

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta
Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Obor: Sociální práce



SOCIÁLNÍ PROBLÉMY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH
SOCIAL PROBLEMS OF ONCOLOGY PATIENTS
bakalářská diplomová práce

Petra SMIČKOVÁ

Vedoucí bakalářské diplomové práce:
PhDr. Naděžda ŠPATENKOVÁ, Ph.D.

Olomouc 2015

Autorské prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny využití zdroje jsem v práci řádně citovala.

V Olomouci Podpis

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Naděždě Špatenkové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení mé práce. Zvláštní poděkování a tichá vzpomínka náleží slečně Kateřině Richterové, mé nejmilejší kamarádce, která stála na počátku této bakalářské práce, která se ale nedožila jejího dokončení. Děkuji také paní Trnečkové, manželům Nevařilovým, panu Lubošovi a všem ostatním onkologickým pacientům. Za trvalou podporu a pomoc děkuji také svým blízkým.

V Olomouci

Podpis

Obsah

ÚVOD	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
I.1 Vymezení klíčových pojmů	8
I.1.1 Onkologicky nemocný	8
I.1.2 Sociální problémy a nepříznivé sociální situace	9
I.1.3 Sociální práce ve zdravotnictví	11
I.1.4 Etická dimenze práce sociálního pracovníka s onkologicky nemocnými	16
I.2 Současné poznatky o sociální práci a sociálních problémech u onkologicky nemocných	18
I.3 Možnosti posuzování sociálních problémů u onkologicky nemocných	30
II. METODOLOGICKÁ ČÁST	35
II.1 Volba metody a techniky výzkumného šetření	35
II.2 Definování vzorku respondentů	36
II.3 Plán výzkumného šetření	37
II.4 Realizace vlastního šetření v terénu	37
III. EMPIRICKÁ ČÁST	40
III.1 Popis vzorku respondentů	40
III.2 Dílčí cíl č. 1: <i>Mapování sociálních problémů dospělých onkologicky nemocných pacientů</i>	44
III.3 Dílčí cíl č. 2: <i>Zjištění, jak onkologicky nemocní pojmají své onkologické onemocnění</i>	53
III.4 Dílčí cíl č. 3: <i>Posouzení, zda je možné SDI-21 implementovat do onkologické klinické praxe jako screeningový nástroj</i>	57
III.5 Diskuse	62
III.6 Doporučení pro praxi	65
ZÁVĚR	67
LITERATURA	70

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	75
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH 1 – 6	77

PŘÍLOHY 1 – 6

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

ÚVOD

Každý rok v České republice onemocní rakovinou 77 000 lidí a každý rok zemře na rakovinu přes 27 000 lidí, což znamená, že každý den této zákeřné nemoci v naší zemi podlehne 74 lidí. To představuje každých 20 minut úmrtí jednoho člověk na rakovinu. (ÚZIS, 2013) U nás je doložen vysoký výskyt nádorových chorob (tlustého střeva, plic, ledvin, prsu, prostaty). Česká onkologická společnost dokonce na svých internetových stránkách uvádí, že s onkologickým onemocněním se za svého života bude nějakým způsobem potýkat každý z nás a to jednoduše proto, že se ho prostě „dožije“. Prognosticky to znamená, že každý 3. český občan rakovinou onemocní a každý 4. na ni zemře. (Linkos - ČOSJEP, online)

Onkologická onemocnění i přes stále účinnější léčbu, jsou stále provázena závažnými společenskými a zejména ekonomickými důsledky. Závažné a specifické psychosociální problémy nemocných a jejich blízkých, které v běžné zdravotnické péči nejsou adekvátně řešeny, si dokonce vyžádaly vznik speciální disciplíny - psychoonkologie. *„Psychoonkologie je v porovnání s ostatními obory relativně novou oblastí interdisciplinární spolupráce mezi onkology, imunology, endokrinology, psychology a sociology.“* (Nosálková, 2010 online)

Všichni pacienti, u kterých je onkologické onemocnění diagnostikováno, musí podstoupit náročnou a dlouhou léčbu, která je zatěžuje a vyčerpává a která má často nejasný výsledek. Onkologické maligní onemocnění má společenské stigma – je velmi obávaným onemocněním, stále je spojováno s přímým ohrožením života pacienta. Důsledky postupu choroby i agresivní léčby jsou devastující nejen v oblasti somatické a psychické, ale také pro plnění sociálních rolí (pracovních, rodinných, partnerských) i pro sociální statut. Situaci pacienta je zasažena celá rodina.

Vzhledem k tomu, že pracuji ve zdravotnickém sektoru, zvolila jsem si téma, které stojí na pomezí zdravotnictví a sociální práce. Setkala jsem se s lidmi, kteří se s onkologickým onemocněním léčili a v této těžké situaci se ještě museli vypořádávat se závažnými problémy a změnami v sociální oblasti. Řadě z nich se nedostává odborné pomoci ani psychologa, ani sociálního pracovníka, ani duchovního. Toto zjištění mě vede ke zkoumání sociálních problémů onkologických pacientů a k identifikaci těch problémů, které nejsou u onkologicky nemocných dostatečně řešeny, a ráda bych přispěla k jejich lepšímu diagnostikování a tím k vyšší míře pravděpodobnosti, že

s nimi nebude zůstat onkologicky nemocný a jeho blízcí sami, ale budou mít větší možnost získávat podporu od příslušných profesionálů multioborového onkologického týmu.

Naším výzkumným problémem jsou sociální problémy dospělých onkologicky nemocných. Teoretickým cílem naší práce je vymezení sociálních problémů onkologicky nemocných, zmapování jejich výskytu a zjištění strategií jejich zvládnutí ve spolupráci sociálních pracovníků se zdravotníky z dostupných českých i zahraničních zdrojů. Základní metodou práce s informačními zdroji v teoretické části je Evidence based practice (EBP).

Empirickým cílem práce je identifikovat sociální problémy dospělých onkologických pacientů. V rámci našeho šetření bude testován nástroj, který je využíván v zahraničí a který by mohl následně sloužit zdravotně sociálním pracovníkům ke snadnému průběžnému screeningu sociálních problémů u onkologicky nemocných. Ani sestry ani sociální pracovníci u nás žádný jednoduchý screeningový test nepoužívají a posouzení sociálních problémů u onkologicky nemocných není standardizováno a systematicky řešeno. Součástí dotazníkového šetření je také rámcová orientace v tom, jak samotní onkologicky nemocní pojmají svoji nemoc.

Jako základní metody zkoumání v empirické části práce jsme zvolili:

1) kvalitativní metodu zkoumání technikou rozhovorů se sociální pracovnící nemocnice a vrchní sestrou onkologické kliniky nemocnice. Zajímá nás současná praxe v oblasti monitoringu a řešení sociálních problémů onkologických pacientů multioborovým týmem. Jádrem rozhovoru se bude odvíjet od platné legislativy, která přesně vymezuje kompetence zdravotně sociálního pracovníka. Také budeme zjišťovat možnosti implementace použitého screeningového *Inventáře sociálních problémů* (SDI-21) do práce s onkologicky nemocným ve sledované fakultní nemocnici.

2) kvantitativní metodu zkoumání dotazníkovou technikou. U dospělých onkologicky nemocných pomocí dotazníku budeme mapovat sociální problémy a orientačně také jejich vlastní pojetí nemoci. V dotazníku bude použit Inventář sociálních problémů (SDI-21) Wrighta a kol. (2007), který byl vytvořen jako screeningový nástroj pro monitoring sociálních problémů přímo u onkologicky nemocných. Dotazník k pojetí nemoci IPQ autorů Moss-Morrisové a kol. (2002, In Mareš, Ježek, 2012, s. 559 - 560) nemůžeme použít v našem šetření celý, s ohledem na problémy onkologicky nemocných s únavou, protože výsledný složený dotazník by pro ně byl příliš obsáhlý.

Proto z tohoto standardního dotazníku využijeme jen tři položky, které v základních charakteristikách zjišťují, jak pacient své onemocnění pojímá (příčina onemocnění, doba trvání a závažnost choroby).

Výstupem bakalářské práce bude návrh metodiky screeningového posouzení stavu sociálních potřeb u onkologicky nemocných, jako první fáze v procesu zdravotně sociální péče o tyto pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce se pokusíme z dostupných českých i zahraničních literárních zdrojů o vymezení sociálních problémů onkologicky nemocných, zmapování jejich výskytu a zjištění strategií jejich zvládnání ve spolupráci sociálních pracovníků se zdravotníky.

I. 1 Vymezení klíčových pojmů

Pro výzkum je vždy důležité vymezit významy používaných klíčových pojmů a to nejen v jejich všeobecně deklarovaném významu, ale také v tzv. operacionalizované podobě, tedy v podobě, který daný pojem nabývá v kontextu dané empirické výzkumné práce. (Ferjenčík, 2000, s. 138) Nejdříve tedy také vymezíme klíčové pojmy, se kterými budeme v naší studii pracovat.

I.1.1 Onkologicky nemocný

Pojem onkologicky nemocný (nebo onkologický pacient) je ústředním pojmem naší práce, který úžeji definuje naši oblast zájmu v oblasti sociální práce. Jedná se o kategorii pacientů, kterým bylo diagnosticky potvrzeno zhoubné (maligní) nádorové bujení v těle, přičemž nezáleží na druhu naordinované terapie. Progresivní a invazivní způsob šíření je typický pro maligní (zhoubná) onkologická onemocnění a ta jsou velmi náročná jak na léčbu, tak také na ošetřování i na sociální péči. Onkologický pacient je člověk, který na jedné straně nemusí mít žádné zjevné známky nádoru a není ve svém životě nijak významně limitován, ale na straně druhé to může být člověk umírající na pokročilý nádor (viz např.: Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011; kol. autorů, 2007, s. 347; Linkos - slovníček, online, 2015 apod.). Pro sociální péči jsou onkologičtí pacienti charakterizováni *skrze „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.“* Nebo *skrze „...nepříznivou sociální situaci, což znamená oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním*

vyložením.“ (viz Zákon č. 108/2006, § 3) V naší práci se budeme orientovat na dospělé pacienty s potvrzeným maligním (zhoubným) onkologickým onemocněním, kteří procházejí onkologickou léčbou kauzální – ta postihuje podstatu onemocnění, tedy podstatu samotného nádorového bujení, které zastavuje nebo významně zpomaluje a samotný nádor eliminuje, ale také již jen léčbou paliativní, která nepostihuje podstatu choroby, ale má za úkol pouze mírnit problémy, které nemoc způsobuje (mírní bolesti, tlumí epileptické záchvaty, dušnost, zvracení, krvácení apod.).

I.1.2 Sociální problémy a nepříznivé sociální situace

Pojem „sociální“ je ústřední pojem naší práce. Má mnoho významových rovin. Slovníky uvádějí např. tato vymezení: ABC významový slovník (online) uvádí tyto významy:

- týkající se lidské společnosti, společenský
- týkající se snahy o zlepšení společenských problémů
- týkající se životních podmínek jednotlivce ve vztahu ke společnosti
- týkající se živočichů žijících celý život pohromadě.

Slovník cizích slov k pojmu **sociální** uvádí toto: (z lat. *socialis*, společenský, od *socius*, společník) – týkající se lidské společnosti, vztahů mezi lidmi ve společnosti, vztahu jednotlivce ke společnosti, jeho hmotného zabezpečení a péče o něj atd. (Klimeš, 1997; s. 665).

Matoušek (2001, s. 178 – 180) ve své publikaci, mimo jiné, definuje **sociální služby** a **sociální práci**. Píše: „ ... *sociální služby a sociální práce v nich jsou jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky V anglosaském pojetí se vše, co „poskytuje výhody těm, kdo mají problém“, označuje jako sociální služby. Naše právní předpisy takto označují jen služby, tj. činnosti, kdy někdo pro někoho něco činí, nikoliv regulaci a dávky. ... Sociální práce se hlavně realizuje v sociálních službách a jejich prostřednictvím.... Profesionální sociální pracovníci poskytují informace a rady, zastupují, pracují s klienty a poskytují jim jiné obdobné služby. Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotědy, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení.“*

Za **sociální problémy** v našem výzkumném šetření považujeme nesaturované potřeby onkologicky nemocných, které se týkají jejich soběstačnosti a nezávislosti, sociálních vztahů, rolí, statutu a pozic jak v soukromém, tak společenském i pracovním kontextu, ale také hmotného a ekonomického zabezpečení v rodině, komunitě, ve společnosti. Do našeho šetření nebudeme zahrnovat vztahy se zdravotnickými pracovníky.

Zákon o sociálních službách definuje nepříznivou sociální situaci v obecné rovině, nikoliv ale sociální problémy (Zákon 108/2006, §3). Vztah mezi sociálními potřebami a nepříznivými sociálními situacemi můžeme vysvětlit např. takto: sociální potřeby jsou individuální motivátory, které pudí každého jedince ke stálé aktivitě, která zajistí udržení těchto potřeb v rovině saturace a tím harmonické fungování jedince v jeho sociálním prostředí. Pokud takových aktivit jedinec není schopen, nebo pokud mu prostředí neumožňuje dosáhnout saturace sociálních potřeb, pak se z nich mohou vyvinout nepříznivé sociální situace, které si vyžádají intervence laického okolí (rodiny, sousedů, komunity...), nebo dokonce profesionální intervence státu, které jsou definovány v zákoně. Jelikož nás zajímá participace sociálních pracovníků na řešení sociálních problémů onkologicky nemocných a také metody, které mohou pro řešení nepříznivých sociálních situací využívat, je důležité zjistit, jak Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci – v našem případě tedy onkologicky nemocným.

Nepříznivou sociální situací definuje (Zákon 108/2006, §3) jako „*oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“

§32 citovaného zákona k *Základním druhům a formám sociálních služeb*, které se mají užívat k řešení nepříznivých sociálních situací, uvádí, že tyto zahrnují:

- a) *sociální poradenství,*
- b) *služby sociální péče,*
- c) *služby sociální prevence.*

§ 35 pak vymezuje *základní činnosti při poskytování sociálních služeb*, které je sociální pracovník kompetentní vykonávat ve prospěch svého klienta nacházejícího se v nepříznivé sociální situaci, takto:

„(1) *Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:*

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,*
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- g) základní sociální poradenství,*
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- i) sociálně terapeutické činnosti,*
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- k) telefonická krizová pomoc,*
- l) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“*

Zákon 108/2006 Sb. nedefinuje zvláštním způsobem zdravotně sociální služby poskytované nemocným v prostředí komunity, ale jen v prostředí zdravotnických zařízení (viz dále). Výše uvedené činnosti je proto potřebné u onkologicky nemocných, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí nebo v prostředí sociálních zařízení v komunitě, specificky modifikovat tak, aby byly vždy akceptovány změny zdravotního stavu, vývoj choroby i léčby a také měnící se potřeby pečujícího člena rodiny. Sociální činnosti uvažované pro onkologicky nemocné a jejich rodiny (např. pomoc při zajišťování stravy, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, apod.) musí být vždy individualizované a koordinované s léčebným a ošetřovatelským plánem, který nastavují zdravotníci (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti).

I.1.3 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práci ve zdravotnictví vykonávají *sociálně zdravotničtí pracovníci* (v zahraničí je používán také pojem *klinický sociální pracovník*) a definuje ji Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a také

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví České republiky a navazující vyhlášky.

V České republice je dvoukolejnost resortů zdravotnictví a sociálních věcí důvodem, proč se setkáváme s pojmem sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník. Kuzníková ve své publikaci (2011, s. 12) píše: „*U obou označení se předpokládá, že jde o profesionály znalé teorií a metod oboru sociální práce, jejichž snahou je jejich aplikace v praxi a celoživotní vzdělávání.*“

Zákon č. 96/2004 Sb. v § 10 uvádí, jak lze získat odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka:

„(1) *Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním:*

a) *akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,*

b) *nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo*

c) *specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.*

(2) *Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.*“ Aby mohl takový zdravotně sociální pracovník vykonávat svoji profesi bez odborného dohledu, musí získat registraci (viz Zákon č. 96/2004 Sb.).

V naší práci budeme užívat pojem zdravotně sociální pracovník pro ty, kteří pracují přímo ve zdravotnickém zařízení a mají registraci nelékařského zdravotnického pracovníka v oboru zdravotně sociální práce a pojem sociální pracovník pro ty, kteří působí v nezdravotnických institucích a v komunitě.

V § 52 Zákona č. 108/2006 Sb. jsou sociální služby poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních definovány takto:

„(1) Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) poskytnutí ubytování,

b) poskytnutí stravy,

c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

f) sociálně terapeutické činnosti,

g) aktivizační činnosti,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Výkon profese zdravotně sociálního pracovníka upravuje Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v § 10. Odborné profesní kompetence zdravotně sociálního pracovníka jsou podrobně popsány ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. Ministerstva zdravotnictví ČR o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, konkrétně v § 9. (Podrobně viz příloha č. 1). *Zdravotně sociální pracovník* je v rámci systémové onkologické péče jedním z členů multioborového týmu, který pacientovi poskytuje služby a péči (viz obr. 1) a je proto důležité, aby znal své vymezení kompetencí a uměl svoji činnost koordinovat s ostatními a také s nimi efektivně kooperovat. Spolupráci v multioborovém týmu můžeme vymežit např. modifikací definice Bedera (2006, In Kuzníková, 2011, s. 25) takto: *„je to komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků různých profesí poskytují koordinovanou pomoc a služby klientovi či členům rodiny klienta.“*



Obr. č. 1: Multioborový tým podílející se na léčbě a péči o onkologické pacienty

(převzato z: Nosálková, 2010, 219p.)

Část osmá Zákona č. 106/2004 Sb. řeší kompetence a předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Podle § 109 „sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ § 110 uvádí všechny způsoby (středoškolské, vyšší odborné vysokoškolské) nabytí odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka a také odkazuje na legislativu ke zdravotnickému sociálnímu pracovníkovi (vysokoškolské vzdělávání, kvalifikační kurzy). V § 111 je uvedena povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků, jehož součástí je také další vzdělávání sociálních pracovníků a také jejich specializační vzdělávání. Specializace nelékařských zdravotnických pracovníků upravuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání. Specializace pro zdravotně sociální pracovníky tam ale rozpracována vůbec není. Problematika je aktuálně řešena

a proto jsme se opřeli o práci Pěnkavy (2015), nazvanou *Specializace sociálních pracovníků jako nedílná součást rozvoje sociální práce*, která je dedikována Evropskému projektu z operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost. Pěnkava (2015, online) píše: „*Specializace umožňuje profesionální výkon určitého druhu činnosti v sociální práci. Sociální pracovníci se specializují na určitý druh sociální práce podle toho, zda pracují jednotlivě, nebo ve skupině.*“ Oblasti možné specializace člení takto:

- specializace vycházející z druhu vykonávané činnosti: poradenství, krizová intervence, práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou a komunitou, socioterapie apod.
- specializace vycházející z metodického vedení práce s jednotlivými cílovými skupinami - vyžaduje specificky zaměřené metodické přístupy.
- specializace vycházející z organizačního vedení - organizace, kde sociální pracovníci jsou vedeni týmově s jednotným vedením, - organizace, kde sociální pracovníci působí jednotlivě.
- specializace vycházející z rezortního působení - výkon sociální práce má nehomogenní charakter mimo jiné podle oblasti, ve které je vykonávána (podmínky, přístup, vnímání sociální práce a jiné aspekty se mohou významně lišit. Např.: v rezortu práce a sociálních věcí od rezortu obrany, zdravotnictví apod.).
- specializace vycházející ze zaměření na cílové skupiny sociální práce: děti a mládež, seniory, osoby proti kterým bylo nebo je vedeno trestní řízení, mentálně a tělesně postižení, aj.
- specializace vycházející z doplňujícího vzdělání – toto doplňující vzdělání umožňuje kvalitní a profesionální výkon, díky kterému se mohou specializovat na práci s jednotlivými cílovými skupinami a v různých oblastech, kde se realizuje sociální práce.
- specializace vycházející z délky praxe - délka praxe podporuje rozvoj specializace, protože specializace eliminuje nežádoucí vlivy (specifické stereotypy a deformace) způsobené dlouhodobým výkonem sociální práce. (Pěnkava, 2015)

Domníváme se, že konkrétně specializace zdravotně sociálních pracovníků v oblasti péče o onkologicky nemocné a jejich rodiny by mohla být jednou z možností.

I.1.4 Etická dimenze práce sociálního pracovníka s onkologicky nemocnými

Práce sociálních pracovníků s klienty není regulována jen zákony, ale také etickými normami. Od roku 2006 má svůj Etický kodex také Společnost sociálních pracovníků v ČR (Společnost sociálních pracovníků, 2006 online). Český etický kodex navazuje na Principy etiky sociální práce přijaté valným shromážděním Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) v Adelaide v Austrálii, 29. 9. – 1. 10. 2004 (In Nečasová, 2004, s. 31 - 35). Pro naši studii jsou z tohoto etického kodexu důležité kapitoly, které upravují chování sociálního pracovníka ke klientům a které se dotýkají etických dilemat v práci sociálních pracovníků.

Kromě legislativních norem a etických principů regulujících výkon profese sociálního pracovníka je potřebné při práci s klienty, kteří jsou onkologicky nemocní, znát a respektovat také specifické normy a pravidla péče o tuto specifickou skupinu nemocných. Parlamentní shromáždění Rady Evropy v roce 1999 (Pohunková, 1999, s. 13) schválilo *Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné* (1418/1999). V tomto dokumentu je v úvodu upozornění na možná ohrožování práv umírajících, dále je uvedena výzva pro členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných a umírajících. Důraz je kladen zejména na podporu paliativních přístupů prosazujících celostní pohled na člověka (je zde uvedeno např. i to, aby členské státy zajistily "*že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua, ... aby zajistily, alespoň ve větších nemocnicích, vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik.*"). Další výzvy uvedené v dokumentu: onkologicky nemocný a umírající jedinec má právo na sebeurčení; právo na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o zdravotním stavu, a přitom ať je respektováno přání jedince, který nechce být informován; právo umírající osoby aby nebyla ošetřována a léčena proti své vůli a také, aby při svém rozhodování nebyla ovlivňována nikým jiným, a aby na ni nebyl nikým činěn nátlak. Musí být zajištěno, aby taková rozhodnutí nebyla učiněna pod ekonomickým tlakem. Musí být zaručeno právo, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu i osobami, které již nemohou dát své vyjádření v písemné podobě (musí být nalezeny zákonné postupy, které toto zaručí). Také má být zajištěno:

- aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.
- že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho/její právo na život. (Bystřický, 2003, s. 3 - 10)

V českém zdravotnictví platí také *Etický kodex práv pacientů*, který je odvozen z obecných lidských práv. Autorství je připisováno Davidu Andersonovi z americké Virginie a datováno rokem 1971 (Bužgová, 2008 str. 53). Od něho se odvozují další etické kodexy práv různých skupin pacientů např. kodex práv hospitalizovaných dětí, duševně nemocných a také onkologicky nemocných aj.

Deklarace práv onkologických pacientů byla vyhlášena 29. června 2002 v norském Oslo. Práva a povinnosti onkologických pacientů, tak jak byla přijata, v českém jazyce vydala v plném znění Liga proti rakovině. Dále uvádíme jen stručný výpis toho, na co má pacient právo:

- na rovnocennou, důstojnou a optimální zdravotní péči a léčení
- na úctu a důstojnost v zázemí
- na citlivou a úplnou informaci o chorobě
- na mlčenlivost ošetřujícího personálu o pacientově zdravotním stavu
- na souhlas ke způsobům diagnostiky a léčby
- na souhlas při zařazení do klinické studie nebo k výukové demonstraci
- na odmítnutí léčby a možnost konzultace jiného lékaře nebo zdravotního zařízení
- *na zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem*
- *na možnost návratu do původního zaměstnání*

Na druhé straně má ale pacient povinnost:

- udělí-li souhlas k léčbě, tuto dodržovat
- dbát o doporučenou životosprávu
- seznámit se s provozním řádem zdravotního zařízení a dodržovat ho atd. (Deklarace práv onkologických pacientů, online, 2015)

I. 2 Současné poznatky o sociální práci a sociálních problémech u onkologicky nemocných

Zahraniční studie k problematice sociální práce u onkologicky nemocných jsou v odborných elektronických databázích poměrně dostupné a řeší jak metody a efektivitu práce sociálního pracovníka (zdravotně sociálního pracovníka) s onkologickými pacienty s konkrétním onemocněním, nebo v konkrétní fázi onemocnění (u nově diagnostikovaných, u těch, u kterých byla ukončena kauzální léčba, u těch, u kterých došlo ke znovu aktivování a progresi choroby apod.). Jiné studie přímo zkoumají psychosociální problémy konkrétních patientských skupin s onkologickým onemocněním (např. žen, mužů, mladých či seniorů, manželských partnerů a rodinných pečovatelů nebo dětí onkologicky nemocných apod.).

Jako příklady studií zaměřených na psychosociální problémy uvádíme např.: australskou studii autorek Beattly, Koczwarra a Wade (2008) nazvanou *Psychosociální problémy a potřeby žen v nedávné době diagnostikovaných s rakovinou prsu: kvalitativní studie z pohledu pacientky, zdravotní sestry a dobrovolníků se za účasti třiceti sedmi participantů v sedmi focus group sezeních snažili vygenerovat nejvýznamnější psychosociální obavy onkologických pacientek s rakovinou prsu. Na jednotlivých skupinových sezeních bylo prodiskutováno mnoho problémů, nakonec bylo vygenerováno pět konkrétních problémových oblastí: vyrovnávání se s nežádoucími účinky; zabývání se změnou sebepojetí, stres a adaptace; nutnost zvládnout neúčinné názory ostatních; naděje a emoce; a problémy s přežitím a růstem. Také studie autorů Roberts, Piper, Denny, Cuddeback (1997) uvádí mimo jiné, také identifikované psychosociální problémy mladých onkologicky nemocných v USA. Jsou to: úzkost o zdraví, ztráta fyzické pohody, starosti o děti, problémy ve vztazích, finanční a odborné obavy a pocity nepřítazlivosti.*

Sociální problémy onkologicky nemocných studovali také ve Velké Británii. Tým ve složení Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (2002) identifikoval 32 sociálních problémů, které kategorizoval do osmi oblastí a čtyř samostatných témat. Oblasti: 1) vedení domácnosti 2) zdravotní a sociální služby 3) finance 4) zaměstnání 5) právní záležitosti 6) vztahy 7) sexualita a změna vzhledu těla 8) volný čas – oddechový čas. Ve svých studiích zjistili, že *nejpočetnější problémy mají onkologicky nemocní se vztahy*

a s komunikací následované problémy finančními a problémy se zaměstnáním, problémy s tělesným vzhledem a problémy s neustálým pobýváním doma. Zjistili také, že více sociálních problémů uváděly skupiny nemocných žen, mladých pacientů a pacientů, u kterých byla ukončena léčba a doporučena navazující paliativní léčba. Sociální problémy onkologicky nemocných jsou podle těchto výzkumníků časté a významné.

Kromě identifikace sociálních problémů onkologicky nemocných, je pozornost řady autorů věnována metodám práce s onkologicky nemocnými a jejich rodinami a také současné roli sociálních pracovníků v multioborovém onkologickém týmu.

Studie amerických autorek Abbott, Shah, Ward a kol. (2013) prokázala, že je důležité, *aby o poskytování sociálních služeb informoval onkologické pacienty hned v počátku jejich onemocnění samotný sociální pracovník*, ne jen zprostředkovaně přes onkologické sestry či ošetřující lékaře. Sociální služby se tak dostanou k onkologickému pacientovi daleko dříve (místo do cca 79 dnů do pouhých 3,9 dnů). Výsledky práce s pacientem pak jsou daleko příznivější a je možné doložit zlepšení psychosociálních problémů.

Článek amerických autorů „*A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer*“ (Roberts, Piper, Denny, Cuddeback, 1997) navrhuje využívat *podporu intervenční skupiny* s cílem usnadnit adaptaci a přijetí vlastního onkologického onemocnění mladými dospělými pacienty. Uvádí, že v posledních letech vědci z oboru psychosociální onkologie začali zaměřovat své úsilí na navrhování a vyhodnocování psychosociálních intervencí *ke zlepšení stresu z rakoviny a pomoci vyrovnat se s nemocí*. Většina popsanych intervencí se zaměřuje na techniky užitečné pro pacienty s určitými typy rakoviny, jako je rakovina prsu nebo melanom, nebo v určitých fázích onemocnění, jako jsou například nově diagnostikovaní pacienti, nebo ti, kteří se potýkají s recidivou onemocnění. Sociální pracovníci pečující o *mladé dospělé jedince s rakovinou* vypovídají, že tito pacienti mají pocit, že *mají jen málo společného se staršími pacienty*, domnívají se, že jejich obavy jsou specifické, protože jsou mladí a bojují s fyzickými a psychosociálními následky rakoviny. Průzkum mladých dospělých onkologických pacientů, pokud jde o životní změny a problémy, které zažili po diagnostice a léčbě rakoviny, odhalila šest problémových oblastí (*úzkost o zdraví, ztráta fyzické pohody, starosti o děti, problémy ve vztazích, finanční a odborné obavy*

a pocity nepřítažlivosti.) a s těmito mladými dospělými onkologickými pacienty byla odborně vedena šestitýdenní podpurná intervenční skupina (Roberts, Piper, Denny, Cuddeback, 1997, s. 133 - 141). Skupina byla navržena tak, aby řešila identifikované problémy mladých dospělých s nádorovým onemocněním. Po vyhodnocení práce skupiny autoři dospěli k tomuto závěru: potěšující byly pozitivní změny v psychické pohodě po této šestitýdenní intervenci u členů skupiny. Na druhé straně ale tyto krátkodobé intervence, zdá se, nemají žádný vliv na mechanismy zvládnání nebo na celkovou kvalitu života onkologicky nemocného. Snadnost a rychlost tvorby skupinové soudržnosti ukázala důležitost podpurné skupiny pro tuto skupinu nemocných. Pro vedení intervenční skupiny byli použiti kofacilitátoři, kteří reprezentovali obě pohlaví, a kteří byli sami mladí lidé, což byl také pravděpodobně faktor ovlivňující vstup i setrvání členů ve skupině.

Praktická doporučení, která vyplynula z výzkumu: je zapotřebí intenzivní propagování intervenčních podpurných skupin pro mladé dospělé onkologicky nemocné. Doporučuje se rozšíření intervence na osm týdnů s jedním sezením úvodním a jedním sezením pro ukončení. Doporučuje se méně strukturovaný formát, volná organizovanost, více času pro expresivní nebo sociální podporu, optimum je kolem šesti témat. Studie Evanse a Connise (1995 In: Roberts, Piper, Denny, Cuddeback, 1997) prokázala pozitivní dlouhodobé změny u pacientů s rakovinou pomocí osmi týdenního modelu sociální podpory. Uzavření skupiny a její homogenní složení podporuje její soudržnost a snižuje úzkost členů, když by někdo z členů přestal navštěvovat skupinu. Tato úzkost se nachází ve všech skupinách onkologických pacientů, protože členové skupiny se obávají o fyzickou pohodu nepřítomného člena. Nicméně požadavek na uzavřenost skupiny není možné vždy dodržet, protože pacienti mohou podstupovat léčbu, mohou mít značně vzdálené bydliště, nebo mohou mít jiné problémy, které brání jejich pravidelné docházce. Autoři navrhují, aby byly využívány telefonní konferenční hovory na dálku. Je-li tato možnost k dispozici, zdá se rozumné požádat všechny účastníky, aby se i touto cestou účastnili každé seance. Vzhledem k neustálému snižování ošetřujícího personálu, sociální pracovníci mohou zajišťovat podpurné skupiny pro pacienty. Velkou výhodou je jejich cenová dostupnost (oproti např. klinickým psychologům).

Studie amerických autorů Davis-Ali, Chesler, Chesney (1993) se zabývala problematikou sdílení problémů onkologicky nemocných jejich manželskými partnery.

Data byla získána prostřednictvím dotazníku od 91 dospělých s nádorovým onemocněním a 78 manželů těchto dospělých osob s rakovinou. Výsledky ukazují, že manželé se starají stejně o své zdraví, ale že manželé pacientů se více zabývají budoucností svých nemocných partnerů, než tak činí oni samotní. Manželé a pacienti uváděli stejnou účast v procesu léčby, přesto si pacienti stěžují na příjem podstatně větší sociální podpory, než se dostává jejich manželským partnerům. Z šetření vyplynula nutnost rozšíření pozornosti a péče i na rodinné příslušníky. Používá se pojem „*rakovina jako rodinná nemoc*“.

Našla jsem také několik studií z Turecka. Jelikož se jedná o zcela odlišnou kulturu, analýza psychosociálních problémů jejich onkologických pacientů by si vyžádala další analýzu a komentář, přesto si jednu dovolu citovat, protože popisuje současnou realitu zdravotní a sociální péče, která je obdobná jako u nás. Autoři (Ugur, Fadiloglu, 2013, s. 219) píší o tom, že se změnou zdravotnického systému v Turecku, kdy se péče o pacienty, i onkologické, posouvá z nemocnic do ambulantní a domácí péče, vyvstává potřeba zcela zásadní změny v práci s rodinou jako pečujícím článkem a je potřebné také významným způsobem podporovat rodinné pečovatele, aby tak náročnou péči byli schopni zvládnout až do pokročilých fází onkologických onemocnění jejich blízkých. Píší, že s onkologickým onemocněním je spojena vysoká míra stresu jak na straně pacienta, tak také na straně jeho blízkých a zejména těch, kteří mu poskytují péči, na kterých je stále více závislý. Zhoršení zdravotního stavu onkologicky nemocného představuje v terminální fázi (v konečné fázi) onemocnění další zvýšení duševního a fyzického úsilí, což představuje vážný stupeň emocionální, sociální, fyzické a často také ekonomické zátěže pro pečovatele.

Pokud se jedná o oblast práce s rodinou onkologického pacienta a jejich podporu jako pečujícího aktivního článku v systému onkologické péče, tak toto je samostatná kapitola, kterou by bylo potřebné i v českém prostředí cíleně rozpracovávat a zkoumat. Bonnel (1996, In Given, Given, Kozachik, 2001, s. 213) uvedl, že *asi 61% rodinných ošetřujících osob nemá čas vyčleněný pro sebe, 78,79% z nich se domnívá, že jsou vyčerpaní, 84,85% z nich má potíže v komunikaci s pacientem, zatímco 56,9% pečovatelů má problémy ekonomického charakteru.* Úroveň stresu se u pečovatelů zvyšuje, imunitní systém se oslabuje, zdravotní stav se zhoršuje; kromě toho se zejména ke konci dvouletého období začnou rozvíjet deprese, úzkosti, pocity nepřátelství a vlastní nedostatečnosti a poruchy spánku. Rostoucí míra závislosti pacienta na

pečovateli a jeho klesající mobilita může také patřit mezi faktory, které vedou k negativním reakcím u rodinného poskytovatele péče. Given a kol. (2001, s. 230 - 231) požadují, aby podpůrná péče byla věnována také rodinným příslušníkům v domácí péči o pacienty s onkologickým onemocněním v pokročilém stadiu, aby byli připraveni na své povinnosti. V souladu s tím, je uvedeno, že *pečovatelé by měli být informováni o onemocnění, o léčbě, o prognóze, o emocionálních posunech, které mohou být pozorovány u pacientů; a kromě toho by měli být podporováni fyzicky, emocionálně, sociálně a ekonomicky.*

V zahraniční literatuře existuje mnoho různých typů škál vyvinutých pro měření negativní reakce u pečovatele (např.: Bachner, O'Rourke, Carmel, 2007; Nijboer, Triemstra, Tempelaer, a kol, 1999 aj.). Posuzovací škála reakcí pečovatele (*Caregiver Reaction Assessment Scale = CRA*), kterou vypracoval Given a kol.(2001, s. 213 - 231) pro pečovatele nejrůznějších kategorií pacientů, její platnost a spolehlivost byla testována na manželských partnerech 181 pacientů s kolorektálním karcinomem. Škála obsahuje 24 položek a pěti stupňové subškály měření. Měřené oblasti: *zhoršení situace, finanční problémy, nedostatečná podpora rodiny, zdravotní problémy a sebeúcta pečovatele.* Švýcarská verze posuzovací škály CRA byla testována u 209 pečujících o nemocné s nádorovým onemocněním, demencí a fyzickými defekty. Škála CRA byla použita v mnoha dalších studiích u pečujících o onkologicky nemocné v terminálním stadiu onemocnění, o děti s onemocněním centrálního nervového systému apod.

Škála „*Your Reactions to Helping Your Family Member*” vytvořená Archboldem a Stewardem (Archold, Stewart, Hornbrook, 1983; s. 4494 - 4560) byla použita u rodinných pečovatelů o pacienty s demencí. Škála zohledňovala vztah pečující – nemocný a zjišťovala také specifické zkušenosti pečujícího při ošetřování nemocného člena rodiny. Tuto škálu testovali a následně doporučili pro použití u turecké veřejnosti také při pečování o onkologicky nemocné (podrobně viz Ugur a Fadiloglu 2013, s. 219 – 226). Také v české klinické onkologické praxi by jistě standardizovaný screeningový nástroj pro měření zátěže rodinných pečovatelů našel své uplatnění.

Aspekt věku u onkologicky nemocných a jejich specifické psychosociální problémy jsou předmětem zkoumání řady zahraničních studií. Např. holandské autorky Tamminga, Verbeek, De Boer a kol. (2013) popsaly kazuistiku 35-ti leté pacientky s diagnózou karcinom děložního čípku, jak jí sociální pracovnice pomáhala

a podporovala ji při vyjednávání se závodním lékařem. Díky těmto opakovaným intervencím se podařilo pro pacientku získat vždy takovou práci, na kterou stačila – zkrácený úvazek apod., až nakonec se vrátila do plného pracovního úvazku.

Nalezla jsem také studii *Geriatrický onkologický pacient: ageismus v praxi sociální práce* amerických autorek Rohanové, Berkmanové, Walkerové a Holmesové (1994). Jejich studie zkoumala, zda existuje riziko, že starší onkologicky nemocní budou léčeni a ošetřováni vlivem ageismu jinak, než pacienti mladší a zda budou vystaveni vyššímu riziku nekvalitní sociální péče. Tento jejich předpoklad se jim u poskytovaných sociálních služeb potvrdil. Sociální pracovníci měli mnohem více individuálních intervencí, měli vyšší počet pracovních kontaktů pacient - sociální pracovník a zabývali se delší dobu léčbou mladších onkologických pacientů než starších pacientů. Současně, sociální pracovníci strávili méně času řešením závažných problémů spojených s rozvojem nemoci u starších onkologických pacientů. Tato zjištění naznačují, že sociální pracovníci nemohou efektivně pomáhat starším onkologicky nemocným, pokud se nevypořádají sami s důležitými otázkami nemoci a stárnutí.

Poměrně významnou pozornost odborné studie věnují důkazu o potřebnosti intervencí sociálních pracovníků u onkologicky nemocných a vyprofilování specializace pro sociálně zdravotnické pracovníky - *onkologický klinický sociální pracovník* a speciálnímu oboru *Psychosociální onkologie*. Např. článek uveřejněný v roce 2012 *An Analysis of Social Work Oncology Network Listserv, Postings on the Commission of Cancer's Distress Screening Guidelines* (Burg, Adorno, Hidalgo, 2012, s. 636 - 651) přináší argumenty a snaží se získat podporu pro legitimizaci „*onkologických klinických sociálních pracovníků*“ v onkologických centrech v USA. Požadují, aby to bylo hlavní povolání na plný pracovní úvazek pro speciálně vyškolené sociální pracovníky. V současné době se profiluje specifický podobor onkologie – tzv. Psychosociální onkologie. Je vyvíjena právě k tomu, aby pomohla řešit zejména psychosociální nouzi onkologicky nemocných a jejich blízkých. S tím zákonitě souvisí posilování pozice klinických psychologů a zdravotně sociálních pracovníků (v zahr. klinických sociálních pracovníků) i duchovních v multioborovém onkologickém týmu.

Rozsáhlá meta-analýza kanadských autorek Preyde a Synnott (2009, s. 321 - 347) je jednou z mála komplexních studií, která psychosociální intervence pro dospělé s rakovinou systematicky zkoumala. Práce předkládá současný mezinárodní obraz sociálních služeb v oblasti práce s onkologicky nemocnými. Citujeme ji podrobněji,

protože jsme v českém prostředí obdobnou práci nenalezli a domníváme se, že jejich zjištění koresponduje i se situací v České republice. Jejich podstatným zjištěním byl nedostatek klinických studií publikovaných výzkumníky z oboru sociální práce. Mnoho studií, které analyzovaly, bylo prováděno s intervencemi vyvinutými a poskytovanými zdravotními sestrami, v některých intervencích byli angažováni i psychologové nebo onkologové; nicméně se nepodařilo nalézt žádné studie, které by testovaly intervence sociální práce. U některých psychosociálních intervencí byla zaznamenána malá efektivnost, především u těch, které se zaměřovaly na stres a jeho zvládnání. Autorky uvádějí, že často je to nedostatečná kvalita výzkumných zpráv, co snižuje průkaznost výsledků (Preyde, Synnott, 2009, s. 321 - 322). V některých zemích byly vytvořeny standardy pro klinickou praxi. Např. v *Austrálii* pokyny pro psychosociální péči dospělých s rakovinou obsahují popisy různých problémů, kterými tito pacienti trpí (psychologické, sociální a emocionální) a také metody pro jejich zvládnání (např. interakční dovednosti, poskytování informací, praktická a emocionální podpora). *Kanadské* pokyny pro praxi uvádějí léčbu deprese u pacientů s rakovinou. Ve *Spojených státech amerických* byly koncipovány pokyny pro klinickou praxi za účelem zvládnání utrpení spojeného s rakovinou. Tyto pokyny se zaměřují jak na identifikaci problémů (také screeningovými metodami), na jejich léčení a také na evaluaci péče mírnící utrpení. Navrženy mají také možnosti léčby včetně vzdělávání a individuálního nebo rodinného poradenství a podpory. Tyto standardizované pokyny obsahují specifické pokyny pro: *zvládnání demence, deliria, poruch nálad, vyrovnávání se se ztrátami, pro úzkosti, užívání návykových látek a poruch osobnosti*. (Preyde, Synnott, 2009, s. 321 - 347) K intervencím psychosociální onkologie se řadí zejména: *individuální či skupinové zásahy - psychosociální, psychovzdělávací a kognitivně-behaviorální*. Autorky meta-analýzy (Preyde, Synnott, 2009) uvádějí, že velká část studií byla věnována důkazu efektivity psychosociálního poradenství. Byla hlášena zlepšení, ale pouze v rovině statisticky významných efektů – např. u fyzických symptomů (např. u nespavosti) a finančních obtíží. Nebyly zjištěny statisticky významné efekty psychologické intervence v rovině kvality života. Tam byl naopak doložen *negativní efekt onkologického onemocnění v oblasti společenských rolí a fyzického fungování člověka*. Stejně nepřesvědčivé výsledky přinesly studie s použitím PC technologií, se sesterskými intervencemi v rámci domácí péče, s profesionálním průvodcem a speciálním orientačním programem pro pacienty

i rodinné příslušníky. Mírné zlepšení přinesly programy orientované na zvládnání změny tělesného vzhledu u nemocných procházejících chemoterapií. Skupinové intervence byly testovány ve čtyřech vyhodnocovaných studiích. Byla testována psychovzdělávací skupinová intervence na pacientech ve skupinách po 8 – 10 pacientech. Výsledky byly pozitivní do půl roku po intervenci, ale po 12-ti měsících již ne. Silnější efekt byl zjištěn u pacientů žijících v manželství. U podpůrných skupin nebyl zaznamenán také žádný jednoznačně přesvědčivý výsledek. Komponenty psychosociálního zásahu, ze kterých pacienti s rakovinou prokazatelně těžili, byly: *kognitivní adaptace, management zvládnání a povzbuzování pacientů ke cvičení technik pro zvládnání stresu v domácnosti - všechny šité na míru potřebám každého pacienta identifikované pomocí vstupního posouzení. Mimoto by psychosociální intervence s krátkým průběhem (např. 3 sezení) měla být doručována každému jednotlivci a to zvláště a měla by vždy být velmi pružná v přizpůsobení se pacientově zkušenosti s nemocí nebo léčbou (např. v určité době je příliš vyčerpávající pokračovat v psychosociálním zásahu).* (Preyde, Synnott, 2009, s. 321 - 347)

Autorky meta-analýzy uvádějí: *„...na základě tohoto shrnutí to vypadá, že profese sociální práce neudělala žádné velké pokroky v onkologii od doby, co Cwikel a Behar (1999b) upozornili na tento nedostatek výzkumu. Vystává otázka, jestli profese sociální práce může spoléhat na průzkum provedený mimo jeho obor k vyvinutí své praxe založené na důkazech. Ve všech prostředích, kde jsou poskytovány služby sociální práce, jsou nemocnice právě tím prostředím, ve kterém je kladen nejsilnější důraz na praxi založenou na důkazech. ... Pro tvorbu plánu psychosociální intervence u onkologicky nemocných by měla sociální práce nejprve spoléhat na posouzení individuálních potřeb pacienta a poté vytvořit individuální plán na základě pacientových potřeb. Sociální pracovníci by mohli čerpat ze seznamu služeb popsanych Onkologickou asociací sociální práce a ze čtyř klíčových studií (Andersen et al., 2004; Boesen et al., 2005; Edgar et al., 2001, Lee et al., 2006), u kterých byly doloženy signifikantní výsledky a dobré hodnocení kvality.“* (Preyde a Synnott, 2009, s. 345)

V závěru meta-analýzy autorky uvádějí: *„... Mělo by být zjištěno, proč je prováděno a publikováno v oblasti sociální práce u onkologicky nemocných tak málo kontrolovaných studií a je potřebné identifikovat příčiny bariér. Například není známo, jestli je nedostatek klinických studií proto, že je nedostatek finančních zdrojů (např.*

nejsou dostupné výzkumné granty), nebo proto, že je nedostatek lidských zdrojů, nebo nedostatek odbornosti pro výzkum.“ (Preyde a Synnott, 2009, s. 347)

V českém prostředí se nám nepodařilo zachytit meta-analýzu či přehledovou studii k sociální péči u onkologicky nemocných. Dohledané studie řeší dílčí psychosociální problémy a jsou zpracovány ponejvíce psychology, i když první citovaná studie se z tohoto tvrzení poněkud vymyká. ING Pojišťovna v rámci projektu *For You* ve spolupráci s Aliancí žen s rakovinou prsu zrealizovali studii, která mapovala, jak zasáhla rakovina prsu ženy, které s tímto závažným onemocněním bojovaly a bojují. Výsledky studie byly zveřejněny 3. listopadu 2014. (ING, Aliance žen s rakovinou prsu, 2014 online) Rakovina prsu v ČR ročně postihne přibližně šest a půl tisíce žen. Studie ukázala, že u 84 % pacientek došlo ke snížení finančního příjmu. Tři čtvrtiny pacientek se muselo během léčby vypořádat se zvýšenými výdaji za léky, doplňky stravy, za dopravu do zdravotních zařízení, pomůcky, ale i na zajištění péče o malé dítě. Velmi tíživá je finanční situace pro pacientky, které působí jako osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ). Zvýšení výdajů a zároveň výpadek příjmu donutí dvě třetiny nemocných žen sáhnout na úspory, čtvrtina začne šetřit na potravinách a 12 % žen požádá o půjčku rodinu či známé. *„Hodně se mluví o náročnosti léčby a dopadu na psychiku ženy. Už podstatně méně si uvědomujeme finanční komplikace, které sebou léčba přináší a které pacientky často staví do situací, jež nejsou schopny samy řešit,“* uvádí Eva Knappová, ředitelka Aliance žen s rakovinou prsu. (ING, Aliance žen s rakovinou prsu, 2014 online) Studie přesně vyjmenovává důvody, proč ke zvýšeným finančním výdajům u onkologicky nemocných žen dochází. Dalšími významnými sociálními problémy jsou problémy se zaměstnáním a invalidní důchod. Více než polovina žen, které onemocněly do 55 let, skončila v invalidním důchodu, více než čtvrtina musela přejít na zkrácený úvazek, pětina změnila pracovní obor a jen 6 % nemuselo svoji práci měnit vůbec. Tato studie odhaluje vybrané aktuální ekonomické a pracovní sociální problémy onkologicky nemocných v české společnosti. (ING, Aliance žen s rakovinou prsu, 2014 online)

Ježorská a kol. v roce 2014 publikovali studii zaměřenou na hodnocení vlivu sociální opory na míru úzkosti a deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem. Ke sběru dat použili tři standardizované dotazníky: PSSS (*Perceived Social Support Scale*), BDI-II (*Beck Depression Inventory*), BIA (*Beckův inventář úzkosti*). Soubor respondentů

tvořilo celkem 113 respondentů, z toho bylo 55 pacientů z proktologické ambulance a 58 respondentů tvořilo kontrolního souboru. Získávání dat proběhlo v roce 2012–2013. Z výsledků vyplynulo, že se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra úzkosti ($r = -0,899$) i míra deprese ($r = -0,910$). Sociální opora byla v této studii potvrzena jako významný protektivní faktor zdraví. Kvalitní sociální opora je významný faktor, který umí snížit úzkosti a deprese u onkologických pacientů.

Sociální pracovnice z Fakultní nemocnice z Prahy – Motola, prezentovala na konferenci možnosti zdravotně sociální pomoci a podpory pro onkologicky nemocné (Slavíková, 2010). Její prezentace popisovala praktickou aplikaci Zákona 108/ 2006 o sociálních službách v podmínkách onkologické nemocniční praxe v České republice:

Sociální pomoc a podpora onkologických pacientů strukturovaná dle fází diagnostiky, léčby a vývoje onkologického onemocnění:

- v době zjištění onkologické diagnózy: sociální poradenství a řešení problémů je zacíleno na to, aby pacient mohl nastoupit léčbu. Může se jednat o podporu/pomoc:

- *finanční* – pracovní neschopnost, invalidní důchod, hmotná nouze
- *bytové* – azylová zařízení
- *rodinné* – péče o děti, prarodiče
- *sociální* – udržení kontaktů.

- v době onkologické léčby se zpravidla jedná o poradenství o sociálních dávkách a výhodách:

- *průkaz mimořádných výhod TP, ZTP, ZTP/P* (hodnotí se mobilita žadatele)
- *příspěvek na provoz motorového vozidla*
- *příspěvek na péči* (hodnotí se soběstačnost)
- *příspěvek na zvláštní rehabilitační a kompenzační pomůcky*
- *doprava pacienta k léčbě*
- *pečovatelská služba* (úkony pečovatelské služby, obědy, nákupy, pomoc v domácnosti atd.)
- *domácí zdravotní péče* (např. odběry krve v domácím prostředí).

- v době remise a rehabilitace - snaha o zajištění následné rehabilitační péče (rehabilitační kliniky a ústavy):

- *poradenství o postupu při zajištění lázeňské péče*
- *sociální rehabilitace* (patientské a neziskové organizace)
- *pracovní rehabilitace*.

- *při recidivě nemoci*: znovu vše, co platilo u léčby, podpora a pomoc rodině, mnohdy vyčerpané dlouhou nemocí rodinného příslušníka, zvýšit stupně výhod a příspěvků.

- *v terminálním stádiu choroby*: je to podpora spolupráce s lékařem, rozhovory s rodinou, zajištění péče doma, domácí zdravotní nebo hospicová péče, praktický lékař, půjčovny kompenzačních pomůcek, zajištění následné péče (Hospic, LDN). (Slavíková, 2010)

Psycholožka onkologického oddělení nemocnice v Liberci v prezentaci nazvané *Onkologický pacient jako součást rodinného systému*, píše o své přímé zkušenosti s prací s onkologicky nemocnými a jejich kazuistiky. (Krtičková, 2004 online) Pro nás byly důležité tyto souhrnně uvedené informace z přímé praxe o prožívání nemocných i jejich blízkých v jednotlivých fázích onkologického onemocnění, protože to jsou problémy, které jsou důležité pro zvládnutí efektivní a empatické péče o onkologicky nemocné jedince jak rodinou, tak také sociálním pracovníkem. Nám mohou pomoci při interpretaci informací, které případně získáme vlastním výzkumným šetřením v terénu, protože dvě položky SDI-21 dotazníku se vztahují přímo ke komunikaci s blízkými osobami a s ostatními lidmi.

Také změny v prožívání a chování onkologicky nemocných jsou pro nás důležité, protože naši respondenti budou onkologicky nemocní s různými stádii onemocnění a musíme se připravit na kontakt s nimi. V počátečním stádiu onemocnění Krtičková (2004, online) píše, že vznikají důležité odchylky, probíhají různé psychické stavy, a to v jistém pořadí: *prožívání subjektivní újmy* (první náznaky toho, že se s tělem něco děje) – *hodnocení potíží a náznaků jako signálů nemoci* (definování sebe sama jako onkologicky nemocného) – *snaha stanovit sám sobě diagnózu* (potřeba osobního pochopení podstaty a příčiny choroby) – *situace rozhodování* (začíná o problémech hovořit, zejména v rodině a hledá možnosti řešení a pomoci). Popisuje obavy a psychické potíže jedinců, kteří žijí se zkušeností onkologického onemocnění: *obavy* – závisí na typu nemoci.

Tělesné obtíže – pacient se stále zabývá nemocí, má strach z relapsu, zvýšený strach ze smrti, pocit tělesného poškození, amputace části těla, stomie, starost o sexuální stránku a plodnost.

Psychologické obtíže - pocit větší zranitelnosti, konfrontace se smrtelností, nejistota z budoucnosti – tzv. Damoklův syndrom. Onkologicky nemocní prožívají také *konflikty mezi vlastními potřebami a potřebami druhých*.

Návrat sociální a pracovní pokud dojde k úzdavě, pak se musí vypořádat s přechodem z role pacienta ke statutu zdravého, s nejistotou v zaměstnání, s problémy se životním pojištěním apod.

Ústřední metodou péče o onkologického pacienta je podpora, a to taková, aby všechny druhy obtíží mohl úspěšně zvládnout. Krtičková (2004, online) velmi přehledně uvádí také problémy pacientů, které nastupují po sdělení diagnózy: děsí nepředvídatelný průběh nemoci, opakuje se prožitek ohrožení vlastního života, bolesti, symptomatické a chronické vedlejší účinky terapie, dlouhé pobyty v nemocnici, vytržení z pracovního života, změna role v osobním životě, nejistota jak zacházet s nemocí, omezení ve vztahu k vlastnímu tělu, narušení sebeobrazu, emocionální zatížení, pokles vlastní hodnoty. „Zátěž sama o sobě není tolik rozhodující, podstatnější roli hraje to, jak ji jedinec zpracuje a jaké má zdroje zvládnání, jaké podpory a doprovázení se mu dostává v jeho sociálním prostředí“ (Krtičková, 2004 online).

V odborné literatuře jsou u onkologicky nemocných zkoumány, diskutovány a popisovány některé osobnostní rysy, které jsou jim připisovány jako typické, nebo které jim pomáhají zdolávat obtíže spojené s onkologickým onemocněním (např.: alexithymie, nezdolnost, bojový duch apod.). Některé dřívější poznatky jsou současnou psychoonkologií korigovány – viz např. C typ osobnosti, který je připisován onkologicky nemocným. Ukazuje se, že se jedná o osobnosti složitěji strukturované. Onkologicky nemocní na první pohled mohou na pozorovatele působit jako trpěliví, klidní, rozvášní, neokázalí, přitom ale v jejich nitru se nachází dušička zmítaná úzkostí a sevřená strachem. (podrobně viz např. Tschutschke, 2004).

U onkologicky nemocných v nemocnici v Liberci bylo provedeno dotazníkové šetření. Metodické podrobnosti tohoto šetření nejsou zveřejněny (viz Krtičková, 2004 online). Přesto uvedeme odpovědi na dvě položky, protože je považujeme za důležité i v oblasti sociálních problémů. Na otázku *Co potřebují onkologičtí pacienti od svých rodin?* Odpověděli: *přirozenost v komunikaci - tedy aby byla shoda mezi výrazem tváře a obsahem slova, potřebu být dotýkán (nonverbální komunikaci), což je ale zároveň potřeba individuální, protože někteří pacienti jsou na dotyk citliví, jiným není příjemný. Obecně platí – budu obejmout, budu-li si to přát. Dále potřebují oporu a bezpečí, toleranci, úctu a adekvátní pomoc, povzbuzení, pozitivní zprávy z okolí, respektovat nový denní režim, respektovat změny v důsledku nemoci, soucítění ne soucit, porozumění, zejména k přechodné emoční labilitě. Na otázku: Co nechtějí a nepotřebují*

onkologičtí pacienti od svých rodin? Pacienti odpověděli, že nepotřebují a nechtějí nepřírozenost v komunikaci- nepřírozené množství taktilních podnětů, komunikaci v podobě postranního šuškáni, významné výměny pohledů, nepotřebují lítost - odmítají převzít roli chudáka, nechtějí slyšet: „šetři se“, „musíš jíst“, „nesmíš se poddat“, „musíš bojovat“, „to bude dobrý“, „nic si z toho nedělej“, „takových dneska je“. Chtějí, aby se nedělalo z nemoci tabu, ale také o ní často nehovořit.

Co potřebují od svých přátel? Aby se jim nevyhýbali a nebyli odtažití; nepozastavovali se nad změnou jejich vzhledu; aby jim neoznamovali, kdo dále onemocněl a zemřel; přiměřený, nestrojený zájem, a aby se s nimi dále počítalo. (Krtičková, 2004 online)

S onkologicky nemocnými pracovali také Mareš a kol. (Mareš, Ježek, 2012, s. 561) když, pracovali na standardizaci dotazníku zjišťujícího pacientovo pojetí nemoci (IPQ-R-CZ). Domníváme se, že také pro sociální pracovníky je důležité, aby věděli o tom, jak konkrétní nemocný svou chorobu vnímá a jak s ní žije. Od toho se totiž odvíjí i metody práce s každým pacientem i jeho rodinou, efektivita edukace apod.

Špaténková a kol., ve své knize (2014) *O posledních věcech člověka*, píše o hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči na onkologickém oddělení v souvislosti s kvalitou života. Toto posuzování je postaveno na ošetrovatelských kompetencích, ale v oblasti monitorování a řešení sociálních potřeb onkologicky nemocných, vnímáme prostor pro účinnou kooperaci sester a zdravotně sociálních pracovníků. (Špaténková a kol., 2014, s. 93 - 108).

I. 3 Možnosti posuzování sociálních problémů u onkologicky nemocných

Angličané Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (2002) kromě toho, že popsali sociální problémy onkologicky nemocných a kategorizovali je, sestavili z nich tzv. *Inventář sociálních problémů* (SDI), který dále testovali a vyvíjeli jako standardní vstupní posuzovací nástroj pro klinické standardy péče o onkologicky nemocné. Dohledali jsme proto také jejich práci, která SDI-21 posuzovací nástroj uvádí detailně i s vyhodnocovacím klíčem. (viz Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova, 2007) Vytvořený screeningový nástroj autorský tým testoval u 189 pacientů. 183 dokončilo

své vlastní SDI testování a tito byli souběžně hodnoceni také prostřednictvím sociálního pracovníka - výzkumníka, který provedl jejich nezávislé SDI posouzení. Statistické porovnání výsledků posouzení pacienta a nezávislého sociálního pracovníka je pro klinickou praxi uspokojivé (korelace 0,61, 95% interval spolehlivosti byl 0,51, 0,70; citlivost 0,80; specifická 0,76), to znamená, že může být tento nástroj doporučen k užívání v klinické praxi u onkologicky nemocných. Pro naši práci jsme *Inventář sociálních obtíží* (SDI-21) přeložili z angličtiny a provedli doporučené korektury – podrobně viz příloha č. 8. Výslednou českou podobu SDI-21 uvádí tabulka č. 1.

Tab. č. 1: Screening sociálních problémů onkologicky nemocných SDI – 21 (dle Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova, 2007)

P.č	POLOŽKY DOTAZNÍKU – berte v úvahu období posledního měsíce	HODNOCENÍ			
		Bez potíží	Malé potíže	Docela dost potíží	Velmi mnoho potíží
		0	1	2	3
1.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s udržením své nezávislosti?</i>				
2.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při vykonávání domácích prací ve své domácnosti? (například úklid, vaření, zahradničení, nákupy apod.)</i>				
3.	<i>Měl /-la jste nějaké potíže se soběstačností a sebedělečím? (například s koupáním, oblékáním, mytím apod.)</i>				
4.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí? (např. děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)</i>				
5.	<i>Měl někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy s podporou, kterou mají k dispozici (např. psychologickou, spirituální, sociální)?</i>				
6.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy se sociálními dávkami podpory? (např. zákonné nemocenské dávky, příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro zdravotně postižené osoby apod.)</i>				
7.	<i>Měl/-la jste nějaké finanční potíže?</i>				
8.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s finančními službami? (např. s úvěry, hypotékou, penzijním připojištěním)</i>				
9.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se vaší práce nebo vzdělávání (pokud jste student)?</i>				
10.	<i>Měl /-la jste nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti vaší rodiny? (např. péče o závislé osoby, právní otázky, obchodní záležitosti apod.)</i>				

11.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s těmi, které máte nejbližší? (např. s partnerem, dětmi, rodiči)</i>				
12.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s ostatními? (např. s přáteli, sousedy, kolegy, s informacemi)</i>				
13.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se sexuálních záležitostí?</i>				
14.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (mít děti)?</i>				
15.	<i>Měl /-la jste nějaké problémy týkající se vašeho vzhledu nebo přijetí obrazu vašeho těla?</i>				
16.	<i>Cítil /-la jste se izolovaný/-á?</i>				
17.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s pohybem po okolí? (např. s dopravou, parkovištěm, Vaší mobilitou)?</i>				
18.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s tím, kde žijete? (např. s prostorem, přístupem, vlhkostí, topením, sousedy, s bezpečností apod.)</i>				
19.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při provádění své rekreační aktivity? (například s koníčky, zábavou)</i>				
20.	<i>Měl /-la jste nějaké problémy se svými plány na cestu, nebo odjet na dovolenou?</i>				
21.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí vašeho každodenního života? Se kterou a jaký?</i>				

Vyhodnocení SDI-21 (podle Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova, 2007)

Vyhodnocení screeningového dotazníku o sociálních problémech je jednoduché, ponechává prostor pro rozhodování kompetentního zdravotnického či zdravotně sociálního pracovníka.

1) SOCIÁLNĚ ZOUFALÝ PACIENT - pacienti dosahující v bodování 10 a více bodů. Tito pacienti vyžadují podrobnější dotazy na to, jak se jim daří, s odkazem zejména na vysoké bodové skóre v konkrétních položkách (jedná se o všechny položky s 2 a 3 bodovým ohodnocením). Potíže v oblasti vysokého bodování mohou být jen přechodné a s největší pravděpodobností se opět stabilizují. Pak pro klinické řešení nebo řešení podpory, lze přijmout omezenou aktivitu či opatření (edukaci pacienta a rodiny, konzultaci se sociálním pracovníkem, psychologem apod.)

Pacienti s řadou vysoce bodově hodnocených položek a zejména u položek velmi specifických, které bychom vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta neočekávali, by měli být následně komplexně dotazováni, jejich problémy zmapovány detailně a mělo by být rozhodnuto o dalším postupu s využitím příslušné mezioborové

spolupráce (sociální pracovník, kaplan, psycholog, ale také rodina apod ...), aby se pacientovi a jeho blízkým dostalo pomoci či potřebné podpory a zvýšil se jejich pocit zejména v oblasti psychosociální kvality života.

2) NENÍ SOCIÁLNĚ PROBLÉMOVÝ PACIENT: pacienti bodovaní pod 10 bodů na stupnici SDI-21.

Pokud většina nebo všechny položky jsou na nižších úrovních bodového hodnocení (tj. 0 nebo 1), nebo pokud ojedinelá položka je dimenzována na vyšší úrovni (2 nebo 3), je pravděpodobné, že bude potřebné indikovat pouze přechodné nebo omezené, příp. také žádné akce - podle zkušenosti testujícího profesionála.

Pokud kterákoliv z jednotlivých položek byla ohodnocena body 2 nebo 3, znamená to, že je vždy potřebné podrobnější cílené šetření zaměřené na tyto konkrétní položky.

Vyhodnocování dotazníku je velmi jednoduché a rychlé. Tento nástroj by mohl zefektivnit plošný monitoring možných sociálních problémů u onkologicky nemocných a následné selektivní cílené diskutování těch problémů, kde pacient signalizuje problém.

Při hledání nástrojů k posuzování sociálních problémů u onkologicky nemocných jsme narazili také na Projekt IGA MZ ČR NT 13417-4/2012 *Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života, který* řešil tým ostravských výzkumníků (Bužgová a kol., 2014). Také oni se snažili identifikovat problémy pacientů a jejich rodin. Jednalo se ale o pacienty v paliativní péči. Na základě kvalitativní analýzy dat stanovili 5 kategorií (domén potřeb), 16 podkategorií (oblastí potřeb) a dále byly identifikovány jednotlivé potřeby, které považovali účastníci ohniskových skupin za důležité (46 položek). Byly stanoveny tyto domény: *fyzické funkce (oblasti: denní aktivity a symptomy; 14 položek), psychické potřeby (oblasti: kognitivní funkce, adaptace na nemoc, redukce úzkosti a strachu; 7 položek), sociální potřeby (oblasti: sociální vztahy, podpora pečujících, sociální začlenění, zabezpečení; 11 položek), spirituální potřeby (oblasti: náboženské potřeby, smysl života, estetické potřeby; 10 položek) a autonomie (oblasti: kontinuita života, rozhodování, důstojnost, informovanost; 4 položky)*. Autoři přeložili do češtiny a testovali dotazník *Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči* (dotazník PNAP)

a také dotazník mapující *Potřeby rodinných příslušníků* (FIN). Dotazník PNAP pro potřeby naší práce není vhodný, protože mapuje všechny oblasti potřeb pacientů v paliativní péči a je určen především sestřám (v jejich kompetenci je poskytování holisticky pojaté ošetrovatelské péče o potřeby nemocných metodou ošetrovatelského procesu – viz Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), kdežto naše studie se týká výhradně sociálních potřeb a sociální práce. Nicméně, je možné i z tohoto dotazníku, pokud ho budou sestry v klinické onkologické praxi používat, identifikovat sociální problémy nevyléčitelně nemocných pacientů. Námi zvolený screeningový nástroj SDI-21 cílí podrobněji právě na sociální oblast a je o polovinu kratší, což je pro onkologicky nemocné také důležitý faktor, protože trpí těžkými stavy únavy a bolestmi. Dotazník FIN je vhodný k používání i pro sociální pracovníky v okamžiku, když zjistí problémy v oblasti komunikace v rodině, nezvládání péče v domácím prostředí, nebo při přetížení pečující osoby.

II. METODOLOGICKÁ ČÁST

Pro naše vlastní studium sociálních problémů u onkologicky nemocných jsme rozpracovali metodiku výzkumného šetření. Stanovili jsme si obecný empirický cíl, který vymezil oblast našeho výzkumného zájmu: *Zmapovat sociální problémy dospělých onkologicky nemocných, které považují za nejtěžší, nebo za nedostatečně řešené.* Podrobněji jsme rozpracovali své výzkumné záměry v těchto dílčích cílech:

1. zmapovat sociální problémy dospělých onkologicky nemocných pacientů.
2. zjistit, jak onkologicky nemocní pojmají své onemocnění
3. posoudit, zda by bylo možné SDI-21 navrhnout k implementaci do onkologické klinické praxe jako screeningový nástroj.

II.1 Volba metody a techniky výzkumného šetření

Zvolili jsme kombinaci kvalitativní a kvantitativní metody zkoumání a to pomocí rozhovoru a dotazníku.

Dotazník pro onkologicky nemocné jsme konstruovali s využitím standardizovaných, mezinárodně používaných dotazníků, protože oblast sociálních problémů onkologicky nemocných je možno pojímat různě a proto pro nás bylo důležité pracovat s ověřeným nástrojem měření, který by nám zaručil vysokou míru validity a reliability. Výsledná podoba našeho dotazníku má tři části:

1) *Inventář sociálních problémů SDI-21* – jedná se o překlad z anglické verze, je to ověřený a pro klinickou onkologickou praxi doporučený screeningový nástroj používaný ve Velké Británii a v zemích Commonwealthu k orientačnímu posouzení sociálních problémů u onkologicky nemocných pacientů. (podrobně viz příloha č. 2) Jedná se v podstatě o dotazník s uzavřenou volbou odpovědí a to v podobě škál se stupni od 0 do 3.

2) vybrané položky z dotazníku *IPQ-R-CZ* mapující základní informace k *pojetí nemoci samotným pacientem*. Nebylo možné použít *IPQ-R-CZ* dotazník celý, protože náš výsledný složený dotazník by byl neúměrně rozsáhlý. Konkrétně jsme použily dotazy, které zjišťovaly subjektivní názor na příčinu onemocnění, na dobu trvání choroby a na její závažnost. Originální nástroj je standardně užívaný v zahraničí, v současné době

prochází standardizací i na území ČR (viz Mareš, Vachková, 2009, s.111 – 132; Mareš, Ježek, 2012 s. 558 - 572). Pro naše potřeby vybrané položky jsou: jedna s volnou tvorbou odpovědi (otázka: kde vidí oni sami příčinu svého onemocnění) a dvě s uzavřenou volbou typu pětistupňové škály (položky zjišťující subjektivní hodnocení závažnosti onemocnění a délku trvání choroby).

3) poslední část dotazníku obsahuje identifikační položky o respondentovi – umožní nám klasifikovat respondenty např. podle pohlaví, věku, závažnosti klinického stavu, apod.

Úplné znění dotazníku, viz příloha č. 3.

Rozhovor byl připraven pro vedoucí sociálního oddělení a vrchní sestru Onkologické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci, které měly posoudit, zda připravený screeningový nástroj je použitelný na jejich pracovišti u onkologicky nemocných. Připravený rozhovor včetně posuzovaného screeningového dotazníku i s vyhodnocením je uveden v příloze č. 4.

II.2 Definování vzorku respondentů

Pro naše výzkumné šetření budeme hledat dospělé onkologicky nemocné (tedy nad 18 let věku), kteří již mají potvrzenou maligní onkologickou diagnózu a kteří podstupují právě nějaký druh terapie (operativní, cytostatickou, hormonální, biologickou nebo ozařováním), přičemž se může jednat také o terapii paliativní (odlehčovací). Využijeme spolupráci s místní Onkologickou klinikou Fakultní nemocnice v Olomouci a požádáme je o možnost nabídnutí dotazníků všem jejich pacientům, kteří se dostaví k léčbě, na kontrolu, nebo kteří budou hospitalizováni v době od 15. 12. 2014 do 28. 2. 2015. Jedná se tedy o záměrný výběr onkologické kliniky a o nahodilý výběr jednotlivých respondentů.

Pro kvalitativní část výzkumu předpokládáme oslovit vedoucí Sociálního oddělení a vrchní sestru Onkologické kliniky, obě z Fakultní nemocnice v Olomouci. Volíme záměrně vedoucí pracovníky, protože oni jsou kompetentní rozhodovat o inovacích a oni mohou navržený screeningový nástroj posoudit nejen po stránce obsahové, ale také provozní a ekonomické.

II.3 Plán výzkumného šetření

Veškeré potřebné aktivity, které jsou spojeny s vlastním výzkumem v terénu a s vyhodnocením získaných dat, jsme se snažili zorganizovat a zpracovat do následujícího časového plánu:

- 1) do prosince 2014 vytvoříme, ověříme a připravíme k použití definitivní verzi dotazníku a připravíme také strukturu rozhovoru se sociální pracovnící a vrchní sestrou.
- 2) do prosince 2014 získáme souhlas Fakultní nemocnice v Olomouci a její Onkologické kliniky k možnosti realizovat šetření u jejich pacientů a personálu.
- 3) během prosince až ledna 2015 bude probíhat sběr dat v terénu – na Onkologické klinice ve FN v Olomouci.
- 3) během února 2015 budou zpracována data z výzkumu, provedena jejich interpretace.
- 4) v březnu bude zpracován návrh opatření pro sociálně zdravotnickou praxi.

II.4 Realizace vlastního šetření v terénu

Souhlasy s realizací výzkumného šetření byly získány, kopie jsou vloženy jako příloha č. 5 a šetření v terénu tedy mohlo být zahájeno.

Bylo dohodnuto setkání s vrchní sestrou Onkologické kliniky, připraveno 100 ks dotazníků. Předpokládali jsme, že pro kvantitativní výzkum potřebujeme co možná největší vzorek respondentů, který je možno ve vytyčeném čase a na zvoleném místě získat. Pokud by uvedený počet byl vyplněn, tedy by bylo šetření ukončeno, protože vyšší počty dotazníků už jsou časově velmi náročné na zpracování. Také bylo počítáno s tím, že pokud by bylo vyplněno maximálně 10 dotazníků při deseti návštěvách na klinice, tedy toto by byl reálně zvládnutelný počet jak pro pracoviště, tak také pro výzkumníka. Každý dotazník byl opatřen samolepícím štítkem, aby mohl být přeložen a přelepen, aby byla zajištěna anonymita šetření a zápisy od respondentů aby si nemohla číst nepovolaná osoba. Zadávání i sběr dotazníků měl probíhat za osobní účasti výzkumníka.

Při setkání s vrchní sestrou si ale tato vyžádala předání souboru připravených dotazníků s tím, že ona sama zajistí vyplnění dotazníků pacienty. Vyplněné dotazníky bude možné si vyzvednout na konci ledna. Vzhledem k tomu, že nejsem zdravotnický pracovník,

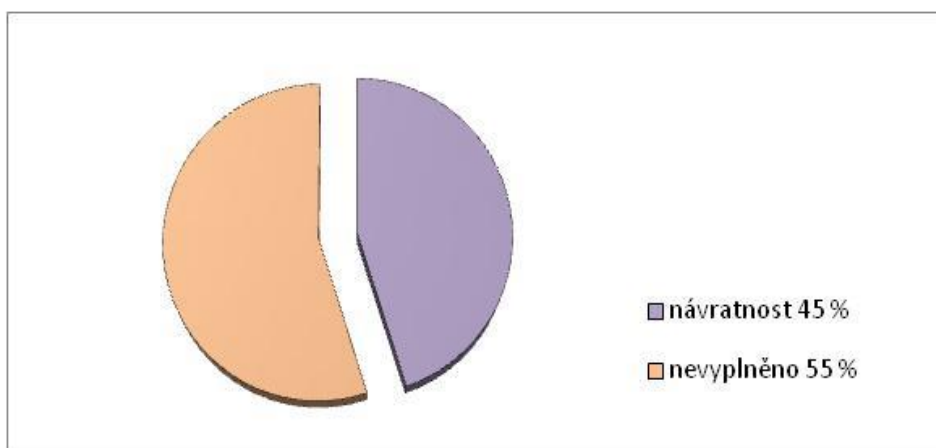
neumožnila mi přímý kontakt s pacienty, což jsem při souhlasu s realizací výzkumu ze strany nemocnice i kliniky nepředpokládala, protože toto omezení nebylo vůbec diskutováno.

Koncem ledna (po 6-ti týdnech) mi bylo předáno 29 vyplněných dotazníků s komentářem, že sestry nemají čas a pacienti nechtějí dotazníky vyplňovat. Požádala jsem tedy ještě o prodloužení času a dodání více dotazníků. V polovině března mi bylo předáno ještě další deset dotazníků. Vzhledem k tomu, že počet respondentů byl stále velmi nízký a protože část vyplněných dotazníků z fakultní nemocnice byla nekompletní a některé nedůvěryhodně vyplněné – jednalo se celkem o pět dotazníků, které musely být vyřazeny (např.: dva stejně vyplněné dotazníky, jen pohlaví bylo uvedeno jednou žena a jednou muž; pacienti vyššího věku po operaci a po dlouhé onkologické léčbě cytostatiky i zářením vykázali naprostou absenci jakýchkoliv sociálních problémů, což reálně není možné; jeden respondent vyplnil kompletně všechny položky – *preferuji nevyjádřit se* a nevyplnil identifikační údaje), hledala jsem onkologicky nemocné respondenty také v komunitě – přes spolužáky z ročníku. Podařilo se mi získat dalších šest respondentů. Vzhledem k tomu, že našim výzkumem mapujeme sociální problémy u onkologicky nemocných, ne sociální problémy u hospitalizovaných onkologicky nemocných, nevidíme problém s jejich zařazením do našeho výzkumného vzorku. Naopak se domníváme, že obohacení vzorku o jedince mimo nemocnici přinese nezávislejší výsledky (pacient, který je hospitalizovaný, může pod vlivem své závislosti na prostředí vypovídat zkresleně).

Pokud budeme brát 100 předaných dotazníků k šetření jako 100 %, pak návratnost našeho dotazníkového šetření byla celkem 45 %. Vzhledem k tomu, že pět dotazníků muselo být vyřazeno pro nekompletnost a nedůvěryhodnost, počítáme dále se 40 dotazníky jako se 100 % respondentů.

Tab. č. 2: Návratnost dotazníků

	Σ	%
dotazníků zadáno celkem	100	100
vyplněno a vráceno z FN Olomouc	39	39
získáno mimo FN Olomouc	6	6
celkem získáno vyplněných dotazníků	45	45

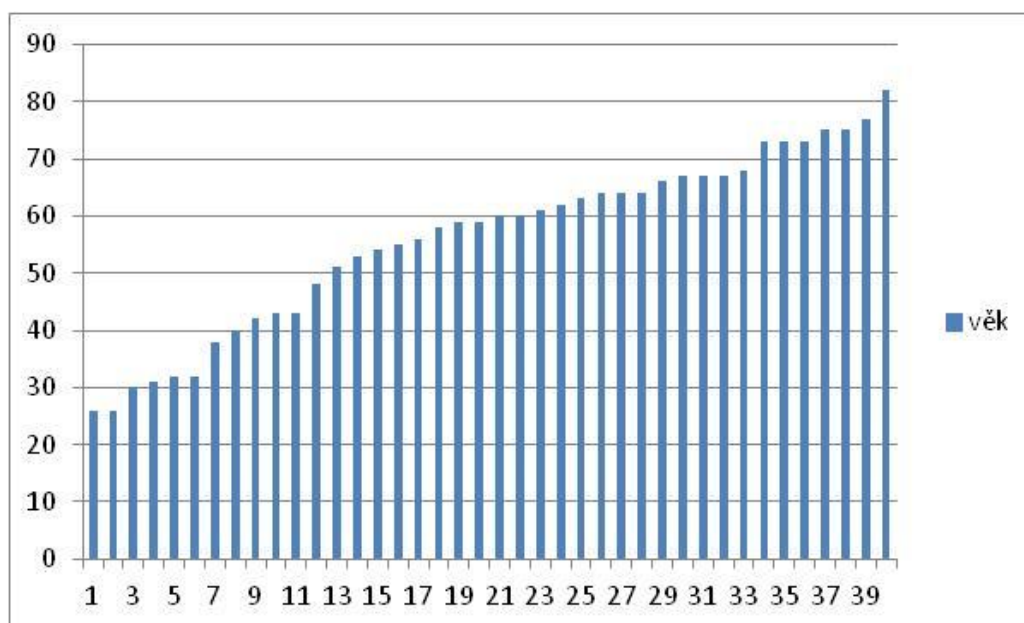


Graf č. 1: Návratnost dotazníků

III. EMPIRICKÁ ČÁST

III.1 Popis vzorku respondentů

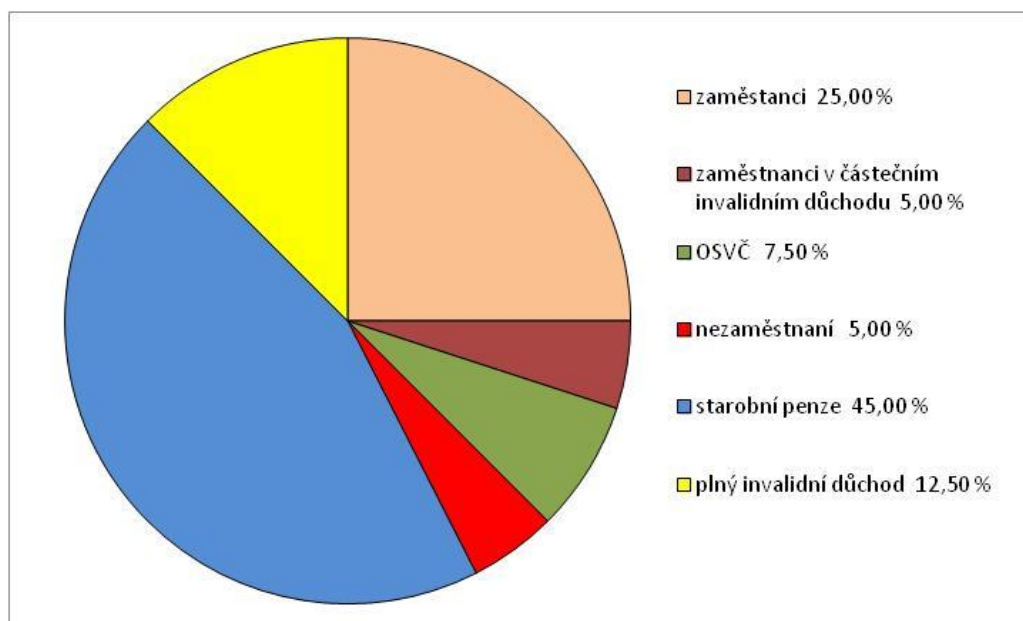
Do výzkumného šetření bylo nakonec zařazeno 40 respondentů (100 %). Z toho bylo 22 mužů (tj. 55 %) a 18 žen (tj. 45 %). *Věkové rozpětí* u respondentů bylo od 26ti do 82 let. Průměrný věk všech respondentů byl 55,93 roku. U žen byl průměrný věk 52,83 let a u mužů to bylo 58,45 roku. Věková struktura vzorku – viz graf č. 2.



Graf č. 2: Věková struktura vzorku respondentů – vzorek seřazen od nejmladšího po nejstaršího respondenta

Nejvíce respondentů, tj. 23 (57,50 %) uvedlo, že žije v manželství, 6 (15 %) uvedlo, že žije v trvalém partnerském svazku. Stejný počet, tedy 6 (15 %) uvedlo, že jsou svobodní a 2 (tj. 5 %) uvedli, že jsou rozvedeni. *Nejčastější u našich respondentů byl tedy zachycen život v dlouhodobém páru (29, tj. 72,5 %) a to ať už v oficiálním manželství, nebo v trvalém partnerském vztahu.*

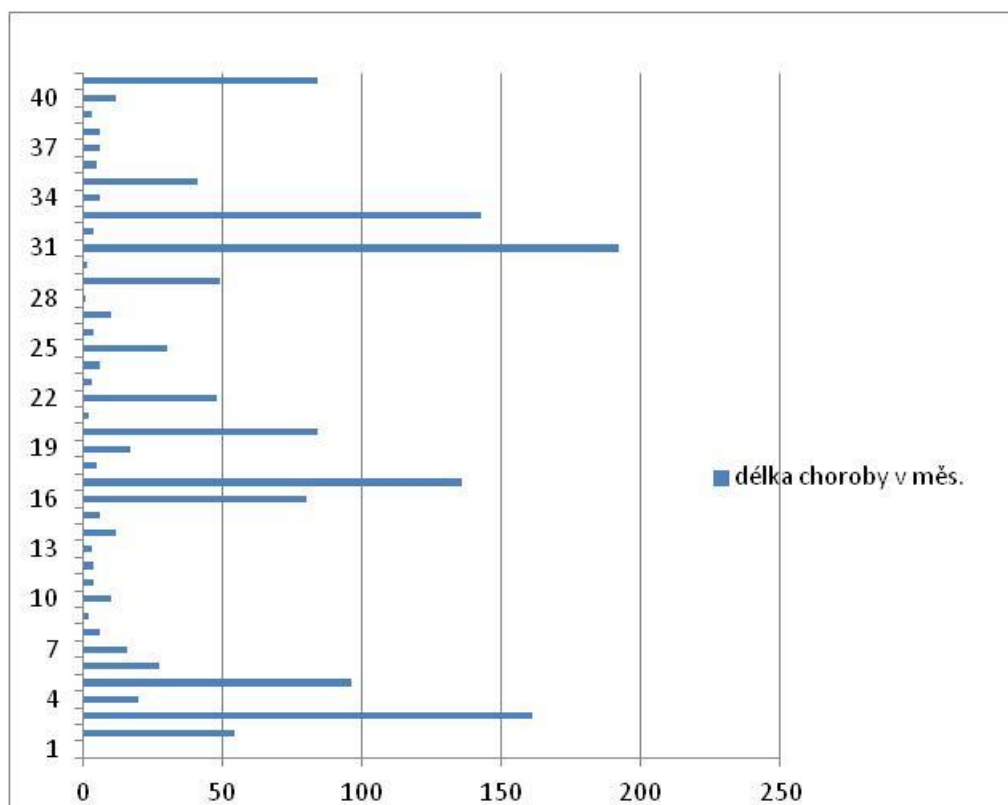
Pokud se jedná o *pracovní zařazení*, tak 12 respondentů uvedlo, že jsou zaměstnanci, přičemž 2 z těchto dvanácti jsou v částečném invalidním důchodu. Tři respondenti se zařadili jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), 2 jsou nezaměstnaní, 18 ve starobní penzi, 5 v plném invalidním důchodu. Názorně – viz graf č. 3.



Graf č. 3: Struktura respondentů dle jejich pracovního zařazení

Sociálně ekonomický statut onkologicky nemocných, kteří nejsou ve starobní penzi, se může v průběhu onkologické nemoci zásadním způsobem proměňovat, přičemž pracovní neschopnost a následné získání plného invalidního důchodu alespoň na přechodnou dobu je pro ně určitým způsobem sociální jistota, i když jim nepokryje všechny potřebné finanční výdaje, které jsou v době nemoci samozřejmě významně vyšší (viz studie ING a Aliance žen s rakovinou prsu, 2014 online). Jako pracovně a ekonomicky nejohroženější lze vyhodnotit v této kategorii nemocných v produktivním věku nezaměstnané, osoby samostatně výdělečně činné a lidi s částečným zaměstnaneckým pracovním úvazkem. Nejstabilnější se jeví skupina lidí se starobní penzí, i když i u nich může choroba významně negativně zasáhnout do jejich ekonomické situace (zejména pokud již před nemocí měli potíže např. s placením nákladů na bydlení).

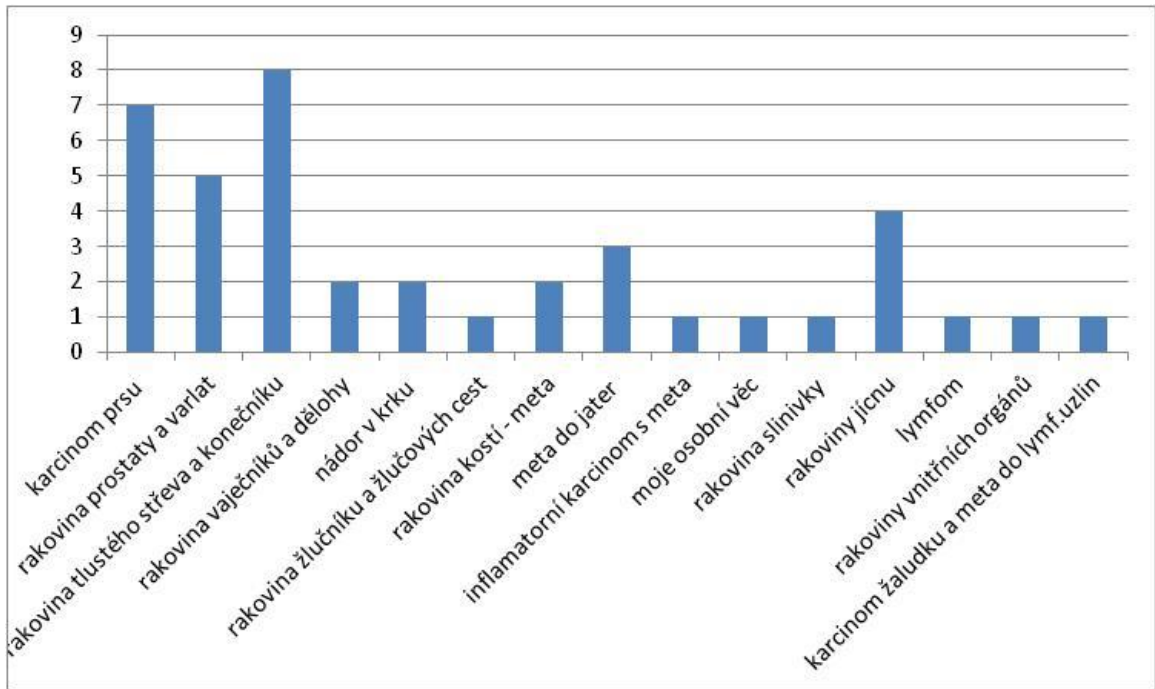
Pokud se jedná o dobu *trvání onkologického onemocnění*, tak ve vzorku jsou zachyceni pacienti od prvního měsíce léčby až po 16 let trvání choroby (podrobně viz graf č. 4). Ze 40 nemocných uvedlo 26, že je v onkologické léčbě poprvé a 14 jich uvedlo, že se léčí opakovaně, z toho 2 uvedli, že jsou již jen v paliativní léčbě a 3 že již v léčbě žádné nejsou, chodí jen na kontroly.



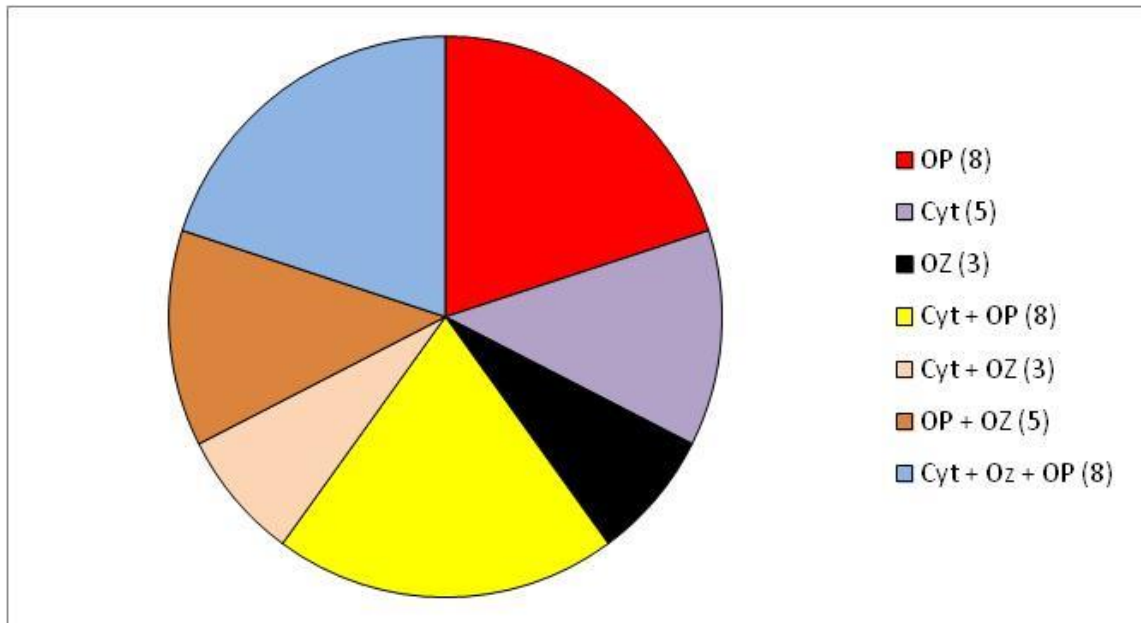
Graf č. 4: Struktura respondentů dle délky trvání onkologického onemocnění (uváděno v měsících)

V našem vzorku respondentů jsou zachyceni *nemocní s různými orgánovými zhoubnými chorobami včetně pokročilých metastazujících stavů*. Nejčetnější bylo zastoupení rakoviny tlustého střeva a konečníku (8 respondentů), rakoviny prsu (7 respondentek), rakoviny varlat a prostaty (5 respondentů) a rakoviny jícnu (4 respondenti). Strukturu respondentů dle onkologického onemocnění uvádí přesně graf č. 5.

Velmi rozmanitý je vzorek respondentů také *po stránce již absolvované léčby*. 20 respondentů uvedlo konzervativní léčbu cytostatiky a to od jednoho až do 54 cyklů, 23 pacientů uvedlo absolvovanou operační léčbu, přičemž absolvovali od jedné do tří operací v časovém rozpětí čtrnáct dnů po operaci až šestnáct let. Celkem 19 respondentů uvedlo léčbu ozařováním a to od čtyř do čtyřiceti pěti cyklů ozáření na jednoho pacienta. U onkologicky nemocných je typická kombinace používaných terapií. V našem vzorku respondentů bylo 8 jen po operaci, 5 léčeno pouze cytostatiky, 3 uváděli jen léčbu ozařováním, 8 uvedlo kombinaci operace a cytostatické léčby, 5 uvedlo kombinaci operace a ozařování, 3 kombinaci cytostatik a ozařování a 8 uvedlo trojkombinaci operace – cytostatika – ozařování. Podrobně viz graf č. 6.



Graf č. 5: Struktura vzorku respondentů dle onkologického onemocnění



Graf č. 6: Struktura vzorku respondentů dle dosud absolvované terapie (Vysvětlivky: OP = operace, Cyt = cytostatická léčba, OZ = léčba ozařováním)

III.2 Dílčí cíl č. 1: *Mapování sociálních problémů u dospělých onkologicky nemocných pacientů*

K mapování sociálních problémů u vzorku onkologicky nemocných jsme použili překlad standardizovaného screeningového dotazníku *Inventář sociálních problémů* (SDI) autorského týmu Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova (2007). Odpovědi všech respondentů jsme sečetli a uvedli jejich absolutní počty v jednotlivých hodnocených oblastech a stupních hodnocení – viz přehledová tabulka č. 2. V ní jsme barevně označili pořadová čísla oblastí, ve kterých respondenti uváděli nejvíce závažných problémů (žlutě) a také pořadová čísla oblastí, ve kterých závažné problémy uvedeny buď nebyly vůbec, nebo jen zcela ojediněle (modře). Konkretizaci svých problémů mohli respondenti vždy ke sledované položce uvést vlastními slovy. Tyto jejich komentáře jsou uvedeny přímo v tabulce u příslušné hodnocené oblasti červeně. Postup pro hromadné vyhodnocení dotazníku jsme respektovali stejný, jako se používá při vyhodnocení screeningů u jedince.

Oblasti, ve kterých respondenti uváděli nejčastěji nejvýraznější obtíže a to na úrovni bodů 2 a 3 (tedy docela dost potíží a velmi mnoho potíží) jsou tyto:

- *potíže s vykonáváním domácích prací ve své domácnosti* uvedlo jako problém na stupni 2 nebo 3 celkem 10 respondentů ze čtyřiceti.
- *potíže s prováděním rekreační aktivity* uvedlo jako problém na stupni 2 nebo 3 celkem 9 respondentů ze čtyřiceti.
- *problémy v sexuálních záležitostech* na úrovni 2 nebo 3 uvedlo celkem 7 respondentů ze čtyřiceti.

Oblast, ve které žádný respondent neuvedl významné obtíže na stupních 2 nebo 3 je poslední oblast, která je určena ke konkrétnímu doplnění od respondentů. Tuto možnost využili jen dva respondenti, kteří uvedli *problémy s prací na zahradě a problémy s výživou při uzavřeném jícnu*, ale intenzita jejich obtíží byla uvedena na stupni 1, tedy malé potíže. Oblasti, ve kterých pouze jeden respondent odpověděl na stupni 2, jsou: *problémy se sociálními dávkami a problémy s prací či se studiem*.

Zvláštním způsobem odpovídali respondenti na otázku týkající se *podpory, která se dostává jejich blízkým*. Nikdo neodpověděl, že mají významné problémy, ale celkem 7 ve své odpovědi uvedlo, že se jim žádné podpory nedostává. Tyto odpovědi by měly být podrobněji diskutovány s personálem onkologických center.

U všech položek SDI-21 dotazníku je uvedeno několik konkretizací, které respondenti dopsali vlastními slovy. Zpravidla se jedná o tři až pět výpovědí. U první položky, která zjišťovala problémy v oblasti udržení své nezávislosti, tři respondenti uvedli výrazné obtíže (stupeň 2 a 3) a slovní komentář respondentů se opakovaně zmiňoval o *těžké únavě, úbytku na váze, nevolnosti, slabosti, ztrátě chuti k jídlu, o průjmech, i zvýšené glykemii* a jednou byly uvedeny příčiny *finanční*. Jedná se o časté problémy, které doprovázejí onkologická onemocnění, nebo které jsou průvodními jevy či komplikacemi onkologické léčby.

K vykonávání domácích prací ve vlastní domácnosti respondenti uvedli: „*Nákupy a úklid jsem nebyl schopen provádět.*“ *ÚNAVA* (nejčastěji se opakující problém), *nevolnost, ztráta fyzické kondice, problémy se stabilitou, bolesti, špatně chodím.* „*Nevykonávala jsem skoro žádné domácí práce.*“ „*Bolesti rukou a nohou, věci padají z ruky.*“ „*Nechuť k jídlu, psychika.*“ Tato položka byla deseti respondenty vyhodnocena jako nejproblémovější.

Pět respondentů uvedlo významné potíže se soběstačností a sebedpěčí. Konkrétně pak bylo uvedeno: *zapínání knoflíků, bolesti, únava, neohebnost kloubů.*

Tyto první tři položky SDI-21 dotazníku šetří potřebu dopomoci či přítomnosti pečující osoby. Většina onkologicky nemocných má tyto potřeby saturované. Pokud nejsou schopni si je saturovat sami, pak jim pomáhá rodina či blízcí přátelé nebo sousedi. Jen v některých případech je potřebné zajistit navazující profesionální péči (např. respitní hospicovou péči). Významné potíže nastupují v období terminální péče o onkologicky nemocného, což ani motivovaný pacient, ani dobře pečující rodina nemusí být schopna bez profesionální pomoci zvládnout. Role zdravotně sociálního pracovníka je pak pomoci situaci řešit dle potřeby, přání a individuální situace pacienta a jeho blízkých a ve spolupráci s ošetřujícími zdravotníky.

Onkologické onemocnění limituje pacienta také v oblasti péče o ty, kteří jsou na něm závislí (děti, staří a nemocní rodiče či partner, domácí zvířata). Někdy při akutním zhoršení zdravotního stavu a urgentní hospitalizaci to může být velmi významný akutní problém k řešení, se kterým musí pomoci sociální pracovník. Tři respondenti uvedli významné obtíže v této oblasti. Jako konkrétní příčiny uvedli: *péče o dítě – nevolnost, únava. Někdy únava, bolesti rukou a nohou.*

Několik položek SDI-21 dotazníku se zabývá ekonomickými problémy onkologicky nemocných. Položku zabývající se sociálními dávkami podpory pouze jeden respondent vyplnil jako významně problémovou, dva označili malé problémy. Konkrétní připomínky: „*Proplacení cestovních příkazů trvá příliš dlouho – přes 2 měsíce.*“ „*Nebyl mi přiznán příplatek na dopravu k lékaři a ZTP mi vyřídili až za půl roku.*“ Opakovaně bylo uvedeno, že *nepobírají žádné dávky*, což mohl být také základní důvod, proč tato položka patří k nejméně problémovým u vzorku našich respondentů. Tři respondenti uvedli významné finanční potíže. Konkretizace ale nepřinesla vyjasnění situace. Respondenti uvedli dvakrát „*To se ještě uvidí!*“ a jednou „*Úřad práce*“. Významné problémy s finančními službami připustili dva respondenti. Konkrétně se jednalo o „*Neschopnost splácet*“.

Významné problémy týkající se práce nebo vzdělávání připustil jen jeden respondent, ale malé problémy uvedlo šest respondentů. Komentáře respondentů: „*Nyní jsem v ID.*“ „*Občas stres týkající se pracovní činnosti.*“ „*Musela jsem ukončit studium při zaměstnání.*“

Čtyři respondenti uvedli významné potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti své rodiny. Konkrétní problémy uvedli tyto: „*Pracovní postup v zaměstnání.*“ „*Výstavba rodinného domku.*“ „*Po rozvodu celkové uspořádání tak, aby to mělo co nejmenší dopad na děti.*“

Pracovní a ekonomické problémy onkologicky nemocných jsou častým tématem konzultací pacientů a jejich blízkých se sociálními pracovníky. Potřebují informace o tom, jak dlouho mohou být v pracovní neschopnosti, co bude navazovat, jak se žádá o invalidní důchod, co udělat v případě, že v době nemoci nemohou splácet půjčky, hypotéky, jak reagovat na výpověď zaměstnavatele v době jejich pracovní neschopnosti apod. Sociální pracovník je zde nejčastěji v roli poradce, konzultanta a toho, kdo pomáhá s formálními úředními postupy.

Na potíže s komunikací se ptají dvě položky SDI-21 dotazníku. Významné potíže s komunikací s nejbližšími uvedli celkem dva respondenti, ale šest jich uvedlo potíže malé. Konkrétně uvedli: „*Nevěděla jsem, jak to oznámit dětem a mamince, která se v té době onkologicky léčila.*“ „*Někdy partner nevěří, že mám bolesti rukou a nohou.*“ Tři uvedli potíže s komunikací s ostatními lidmi. Konkrétně jedna respondentka uvedla: „*Nechtěla jsem o svém zdravotním stavu mluvit s přáteli, chtěla jsem být sama.*“

Dvě položky mapovaly intimní problémy onkologicky nemocných. Sedm respondentů přiznalo významné potíže a sedm přiznalo malé potíže v sexuální oblasti. Konkrétně pak uvedli: *cukrovka, únava, bolest prsu, omezená hybnost*. Jedná se o problém, který je u onkologicky nemocných spjat s chorobou a její léčbou a může představovat významný fenomén snížení kvality jejich života, zejména pokud na něj navazují partnerské neshody a nemocný ztrácí bezpečné a klidné rodinné (partnerské) zázemí a pomoc. Problémy týkající se plánů mít děti uvedli čtyři respondenti jako významné. Komentáře k této položce vypovídají o tom, že někteří v této oblasti aktuálně nemají zcela jasno: „*Momentálně nemůžu odpovědět, záleží na tom, jak dopadne léčba.*“ Jiní ale mají zcela jasnou perspektivu: „*Nejsem v léčbě, děti už mám, další mít po léčbě nemohu.*“

Problémy týkající se vzhledu nebo přijetí obrazu těla připustilo pět respondentů jako významné a deset jako malé. Jedná se o problém u onkologicky nemocných poměrně frekventovaný, kterým se zaobírají. Konkrétně uvedli: „*Po dobu léčby vypadaly vlasy.*“ „*Prvotní problém vyrovnat se se ztrátou vlasů, změnami v obličeji.*“ „*Vypadávání vlasů. Pohodlnost paruky.*“ „*Ale bude zase líp.*“ „*Otoky.*“ „*Kýla v operační ráně, jizva.*“ „*Jeden prs o hodně menší.*“

Těžký pocit izolovanosti uvedli čtyři respondenti, čtyři uvedli pocity izolovanosti jako malý problém. V komentáři uvedli: „*Nejsem v léčbě, tak se necítím izolovaný.*“ „*Nemohu chodit mezi lidi, abych neonemocněl.*“

Problémy s pohybem po okolí jako vážné uvedli tři respondenti a deset uvedlo tyto problémy jako malé. Jedná se také o poměrně častý problém, se kterým se onkologicky nemocní musejí v určitých fázích onemocnění vypořádávat. Konkrétně napsali: „*Doprava.*“ „*Fyzička je totálně v p ...*“ „*Dojíždění ze Šumperka.*“ „*Únava, bolesti. Po operaci jsem nevydržel příliš dlouho na nohách, v pohybu.*“ „*Přetrvává neuropatie, špatně se chodí.*“ Problémy s tím, kde bydlí, uvedli jako závažné tři respondenti, pět je označilo za malé. Jedná se tedy o mírnější problém, než byl předchozí pohyb po okolí. Konkrétně uvedli: „*4. patro bez výtahu.*“ „*Malý byt 2+1.*“

Nejvýznamnější problémy respondenti uvedli v oblasti svých rekreačních aktivit. Devět uvedlo významné potíže a deset malé potíže. V této položce byli naši respondenti nejvíce sdílní a uvedli následující příčiny a podoby problémů: „*Únava.*“ „*Nelze provádět rekreační aktivity.*“ „*Nemohla jsem lyžovat, hrát tenis - potíže s rukou.*“ „*Velmi fyzicky náročné koníčky - v tomto stavu neproveditelné.*“ „*Finanční.*“ „*Po*

operaci s pletením.“ „Omezení pohybu – lyžování.“ Po operaci jsem nemohl vykonávat obvyklé sporty - jízda na kole, florbal, tenis...“ „Nemohu hrát squash a cvičit.“

Čtyři respondenti uvedli také vážné problémy s plány na cestu, nebo s odjezdem na dovolenou. Napsali: „Pro únavu jsem nemohla absolvovat dovolenou u moře.“ „Hospitalizace, operace, chemoterapie.“

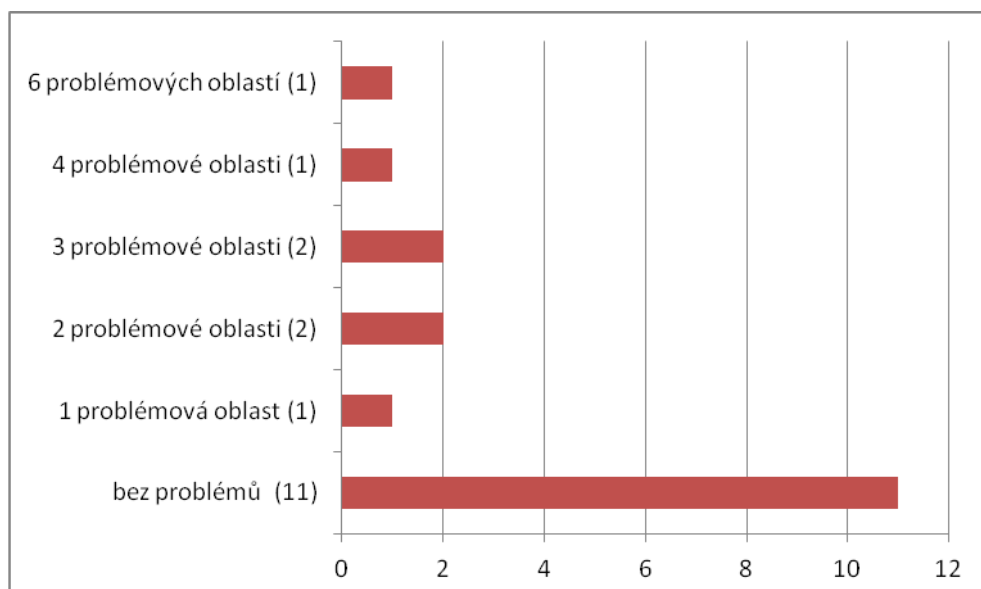
Tab. č. 3: Vyhodnocení screeningového dotazníku SDI-21 od vzorku čtyřiceti onkologicky nemocných (červeně jsou vepsány komentáře respondentů, žlutě jsou označeny nejproblémovější položky, modře položky s nejmenšími problémy. Zeleně je zvýrazněna položka, která je nejméně řešena ze strany zdravotníků.)

P. č.	POLOŽKY DOTAZNÍKU – berte v úvahu období posledního měsíce	HODNOCENÍ					SOUČET
		Bez potíží	Malé potíže	Docela dost potíží	Velmi mnoho potíží	Neod pov.	
		0	1	2	3		
1.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s udržení své nezávislosti?</i> - únava, váha, nevolnost, slabost, ztráta chuti k jídlu, průjemy, zvýšená glykemie, finanční	29	5	1	2	2	40
2.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při vykonávání domácích prací ve své domácnosti?</i> Nákupy a úklid jsem nebyl schopen provádět, ÚNAVA (nejčastěji se opakující problém), nevolnost, ztráta fyzické kondice, problémy se stabilitou, bolesti, špatně chodím, nevykonávala jsem skoro žádné domácí práce, bolesti rukou a nohou, věci padají z ruky, nechut' k jídlu, psychika,	19	10	8	2	1	40
3.	<i>Měl /-la jste nějaké potíže se soběstačností a sebepěčí?</i> Zapínání knoflíků, bolesti, únava, neohebnost kloubů,	29	6	3	2	0	40
4.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí?</i> Péče o dítě – nevolnost, únava. Někdy únava, bolesti rukou a nohou.	30	5	3	0	2	40
5.	<i>Měl někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy s podporou, kterou mají k dispozici?</i> * žádné podpory se jim nedostává – zapsáno respondenty.	30	3	0	0	2 + 5*	40
6.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy se sociálními dávkami podpory?</i> Proplacení cestovních příkazů trvá příliš dlouho – přes 2 měsíce. Opakovaně uvedeno, že nepobírají žádné dávky.	34	2	1	0	3	40

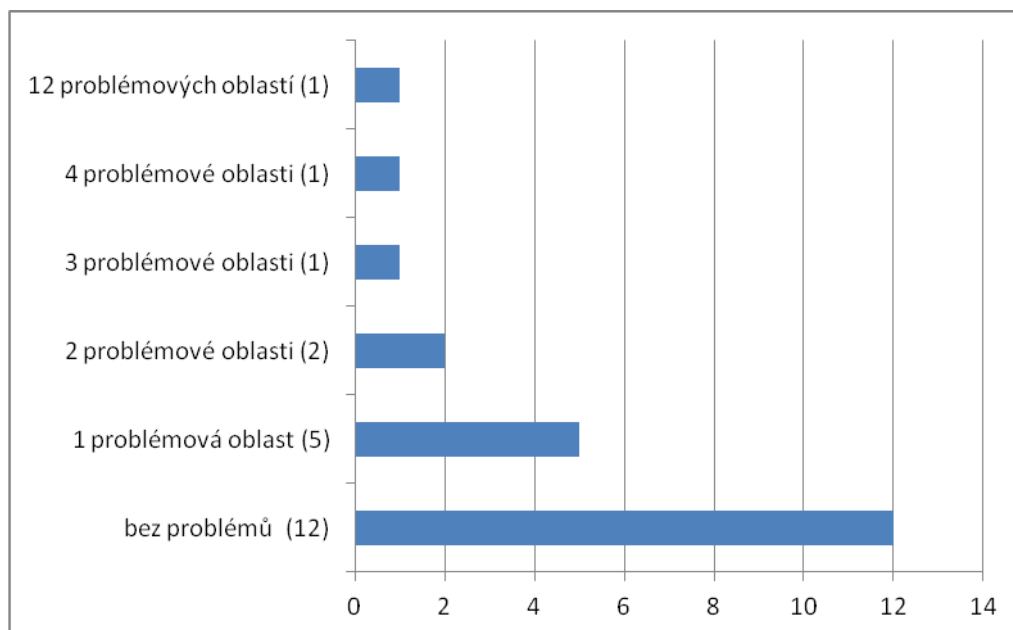
7.	<i>Měl/-la jste nějaké finanční potíže? To se ještě uvidí! Úřad práce.</i>	28	6	3	0	3	40
8.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s finančními službami? Neschopnost splácet.</i>	34	2	2	0	2	40
9.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se vaší práce nebo vzdělávání (pokud jste student)? Nyní jsem v ID. Občas stres týkající se pracovní činnosti. Musela jsem ukončit studium př zaměstnání.</i>	29	6	1	0	4	40
10.	<i>Měl /-la jste nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti vaší rodiny? Pracovní postup v zaměstnání, výstavba rodinného domku. Po rozvodu celkové uspořádání tak, aby to mělo co nejmenší dopad na děti.</i>	30	4	3	1	2	40
11.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s těmi, které máte nejbližší? Nevěděla jsem, jak to oznámit dětem a mamince, která se v té době onkologicky léčila. Někdy partner nevěří že mám bol.rukou a nohou.</i>	30	6	2	0	2	40
12.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s ostatními? Nechtěla jsem o svém zdrv. stavu mluvit s přáteli, chtěla jsem být sama.</i>	33	2	3	0	2	40
13.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se sexuálních záležitostí? Cukrovka, únava, bolest prsu, omezená hybnost.</i>	22	7	6	1	4	40
14.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (mít děti)? Momentálně nemůžu odpovědět, záleží jak dopadne léčba. Nejsem v léčbě, děti už mám, další mít po léčbě nemohu.</i>	31	1	4	0	4	40
15.	<i>Měl /-la jste nějaké problémy týkající se vašeho vzhledu nebo přijetí obrazu vašeho těla? Po dobu léčby vypadaly vlasy. Prvotní problém vyrovnat se se ztrátou vlasů, změnami v obličeji. Vypadávání vlasů. Pohodlnost paruky. Ale bude zase líp. Otoky. Kýla v operační ráně, jizva. Jeden prs o hodně menší.</i>	25	10	2	3	0	40
16.	<i>Cítil /-la jste se izolovaný/-á? Nejsem v léčbě, tak se necítím izolovaný. Nemohu chodit mezi lidi, abych neonemocněl.</i>	31	4	3	1	1	40
17.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s pohybem po okolí? Doprava. Fyzička totálně v p ... Dojíždění ze Šumperka. Únava, bolesti. Po OP jsem nevydržel příliš dlouho na nohách , v pohybu. Přetrvává neuropatie, špatně se chodí.</i>	26	10	3	0	1	40
18.	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s tím, kde žijete? 4.patro bez výtahu. S prostorem - malý byt 2+1.</i>	31	5	3	0	1	40
19.	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při provádění své rekreační aktivity? Únava. Nelze</i>	20	10	5	4	1	40

	provádět rekreační aktivity. Nemohla jsem lyžovat, hrát tenis - potíže s rukou. Velmi fyzicky náročné koníčky - v tomto stavu neproveditelné. Finanční. Po operaci s pletením. Omezení pohybu – lyžování. Po OP jsem nemohl vykonávat obv. sporty - jízda na kole, florbal, tenis... nemohu hrát squash a cvičit.						
20.	Měl/-la jste nějaké problémy se svými plány na cestu, nebo odjet na dovolenou? Pro únavu jsem nemohla absolvovat dovolenou u moře. Hospitalizace, operace, chemoterapie.	28	5	3	1	3	40
21.	Měl/-la jste nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí vašeho každodenního života? Se kterou a jaký? - se zahradničením – bolesti v ruce a otok. Uzavřený jícen – výživa.	27	4	0	0	9	40

Pokusili jsme se také analyzovat problémové oblasti v SDI-21 dotazníku dle pohlaví respondentů. Graf č. 7 uvádí přehled počtu problémových oblastí, které uvedly ženy. Graf č. 8 uvádí počty problémových oblastí, které uvedli muži. Průměrně připadá na jednoho muže 1,27 oblastí s významnou mírou problému. Na jednu ženu připadá průměrně 1,16 oblastí s významnou mírou problému.



Graf č. 7: Počty oblastí z SDI-21 dotazníku s vysokou mírou problémů u skupiny žen ve vzorku



Graf č. 8: Počty oblastí z SDI-21 dotazníku s vysokou mírou problémů u skupiny mužů ve vzorku

Statistickým testem (Mann-Whitney U testem a Chí-kvadrát testem) jsme ověřovali, zda je mezi množstvím závažných sociálních problémů zjištěných u vzorku našich mužů a žen statisticky významný rozdíl. Zajímalo nás, zda v našem vzorku také platí, že ženy trpí významně vyšším množstvím sociálních problémů - viz výsledky citovaného výzkumu autorů Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (2002).

Testovaná hypotéza:

H0: Množství závažných sociálních problémů u mužů a žen je stejně početné, není mezi nimi statisticky významný rozdíl.

HA: Množství závažných sociálních problémů u mužů a žen je rozdílné.

Statistik použil Mann-Whitney U test, který porovnává 2 distribuce. Signifikance Mann-Whitney U testu při porovnání mužů a žen je $p = 0,976$. Hodnota je $> 0,05$ a to tedy znamená nesignifikantní rozdíl mezi muži a ženami. Dále statistik k ověření výsledku použil ještě chí-kvadrát test. Chí-kvadrát test porovnává muže a ženy ve výskytu problémových oblastí v případě, kdy naměřené výsledky shrneme takto:

11 žen (61,1%) vykazuje počet problémových oblastí 0

7 žen (38,9%) vykazuje počet problémových oblastí 1 nebo více

12 mužů (54,5%) vykazuje počet problémových oblastí 0

10 mužů (45,5%) vykazuje počet problémových oblastí 1 nebo více.

Rozdíl mezi muži a ženami také není signifikantní. Signifikance chí-kvadrát testu $p = 0,676$. Hodnota je také $> 0,05$ a to tedy znamená nesignifikantní rozdíl mezi muži a ženami. Přijímáme tedy nulovou hypotézu: *Množství závažných sociálních problémů u mužů a žen ve sledovaném vzorku je stejně početné, není mezi nimi statisticky významný rozdíl.*

Souhrn

Námi použitým nástrojem měření (SDI-21 dotazníkem) se podařilo zachytit celé sledované spektrum sociálních problémů u vzorku našich onkologicky nemocných a to v různé intenzitě. Za nejproblémovější oblasti můžeme u našeho vzorku považovat oblast *vykonávání domácích prací, rekreační aktivity a sexuální oblast*. Jako nejméně problémovou lze vyhodnotit v rámci našeho šetření oblast *pracovní a studijní a oblast sociálních dávek*. Speciální pozornost by bylo dobré věnovat *oblasti podpory blízkých osob* onkologicky nemocného, protože tuto oblast respondenti označili za nefunkční.

Snažili jsme se také zjistit, která skupina – zda muži, nebo ženy, uvedli více oblastí s vyšší mírou problémů. Výsledek je velmi těsný. Na jednoho muže ve vzorku připadá průměrně 1,27 oblastí s významnou mírou problému. Na jednu ženu připadá průměrně 1,16 oblastí s významnou mírou problému. Zjištěné rozdíly mezi muži a ženami v našem vzorku jsou statisticky potvrzeny jako nevýznamné.

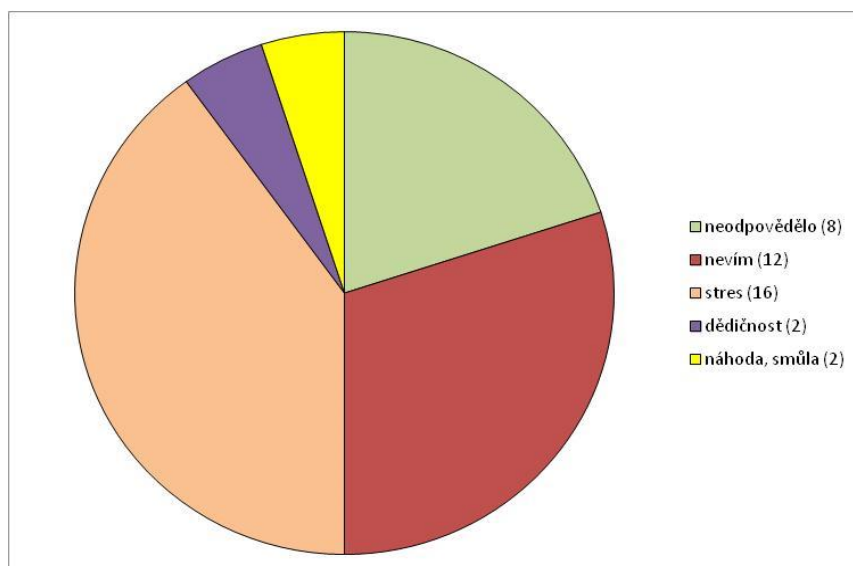
III.3 Dílčí cíl č. 2: Zjištění, jak onkologicky nemocní pojmají své onemocnění

Pozn.: vzhledem k rozsahu SD-21 dotazníku nebylo již možné použít celý standardizovaný dotazník IPQ, proto z něj byly vybrány jen tři položky

V rámci našeho šetření jsme chtěli alespoň orientačně zjistit, jak naši respondenti pojmají své onemocnění. Zeptali jsme se jich tedy na to, kde oni sami vidí příčinu svého onkologického onemocnění, za jak závažné a za jak časově náročné své onemocnění považují (výběr z IPQ dotazníku). Je prokázáno, že individuální obraz nemoci a její prožívání ovlivňuje motivaci pacienta a umožní nám, kteří o něho pečujeme, lépe pochopit jeho reakce a chování (podrobně viz Mareš, Ježek, 2012).

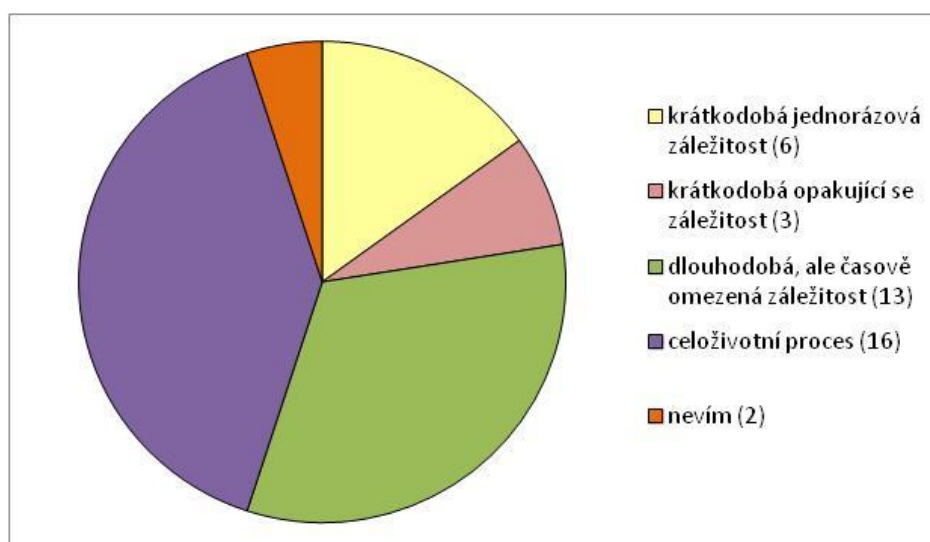
Na otázku, kde vidí příčinu svého onemocnění, ze 40 respondentů neodpovědělo 8 a 12 respondentů otevřeně uvedlo, že neví. Tedy 50 % onkologicky nemocných našeho vzorku neví, co jejich chorobu mohlo způsobit. Na druhé straně ale 13 respondentů odpovědělo, že si myslí, že se na jejich chorobě podílel dlouhodobý a závažný stres a to v kombinaci s dědičnou dispozicí nebo zatěžujícím pracovním prostředím (práce ve slévárně, práce s chemikáliemi). Z uvedených kombinací je možno uvést např.: *stres + dědičnost + ztráta zaměstnání; stres po úmrtí manželky; stres + autohavárie; stres + nezdravá životospráva*. Dva respondenti svoji chorobu označili za *smůlu* či *náhodu*. Strukturu respondentů dle osobních názorů na příčinu vlastního onemocnění uvádí graf č. 9. Vzorek respondentů nevykázal žádný extrémní výkyv od očekávaných úvah v rámci české populace v kontextu současného poznání příčin onkologických onemocnění.

I když jsou příčiny onkologických chorob složité, a ne vždy objasněné, přesto se domníváme, že by asi více nemocných mohlo mít jasnější představu o možných příčinách svého onkologického onemocnění.



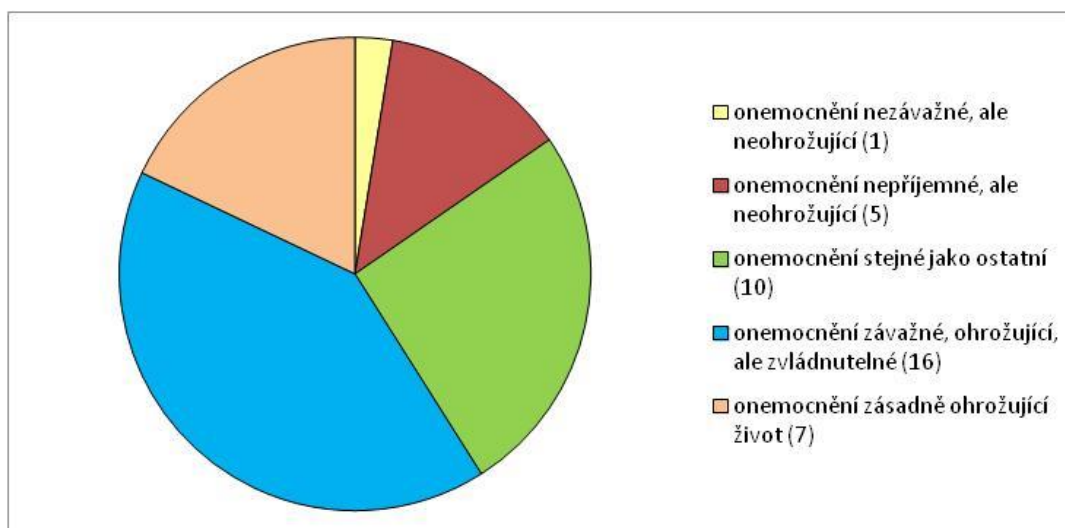
Graf č. 9: Výpovědi respondentů o osobních názorech na příčinu vzniku jejich onkologického onemocnění.

Na otázku zjišťující *osobní názor na trvání nemoci*, respondenti odpověděli takto (graf č. 10): šest respondentů napsalo, že jejich choroba je krátkodobá jednorázová záležitost, 3 ji považují za krátkodobou, ale opakující se záležitost, 13 ji vnímá jako dlouhodobou, ale časově omezenou záležitost a 16 za celoživotní proces. 2 uvedli, že neví. Ve výpovědích respondentů převládá očekávaná dlouhodobost trvání choroby, i když se rozděluje mezi celoživotní trvalý proces a proces, který přes jeho dlouhodobost není trvalý a někdy v budoucnu určitě bude ukončen.



Graf č. 10: Osobní názory respondentů na dobu trvání jejich onkologického onemocnění

Závažnost onemocnění je samotnými respondenty také vnímaná různě (viz graf č. 11). Za onemocnění nezávažné a neohrožující je označil pouze jeden respondent. Jako onemocnění nepříjemné, ale neohrožující ho označilo celkem 5 respondentů. Jako onemocnění srovnatelné s jinými chorobami ho označilo 10 respondentů. 16 ho řadí do kategorie závažného, ohrožujícího, ale zvládnutelného onemocnění. 7 respondentů své onemocnění zařadilo do kategorie závažného, život ohrožujícího onemocnění.



Graf č. 11: Respondenty vnímaná závažnost jejich onkologického onemocnění

S ohledem na nízký počet respondentů jsme neprováděli hlubší analýzu odpovědí ve vztahu k délce choroby a rozsahu již absolvované terapie. Orientačně jsme se pokusili zjistit, zda nemocní, kteří své onkologické onemocnění označují za jednorázovou krátkodobou záležitost a za onemocnění nezávažné a neohrožující jsou respondenti s nejkratší osobní zkušeností jak s chorobou, tak s léčbou a toto se nám nepotvrdilo. Například své onemocnění jako nezávažné a neohrožující označila, mimo jiné, také třiceti osmiletá vdaná žena, která se léčí pro karcinom prsu v současné době již s metastázami do kostí a která uvedla, že je nemocná tři roky a pět měsíců, absolvovala 13 cytostatických kúr, jednu operaci a 45 ozařování. Její onemocnění se i přes léčbu dále šíří a postupně se stává léčebně nezvladatelné. I přes to, že od svých ošetřujících lékařů má informace o progresi choroby, přesto své onemocnění popisuje z nějakého důvodu jako neohrožující a nezávažné. Na druhé straně dvaceti šestiletý muž s rakovinou varlat, který se léčí dva měsíce, uvádí, že jeho choroba je dlouhodobá, ale časově omezená a stejně závažná jako ostatní choroby. Tento pacient je si vědom

příznivé prognózy a vysoce úspěšné léčby, ale na své cestě k uzdravě stojí na samém počátku. Osmdesáti dvouletý muž, který se léčí 11 let a 4 měsíce a nyní trpí „metastázami do jater a další“, svoji chorobu označil jako celoživotní a závažnou, i když zvládnutelnou. Z uvedených příkladů je zřejmé, že náš vzorek respondentů je na jedné straně velmi rozmanitý a na druhé straně velmi malý, než abychom se mohli pokusit hledat nějaké zákonitosti v tom, na základě čeho si onkologicky nemocní modelují v sobě obraz své choroby. *Můžeme pouze konstatovat, že pojetí nemoci je u každého onkologicky nemocného člověka vysoce privátní záležitost a jako k takové je potřebné k ní přistupovat i ze strany zdravotně sociálních pracovníků. Jejich úkolem není měnit náhled pacienta na jeho nemoc, ale pomáhat jemu a jeho rodině v rámci svých odborných kompetencí, aby byli schopni zvládnout těžkosti spojené s chorobou a její léčbou a aby si zachovali naději, lidskou důstojnost a alespoň limitovanou životní perspektivu.*

III.4 Dílčí cíl č. 3: Posouzení, zda by bylo možné SDI-21 implementovat do onkologické klinické praxe jako screeningový nástroj

Zda by bylo možné uvažovat o implementaci screeningového standardizovaného dotazníku SDI-21 jsme začali uvažovat v okamžiku, když jsme ho začali testovat v praxi. Zjistili jsme, že se jedná o jednoduchý nástroj, který dokáže poměrně rychle a strukturovaně zmapovat aktuální sociální situaci onkologicky nemocných a umožňuje jejich odpovědi také velmi rychle a bez složitého propočítávání vyhodnotit. Připravili jsme si tedy rozhovor s vedoucí zdravotně sociální pracovnící Fakultní nemocnice v Olomouci a s vrchní sestrou Onkologické klinicky Fakultní nemocnice v Olomouci s cílem zjistit, jaké nástroje oni používají v klinické praxi k posuzování sociálních potřeb onkologicky nemocných a zda by se jim SDI-21 jevil také jako prakticky implementovatelný screeningový nástroj pro jejich běžnou zdravotně sociální praxi. Připravená struktura rozhovorů – viz příloha č. 4. Zápisy realizovaných rozhovorů jsou uloženy u autorky práce.

Na základě rozhovorů jsme zjistili, že sociální posouzení se u onkologicky nemocných provádí pouze v rámci vstupního komplexního posouzení stavu ošetrovatelských potřeb sestrou, nebo ošetřujícím lékařem a to pouze rámcově, ne systematicky. Oni pokud zjistí nějakou nepříznivou sociální situaci, nebo pokud si to vyžádá pacient nebo jeho rodina, kontaktují zdravotně sociálního pracovníka nemocnice a zadají mu zjištěný problém k řešení. Proto, aby se sestry a lékaři mohli jednoznačně orientovat v tom, které situace do kompetencí sociálního oddělení nemocnice náleží, má nemocnice vypracovaný *Metodický pokyn*. Oblasti sociálních problémů, které jsou uvedeny v *Metodickém pokynu* nemocnice, jsou zároveň také oblasti, na které se zdravotníci pacienta a jeho rodiny dotazují či o kterých zjišťují informace. Z výpovědi vrchní sestry Onkologické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci: „*Staniční sestra, nebo všeobecná sestra, porodní asistentka, pověřená touto činností staniční sestrou, kontaktuje příslušnou zdravotně sociální pracovníci, která odpovídá za sociální péči na dané klinice či oddělení (podrobně viz interní Informační systém nemocnice ALTUS/Informace pracovišť/SOC/-zde-) v těchto případech: - pacient, který po propuštění není schopen se obejít bez cizí pomoci, - pacient potřebuje zajistit agenturu domácí péče a pečovatelskou službu, - pacient potřebuje obnovit pečovatelskou službu, agenturu domácí péče, zajištění; - umístění pacienta v zařízení následné péče (geriatrie*

či jiný léčebný ústav), - zjištění kontaktů na příbuzné u pacientů neschopných komunikace, - oznámení termínu propuštění obyvatele domova pro seniory, penzionu pro důchodce, domu s pečovatelskou službou, - sociální porada při podání žádosti o invalidní nebo starobní důchod, - poskytnutí informace pacientovi, který se stal obětí trestného činu, kam se může obrátit s žádostí o odbornou pomoc a za jakých podmínek má právo na poskytnutí bezplatné odborné pomoci, - omluva pacienta při stanovených jednáních na úřadech (Úřad práce, Lékařská posudková komise, Obvodní soud), - osoba bez přístřeší, která potřebuje po propuštění pomoc druhé osoby, - zajištění ošacení pro propuštění osoby bez přístřeší, nebo pacienta bez příbuzných, který má své šacení znehodnocené, - doprovod pacienta s psychiatrickou diagnózou při jednáních na úřadech – na základě indikace lékaře, - podání žádosti do ústavu sociální péče pro pacienta s psychiatrickou diagnózou, - pomoc pacientovi s psychiatrickou diagnózou při hledání zaměstnání a ubytování, - úmrtí osamělého pacienta, - pacient sám požádá o sociální poradu nebo pomoc.“

Pokud se k nemocnému, na základě výzvy z oddělení, zdravotně sociální pracovník dostaví, pak provádí své vstupní šetření, jehož strukturu a obsah nám poskytla vedoucí Sociálního oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci.

Rozsah vstupního vyšetření zdravotně sociálním pracovníkem (FN Olomouc)

Vstupní vyšetření zdravotně sociálním pracovníkem, které bude zapisovat do Sociálně zdravotního záznamu, bude obsahovat tyto informace:

Základní:

- oddělení
- zdravotní pojišťovna
- jméno a příjmení
- stav
- rodné číslo
- bydliště
- nejbližší příbuzní
- zaměstnání
- požadavek na sociální řešení doručen kým, kdy, důvod
- diagnóza
- datum přijetí

- *objektivní zdravotní stav pacienta, mobilita, soběstačnost (posuzují se dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)*

Doplňující:

- *praktický lékař*
- *adresa současného pobytu klienta*
- *telefonický kontakt na příbuzné*
- *plán sociální pomoci.*

Samotné sociální oddělení nemocnice má na svých webových stránkách v záložce „*Informace pro pacienty*“ uvedeny hlavní oblasti, ve kterých poskytuje konkrétní sociální pomoc. (viz Sociální oddělení FN Olomouc, online)

V péči o seniory:

- zajištění agentury domácí péče
- zajištění pečovatelských služeb
- zajištění umístění v lůžkových zařízeních následné péče
- informace o možnostech a podání žádosti do domova pro seniory
- zajištění chráněného bydlení pro seniory, domů s pečovatelskou službou
- řešení otázek důchodového zabezpečení

V péči o děti:

- sociální poradenství a pomoc rodinám v péči o handicapované dítě
- informace o sociálních dávkách poskytovaných vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte
- řešení otázek při přiznání otcovství
- sociální pomoc matkám v nepříznivé sociální situaci
- poskytnutí ochrany a sociální pomoci týranému, zneužívanému a zanedbávanému dítěti

Další pomoc:

- řešení otázek dalšího pracovního zařazení vzhledem k zdravotnímu stavu
- pracovně-právní poradenství
- řešení různých životních událostí spojených se změnou zdravotního stavu.

Onkologicky nemocné nemají rozpracované jako specifickou skupinu. Webové stránky Onkologické kliniky o poskytování sociálních služeb svým pacientům neuvádějí žádné informace (viz Onkologická klinika FN v Olomouci, online). Až na stránkách Hemato-onkologické kliniky je možno si pročit, jaké sociální služby poskytuje Sociální

oddělení těm, kteří pro svůj zhoršený zdravotní stav potřebují pomoc druhé osoby (Hemato-onkologická klinika, informace pro pacienty, online). Uvádějí: „... *pomoc se týká:*

- *zajištění pomoci v domácím ošetřování zdravotní agenturou Domácí péče nebo Pečovatelskou službou*
- *umístění na Geriatrickém oddělení nebo v Léčebně pro dlouhodobě nemocné (LDN)*
- *podání žádosti do Domova důchodců a informace o dalších možnostech*
- *pomoc osamělým matkám*
- *sociální poradenství a pomoc handicapovaným a ohroženým dětem*
- *poradenství při vyřizování invalidního důchodu a průkazek ZTP*
- *konzultace v oblasti dalšího pracovního zařazení vzhledem ke změněnému zdravotnímu stavu*
- *konzultace v oblasti poskytování příspěvků při dietním stravování.*“

Z informací od vedoucích pracovníků a z veřejně dostupných internetových stránek pro veřejnost je možné si udělat poměrně přesný obrázek o tom, jaké služby a jakou sociální pomoc onkologicky nemocným dané zdravotnické zařízení poskytuje. I když se ve zdejší sociální praxi neprovádí proaktivní sociální práce s onkologicky nemocnými, zajímalo nás, zda by o to praxe mohla mít zájem a alespoň orientační screeningový monitoring sociálních problémů pravidelně zařadila do práce s pacientem a jeho rodinou. Obě vedoucí pracovnice se ale vyjádřily spíše zamítavě. Vůbec neuvažovaly, že by se mohl zcela změnit model práce s onkologickým pacientem a že by zdravotně sociální pracovník sám aktivně pracoval s každým onkologicky nemocným ještě v době, než vyvstane reálná potřeba u něho nějakou konkrétní nepříznivou sociální situaci řešit.

Jak v dohledaných studiích (viz např. studie autorů Abbot a kol., 2013), tak také v našem vlastním šetření si pacienti stěžovali na dlouhé lhůty a na průtahy při řešení jejich problémů (vyřízení ZTP trvalo půl roku, proplacení cestovních výdajů trvá dva měsíce apod.). Autorky Abbott, Shah, Ward a kol. (2013) prokázali důležitost *poskytování sociálních služeb onkologickým pacientům hned od počátku jejich onemocnění samotným sociálním pracovníkem*, ne jen zprostředkovaně přes onkologické sestry či ošetřující lékaře. Sociální služby se tak podle jejich zjištění dostanou k onkologickému pacientovi daleko dříve (místo do cca 79 dnů do pouhých

3,9 dnů). Výsledky práce s pacientem pak jsou daleko příznivější a je možné doložit zlepšení psychosociálních problémů. Toto by mohl být také u nás směr, kudy se ubírat při zkvalitňování zdravotně sociálních služeb onkologicky nemocným a jejich rodinám. K předloženému screeningovému dotazníku SDI-21 byly vzneseny tyto připomínky:

a) od vrchní sestry Onkologické kliniky:

„Oblast sebezpečí je hodnocena v průběhu celé hospitalizace a denně popisovaná u jednotlivých pacientů v hlášení sester. Hodnocení ve FN je podrobnější než nabízí SDI- 21.

Oblast finanční a získávání podpory není personálem cíleně zjišťovaná, pouze při žádosti pacienta o pomoc. V této oblasti hodnotím SDI-21 jako přínosný.

Neptala bych se otázkami „měl/la jste“, ale „máte“ nebo „předpokládáte“. Zjišťujeme přece současný stav, který může být po propuštění lepší nebo horší a to co již bylo, neplatí.

Nedoplňovala bych žádné otázky. Dále to již řeší sociální oddělení.

Vyhodnocení je moc rozvláčné, obsahuje nepřesné postupy pro další realizaci, jako např. mělo by se, mohlo by, s největší pravděpodobností apod. Vyhodnocení musí jasně stanovit, jak dál postupovat. V bodech, ne stylem slohové práce. V provozu není čas studovat rozvláčné nejasné testy, které může každý řešitel pochopit jinak, rozhodnout jinak a řešit jinak.“

b) od vedoucího zdravotně sociálního pracovníka Fakultní nemocnice jsme získali následující informace na otázku, zda by to byl nástroj pro praktické používání v praxi sociálními pracovníky také v ČR?

„Nepochybně ano, ale spíše pro výuku než pro praxi. V praxi musí zdravotně sociální pracovník přistupovat ke klientovi individuálně, dle jeho potřeb a základní údaje, na které se má ptát, musí znát.

V podstatě obsahuje stejné okruhy otázek, na které se i my klienta ptáme, na některé diskrétní otázky uvedené ve screeningu se neptáme, když nejsou podstatné pro řešení problému.

Klíč, na jaké otázky se mám ptát, může být vyhovující, i když vypracování vstupní anamnézy musí sociální pracovník znát, je součástí vzdělání a zkušený zdravotně sociální pracovník nepotřebuje škálování, aby správně vyhodnotil situaci jako problémovou nebo nikoliv. Zda by se screening nedal využít ještě před rozhovorem

s klientem? To asi ne, protože údaje získáte především od klienta. Pokud je nekontaktní, hovoříme s rodinnými příslušníky a s ošetřujícím personálem, sbíráme data z centrálního registru pacientů.“

Závěrem lze tedy konstatovat, že do stávajícího modelu sociální práce s klientem nemá význam usilovat o implementaci screeningového dotazníku SDI-21, protože by byl používán zcela formálně jak personálem, tak pacienty a byl by vnímán spíše jako zatěžující.

III.5 Diskuse

Naše šetření prokázalo u onkologicky nemocných výskyt sociálních problémů, které monitoruje SDI-21 a také jsme ve vzorku čtyřiceti respondentů zachytili 2. a 3. stupně závažnosti sociálních problémů prakticky ve všech sledovaných oblastech. Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (2002) ve své studii uvedly, že *nejpočetnější problémy mají onkologicky nemocní se vztahy a s komunikací následované problémy finančními a problémy se zaměstnáním, problémy s tělesným vzhledem a problémy s neustálým pobýváním doma*. Sociální problémy onkologicky nemocných jsou podle těchto výzkumníků časté a významné. Naše výsledky potvrzují poměrně četný výskyt sociálních problémů, ale jejich hierarchii ne zcela naším výzkumem potvrzujeme. Komunikační problémy u našich respondentů nebyly uváděny jako nejčetnější či nejtěživější. Také problémy finanční a se zaměstnáním respondenti neuváděli jako nejvíce tíživé, i když v nich závažné problémy byly zachyceny (1 respondent uvedl závažné problémy se sociálními dávkami, 3 s financemi a 1 se zaměstnáním). Problémy s tělesným vzhledem jsou i v našem vzorku posuzovány jako ty významnější (5 respondentů je uvedlo jako závažné problémy na stupni 2 nebo 3 a 10 respondentů uvedlo jen mírné problémy), ale také nepatří k těm nejtěživějším. K potížím, které naši respondenti uvedli jako nejtěživější, patří problémy s *vykonáváním domácích prací ve své domácnosti* (jako problém je na stupni 2 nebo 3 uvedlo celkem 10 respondentů a 10 uvedlo mírné obtíže). Na druhém místě to byly *potíže s prováděním rekreačních aktivit* (jako problém na stupni 2 nebo 3 je uvedlo celkem 9 respondentů a mírné obtíže uvedlo 10 respondentů). Na třetím místě, co do nejproblémovějších oblastí, respondenti uvedli

problémy v sexuálních záležitostech (na úrovni 2 nebo 3 je uvedlo celkem 7 respondentů, mírné obtíže uvedlo také 7 respondentů).

Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (2002) také zjistili, že *více sociálních problémů uváděly skupiny nemocných žen, mladých pacientů a pacientů, u kterých byla ukončena léčba a doporučena navazující paliativní léčba*. Náš vzorek respondentů nám umožnil pouze statisticky posoudit, zda existuje významný rozdíl mezi četností uváděných závažných problémů u mužů a u žen. Statistické testování nepotvrdilo statisticky významné rozdíly a je potřebné tedy konstatovat, že muži i ženy v našem vzorku vykázali shodné četnosti závažných sociálních problémů.

Z naší limitované výzkumné zkušenosti můžeme screeningový dotazník SDI-21 i jeho vyhodnocovací klíč pro zdravotně sociální praxi doporučit. Vrchní sestra Onkologické kliniky sice uváděla připomínky k nejednoznačnosti vyhodnocení dotazníku, ale pravděpodobně nebrala v úvahu fakt, že se nejedná o exaktní měření sociálních problémů onkologicky nemocných, ale SDI-21 má fungovat jako screening – tedy rychlý orientační monitoring, který pomáhá jednoduše selektovat sociální oblasti bez problémů, kterým není potřebné se v daném okamžiku detailně věnovat a odkrývá oblasti, ve kterých je potřebné s pacientem a jeho blízkými hned pracovat intenzivněji. Abbott, Shah, Ward a kol.(2013) ve své studii prokázali, že je důležité, aby se sociální služby dostávali k onkologicky nemocným neodkladně a aby s nimi od počátku pracoval přímo a systematicky samotný sociální pracovník. Opakované systematické posuzování vývoje sociálních problémů u onkologicky nemocných (nejen problémů somatických a psychických) sledujeme také jako potřebné, aby mohla být pružně hledána efektivní pomoc a podpora pro pacienty, jejichž zdravotní stav se zpravidla velmi rychle proměňuje v čase. V současné době již není vhodné udržovat sociální podporu a pomoc daleko od pacienta a dostávat se za ním až na požádání zdravotníka a tedy s významnou časovou prodlevou (Abbott, Shah, Ward a kol., 2013). Praxe by měla směřovat k tomu, aby také zdravotně sociální pracovník mohl s onkologicky nemocným kontinuálně pracovat a systematicky vyhodnocovat jeho aktuální sociální problémy a potřeby a neodkladně hledal možnosti jejich řešení. Takovému modelu sociálně zdravotní práce ale odpovídá již také aktuální česká legislativa – viz Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v § 9, který je věnován kompetencím zdravotně-sociálního pracovníka. Jsou

tam uvedeny sociální aktivity, které předpokládají kontinuální proces sociální práce s klientem (viz např. *provádění sociální depistáže a prevence, plánování psychosociální intervence, účast na integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují*). Také Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 52 popisuje základní činnosti sociální služby poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních, které si vyžadují systematickou práci s pacientem. Konkrétně se v něm uvádí např. *sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti*. Fakultní nemocnice má definované sociální tíživé situace, k řešení kterých je potřebné přizvat sociálně zdravotnického pracovníka (viz rozhovor s vrchní sestrou Onkologické kliniky), protože přesahují odborné kompetence zdravotníků, kteří o nemocného pečují. Tyto definované situace vyžadují především sociálně právní, formální, úřednické aktivity (viz např. *zajištění následné zdravotnické či ošetrovatelské péče, pomoc s podáním žádostí na sociální dávky, zajištění pohřbu pro opuštěného zemřelého, zastupování nemocného u soudu nebo na jiném úřadu* apod.) Poskytování kontinuální psychosociální podpory onkologicky nemocným a jejich rodinám se po zdravotně sociálních pracovnících nemocnice nepožaduje, protože pro tyto služby je na Onkologické klinice klinický psycholog, ošetřující lékař a ošetřující sestra. Zdravotně sociální pracovník ani všechny pacienty, kteří jsou na klinice v léčbě, nezná, protože je pouze přivoláván k těm, u nichž nějaký problém identifikoval ošetřující zdravotnický personál, nebo pokud si sociálního pracovníka odůvodněně vyžádá samotný pacient. Davis-Ali, Chesler a Chesney (1993) svou prací doložili, že je nutné rozšířit pozornost a péči také na rodinné příslušníky. Studie z Turecka autorů Ugur, Fadiloglu (2013) také přináší argumenty pro rozšíření a zintenzivnění práce s rodinou onkologicky nemocného. Naše studie ale odhalila tuto oblast jako naprosto neošetřenou. V našem vzorku respondentů sice závažné problémy v této oblasti samotnými respondenty - pacienty nebyly uvedeny vůbec, zato ale sedm jich přímo napsalo, že se jejich blízkým žádné podpory nedostává. Jedná se tedy o oblast, kterou bude potřebné řešit. Burg, Adorno, Hidalgo (2012, s. 636 - 651) zdůvodňují potřebu specializačního vyprofilování „*onkologických klinických sociálních pracovníků*“, kteří by na onkologii působili ve svém hlavním pracovním úvazku a poskytovali by onkologicky nemocným a jejich blízkým široké spektrum sociálních služeb, včetně využívání vybraných speciálních psychoterapeutických technik. V ČR panuje stále velmi limitovaná personální politika ve zdravotnictví, zejména pokud se jedná o nelékařské zdravotnické profesionály. Modernizace a změna modelu práce zdravotně sociálních pracovníků není

prosazována a je to zdůvodňováno nedostatkem finančních zdrojů ve zdravotnictví. Na straně druhé ale nemocnice musí u svých akreditačních řízení prokazovat pokračující rozvoj kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb, což by mohlo znamenat šanci na změnu i v oblasti zdravotně sociálních služeb v onkologických centrech.

Preyde a Synnott (2009, s. 321 - 347) ve své meta studii mimo jiné upozorňují na to, že k tvorbě plánu psychosociální intervence u onkologicky nemocných by měla sociální práce v první řadě spoléhat na posouzení individuálních potřeb pacienta a poté vytvořit individuální plán na základě identifikovaných pacientových potřeb. Přímou také odkazují na seznam služeb popsanych Onkologickou asociací sociální práce a doporučují jako další důvěryhodné zdroje k rozvoji sociálních služeb a aktivit čtyři klíčové studie (Andersen et al., 2004; Boesen et al., 2005; Edgar et al., 2001, Lee et al., 2006), u kterých byly doloženy signifikantní výsledky a dobré hodnocení kvality. (Preyde a Synnott, 2009, s. 345) V tomto ohledu považujeme tuto meta studii za významný zdrojový materiál i pro českou zdravotně sociální práci.

III.6 Doporučení pro praxi

Jako možnost zkvalitnění sociální práce s onkologickým pacientem a jeho rodinou, jak jsme již uvedli, vidíme změnu modelu, ve kterém zdravotně sociální pracovníci v onkologických centrech a na klinikách pracují. Přikláníme se k přímé osobní práci zdravotně sociálního pracovníka s každým onkologicky nemocným už od počátku. Považujeme za důležité, aby zdravotně sociální pracovník přímo a osobně znal sociální situace a problémy onkologicky nemocných, ne jen zprostředkovaně a jen u některých, ke kterým je pozván staniční sestrou či ošetřujícím lékařem. Nese-li odpovědnost za sociální práci na daném klinickém pracovišti, tedy by měl mít své klienty pod kontrolou a měl by sám rozhodovat.

Pokud se jedná o praktické používání screeningového dotazníku SDI-21, pak bychom doporučovali zaškolení těch, kteří by s ním pracovali. Doporučovali bychom zachovat způsob dotazování i způsob vyhodnocování odpovědí. Při práci s pacientem bychom doporučovali poprvé SDI-21 screening projít položku po položce spolu s ním, aby věděl, na co přesně odpovídá a proč jsou tyto informace důležité. Screeningové hodnocení bychom doporučovali u onkologických pacientů realizovat standardně

jednou za měsíc. Získali bychom tak dlouhodobý přehled o postupném vývoji sociálních problémů u pacienta a jeho rodiny a také přehled o realizovaných intervencích a jejich efektivitě. SDI-21 dotazník by byl součástí pacientovy dokumentace v oblasti sociální péče a představoval by základní doklad o tom, že se sociální situace kontinuálně u pacienta vyhodnocuje a je zájem ji neodkladně pomáhat řešit a přispívat tak k vyšší kvalitě života onkologicky nemocných a jejich rodin.

ZÁVĚR

Cílem naší práce bylo zmapovat sociální problémy dospělých onkologicky nemocných, které považují za nejtěživější, nebo za nedostatečně řešené. Dále nás zajímalo, jak onkologicky nemocní pojmají své onemocnění a zda by zdravotně sociální praxe měla zájem implementovat screeningový nástroj pro monitorování sociálních problémů.

První část práce byla věnována práci s informačními českými a zahraničními zdroji, ve kterých jsme hledali jak informace o tom, jak jsou definovány sociální problémy u onkologicky nemocných, tak také jakými metodami je možno je monitorovat a jaké možnosti jejich řešení literatura nabízí. Podařilo se nám získat standardizovaný nástroj, který je doporučován ke screeningovému monitorování sociálních problémů u onkologicky nemocných. Také jsme našli doporučené zdroje pro rozvoj intervencí v oblasti zdravotně sociální práce.

V metodické části práce jsme podrobně rozpracovali kvantitativně kvalitativní metodiku šetření. U onkologicky nemocných byl použit dotazník, který obsahoval přeložený SDI-21 standardizovaný screeningový dotazník (ten byl jednou přeložen mnou a jednou byl přeložen profesionálním překladatelem a následně byl korigován vedoucí práce a otestován na potenciálním malém vzorku respondentů v rámci předvýzkumu). Dále dotazník obsahoval tři vybrané položky ze standardizovaného dotazníku IPQ-CZ, který měří postoje pacientů ke své nemoci a také několik položek ke zjištění identifikačních znaků, kterými by bylo možné definovat vzorek respondentů.

Vlastní výzkumná část práce byla zatížena problémy se získáváním respondentů, a proto byl konečný počet ve vzorku 40 (18 žen a 22 mužů) s různým onkologickým onemocněním, v různé fázi nemoci a s různými metodami léčby. V našem výzkumu bylo zachyceno celé spektrum sledovaných sociálních problémů podle SDI-21 dotazníku. Byly zachyceny různé stupně závažnosti těchto sociálních problémů a také respondenti ke všem sledovaným položkám doplnili konkrétní osobní podoby a příčiny označených problémů. V naší studii se ukázaly jako *nejzávažnější problémy s péčí*

o vlastní domácnost, problémy s rekreačními aktivitami a problémy v sexuálních záležitostech. Problémy s přijetím vzhledu vlastního těla byly poměrně frekventované, ale nepatřily u našich respondentů k těm nejtěživějším, stejně tak problémy v oblasti komunikace, financí a zaměstnání, jak ve své studii uváděli autoři jiných studií (viz Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby, 2002). Za důležité zjištění, ke kterému naše studie dospěla, považujeme informace od respondentů, že jejich blízkým se nedostává žádné podpory a pomoci. To je pravděpodobně významná oblast, které by se měla věnovat pozornost v rámci rozvoje psychosociálních onkologických služeb. Tento požadavek je také dokládán v několika zahraničních studiích.

Orientační informace z oblasti osobního pojetí nemoci nám odhalila vysoké procento pacientů, kteří vůbec nemají povědomí o příčinách svého onkologického onemocnění. Tento výsledek koresponduje i se současným medicínským poznáním, protože v této oblasti je dosud mnoho nejasností. Na straně druhé je vysoké procento těch, kteří považují za příčinu svého onkologického onemocnění významné a dlouhodobé stresové přetížení. Několik respondentů uvedlo jako příčinu dědičnou predispozici. V rovině časového trvání a závažnosti choroby respondenti také vypovídali zcela individuálně. Náš vzorek respondentů je velmi malý, než abychom se mohli pokusit hledat nějaké zákonitosti v tom, na základě čeho si onkologicky nemocní modelují v sobě obraz své choroby. Konstatujeme tedy na základě našich limitovaných zjištění, že pojetí nemoci je u každého onkologicky nemocného člověka vysoce privátní záležitost, což je potřebné respektovat. Úkolem zdravotně sociálních pracovníků není měnit náhled pacienta na jeho nemoc, ale pomáhat jemu a jeho rodině v rámci svých odborných kompetencí, aby byli schopni zvládnout těžkosti spojené s chorobou a její léčbou a aby si zachovali naději, lidskou důstojnost a alespoň limitovanou životní perspektivu.

Jako poslední jsme řešili možnost implementace screeningového *Inventáře sociálních problémů u onkologicky nemocných* SDI-21 do zdravotně sociální praxe ve FN v Olomouci. Na základě rozhovorů s vrchní sestrou Onkologické kliniky a vedoucí zdravotně sociální pracovnící Sociálního oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci jsme dospěli k závěru, že do stávajícího modelu sociální práce s klientem nemá význam snažit se implementovat screeningový dotazník SDI-21, protože kompetentní pracovníci pro to nevidí opodstatnění. Domníváme se, že v současném modelu sociální práce s klientem by byl používán zcela formálně a byl by spíše dalším „papírem“, který jen zatěžuje. Pokud by se ale model sociální práce s onkologicky nemocným změnil,

pak by SDI-21 mohl být jednoduchý a funkční způsob systematického screeningu vývoje sociálních problémů u onkologicky nemocných.

Studium sociálních problémů u onkologicky nemocných mi poskytlo mnoho nových profesních informací, ale také osobních, obecně lidských zkušeností, za které jsem velmi vděčná, i když náleží k těm, se kterými se člověk jen velmi těžko smíruje.

LITERATURA

ABBOTT, J., SHAH, N. R., WARD, K. K., MCHALE, M. T., ALVAREZ, E. A. SAENZ, CH. A., PLAXE, S. C. Use of Psychosocial Services Increases after a Social Worker - Mediated Intervention in Gynecology Oncology Patients. [online] *Health Social Work*. 2013 May; 38(2):113-21. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=e33ab8da-9966-4366-a498-47cf32af683b%40sessionmgr110&hid=128> [2014-12-14]

ABC významový slovník. [online] Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni> [2014-12-08]

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, spol. s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

ARCHOLD, P.G., STEWART, B.J., HORNBROOK, M.C.. *Family Care Inventory*. OHSU/ KPNW Family Care Study (Revised 01/10/2001). 1982, 503; pp. 4494-4560.

BACHNER, G. Y. O'ROUCKE, N., CARMEL, S. Psychometric properties of a modified version of the caregiver reaction assesment scale measuring caregiving and post-caregiving reactions of caregivers cancer patients. In *Journal of Palliative Care*, 2007; Vol. 23, Issue 2, pp. 80-86.

BEATTLY - BOGDA KOCZWARA, L., WADE, T. D. The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. [online] In *Health Expectations*. 2008, Vol.11, Issue 4, pp. 331–342.
Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e33ab8da-9966-4366-a498-47cf32af683b%40sessionmgr110&hid=128> [2014-12-14]

BURG, M. A., ADORNO, G., HIDALGO, J. An Analysis of Social Work Oncology Network Listserv, Postings on the Commission of Cancer's Distress Screening Guidelines. In *Journal of Psychosocial Oncology*. [online] Nov/Dec 2012, Vol. 30 Issue 6, p. 636-651.

BUŽGOVÁ, R. a kol. *Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života*. Projekt IGA MZ ČR NT 13417-4/2012. Ostrava: OU, 2014 [online]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/prirucka-uzivatele-dotazniku.pdf> [2015-02-24]

BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0.

BYSTRICKÝ, Z. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících. Plné znění dokumentu a jeho srovnání s realitou českého zdravotnictví. In *Paliativní péče v České republice*. Workshop v Litoměřicích 12. dubna 2003 [online] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001137.pdf> [2015-02-14]

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [online] Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pro-odborniky>

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. *Slovníček - Linkos*. [online] Dostupné z: <http://www.linkos.cz/slovnicek/onkologicky-pacient/> [2015-03-21]

Česká republika a rakovina v číslech. In *Linkos – Česká onkologická společnost*. [online] Dostupná z: <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/> [2014-12-08]

DAVIS-ALIS, H., CHESLER, M. A., CHESNEY, B.K. Recognizing Cancer as a Family Disease: Worries and Support Reported by Patients and Spouses. In *Social Work in Health Care*. [online] 1993, Vol.19, Issue 2, Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J010v19n02_02#.Uv5jUNaYbIU [2014-12-08]

Deklarace práv onkologických pacientů. In *Cesta domů*. [online] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/deklarace-prav-onkologicky-pacientu.html> [2015-02-14]

Etický kodex Společnost sociálních pracovníků v ČR. [online] Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf [2014-12-08]

Etika sociální práce – principy. Návrh, přijatý valným shromážděním IFSW. Adelaide, Austrálie: 29. 9. – 1. 10. 2004. [online] Zpracováno dle: Nečasová, M. Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy. In *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 4/2004, 4, od s. 31 – 34. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

GIVEN, B. A., GIVEN, C. W., KOZACHIK, S. Family support in advanced cancer. In *Cancer Clinical Journal*, 2001, Vol.51, pp. 213-231.

Hemato-onkologická klinika Fakultní nemocnice v Olomouci. *Informace pro pacienty*. [online] Dostupné z: http://www.fnol.cz/hemato-onkologicka-klinika-zakladni-informace-sekce_41.html

ING pojišťovna a Aliance žen s rakovinou prsu. *Ženy s rakovinou prsu čelí velkým finančním problémům*. Projekt For you. [online] Dostupné z: <http://www.novinky.cz/finance/351094-zeny-s-rakovinou-prsu-celi-velkym-financnim-problemum.html> [2014-11-03]

JEŽORSKÁ Š., VÉVODA J., PETRÁŠOVÁ H., IVANOVÁ K. Hodnocení vlivu sociální opory na míru úzkosti a deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem. In *PSYCHOSOM*, 2014; roč. 12, č. 2, s. 120 – 128.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 4. vydán. Praha: SPN, 1997.

Kol. autorů. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2240-5.

KRTIČKOVÁ, K. *Onkologický pacient jako součást rodinného systému. Zkušenosti z praxe*. [online] 2004. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_6/krtickova_604.htm [2014-12-08]

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 212 s. ISBN. 978-80-247-3676-1.

MAREŠ, J., LEŽEK, S. Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. In *Československá psychologie*. 2012, r. LVI, č. 6, str. 558 – 572.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7392-150-7.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MUNZAROVÁ, M. *Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999)*. [online] LF MU Brno, 2006. Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1423/jaro2006/psy202/um/Munzarova_Pravo.pdf

Národní onkologický registr. [online] ÚZIS, 2010. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor> [2014-12-08]

NIJBOER, C., TRIEMSTRA, M., TEMPELAER, R., SANDERMAN, R., BOS, G.A. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the caregiver reactions assesment (CRA). In *Socialis Science Medicine*. 1999, No 48, pp.1259 - 1269.

NOSÁLKOVÁ, M. Onkologický pacient ve vztahové síti současného systému zdravotní péče v ČR: potřeby - rizika - výzvy. [online] In *XXXIV. Brněnské onkologické dny a XXIV. konference pro sestry a laboranty*, 22. 4. 2010, č. abstraktu 219p. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/3609> [2014-12-10]

PĚNKAVA, P. *Specializace sociálních pracovníků jako nedílná součást rozvoje sociální práce*. [online] Praha: MPSV ČR, 2015. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/19185/Penkava.pdf> In *Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce*. ESF projekt MPSV ČR, operační program lidské zdroje a zaměstnanost, CZ.1.04/3.1.00/04.00015. [online] Doba realizace 2014 –

2015. Dostupné z: <http://www.esfer.cz/projekty/systemova-podpora-profesionalniho-vykonu-socialni-prace> [2015-02-09]

POHUNKOVÁ, D. Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné. In *Zdravotnické noviny*, 1999, roč. 48, č. 43, s. 13.

PREYDE, M., SYNNOTT, E. Psychosocial Interventions for Adults with Cancer: A Meta-analysis. In *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2009, Vol. 6, Issue 4, pp. 321-347.

Liga proti rakovině. *Práva a povinnosti onkologicky nemocných*. [online] Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=2035&mode=thread&order=0> [2014-12-13]

ROBERTS, C. S., PIPER, L., DENNY, J., CUDDEBACK, G. A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. In *Health & Social Work*. [online] 1997, Vol. 22, Issue 2, pp. 133-141. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9705233739&lang=cs&site=ehost-live> [2014-12-13]

ROHAN, E. A., BERKMAN, B., WALKER, S., HOLMES, W. The Geriatric Oncology Patient: Ageism in Social Work Practice. [online] In *Journal of Gerontological Social Work*. 1994, Vol. 23 Issue 1/2, p. 201-221. 21p. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&sid=e33ab8da-9966-4366-a498-47cf32af683b%40sessionmgr110&hid=128&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=9506150011> [2014-12-13]

SLAVÍKOVÁ, Š. Činnost sociálního pracovníka na onkologickém oddělení pro dospělé v rámci multidisciplinárního týmu. In *1. Psychoonkologické sympozium*, Brno, 8. 9. 2010.

Sociální oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci. *Informace pro pacienty*. [online] Dostupné z: http://www.fnol.cz/socialni-oddeleni_40.html [2015-03-21]

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

TAMMINGA, S. J., VERBEEK, J. W. , DE BOER, A.G.E.M., VAN DER BIJ, R. M., FRINGS-DRESEN, M.H.W. Work-directed intervention to enhance the return to work of employees with cancer: a case study. In *Work*. 2013, Vol. 46 Issue 4, p. 477-485.

TSCHUTSCHKE, V. *Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Překlad: Simonová, L. Praha: Portál, 2004, s. 224. ISBN 80-7178-826-0.

UGUR, O., FADILOGLU, C. Assessment of the reactions of caregivers of a cancer patients: Validity and reliability of the scale of "Your reactions helping your family member" in Turkish society. In *Indian Journal of Cancer*, 2013, Volume 50, Issue 3, pp. 219 – 226.

ÚZIS, Národní onkologický registr. [online] 2013. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor> [2014-12-08]

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb. *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*

WRIGHT, E. P., KIELY, M. A., LYNCH, P., CULL, A., SELBY, P. J. Social problems in onkology. In *British Journal of Cancer*, 2002, 87, pp. 1099 - 1104.

WRIGHT, P., SMITH, A., ROBERTS, R., SELBY, P., VELIKOVA, G. Screening for social difficulties in cancer patients: clinical utility of the Social Difficulties Inventory. [online] In *British Journal of Cancer*, 2007, 97, pp. 1063–1070. Dostupné z:
<http://www.nature.com/bjc/journal/v97/n8/full/6604006a.html> - aff2 [2014-09-24]

Zákon MPSV ČR č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách.*

Zákon MZ ČR č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a navazujících předpisů.*

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR	Česká republika
FN	Fakultní nemocnice
IFSW	Mezinárodní federace sociálních pracovníků
IPQ-R-CZ	zkratka české verze dotazníku zkoumajícího pojetí nemoci pacientem
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
SDI-21	<i>Inventář sociálních problémů</i> – dotazník zkoumající sociální problémy onkologicky nemocných
TP	těžce postižení
ÚZIS	Ústav zdravotnické informatiky a statistiky
ZSP	zdravotně sociální pracovník
ZTP	zvlášť těžce postižený

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obr. č. 1: Multioborový tým podílející se na léčbě a péči o onkologické pacienty (převzato z: Nosálková, 2010)	14
Tab. č. 1: Screening sociálních problémů onkologicky nemocných SDI – 21 (dle Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova, 2007)	31
Tab. č. 2: Návratnost dotazníků	39
Tab. č. 3: Vyhodnocení screeningového dotazníku SDI od vzorku čtyřiceti onkologicky nemocných	48
Graf č. 1: Návratnost dotazníků	39
Graf č. 2: Věková struktura vzorku respondentů – vzorek seřazen od nejmladšího po nejstaršího respondenta	40
Graf č. 3: Struktura respondentů dle jejich pracovního zařazení	41
Graf č. 4: Struktura respondentů dle délky trvání onkologického onemocnění (uváděno v měsících)	42
Graf č. 5: Struktura vzorku respondentů dle onkologického onemocnění ...	43
Graf č. 6: Struktura vzorku respondentů dle dosud absolvované terapie	43
Graf č. 7: Počty oblastí z SDI-21 dotazníku s vysokou mírou problémů u skupiny žen ve vzorku	50
Graf č. 8: Počty oblastí z SDI-21 dotazníku s vysokou mírou problémů u skupiny mužů ve vzorku	51
Graf č. 9: Výpovědi respondentů o osobních názorech na příčinu vzniku jejich onkologického onemocnění	54
Graf č. 10: Osobní názory respondentů na dobu trvání jejich onkologického onemocnění	54
Graf č. 11: Respondenty vnímaná závažnost jejich onemocnění	55

SEZNAM PŘÍLOH

- 1.** Zákonná opatření pro výkon činnosti zdravotně sociálního pracovníka
- 2.** Překlad SDI-21 dotazníku do češtiny a vypořádání připomínek k překladu
- 3.** Dotazník pro respondenty – kompletní verze po korektuře
- 4.** Připravené rozhovory s vrchní sestrou a s vedoucí zdravotně sociální pracovnící z Fakultní nemocnice v Olomouci
- 5.** Souhlas s realizací výzkumného šetření na Onkologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci
- 6.** Zadání bakalářské práce

Zákonná opatření pro výkon činnosti zdravotně sociálního pracovníka – výpis

I)

ZÁKON 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Změna: 125/2005 Sb., 111/2007 Sb., 124/2008 Sb., 189/2008 Sb., 227/2009 Sb., 105/2011 Sb., 346/2011 Sb., 375/2011 Sb.

§ 10

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním:

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,
- b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo
- c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

(2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

II)

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 9

Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může

- a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Překlad SDI-21 do češtiny a vypořádání připomínek k překladu

P. č.	SDI-21 položek - posuzují se s ohledem na poslední měsíc	Korekce překladu položky po odborné konzultaci	Odpovědi respondentů 0 bez potíží 1 malé potíže 2 docela dost potíží 3 velmi mnoho potíží
1.	Měl jste nějaké potíže s udržení své nezávislosti?	položka ponechána, respondent rozuměl	0 – 1 – 2 – 3
2.	Měl jste nějaké potíže při vykonávání domácích prací ve své domácnosti? (například úklid, zahradničení, vaření, nákupy apod.)		0 – 1 – 2 – 3
3.	Už jste měl nějaké potíže s řízením vlastní osobní péči? (například s koupáním, oblékáním, mytím ...)	Položka změněna: Už jste měl nějaké potíže <i>se soběstačností a sebepéčí?</i> (např.: s oblékáním, mytím, koupáním apod.)	0 – 1 – 2 – 3
4.	Už jste měl nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou závislí na vás? (například děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)		0 – 1 – 2 – 3
5.	Má někdo z těch, blízko k vám (například partner, děti, rodiče) měl nějaké problémy s podporou, které mají k dispozici?	Položka doplněna o zpřesňující závorku (např. <i>psychologickou, spirituální, sociální</i>)	0 – 1 – 2 – 3
6.	Měli jste nějaké problémy se sociálními dávkami podpory? (například zákonné nemocenské dávky, příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro zdravotně postižené osoby ...)	Dotaz je zřejmý, respondenti mu rozumí.	0 – 1 – 2 – 3
7.	Máte nějaké finanční potíže?		0 – 1 – 2 – 3
8.	Měli jste nějaké problémy s finančními službami? (například úvěry, hypotéky, penzijní připojištění apod.)		0 – 1 – 2 – 3
9.	Měl jste nějaké problémy týkající se vaší práce (nebo vzdělávání, pokud jste student)?		0 – 1 – 2 – 3

10.	Už jste měl nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo vaší rodiny? (například péče o závislé osoby, právní otázky, obchodní záležitosti)	Položka upravena takto: Už jste měl nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo <i>budoucnosti</i> vaší rodiny? (například péče o závislé osoby, právní otázky, obchodní záležitosti)	0 – 1 – 2 – 3
11.	Už jste měl nějaké potíže s komunikací s těmi, které máte nejbližší? (například s partnerem, dětmi, rodiči)		0 – 1 – 2 – 3
12.	Už jste měl nějaké potíže s komunikací s ostatními? (například přáteli, sousedy, kolegy, s daty)		0 – 1 – 2 – 3
13.	Už jste měl nějaké problémy týkající se sexuálních záležitostí?		0 – 1 – 2 – 3
14.	Už jste měl nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu?	Položka upravena: Už jste měl/-la nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (<i>mít děti</i>)?	0 – 1 – 2 – 3
15.	Už jste měl nějaké problémy týkající se vašeho vzhledu nebo obrazu těla?	Položka upravena - slovosled: Už jste měl/-la nějaké problémy týkající se vzhledu nebo <i>vnímání</i> obrazu vašeho těla?	0 – 1 – 2 – 3
16.	Už jste se cítil/-la izolovaný/-á?	Ponechán pojem izolovaný.	0 – 1 – 2 – 3
17.	Už jste měl/-la nějaké problémy s pohybem po okolí? (například doprava, parkoviště a Vaše mobilita)		0 – 1 – 2 – 3
18.	Už jste měl nějaké problémy s tím, kde žijete? (například prostor, přístup, vlhko, topení, sousedé, bezpečnost)		0 – 1 – 2 – 3

Příloha č. 2/3

19.	Měl jste nějaké potíže při provádění své rekreační aktivity? (například koníčky, zábava, ...)	Položka ponechána beze změny	0 – 1 – 2 – 3
20.	Už jste měl nějaké problémy se svými plány na cestu, nebo odjet na dovolenou?		0 – 1 – 2 – 3
21.	Už jste měl nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí vašeho každodenního života?	Doplněno o písemné zpřesnění odpovědi. Už jste měl/-la nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí vašeho každodenního života? <i>Napište, prosím, s jakou konkrétně :</i>	0 – 1 – 2 – 3

Výsledná česká verze

**SCREENING SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH
dle SDI-21**

P.č.	POLOŽKY DOTAZNÍKU – berte v úvahu období posledního měsíce	HODNOCENÍ			
		Bez potíží	Malé potíže	Docela dost potíží	Velmi mnoho potíží
		0	1	2	3
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s udržením své nezávislosti ?</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při vykonávání domácích prací ve své domácnosti? (například úklid, vaření, zahradničení, nákupy apod.)</i>				
	<i>Měl /-la jste nějaké potíže se soběstačností a sebepéčí? (například s koupáním, oblékáním, mytím apod.)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí ? (např. děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)</i>				
	<i>Měl někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy s podporou, kterou mají k dispozici ?(např. psychologickou, spirituální, sociální)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy se sociálními dávkami podpory? (např. zákonné nemocenské dávky, příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro zdravotně postižené osoby apod.)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké finanční potíže</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s finančními službami? (např. s úvěry, hypotékou, penzijním připojištěním)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se vaší práce nebo vzdělávání (pokud jste student)?</i>				
	<i>Měl /-la jste nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti vaší rodiny? (např. péče o závislé osoby, právní otázky, obchodní záležitosti apod.)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s těmi, které máte nejbližší? (např. s partnerem, dětmi, rodiči)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s ostatními? (např. s přáteli, sousedy, kolegy, s informacemi)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se sexuálních záležitostí?</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (mít děti)?</i>				
	<i>Měl /-la jste nějaké problémy týkající se vašeho vzhledu nebo přijetí obrazu vašeho těla?</i>				
	<i>Cítil /-la jste se izolovaný/-á?</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s pohybem po okolí? (např. s dopravou, parkovištěm, Vaší mobilitou)?</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké problémy s tím, kde žijete? (např. s prostorem, přístupem, vlhkostí, topením, sousedy, s bezpečností apod.)</i>				
	<i>Měl/-la jste nějaké potíže při provádění své rekreační aktivity? (například s koníčky, zábavou)</i>				
	<i>Měl /-la jste nějaké problémy se svými plány na cestu, nebo odjet na dovolenou?</i>				

	Měl/-la jste nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí vašeho každodenního života? Se kterou a jaký?				
SOUCET BODŮ					

Vyhodnocení:

1) SOCIÁLNĚ ZOUFALÝ PACIENT - pacienti dosahující v bodování 10 a více bodů. Tito pacienti vyžadují podrobnější dotazy na to, jak se jim daří, s odkazem zejména na vysoké bodové skóre v konkrétních položkách (jedná se o všechny položky s 2 a 3 bodovým ohodnocením). Potíže v oblasti vysokého bodování mohou být jen přechodné a s největší pravděpodobností se opět stabilizují. Pak pro klinické řešení nebo řešení podpory, lze přijmout omezenou aktivitu či opatření (edukaci pacienta a rodiny, konzultaci se sociálním pracovníkem, psychologem apod.)

Pacienti s řadou vysoce bodově hodnocených položek a zejména u položek velmi specifických, které bychom vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta neočekávali, by měli být následně komplexně dotazováni, jejich problémy zmapovány detailně a mělo by být rozhodnuto o dalším postupu s využitím příslušné mezioborové spolupráce (sociální pracovník, kaplan, psycholog, ale také rodina apod ...), aby se pacientovi a jeho blízkým dostalo pomoci či potřebné podpory a zvýšil se jejich pocit zejména v oblasti psychosociální kvality života.

2) NENÍ SOCIÁLNĚ PROBLÉMOVÝ PACIENT: pacienti bodování pod 10 bodů na stupnici SDI-21.

Pokud většina nebo všechny položky jsou na nižších úrovních bodového hodnocení (tj. 0 nebo 1), nebo pokud ojedinelá položka je dimenzována na vyšší úrovni (2 nebo 3), je pravděpodobné, že bude potřebné indikovat pouze přechodné nebo omezené, příp. také žádné akce - podle zkušenosti testujícího profesionála.

Pokud kterákoliv z jednotlivých položek byla ohodnocena body 2 nebo 3, znamená to, že je vždy potřebné podrobnější šetření zaměřené na tyto konkrétní položky.

Zdroj:

WRIGHT, P., SMITH, A., ROBERTS, R., SELBY, P., VELIKOVA, G. Screening for social difficulties in cancer patients: clinical utility of the Social Difficulties Inventory. [online] In *British Journal of Cancer*, 2007, 97, pp. 1063–1070. Dostupné z: <http://www.nature.com/bjc/journal/v97/n8/full/6604006a.html> - aff2 [2014-09-24]

Vážená paní,
Vážená slečno,
Vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit tímto dotazníkem v rámci své bakalářské práce nazvané „**Sociální problémy onkologicky nemocných**“. Jsem studentkou oboru Sociální práce na Filosofické fakultě UP v Olomouci. Cílem studie je ověřit přeloženou verzi standardizovaného dotazníku SDI-21 pro možné využití v praxi a také zmapovat možnosti, jak může sociální pracovník lépe pomáhat onkologicky nemocným překonávat složité období léčby. Pokud souhlasíte se zapojením do šetření, prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Pokud na nějakou otázku nebudete chtít odpovědět, můžete využít nabídku odpovědi „*preferuji neodpovídat na tuto otázku*“. Vyplnění dotazníku si vyžádá maximálně 15 - 20 minut Vašeho času. Vyplněný dotazník, prosím, přeložte, přelepte přiloženým štítkem a odevzdejte. Vámi poskytnuté anonymní informace budou zpracovány a použity autorkou pro absolventskou práci a nebudou postoupeny nikomu dalšímu.

Děkuji Vám za spolupráci, přeji brzkou úlevu od obtíží a vždy efektivní pomoc a podporu od okolí. Petra Smičková

1. **Základní demografické údaje pro statistické zpracování dotazníků:** muž žena
věk:
- sociální statut: svobodný/-á ženatý/vdaná vdovec/vdova
 žiji v trvalém partnerském svazku jiný
- pracovní statut: zaměstnanec OSVČ studující nezaměstnaný
 v penzi invalidní důchod jiný
2. **Jak dlouho již máte diagnostikované onkologické onemocnění?** let..... měsíců
3. **Léčíte se s onkologickým onemocněním** (zaškrtněte):
 poprvé opakovaně již nejste v léčbě, jen sledován/a absolvujete paliativní péči
 jiná odpověď'
4. Napište, prosím, **jakou léčbu jste již absolvoval/-la od počátku, kdy Vám byla choroba diagnostikována** (zaškrtněte a doplňte):
 konzervativní: kolik kúr/cyklů již máte za sebou nebo právě absolvujete?
- chirurgickou : kolik operací jste absolvoval/-la:
jak dlouho jste po poslední operaci?
- ozařování: kolik ozáření jste již absolvoval/-la?
5. **Jakou příčinu Vy osobně přisuzujete svému onkologickému onemocnění?**

Další otázky se ptají na Vaši situaci za poslední měsíc. Jedná se o standardizovaný SDI-21 dotazník, jehož použití testujeme. (Svoji odpověď, prosím, zaškrtněte):

6. **Měl/-la jste nějaké potíže s udržení své nezávislosti ?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
7. **Měl/-la jste nějaké potíže při vykonávání domácích prací ve své domácnosti?** (například úklid, zahradničení, vaření, nákupy)
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?.....

8. **Měl/-la jste nějaké potíže se soběstačností a sebepéčí?** (například s koupáním, oblékáním, mytím ...)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

9. **Měl/-la jste nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí** (například děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

10. **Měl někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy s podporou, kterou mají k dispozici** (např. psychologickou, spirituální, sociální)?

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 žádné podpory se jim nedostává preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

11. **Měl/-la jste nějaké problémy se sociálními dávkami podpory?** (například zákonné nemocenské dávky, příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro zdravotně postižené osoby ...)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

12. **Měl/-la jste nějaké finanční potíže?**

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

13. **Měl/-la jste nějaké problémy s finančními službami?** (například s úvěry, hypotékou, penzijním připojištěním)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

14. **Měl/-la jste nějaké problémy týkající se vaší práce nebo vzdělávání** (pokud jste student)?

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

15. **Měl/-la jste nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti vaší rodiny?** (například péče o závislé osoby, právní otázky, obchodní záležitosti)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

16. **Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s těmi, které máte nejbližší?** (například s partnerem, dětmi, rodiči)

- bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku

pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

17. **Měl/-la jste nějaké potíže s komunikací s ostatními?** (například s přáteli, sousedy, kolegy, s informacemi)
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
18. **Měl/-la jste nějaké problémy týkající se sexuálních záležitostí?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
19. **Měl/-la jste nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (mít děti)?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
20. **Měl /-la jste nějaké problémy týkající se vašeho vzhledu nebo obrazu těla?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
21. **Cítil /-la jste se izolovaný/-á?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
22. **Měl/-la jste nějaké problémy s pohybem po okolí?** (například s dopravou, parkovištěm, Vaší mobilitou?)
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
23. **Měl/-la jste nějaké problémy s tím, kde žijete?** (například s prostorem, přístupem, vlhkostí, topením, sousedy, s bezpečností)
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
24. **Měl/-la jste nějaké potíže při provádění své rekreační aktivity?** (například s koníčky, zábavou)
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?
25. **Měl /-la jste nějaké problémy se svými plány na cestu, nebo odjet na dovolenou?**
 bez potíží malé potíže docela dost potíží velmi mnoho potíží
 preferuji neodpovídat na tuto otázku
 pokud jste uvedl/-la potíže, jaké byly, o co se jednalo konkrétně?

Struktura rozhovoru se sociální pracovníci FN Olomouc

Předmět rozhovoru: současná praxe v oblasti monitoringu sociálních problémů onkologických pacientů.

1) Kdy a na základě čeho se sociální pracovník k onkologickému pacientovi vlastně dostává?

2) Máte nějakou standardizovanou metodiku, jak si komplexně zmapovat sociální problémy onkologicky nemocných (resp. všech nemocných)? Nebo pracujete pouze s avizovaným sociálním problémem, pro který jste byli k nemocnému přivoláni? Pokud speciální metodiku používáte, můžete nám ji poskytnout pro potřeby komparace s SDI21 dotazníkem, který byl předmětem našeho testování v dotazníku pro onkologicky nemocné?

3) Můžete, prosím, posoudit „*Inventáře sociálních problémů*“ (SDI-21), který jsme pro screening sociálních problémů onkologicky nemocných našli v zahraniční literatuře? Prostudujte ho, případně si otestujte na nějakém klientovi a odpovězte, prosím, na tyto otázky:

Byl by to nástroj pro praktické používání v praxi sociálními pracovníky také v ČR?

Obsahuje podle Vás vše, co by mělo být screeningem zmapováno? Pokud ne, co chybí?

Je vyhodnocení screeningu pro praxi vyhovující? Pokud ne, proč.

Příloha 4/2

Struktura rozhovoru s vrchní sestrou (staniční sestrou) Onkologické kliniky FN Olomouc

Předmět rozhovoru: současná praxe v oblasti monitoringu sociálních problémů onkologických pacientů multioborovým týmem.

- 1) Kdy a na základě čeho se sociální pracovník k vašemu pacientovi vlastně dostává?
- 2) Máte nějakou standardizovanou metodiku, jak si komplexně zmapovat sociální problémy onkologicky nemocných? Můžete nám ji poskytnout pro potřeby komparace s SDI21 dotazníkem, který byl předmětem našeho testování v dotazníku pro onkologicky nemocné?
- 3) Můžete, prosím, posoudit „*Inventáře sociálních problémů*“ (SDI-21), který jsme pro screening sociálních problémů onkologicky nemocných našli v zahraniční literatuře? Prostudujte ho, případně si otestujte na nějakém klientovi a odpovězte, prosím, na tyto otázky:

Byl by to nástroj pro praktické používání v praxi onkologických sester také v ČR?

Obsahuje podle Vás vše, co by mělo být screeningem v oblasti sociálních problémů onkologicky nemocných zmapováno? Pokud ne, co chybí?

Je vyhodnocení tohoto SDI-21 screeningu pro praxi vyhovující? Pokud ne, proč.

Petra SMIČKOVÁ

Skupova č. 13

779 00 Olomouc

FN Olomouc, I. P. Pavlova 6,

775 20 Olomouc

doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., ředitel Fakultní nemocnice

V Olomouci 18. srpna 2014

Věc: ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI V OBORU SOCIÁLNÍ PRÁCE

Dovoluji si Vás požádat o umožnění konat průzkumné šetření ve Vaší Fakultní nemocnici u pacientů onkologické kliniky. Jsem studentkou oboru Sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Moje bakalářská práce *Sociální problémy onkologicky nemocných* mapuje problémy onkologicky nemocných v oblasti sociálních vztahů a sociálních podpor. Bude použita kvantitativní metoda šetření dotazníkovou technikou. Cílem je zjistit, jaké sociální problémy jsou u onkologicky nemocných v léčbě aktuální a zda může sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu pomoci při jejich řešení. Vedoucí práce je paní PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D. z Filozofické fakulty UP v Olomouci.

Dotazníkové šetření by probíhalo od listopadu 2014 do ledna 2015. Celkem bude osloveno 120 onkologických pacientů. V úvodu dotazníku budou uvedeny kromě pokynů k práci s dotazníkem také tyto informace vztahující se k etice výzkumu:

Vážená paní,

Vážený pane,

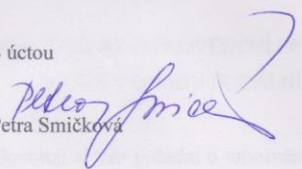
dovoluji si Vás oslovit tímto dotazníkem v rámci své bakalářské práce nazvané „*Sociální problémy onkologicky nemocných*“. Jsem studentkou oboru Sociální práce na Filozofické fakultě UP v Olomouci. Cílem studie je zjistit, zda může sociální pracovník pomáhat onkologicky nemocným lépe překonávat složité období léčby. Pokud souhlasíte se zapojením do šetření, prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku a sdělení Vašich prožitků, zkušeností a problémů. Pokud na nějakou otázku nebudete chtít odpovědět, tak ji celou přeškrtněte, abych věděla, že se nejedná o opomenutí. Vyplnění dotazníku si vyžádá asi 15 minut Vašeho času. Vyplněný dotazník,

dotazník, prosím, vložte do přiložené obálky, zalepte ji a odevzdejte do připravené schránky. Vámi poskytnuté anonymní informace budou zpracovány a použity autorkou pro absolventskou práci a nebudou postoupeny nikomu dalšímu.

Děkuji Vám za spolupráci, přeji brzkou úlevu od obtíží a vždy efektivní pomoc a podporu od okolí.
Petra Smičková

Prosím Vás o vyjádření, zda mohu svoji studii realizovat na Vaší Onkologické klinice. Jsem zaměstnanec LF UP, spolupracovala jsem s FN Olomouc a t.č. jsem na mateřské dovolené. Vaši nemocnici jsem si vybrala proto, že je součástí mého pracovního prostředí a disponuje Onkologickou klinikou. Písemnou žádost jsem zaslala souběžně také řediteli Fakultní nemocnice, doc. MUDr. Romanu Havlíkovi, Ph.D.

S úctou


Petra Smičková

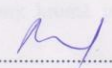
Návratka:

Empirické dotazníkové šetření paní Petře SMÍČKOVÉ k její bakalářské práci nazvané
„Sociální problémy onkologicky nemocných“

Povoluji

Nepovoluji - odůvodnění:

V Olomouci 22. 9. 2014


Fakultní nemocnice Olomouc
Onkologická klinika
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, 589 434 295
Ředitelka: Prof. MUDr. Bohuslav Malý, Ph.D.
Mgr. Sárka Foclová
60875

razítko

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Sociologie
Forma: Kombinovaná
Obor/obory: Sociální práce (SOCIPI)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	GRADUČNÍ ČÍSLO
SMĚČKOVÁ Petra	Štepaňova 15, Olomouc - Nové Sady	F12051

TÉMA ČESKY:
Sociální problémy onkologicky nemocných

NÁZEV ANGLICKY:
Social problems of oncology patients

VEDOUcí PRÁCE:
PhDr. Mgr. Naďžda Španělková, Ph.D. - KSA

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:
Cílem práce je identifikovat sociální problémy a dospětých onkologicky nemocných, které považují za neřešitelné a nebo za nedostupně řešení a vytvořit pro tuto cílovou skupinu edukační materiál.
Edukační postup práce na předklad:
- studium teorie a zahraniční literatury a zdrojů
- definování a operacionalizace pojmu "sociální problémy"
- zpracování teoretické části práce
- definování cílů empirické části práce
- průzkum: kvalitativní metoda - technika strukturovaných rozhovorů
- vlastní vypracování textu: kvalitativní metoda - dotazníky - příprava dotazníku
- sběr dat v terénu: lokalita Olomouc
- statistická zpracování a vyhodnocení empirických dat
- návrh edukačního opatření: návrh edukačního materiálu pro onkologické pacienty zdravotnických zařízení
- zpracování empirické části práce.

Termín odevzdat definované téma bakalářské práce: 31. 3. 2015

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

BOLKOVÁ, G. Onkologičtí pacienti jako cílová skupina v sociální práci. In: Nové úlohy skupiny v sociální práci [online]. Dostupné z: http://www.gulib.cz/vyprk2/IT/Matkyeva2.pdf_dos17.pdf [2013-12-03]

DAVIS-ALL, S.H., CHESLER, M.A., CHESNEY, D.K. Recognizing cancer as a family disease: worries and support reported by patients and spouses. In: Social Work in Health Care, 1993, Vol. 19, Issue 2-65-66. ISSN 1541-804X.

DOSTALOVÁ, O. Jak vadovat rakovinu. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7369-044-4.

DUČAČKOVÁ, J., LITVÍNSKÁ, B. Důležitost péče o onkologicky nemocné. In: Seznam [online] č. 5, 2011. Dostupné z: <http://adms.laf.cz/clanek/seznam/seznam-peci-o-onkologicky-nemocne-459794> [2013-12-03]

SLAVKOVÁ, Š. Činnost sociálního pracovníka na onkologickém oddělení pro dospělé v rámci multitelepního týmu. [online] In: Psychosociologické sympozium. Brno, 8. 9. 2010. Dostupné z: <http://www.zdravotnicka.cz/psychologie-a-krizovnicarstvi/seznam-sociálního-pracovníka-na-onkologickém-oddělení-pro-dospělé-v-rámci-multitelepního-týmu/> [2013-12-03]
a <http://www.zdravotnicka.cz/socialni-pracovník-o-nemoci-jak-na-proponi-a-pomoc-manu-dostat-onkologický-pacient/> [2013-12-03]

Zákon 185/2000 Sb. O sociálních službách. [online] Dostupné z: <http://www.uzprava.cz/prizpevek-na-poci.html> [2013-12-03]

ZIEBACH, B. Information and service needs for young adult cancer patients. In: Supportive care in cancer, 2008, Volume 16, Issue 12:1351-1360. [online] ISSN 1473-7534. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-008-0435-0> [2014-02-14]

13.05.14, 10:42 - Podklad bakalářské práce - F12051 - F12051-01-01

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno autora: SMIČKOVÁ Petra

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název bakalářské práce: Sociální problémy onkologicky nemocných

Title of work: Social problems of oncology patients

Počet znaků: 150 015 (bez mezer)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: *sociální problémy, onkologický pacient, posouzení sociálních problémů, SDI-21, pojetí nemoci pacientem, sociálně zdravotnický pracovník, sociální práce ve zdravotnictví, sociální služby.*

Key words: *social problems, oncology patient, assessment of social problems, SDI-21, social work, social worker, social healthcare worker, social work in health care, social services.*

Charakteristika práce:

Bakalářská práce se zabývá sociálními problémy u onkologicky nemocných a možnostmi jejich screeningového monitoringu. Teoretická část práce přináší informace z českých a zahraničních zdrojů o psychosociálních problémech onkologicky nemocných, o možnostech jejich vyhodnocování. V empirické části práce jsou zmapovány sociální problémy u skupiny čtyřiceti onkologicky nemocných pomocí standardizovaného SDI-21 screeningového dotazníku. Použitý SDI-21 dotazník byl také posuzován z hlediska možnosti jeho implementace do zdravotně sociální praxe ve Fakultní nemocnici u onkologicky nemocných. U respondentů byly orientačně zjišťovány také vybrané postoje k jejich vlastní chorobě (výběr tří položek z IPQ dotazníku).

Ukazuje se, že sociální problémy jsou u onkologicky nemocných poměrně časté a četné, osobní pojmání nemoci je u onkologicky nemocných striktně individuální. V podmínkách zkoumané fakultní nemocnice chybí systematický screening sociálních problémů u onkologických pacientů. Metoda práce zdravotně sociálních pracovníků s onkologickými pacienty v současné době není vhodná pro okamžitou implementaci standardizovaného SDI-21 dotazníku.