě ano“ (10 žen), 4 % žen odpovědělo „Ano“ (9 žen). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedověděla „Určitě ne“ (0 žen) a žádná z žen neodověděla „Ne“ (0 žen). Dále četné procento žen, konkrétně 91 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (198 žen).

Tabulka 14

Míra spokojenost s osobním přístupem sociálních pracovníků v průběhu léčby

Možnosti odpovědi	Počet respondente k	Podíl
Určitě ano	10	5%
Ano	9	4%
Určitě ne	0	0%
Ne	0	0%
Nevyužila jsem	198	91%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 13: Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka při ukončení léčby?

Otázkou č. 13 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu, s osobním přístupem sociálních pracovníků, při ukončení léčby. Z tabulky 15 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 5 % žen odpovědělo „Určitě ano“ (11 žen), 4 % žen odpovědělo „Ano“ (9 žen). Z oblasti nespokojenosti žádná z žen nedověděla „Určitě ne“ (0 žen) a 4 % žen odpovědělo „Ne“ (8 žen). Dále četné procento žen, konkrétně 87 %, odpovědělo tak, že nevyužilo služeb sociálního pracovníka – tedy - „Nevyužila jsem“ (189 žen).

Tabulka 15

Míra spokojenost s osobním přístupem sociálních pracovníků při ukončení léčby

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Určitě ano	11	5%
Ano	9	4%
Určitě ne	0	0%
Ne	8	4%
Nevyužila jsem - nebo nemám léčbu zatím ukončenou	189	87%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 14: O možnostech využití služeb sociálních pracovníků jste se dozvěděla od?

Otázkou č. 14 jsme zjišťovali od koho se ženy s karcinomem prsu dozvěděly o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. Z tabulky 16 vyplývá, že 6 % žen se o možnostech využití služeb sociálního pracovníka dozvědělo od lékaře (13 žen), 6 % žen se o možnostech využití služeb sociálního pracovníka dozvědělo od kamarádky (12 žen), 1 % žen se o možnostech využití služeb sociálního pracovníka dozvědělo od rodiny (3 ženy), 4 % žen se o možnostech využití služeb sociálního pracovníka dozvědělo od dobrovolníků v nemocnicích (9 žen), 25 % žen si možnost využití služeb sociálního zjišťovalo sama (55 žen). **Zbýlých 58 % žen (125 žen) odpovědělo možnostmi „Jiná“ – viz. příloha č. II a III. Ve značném množství se opakovaly odpovědi, že ženy o možnostech využití služeb sociálního pracovníka nevěděly. Případně, že se o**

možnostech využití služeb sociálního pracovníka dozvěděly až z našeho dotazníkového šetření.

Tabulka 16

Zdroj možnosti využití služeb sociálního pracovníka

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Od Lékař	13	6%
Od kamarádky	12	6%
Od rodiny	3	1%
Od dobrovolníků v nemocnici	9	4%
Zjišťovala jsem si tyto informace sama	55	25%
Jiná	125	58%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 15: Věděla jste, že během onemocnění můžete docházet do organizací, které nabízejí klientkám pomoc, péči, podporu, ale i porozumění od jiných klientek, které si již onemocněním prošly?

Otázkou č. 15 jsme zjišťovali, zda ženy s karcinomem prsu vědí, že mohou docházet do patientských organizací, které nabízejí klientkám pomoc, péči, podporu, ale i porozumění od jiných klientek, které si již onemocněním prošly. Z tabulky 17 vyplývá, že 61 % žen vědělo o možnosti docházení do organizací, které nabízejí klientkám pomoc, péči, podporu, ale i porozumění od jiných klientek, které si onemocněním prošly (133 žen). Zbýlých 39 % o této možnosti nevědělo (84 žen).

Tabulka 17

Povědomí o patientských organizacích

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Ano, věděla	133	61%
Ne, nevěděla	84	39%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 16: Navštěvovala jste během onemocnění některou z těchto organizací?

Otázkou č. 16 jsme zjišťovali, zda ženy s karcinomem prsu navštěvovaly tyto pacientské organizace, které nabízejí klientkám pomoc, péči, podporu, ale i porozumění od jiných klientek, které si již onemocněním prošly. Z tabulky 18 vyplývá, že 18 % žen odpovědělo „Ano“ a navštěvovalo některou z těchto organizací (40 žen). Zbýlých 82 % žen odpovědělo „Ne“ a nenavštěvovalo žádnou z těchto organizací (177 žen).

Tabulka 18

Využití služeb pacientských organizací

Možnosti odpovědi	Počet respondente k	Podíl
Ano, navštěvovala	40	18%
Ne, nenavštěvovala	177	82%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 17: Byla jste spokojena se službami těchto organizací?

Otázkou č. 17 jsme zjišťovali míru spokojenosti žen s karcinomem prsu se službami pacientských organizací. Z tabulky 19 vyplývá, že z oblasti spokojenosti 13 % žen odpovědělo „Určitě ano“ (29 žen), 5 % žen odpovědělo „Ano“ (11 žen). Z oblasti nespokojenosti 2 % žen odpověděla v rámci nespokojenosti „Určitě ne“ (2) a 0 % žen odpovědělo „Ne“ (0 žen). V neposlední řadě, čtené procento žen, konkrétně 81 %, odpovědělo tak, že nenavštěvovalo žádnou z těchto organizací, tedy – „Nenavštěvovala jsem žádnou z těchto organizací“ (175 žen).

Tabulka 19

Míra spokojenosti se službami patientských organizací

Možnosti odpovědi	Počet respondente k	Podíl
Určitě ano	29	13%
Ano	11	5%
Určitě ne	2	1%
Ne	0	0%
Nenavštěvovala jsem žádnou z těchto organizací	175	81%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Otázka č. 18: Začala jste po léčbě spolupracovat, spolu se sociálními pracovníky, v některé z těchto organizací?

Otázkou č. 18 jsme zjišťovali, zda se ženy s karcinomem prsu jsou součástí patientských organizací, zda s nimi spolupracují. Z tabulky 20 vyplývá, že z oblasti aktivní účasti, odpověděla 4 % žen (9 žen), že se aktivně podílejí na spolupráci v oblasti pomoci, péče, prevence, podpory jiných klientek. Dalších 6 % žen odpovědělo, že se na chodu organizace podílí pasivně – finančně (14 žen). Následujících 24 % žen odpovědělo tak, že nejsou součástí těchto organizací, protože nechtějí nebo nemohou (51 žen). V největším zastoupení odpovědělo 48 % žen, a to tak, že není součástí těchto organizací, protože o této možnosti nevědělo (105 žen). Zbýlých 18 % žen odpovědělo tak, že o účasti v těchto organizacích zatím uvažuje (38 žen).

Tabulka 20

Aktivita v patientských organizacích

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Podíl
Ano, aktivně – podílím se na spolupráci v oblasti pomoci, péče, prevence, podpory jiných klientek	9	4%
Ano, pasivně – finančně se podílím na chodu organizace	14	6%
Ne, nejsem součástí – nechci/nemohu	51	24%
Ne, nejsem součástí, protože jsem to nevěděla	105	48%
Uvažuji o tom	38	18%
Celkem	217	100%

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

4.5. Ověřování hypotéz výzkumu

V této části diplomové práce, zaměřené na ověřování hypotéz, se nyní budeme zabývat interpretací výsledků, které byly získány z dotazníkového šetření. Tyto výsledky jsme následně zpracovali v programu Microsoft Excel a poté jsme je zaznamenali do tabulek.

Pomocí matematických a statických vzorců jsme vypočítali klíčové hodnoty, které byly nezbytné pro další analýzu a testování hypotéz. Pro přijetí nebo zamítnutí našich hypotéz jsme použili Testování nezávislosti (Pearsonův Chí-kvadrát test), který nám umožnil určit, zda shromážděná data podporují naše předpoklady nebo je vyvracejí.

Dle autorů Pavlíka a Duška, 2012:

Pearsonův Chí-kvadrát test je základním a nejpoužívanějším testem nezávislosti v kontingenční tabulce. Nulovou hypotézou je zde tvrzení, že náhodné veličiny X a Y jsou nezávislé, což znamená, že pravděpodobnost nastání určité varianty náhodné veličiny X neovlivňuje nastání určité varianty náhodné veličiny Y (s. 104).

Autoři Pavlík, Dušek (2012), uvádějí, že test využívá myšlenku srovnání pozorovaných četností, které vycházejí v našem případě z dotazníkového šetření a

očekávaných četností, které jsou počítány za předpokladu platnosti hypotézy H_0 , jednotlivých kombinací náhodných veličin X a Y . Autoři dále přicházejí s proměnou n_{ij} , která znázorňuje počet subjektů, u nichž nastala situace, že náhodná veličina X je rovna hodnotě i a náhodná veličina Y je rovna hodnotě j .

Dále tito autoři definují marginální četnosti podle rovnic (1):

$$n_{i.} = \sum_{j=1}^c n_{ij} \qquad n_{.j} = \sum_{i=1}^r n_{ij} \qquad (1)$$

Uvádějí, že za platnosti H_0 je možné očekávanou četnost vypočítat podle rovnice (2):

$$e_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n} \qquad (2)$$

Autoři Pavlík, Dušek, (2012) dále uvádějí, že Karl Pearson již v roce 1904 odvodil, že statistika dle rovnice (3) má za platnosti nulové hypotézy o nezávislosti Chí-kvadrát testu rozdělení s parametry $(r-1)(c-1)$, tedy platí rovnice (4).

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \qquad (3)$$

$$X^2 \sim \chi_{(r-1)(c-1)}^2 \qquad (4)$$

Nulovou hypotézu zamítáme na hladině významnosti α a to tehdy, když hodnota testované X^2 veličiny přesáhne příslušný $100(1 - \alpha)\%$ kvantil rozdělení X^2 , pak tedy platí rovnice:

$$X^2 \geq \chi_{(r-1)(c-1)}^2(1 - \alpha) \qquad (5)$$

Následovně definují dva předpoklady pro Pearsonova Chí-kvadrát test:

- 1) Každý prvek pozorování je nezávislý a je v sumě uveden jen jednou
- 2) Alespoň 80 % buněk kontingenční tabulky má $e_{ij} > 5$ a žádná buňka nemá $e_{ij} < 2$.

• **Hypotéza 1**

Hypotéza nulová, H_{01} : Mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka neexistuje žádná závislost.

Hypotéza alternativní, H_{A1} : Existuje závislost mezi věkem a klientek a využitím služeb sociálního pracovníka.

V níže uvedené maticové tabulce 21 máme zaznamenané pozorované četnosti odpovědí z dotazníku na otázku č. 6: „Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?“ a otázku č. 1: „Kolik Vám bylo let v době onemocnění?“ Tabulka byla seskládána dle rovnic (1):

Tabulka 21

Pozorované četnosti pro hypotézu 1

Pozorovaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Kolik Vám bylo let v době onemocnění?	18 – 24	1	2	3
	25 – 30	4	14	18
	31 – 35	5	26	31
	36 – 40	6	24	30
	41 – 45	6	33	39
	46 – 50	6	47	53
	51 a více	4	39	43
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené maticové tabulce 22 máme zaznamenané, vypočítané a teoreticky očekávané četnosti dle rovnice (2).

Tabulka 22

Vypočítané četnosti pro hypotézu 1

Vypočítaná očekávaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Kolik Vám bylo let v době onemocnění?	18 – 24	0,4	2,6	3
	25 – 30	2,7	15,3	18
	31 – 35	4,6	26,4	31
	36 – 40	4,4	25,6	30
	41 – 45	5,8	33,2	39
	46 – 50	7,8	45,2	53
	51 a více	6,3	36,7	43
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Vzhledem k tomu, že v buňce pro věkovou skupinu „18-24“ a odpověď „ANO“ máme velmi nízkou hodnotu – očekávanou četnost e_{ij} , která je nižší než 2 a zároveň máme více hodnot nižších než 5, bylo nutné tabulku přeskupit sloučením věkových skupin. Výsledná tabulka po sloučení je níže.

Tabulka 23

Seskupené pozorované četnosti pro hypotézu 1

Pozorovaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Kolik Vám bylo let v době onemocnění?	18 – 30	5	16	21
	30 – 45	17	83	100
	45 a více	10	86	96
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Dále proběhl dle rovnice (2) výpočet jednotlivých očekávaných četností e_{ij} . Po seskupení je již tabulka v souladu s podmínkami výše.

Tabulka 24*Vypočtené četnosti pro seskupené skupiny pro hypotézu 1*

Vypočítaná očekávaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Kolik Vám bylo let v době onemocnění?	18 – 30	3	18	21
	30 – 45	15	85	100
	45 a více	14	82	96
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené tabulce jsou dopočítané dílčí výpočty Chí kvadrátu $\frac{(n_{ij}-e_{ij})^2}{e_{ij}}$ pro jednotlivé buňky matice a v zeleném poli je spočítaná hodnota za všechny pole dle rovnice (3).

Tabulka 25*Výpočet Chí-kvadrát pro hypotézu 1*

Vypočet Chí-kvadrát		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?	
		Ano	Ne
Kolik Vám bylo let v době onemocnění?	18 – 30	1,170	0,202
	30 – 45	0,344	0,060
	45 a více	1,220	0,211
Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát			3,208

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Pro stanovení správného Chí-kvadrátu se správným rozdělením je důležité vypočítat stupně volnosti:

Tabulka 26*Stupně volnosti pro hypotézu 1*

Výpočet stupňů volnosti	Řádky	Sloupce
Počet	3	2
Stupňů volnosti	2	1
Celkový počet stupňů volnosti		2

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Níže uvedená tabulka stanovuje další proměnné, které jsou nezbytné pro vyhodnocení testu.

Tabulka 27*Doplňující informace pro hypotézu 1*

Další proměnné vstupující do vyhodnocení	Hodnota
Hladina významnosti α	5%
Signifikace Chí-kvadrát testu	5,991

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Vzhledem k tomu, že neplatí rovnice (5). Tak došlo k zamítnutí hypotézy – H_{01} .

Tabulka 28*Porovnávací tabulka pro hypotézu 1*

Vyhodnocení testu	Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát (X^2)	Znaménko	Signifikace Chí-kvadrát testu ($\chi^2_{(r-1)(c-1)}(1 - \alpha)$)
	3,208	<	5,991

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Na základě hladiny významnosti, která činí 5 % - nulovou **hypotézu** – H_{01} o nezávislosti jednotlivých znaků **přijímáme**. Mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka **neexistuje** žádná závislost.

- **Hypotéza 2**

Hypotéza nulová, H_{02} : Neexistuje závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

Hypotéza alternativní, H_{A2} : Existuje závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

V níže uvedené maticové tabulce máme zaznamenané pozorované četnosti odpovědí z dotazníku na otázku č. 5: „Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?“ a č. 4: „Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?“ Tabulka byla seskládána dle rovnic (1):

Tabulka 29

Pozorované četnosti pro hypotézu 2

Pozorovaná četnost		Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?		
		Ano	Ne	Celkem
Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?	Základní	0	3	3
	Středoškolské vzdělání ukončené výučním listem	13	26	39
	Středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou	14	77	91
	Vyšší odborné vzdělání	5	7	12
	Vysokoškolské vzdělání	12	60	72
	Celkem	44	173	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené maticové tabulce máme zaznamenané, vypočítané a teoreticky očekávané četnosti dle rovnice (2).

Vzhledem k tomu, že u pozorované četnosti, u základního vzdělání a odpovědi „Ano“, nemáme žádného respondenta – tedy nulovou četnost, přikročili jsme k seskupení tabulky, která je níže. Tabulka níže nyní splňuje podmínky pro výpočet Chí-kvadrát testu.

Tabulka 30*Seskupené pozorované četnosti pro hypotézu 2*

Pozorovaná četnost		Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?		
		Ano	Ne	Celkem
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ a SOU	13	29	42
	SŠ a VOŠ	19	84	103
	VŠ	12	60	72
	Celkem	44	173	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Dále proběhl dle rovnice (2) výpočet jednotlivých očekávaných četností e_{ij} , viz. tabulka níže.

Tabulka 31*Vypočtené četnosti pro seskupené skupiny pro hypotézu 2*

Vypočítaná četnost		Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?		
		Ano	Ne	Celkem
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ a SOU	8,52	33,48	42
	SŠ a VOŠ	20,88	82,12	103
	VŠ	14,60	57,40	72
	Celkem	44	173	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené tabulce jsou dopočítané dílčí výpočty Chí kvadrátu $\frac{(n_{ij}-e_{ij})^2}{e_{ij}}$ pro jednotlivé buňky matice a v zeleném poli je spočítaná hodnota za všechny pole dle rovnice (3).

Tabulka 32*Výpočet Chí-kvadrát pro hypotézu 2*

Vypočet Chí-kvadrát		Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?	
		Ano	Ne
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ a SOU	2,36	0,60
	SŠ a VOŠ	0,17	0,04
	VŠ	0,46	0,12
Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát			3,755

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Pro stanovení správného Chí-kvadrátu se správným rozdělením je důležité vypočítat stupně volnosti:

Tabulka 33*Stupně volnosti pro hypotézu 2*

Výpočet stupňů volnosti	Řádky	Sloupce
Počet	3	2
Stupňů volnosti	2	1
Celkový počet stupňů volnosti		2

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Níže uvedená tabulka stanovuje další proměnné, které jsou nezbytné pro vyhodnocení testu.

Tabulka 34*Doplňující informace pro hypotézu 2*

Další proměnné vstupující do vyhodnocení	Hodnota
Hladina významnosti α	5%
Signifikace Chí-kvadrát testu	5,991

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Vzhledem k tomu, že neplatí rovnice (5). Tak došlo k zamítnutí hypotézy – H_0 .

Tabulka 35*Porovnávací tabulka pro hypotézu 2*

Vyhodnocení testu	Signifikace Chí-kvadrát testu	Znaménko	Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát
	5,991	>	3,755

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Na základě hladiny významnosti, která činí 5 % - nulovou **hypotézu** – **H₀₂** o nezávislosti jednotlivých znaků **přijímáme**. *Neexistuje* závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.

- **Hypotéza 3**

Hypotéza nulová, H₀₃: Neexistuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálních pracovníků

Hypotéza alternativní, H_{A3}: Existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka.

V níže uvedené maticové tabulce máme zaznamenané pozorované četnosti odpovědí z dotazníku na otázku č. 6: „Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?“ a č. 5: „Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?“ Tabulka byla seskládána dle rovnic (1):

Tabulka 36*Pozorované četnosti pro hypotézu 3*

Pozorovaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?	Ano	22	22	44
	Ne	10	163	173
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené maticové tabulce máme zaznamenané, vypočítané a teoreticky očekávané četnosti dle rovnice (2). Výše uvedená tabulka splňuje obě podmínky pro stanovení Chí-kvadrát testu.

Tabulka 37*Vypočtené četnosti pro hypotézu 3*

Vypočítaná četnost		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?		
		Ano	Ne	Celkem
Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?	Ano	6	38	44
	Ne	26	147	173
	Celkem	32	185	217

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

V níže uvedené tabulce jsou dopočítané dílčí výpočty Chí kvadrátu $\frac{(n_{ij}-e_{ij})^2}{e_{ij}}$ pro jednotlivé buňky matice a v zeleném poli je spočítaná hodnota za všechny pole dle rovnice (3).

Tabulka 38*Výpočet Chí-kvadrát pro hypotézu 3*

Vypočet Chí-kvadrát		Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?	
		Ano	Ne
Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?	Ano	37,08	6,41
	Ne	9,43	1,63
Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát			54,559

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Pro stanovení správného Chí-kvadrátu se správným rozdělením je důležité vypočítat stupně volnosti:

Tabulka 39*Stupně volnosti pro hypotézu 3*

Výpočet stupňů volnosti	Řádky	Sloupce
Počet	2	2
Stupňů volnosti	1	1
Celkový počet stupňů volnosti		1

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Níže uvedená tabulka stanovuje další proměnné, které jsou nezbytné pro vyhodnocení testu.

Tabulka 40*Doplňující informace pro hypotézu 3*

Další proměnné vstupující do vyhodnocení	Hodnota
Hladina významnosti α	5%
Signifikace Chí-kvadrát testu	3,841

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Vzhledem k tomu, že platí rovnice (5). Tak došlo k zamítnutí hypotézy – H_{03} .

Tabulka 41

Porovnávací tabulka pro hypotézu 3

Vyhodnocení testu	Signifikace Chí-kvadrát testu	Znaménko	Celková hodnota testovaného kritéria Chí-kvadrát
	3,841	<	54,559

(zdroj: vlastní šetření, 2024)

Na základě hladiny významnosti, která činí 5 % - nulovou **hypotézu** – H_{03} o nezávislosti jednotlivých znaků **nepřijímáme**. A přijímáme alternativní hypotézu - H_{A3} o *existenci* závislost mezi informovaností klientek a využitím služeb sociálního pracovníka.

4.6. Shrnutí výsledků výzkumu, diskuse

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda ženy s onemocněním karcinomu prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. Výzkumnými dílčími cíli diplomové práce bylo: Zjistit, zda existuje závislost mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka. Zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a jejich nejvýše dosaženým vzděláním. A v neposlední řadě, zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou, a to formou dotazníkového šetření. Výzkumné otázky z dotazníkového šetření byly sestaveny na základě předem určeného cíle a hypotéz. Dotazník byl distribuován respondentkám online formou, skrze internetovou platformu Survio a obsahoval 18 otázek. Z toho bylo 17 otázek uzavřených a 1 otázka byla otevřená, konkrétně otázka č. 14. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 217 respondentek z celé České republiky.

Jak je již uvedeno výše, hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda ženy s onemocněním karcinomu prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. K tomuto cíli se vztahovaly otázky z dotazníkového šetření. Vzhledem k tomu, že výsledky dotazníkového šetření byly pro autorku alarmujícím zjištěním, dospěla k názoru, že ženy s karcinomem prsu nemají dostatečné povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. Velmi zneklidňující výsledky byly zjištěny z odpovědí žen na otázku z dotazníkového šetření, č. 5 – „**Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?**“ a č. 14 - „**O možnostech využití služeb sociálních pracovníků jste se dozvěděla od?**“, kam respondentky, v případě potřeby, mohly zanést svou odpověď – viz příloha č. II. a III. Z toho důvodu byl autorkou zhotoven „letáček“ pro pacientky, kterým byl diagnostikován karcinom prsu, viz. příloha IV.

K tomu, abychom mohli jednotlivé hypotézy přijmout či odmítnout, bylo nutné užití statistické metody, kterou v našem případě byl Chí-kvadrát test.

Hypotéza 1: Cílem první hypotézy bylo zjistit, zda existuje závislost mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka. V tomto případě, dle výpočtů pomocí statistické metody Chí-kvadrát, došlo k *přijmutí* první nulové hypotézy – **H₀₁: Mezi věkem klientek a využitím služeb sociálního pracovníka neexistuje žádná závislost.** Lze tedy konstatovat, že klientky, které využily během svého onemocnění služeb sociálního pracovníka, byly v různém věkovém rozmezí.

Hypotéza 2: Cílem druhé hypotézy bylo zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a jejich nejvýše dosaženým vzděláním. V tomto případě, dle výpočtů pomocí statistické metody Chí-kvadrát, došlo k *přijmutí* druhé nulové hypotézy - **H₀₂: Neexistuje závislost mezi nejvýše dosaženým vzděláním klientek a informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka.** Lze tedy konstatovat, že ženy jsou obdobně informovány o možnostech využití služeb sociálního pracovníka, jejich informovanost nezáleží na dosaženém vzdělání.

Hypotéza 3: Cílem třetí hypotézy bylo zjistit, zda existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka. V tomto případě, dle výpočtů pomocí statistické metody Chí-kvadrát, došlo k *odmítnutí* třetí nulové hypotézy. A *přijímáme* alternativní hypotézu - **H_{A3}: Existuje závislost mezi informovaností klientek o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a skutečným využitím služeb sociálního pracovníka.** Lze tedy konstatovat, že informovanost žen má přímý vliv na využití služeb sociálního pracovníka.

ZÁVĚR

Zdraví je bezpochyby jedním z nejcennějších věcí v životě, avšak jeho skutečná hodnota se nám často stane patrnou až v momentě, kdy čelíme zdravotním problémům. Diagnóza karcinomu prsu patří k nejčastějšímu onkologickému onemocnění u žen. Sociální pracovníci mají nezastupitelnou roli při poskytování podpory ženám a jejich rodinám, které čelí boji s karcinomem prsu. Toto téma pro mě bylo velice zajímavým a zároveň osobním, a to z toho důvodu, že se více jak 10 let pohybuji ve zdravotnictví a domnívám se, že rakovina prsu stále tvoří jedno z tabuizovaných témat společnosti.

Tato diplomová práce nese název „Pomoc a péče sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu“. Práce je koncipována teoreticko-empiricky.

Teoretická část disponuje třemi hlavními kapitolami, každá kapitola je obohacena o podkapitoly, které na sebe navazují. První kapitola se věnuje sociálnímu pracovníkovi, je zde vymezena osobnost sociálního pracovníka, dále jsou zde uvedeny typy sociálního pracovníka spolu s komunikací sociálních pracovníků. Druhá kapitola pojednává o sociální práci, o metodách sociální práce, o metodách sociální práce s onkologickými klienty a také poukazuje na sociální služby, kde je definován zákon o sociálních službách spolu s jednotlivými kompenzačními pomůckami pro ženy s karcinomem prsu. Poslední, třetí, kapitola teoretické části je věnována charakteristice onemocnění karcinomu prsu. Jsou zde popsány důsledky onemocnění, prevence onemocnění karcinomu prsu a také jsou zde uvedeny organizace napomáhající ženám během onemocnění karcinomu prsu.

Empirická část – cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda ženy s karcinomem prsu mají povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka. Ve výzkumné části diplomové práce, byly zvoleny tři hypotézy. V návaznosti k hypotézám bylo realizováno výzkumné šetření, následně došlo k přijetí či odmítnutí jednotlivých hypotéz.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 80 % dotazovaných žen nemá povědomí o možnostech využití služeb sociálního pracovníka a více jak 50 % dotazovaných žen se o této možnosti dozvědělo až prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo

realizováno k výzkumné části této diplomové práce. Z tohoto důvodu byl mnou vytvořen „letáček“, který by měl ženám s karcinomem prsu usnadnit toto nelehké období. Cílem tohoto „letáčku“ je ženám přiblížit osobnost sociálního pracovníka a možnost pomoci v tomto nelehkém období. Jeho umístění by bylo adekvátní v čekárnách onkologických ambulancí, případně by mohl být umístěn v čekárnách mamologických ordinací, kam ženy docházejí v rámci prevence na ultrasonografické vyšetření či mamografický screening.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam použitých knižních zdrojů:

Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., et al. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada.

Argayová, I., Angelovičová, K., Dimunová, L. (2021). *Specializovaná ošetrovatelská péče v onkologii: nádory močového měchýře*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Bleierová, D., & Kadlčík, J. (2020). *Maják v moři strachu: průvodce léčbou rakoviny prsu pro ženy, jejich partnery a blízké*. [Jablonec nad Nisou]: [Jan Kadlčík].

Boukalová, H., Cerha, O., Sedláček, M., & Šírová, E. (2023). *Psychologie komunikace*. Praha: Grada.

Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví* (6., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Grada.

Cibula, D., & Petruželka, L. (2009). *Onkogynekologie*. Praha: Grada.

Coufal, O., & Fait, V. (2011). *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada.

Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.

Daneš, J. (2021). *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi*. Praha: Grada Publishing.

Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing.

Draganová, H., & kol. (2006). *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta.

Elichová, M. (2017). *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada.

Foretová, L., Macháčková, E., & Gaillyová, R. (2022). *Hereditární nádorová onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing.

Gulová, L. (2011). *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada.

Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium.

Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada.

Chráška, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu* (2nd ed.). Pedagogika (Grada). Praha: Grada.

Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Kuzníková, I. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

Laca, S. (2021). *Koncept teórií a metod v sociálnej práci*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Lahnerová, D. (2009). *Asertivita pro manažery*. Manažer. Praha: Grada.

Levická, J. (2003). *Metódy sociálnej práce*. Trnava: VeV.

Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Machová, J., & Kubátová, D. (2016). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.

Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada.

Mátel, A. (2019). *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing.

Matoušek, O. (2001). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce* (2nd ed.). Praha: Portál.

Měšťák, J. (2007). *Prsa očima plastického chirurga*. Zdraví & životní styl. Praha: Grada.

Musil, L. (2004). *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman.

Nečasová, M. (2001). *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita.

Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.

Pavlík, T., & Dušek, L. (2012). *Biostatistika*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.

Pelikán, J. (1998). *Metody empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.

Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Plevová, I. (2012). *Management v ošetřovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Sociologie (Grada). Praha: Grada.

Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada.

Schavel, M., & Čištecký, F. (2005). *Sociální prevence. I*. Trnava: FZaSP TU.

Sládková, P. (2021). *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Slezáková, L. (2007). *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Zdravotnický asistent. Praha: Grada.

Slezáková, L., et al. (2013). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy* (2nd, dopl. vyd.). Sestra (Grada). Praha: Grada.

Slezáková, L., et al. (2021). *Ošetrovatelství V chirurgii II: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada.

Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Šrajfer, J., & Musil, L. (Eds.). (2008). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert.

Šťastná, J. (2016). *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Tomeš, I. (1997). *Vzdělávací standardy v sociální práci pro středoškolský, vyšší odborný a vysokoškolský stupeň vzdělání*. Sešity pro sociální politiku. Praha: Sociopress.

Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Vokurka, S. (2022). *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing.

Vorlíček, J., et al. (2004). *Paliativní medicína* (2nd ed.). Praha: Grada.

Vorlíček, J., Abrahamová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry* (2nd ed.). Sestra (Grada). Praha: Grada.

Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3rd ed.). Psyché (Grada). Praha: Grada.

Seznam použitých zahraničních knižních zdrojů:

Banks, S. (1995). *Ethics and values in social work*. Basingstoke: Macmillan.

Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary*. NASW Press.

Dorfman, A. R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice, And Vision*. Routledge.

Friedlander, A. W. (1979). *Concepts and methods of social work*. Prentice Hall PTR.

Lavalette, M. (2011). *Radical social work today: Social work at the crossroads*. Policy Press.

Peacock, J. (2001). *Breast Cancer (Perspectives on Disease and Illness)*. Capstone Press.

Seznam zahraničních online článků:

PEARSON, K. (1900): "On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling." *Philosophical Magazine*. 1900, s. 157–175. Dostupné online: DOI 10.1080/14786440009463897.

Seznam internetových zdrojů:

Breastcancer.cz (2024) cit. [online] 19. 3. 2024 z <https://www.breastcancer.cz>

Bellisky.cz, (2024a), cit. [online] 19. 3. 2024 z <https://www.bellisky.cz/o-nas/>

Alen-tym.cz, (2024) cit. [online] 19. 3. 2024 z <https://www.alen-tym.cz>

Amazonky.cz (2024) cit. [online] 19. 3. 2024 z <http://www.onko-amazonky.cz/index.htm>

Amelie-zs.cz (2024) cit. [online] 19. 3. 2024 z <https://www.amelie-zs.cz/o-nas/poslani/>

Bellisky.cz (2024b) cit. [online] 11. 4. 2024 z <https://www.bellisky.cz/odborne-informace/kompenzacni-pomucky-pro-zeny-s-onemocnenim-rakoviny-prsu/>

www.cssz.cz (2024) cit. [online] 24. 3. 2024 z <https://www.cssz.cz/web/cz/osetrovne>

Seznam citovaných zákonů:

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ze dne 14. března, 2006 o sociálních službách [cit. 24. 4. 2024]. Dostupné online z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

PŘÍLOHY

5. Příloha I.: Dotazník

DOTAZNÍK

Vážené respondentky,

Mé jménem je Jitka Hůrková a jsem studentkou sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro výzkumnou část k mé diplomové práci, která nese téma „Pomoc a péče sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpresnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš čas.

1. Kolik Vám bylo let v době onemocnění?

- 18 – 24
- 25 – 30
- 31 – 35
- 36 – 40
- 41 – 45
- 46 – 50
- 51 a více

1. Z jakého jste kraje?

- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- kraj Vysočina
- Královehradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Praha
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj

2. Jaký je Váš současný stav?

- Vdaná
- Rozvedená
- Svobodná
- Vdova

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- Bez vzdělání – neúplné základní vzdělání
- Základní
- Středoškolské vzdělání ukončené výučním listem
- Středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Věděla jste, že během onemocnění můžete využít služeb sociálního pracovníka?

- Ano
- Ne

5. Využila jste služeb sociálního pracovníka během léčby nebo při jejím ukončení?

- Ano
- Ne

6. Kdy jste začala využívat služeb sociálního pracovníka?

- Na začátku léčby
- V průběhu léčby
- Při ukončení léčby
- Nevyužila jsem služeb sociálního pracovníka

7. Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků na začátku léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem

8. Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků v průběhu léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem

9. Byla jste spokojena s odbornou pomocí sociálních pracovníků při ukončení léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem nebo nemám ukončenou.

10. Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka na začátku léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem

11. Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka v průběhu léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem

12. Byla jste spokojena s osobním přístupem/chováním sociálního pracovníka při ukončení léčby?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nevyužila jsem/nemám ukončenou.

13. O možnostech využití služeb sociálních pracovníků jste se dozvěděla od?

- Od lékaře
- Od kamarádky
- Od rodiny
- Od dobrovolníků v nemocnici
- Sama
- *Jiné.....*

14. Věděla jste, že během onemocnění můžete docházet do organizací, které nabízejí klientkám pomoc, péči, podporu, ale i porozumění od jiných klientek, které si již onemocněním prošly?

- Ano, věděla
- Ne, nevěděla

15. Navštěvovala jste během onemocnění některou z těchto organizací?

- Ano, navštěvovala
- Ne, nenavštěvovala

16. Byla jste spokojena se službami těchto organizací?

- Určitě ano
- Ano
- Určitě ne
- Ne
- Nenavštěvovala jsem žádnou z těchto organizací

17. Začala jste spolupracovat, spolu se sociálními pracovníky, v některé z těchto patientských organizací?

- Ano, aktivně – podílím se na spolupráci v oblasti pomoci, péče, prevence, podpoře jiných klientek
- Ano, pasivně – finančně se podílím na chodu organizace
- Ne, nejsem součástí – nechci/nemohu
- Ne, nejsem součástí, protože jsem to nevěděla
- Uvažuji o tom

6. Příloha II.: Data k tabulce č. 14 – odpovědi žen „Jiná“ – 1/2

Odpovědi žen - 14 Jiné: část 1/2	Počet respondentek
Až nyní z dotazníku	1
Až nyní.	1
Až teď	3
Až teď, z tohoto dotazníku	1
Až z tohoto dotazníku	2
Bohužel mě o této možnosti nikdo neinformoval	1
Bohužel, tato informace se ke mně nedostala	1
Ctu to až teď, 4 roky po léčbě	1
Do teď jsem o tom nevěděla	1
Doposud jsem o tom nevěděla.	1
Dozvídám se nyní, při vyplňování dotazníku.	1
Fb	1
Instagram	1
Je to poprvé co to zjišťuji	1
Náhodou	1
nebylo mi nabídnuto	1
Nebylo mi známo, že je ta možnost	1
Nedozvěděla	6
Nedozvěděla jsem se	2
Nedozvěděla jsem se o této možnosti	1
Nedozvěděla jsem se to nikde	1
nedozvěděla, až teď z dotazníku	1
Nedozvěděla.	1
Nehledala jsem	1
Nějak jsem to věděla, nevím odkud.	1
Nemam zjištěno	1
Nevěděla jsem	12
Nevěděla jsem a ani bych službu nevyužila	1
Nevěděla jsem bohužel vůbec	1
Nevěděla jsem o ní	3
Nevěděla jsem o nich	1
Nevěděla jsem o takové službě	1
Nevěděla jsem o této možnosti	6
Nevěděla jsem o této službě	1
Nevěděla jsem o tom	1
Nevedela jsem o využití služeb	1
Nevěděla jsem o využití	1
Nevěděla jsem od nikoho	1
Nevedela jsem to	2
Nevěděla jsem ze se dá využít těchto služeb	1
Nevěděla jsem že ta možnost je	1
Celkem za 1/2:	69

Zdroj: vlastní zpracování, data dotazníkového šetření, 2024

**7. Příloha III.: Data k tabulce č. 14 – odpovědi žen „Jiná“ – pokračování
2/2**

Odpovědi žen - 14 Jiné: část 2/2	Počet respondentek
nevěděla jsem, že je tato možnost	1
Nevedela som o tom	1
Nevedela ze lze	1
Nevím o ní doteď	1
Nevím o těchto službách vůbec	1
Nevím o této možnosti vůbec	1
nevím o této službě	1
Nevím o tom	2
Nevím o tom až do teď co jsem rozklikla dotazník	1
Nevím, že něco takového existuje	1
Nevyužila	2
Nevyužila jsem	1
Nezjistila jsem a ani nemám pocit, že by potřebovala tuto pomoc.	1
Nezjistila jsem bohužel	1
Nezjišťovala jsem	1
Nikde	1
Nikdo mi o této možnosti neřekl.	1
Nikoho	2
Nyní od Vás	1
Nyní, díky Vám	1
O možnosti využít služeb sociálních pracovníků jsem se dozvěděla z tohoto dotazníku.	1
O možnosti využití služeb sociálního pracovníka mě nikdo neinformoval a proto jsem ani informace o této možnosti nezjišťovala..	1
O této možnosti jsem nevěděla	1
O této možnosti nemám žádné informace	1
O této službě jsem nebyla informována	1
Od nikoho	4
Od nikoho. Nevěděla jsem, že mohu využít sociálních dobrovolníků	1
Od vás	4
právě nyní z tohoto dotazníku	1
Právě teď při vyplňování dotazníku	1
Sama jsem pracovala jako sociální pracovník.	1
Sociální síť	1
Tady z dotazníku	1
Teď	3
Teď když na mne vykoukl dotazník	1
Teď od vás	2
Teď, díky tomuto dotazníku	1
Tento průzkum	1
Vubec jsem netusila, ze mohu takove sluzby využít 😊	1
Vůbec o něčem takovém nevím	2
Z tohoto dotazníku	3
Celkem za 2/2	56
Celkem:	125

Zdroj: vlastní zpracování, data dotazníkového šetření, 2024

8. Příloha IV.: Letáček pro pacientky s rakovinou prsu

Sociální pracovník jako podpora žen s rakovinou prsu



Pokud se Vám dostal tento letáček do rukou, pravděpodobně Vám byla diagnostikována rakovina prsu. Jsme tu, abychom Vám poskytl podporu a pomohli Vám zvládnout tuto nelehkou situaci. Mějte na paměti, že na tento “boj” **nejste sama**. Jedním z klíčových zdrojů podpory, které Vám mohou pomoci v této obtížné době, jsou sociální pracovníci.

KDO JE SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK?

Sociální pracovník profesionál, který je orientovaný na poskytování pomoci a podpory jak pacientkám, tak jejich rodinám v této nelehké situaci.

JAK VÁM MŮŽE SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK POMOCI?

EMOCIONÁLNÍ PODPORA - sociální pracovníci poskytují ženám a jejich rodinám emocionální podporu během této nelehké situace

PORADENSTVÍ, INFORMACE - sociální pracovníci ve zdravotnictví poskytují ženám informaci o jejich onemocnění, o zdrojích podpory, pomáhají porozumět lékařským zákrokům, také nabízejí kontakt na patientské skupiny - komunity žen s rakovinou prsu

NAVIGACE SYSTÉMEM ZDRAVOTNÍ PÉČE - sociální pracovníci pomáhají ženám s navigací složitým systémem zdravotní péče, sociálního zabezpečení a předávají tak informace o možnostech dávek

REHABILITACE A POSTUPNÉ ZAČLEŇOVÁNÍ - pomoc s návratem do “běžného” života po léčbě, poradenství ohledně pracovní zátěže, pracovních úvazků

KOMUNITA ŽEN S RAKOVINOU PRSU

V případě, že byste chtěla být v kontaktu ženami, které jsou na “stejně lodi” jako Vy a chtěla byste sdílet své radosti i starosti, postřehy z léčby, případně najít kamarádku, doporučujeme se obrátit na patientskou organizaci žen s rakovinou prsu. Například - **Bellis** - <https://www.bellisky.cz>

Zdroj: vlastní zpracování, 2024

9. Příloha V.: Tabulka kritické hodnoty testového kritéria Chí-kvadrát test

Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,21
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,09
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566

(Zdroj: Chráška, 2007, s. 248)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autoraky: Bc. Jitka Hůrková, DiS.

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, kombinovaná forma studia

Název práce: Pomoc a péče sociálních pracovníků ženám během onemocnění karcinomu prsu

Vedoucí práce: doc., PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., Dr.h.c.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 8 408

Ostatní text: 115 349

Celkový počet znaků: 123 757

Počet pramenů a literatury: 72

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: DP - Pomoc a pece socialnich pracovníku zenam beham onemocneni karcinomu prsu_Hurkova_Jitka