

Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka

PhDr. Viera Bencová, PhD., MUDr. Ivana Krajčovičová

I. Onkologická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Život s diagnózou rakoviny má na prežívajúcich pacientov hlboký emocionálny dopad – strach z návratu ochorenia, neistota, strata sebadôvery, strata telesnej integrity, problémy v rodinnom, manželskom a sexuálnom živote spolu s klinickou symptomatológiou (únava, bolesť a pod.) môžu viesť k vývoju rizikového behaviorálneho profilu a k sociálnej izolácii. Cieľom tejto práce bolo analyzovať mieru psychosociálnej záťaže karcinómu prsníka u pacientok liečených prsník-záchovnou chirurgickou liečbou (breast conserving surgery, BCS) a modifikovanou radikálnou mastektómiou (MRM) jeden a tri roky po stanovení diagnózy. Celková kvalita života, psychosociálny stres a sociálny status prežívajúcich pacientok bola analyzovaná použitím dotazníka Európskej organizácie pre výskum a liečenie nádorov (EORTC-QLQ-30.3). Výsledky ukázali, že v porovnaní s pacientkami liečenými prsník-záchovnou chirurgickou liečbou, mastektomované pacientky udávali významne nižšie skóre kvality života, vyššiu psychosociálnu záťaž a hlbšie zmeny v sociálnych vzťahoch. Avšak aj po troch rokoch od stanovenia diagnózy pacientky liečené prsník-záchovnou liečbou a prežívajúce bez známok mutilácie vykazovali stúpajúcu mieru anxiózy, depresie, neistoty a pocitu opustenosti, sprevádzanú stratou uspokojenia zo sociálnych väzieb. Dôsledky psychosociálnej morbidity a sociálnej izolácie na kvalitu života a priemernú dobu prežívania, ako i potreby psychosociálnej intervencie a resocializácie pacientok s karcinómom prsníka sú v práci diskutované.

Kľúčové slová: karcinóm prsníka, psychosociálna morbidita, intervencia, sociálna integrácia.

Psychosocial support and social integration of breast cancer survivors

Living with a diagnosis of cancer creates a great deal of emotional distress: fear from cancer recurrence, uncertainty, loss of self-esteem, body image perception, family and sexual problems along with clinical symptoms (fatigue, pain, etc) may lead to the behavioral risk profile development and social isolation. The aim of the present paper was to analyze psychosocial consequences of breast cancer diagnosis and treatment in patients treated by breast conserving surgery versus modified radical mastectomy one and three years after diagnosis. The health-related quality of life, psychosocial distress, and social status of breast cancer survivors was studied by means of European Organisation of Research and Treatment of Cancer questionnaire (EORTC-QLQ-C30.3). The results showed, that in comparison with patients treated by breast conserving surgery, mastectomised patients scored considerably lower what concerns health-related quality of life, higher psychosocial distress, and lower social relationship. However, even 3 years post-diagnosis, patients treated by breast conserving surgery and surviving without visible mutilation are suffering from enhanced anxiety, depression, uncertainty, loneliness and inability to enjoy social relations even three years post-surgery. The consequences of psychosocial morbidity and social isolation on to quality of life and survival rate and the need of psychosocial support and resocialisation of cancer patients is discussed.

Key words: breast cancer, psychosocial morbidity, intervention, social integration.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(3): 110–113

Úvod

Nádorová choroba je vážna, život ohrozujúca choroba, ktorá v civilizovanom svete každoročne postihuje viac ako desať miliónov ľudí a jej incidencia neustále stúpa. V Slovenskej republike bolo v roku 2006 zaznamenaných 25 894 novo diagnostikovaných prípadov rakoviny. Kým u mužov dominantné postavenie zaujímajú karcinómy kolorekta, pľúc a prostaty, u žien zaznamenávame najvyšší stupeň incidencie pri karcinóme prsníka (17). V tom istom roku bolo diagnostikovaných 2 264 prípadov karcinómu prsníka, ktorý postihuje ženy vo všetkých vekových kategóriách dospelého veku. Podobne ako v prípade väčšiny zhubných nádorov, aj incidencia karcinómu prsníka vykazuje každoročne vzostupnú tendenciu (2, 20). Avšak vďaka pokroku vo včasnej diagnostike nádorov tejto lokalizácie a úspešnosti modernej terapie, úmrtnosť na karcinóm prsníka na Slovensku od roku 2000 u liečených pacientok každoročne klesá

o viac ako 8 % (2). Tento optimistický trend má však tienistú stránku. V populácii každoročne stúpa počet prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka najmenej o 17 000 prípadov. Narastá tak počet pacientok, ktoré musia znášať dôsledky diagnózy, agresívnej liečby, častých mutilácií (strata alebo deformácia prsníka, opuch končatiny) a psychického tlaku na sociálne postavenie týchto žien (12, 18).

Karcinóm prsníka je obzvlášť stresujúcou udalosťou v živote žien s touto diagnózou. Permanentný strach z rekurencie rakoviny spojený s dôsledkami chirurgickej liečby a vývojom psychosociálnej morbidity významným spôsobom znižuje kvalitu života prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka (3, 4, 9, 10) a vedie ich do postupnej sociálnej izolácie (16). Cieľom predkladanej práce bolo analyzovať dopad BCS verzus MRM na kvalitu života, psychologický a sociálny status pacientok s karcinómom prsníka prežívajúcich 1 a 3 roky po operačnom zákroku.

Materiál a metódy

Do štúdie bolo zaradených celkom 127 pacientok s diagnostikovaným karcinómom prsníka, liečených pomocou BCS (štádium T1-2a) a MRM (štádium T2b-T3). Zo súboru boli vylúčené pacientky so známami relapsu ochorenia a serióznymi komorbiditami. Kvalita života, miera psychosociálnej morbidity a sociálneho statusu pacientok bola analyzovaná pomocou štandardných dotazníkov Európskej organizácie pre výskum a liečenie rakoviny v Ženeve. Dotazník EORTC QLQ-C30.3 (1) je štandardizovaný dotazník, ktorý pomocou 24 otázok hodnotí 9 premenných: fyzikálnu, rodinnú, kognitívnu a emocionálnu funkčnosť, únavu, bolesť, nauzeu a vracanie. Miera záťaže, vyjadrená na Likertovej škále 1 – 4 (vôbec nie – veľmi), adjustovaná do škály 1.100, bola vyhodnocovaná podľa EORTC manuálu (19) a následne štatisticky spracovaná.

Výsledky

Analýza kvality života prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka 1 a 3 roky po BCS a MRM ukázala, že spôsob operácie má zásadný význam z hľadiska fyzickej a psychosociálnej záťaže: pacientky s pokročilou formou karcinómu prsníka liečené pomocou MRM udávali nízke skóre kvality života bez ohľadu na obdobie prežívania, kým skóre kvality života pacientok s včasnou formou nádoru po BCS bolo závislé od doby, ktorá uplynula od liečby. Jeden rok po operácii pacientky, ktoré sa podrobili BCS liečbe, udávali nízke skóre kvality života v rozpätí zhodnom s údajmi pacientok po MRM. Po uplynutí troch rokov po BCS sa kvalita života signifikantne zlepšila u 68 % týchto pacientok, avšak až 32 % pacientok tejto skupiny udávalo naďalej nízke skóre kvality života (obrázok 1).

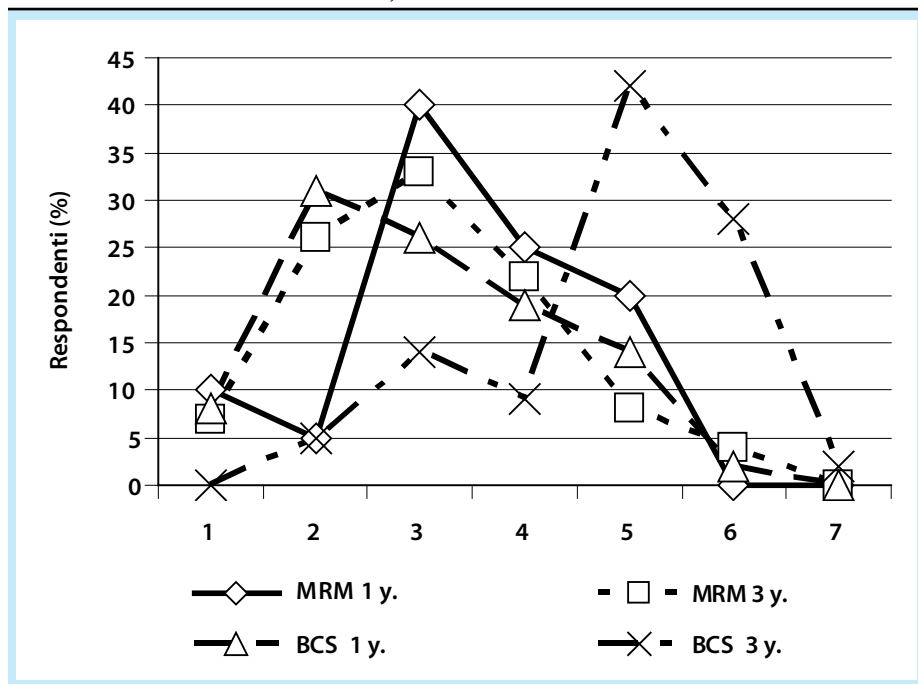
Napriek skutočnosti, že pacientky po BCS prežívali počas doby pozorovania bez známkov relapsu ochorenia, skóre kvality ich života bolo relatívne nízke a v žiadnom prípade nedosiahlo najvyššie hodnoty (7 – výborná). Je zrejmé, že kvalita života vo vzťahu k zdraviu (health-related quality of life) týchto pacientok nebola zásadne ovplyvnená klinickou symptomatológiou, ale psychosociálnou záťažou, vyplývajúcou z percepcie život ohrozujúcej diagnózy. K potvrdeniu tejto alternatívy boli porovnávané parametre kliniky a psychosociálnej záťaže prežívajúcich pacientok s chirurgicky liečeným karcinómom prsníka pomocou EORTC QLQ_C30:3 dotazníka. Výsledky skóre psychosociálnej dysfunkcie a klinickej symptomatológie pacientok 1 a 3 roky po BCS v porovnaní s pacientkami liečenými pomocou MRM prezentuje tabuľka 1.

Analýza jednotlivých premenných ukázala, že najväčší podiel na nízkej kvalite života má u všetkých pacientok psychosociálny distress. U pacientok tri roky po BCS bola zaznamenaná signifikantná akcelerácia anxiózy, nervozity, iritability, pocitu osamelosti a opustenosti, negatívnej percepcie budúcnosti a finančných problémov. U pacientok po MRM prevládala pocit straty ženskosti, pokles sexuálnej funkčnosti, ktoré spolu s klinickými dôsledkami radikálnej liečby výrazne zhoršovali kvalitu ich života.

Diskusia

Naše výsledky ukázali, že signifikantný nárast psychosociálnej záťaže u pacientok tri roky po liečbe pomocou BCS pokrýva najmä emocionálne dysfunkcie (anxióza, nervozita, iritabilita, osamelosť, percepcia budúcnosti, $p < 0,001$). Emocionálne psychologické dysfunkcie spolu s niektorými sociálnymi premennými (finančné obavy, hrozba alebo strata zamestnania) významnou mierou zhoršujú kvalitu života týchto žien. Keďže táto skupina pacientok prežívala pozorovacie obdobie bez známkov

Obrázok 1. Skóre kvality života prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka jeden a tri roky po BCS versus MRM (škála 1 – 7, veľmi zlá – výborná)



Tabuľka 1. Skóre psychosociálnej dysfunkcie (1 : 100) u prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka 1 a 3 roky po BCS versus MRM podľa odpovedí v dotazníku EORTC QLQ-C30.3

Symptóm	MRM 1 rok	BCS 1 rok	MRM 3 roky	BCS 3 roky	MRM 3 roky/ MRM 1 rok	P	BCS 3 roky BCS 1 rok	P
Anxieta, nervozita	50,0	36,6	53,3	73,3	1,06	NS	2,03	< 0,001
Neistota	73,3	30,0	50,0	36,6	0,69	NS	1,02	NS
Iritabilita	56,6	33,3	46,6	66,6	0,81	NS	2,00	< 0,001
Finančné obavy	50,0	40,0	33,3	20,0	0,55	NS	0,20	< 0,001
Únava	53,3	33,3	66,6	33,3	1,11	NS	1,00	NS
Strata práce	15,0	6,0	2,7	10,0	0,15	< 0,05	1,66	< 0,05
Strata ženskosti	50,0	23,3	33,3	6,6	0,66	NS	0,28	NS
Bolesť	40,0	33,3	50,0	16,5	1,25	NS	0,49	NS
Sex. funkčnosť	30,0	6,6	23,3	3,3	0,77	NS	0,50	NS
Sex. uspokojenie	50,0	23,3	33,3	5,8	0,66	NS	0,22	NS
Beznádej	56,6	15,5	46,6	6,6	0,80	NS	0,42	NS
Osamelosť	20,0	6,6	36,6	16,6	1,80	NS	2,51	< 0,001
Perspektíva	30,0	3,3	60,0	30,0	2,00	< 0,05	2,72	< 0,001

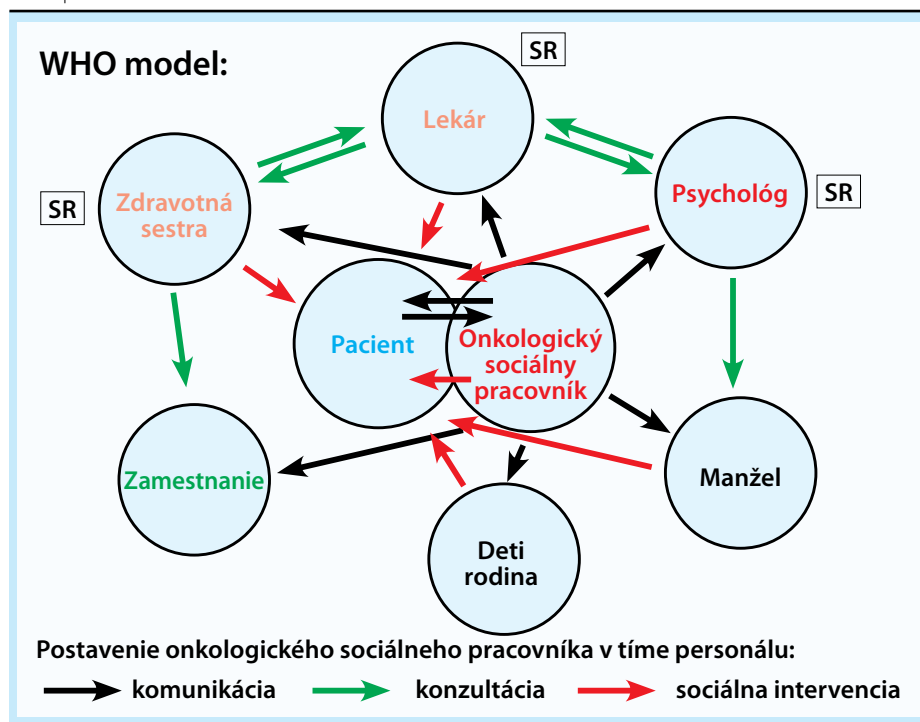
Vyššie skóre znamená vyššiu mieru záťaže a zhoršenie symptomatológie.
Pomer v ramenách 3 : 1 vyšší ako 1 znamená zhoršenie symptomatológie.
NS – nesignifikantné (< 0,10)

relapsu nádorovej choroby, vzostup symptómov psychosociálnej morbidity tri roky po BCS sa dá pripísať opakovaným anxióznym stavom pred každou klinickou kontrolou (6).

Dôsledky tlaku psychosociálnej morbidity sa u prežívajúcich pacientok s rakovinou prsníka prejavujú vo forme vývoja tzv. rizikového behaviorálneho profilu, ktorý ústi do apatie, sociálnej izolácie a neschopnosti ochoreniu vzdorovať (4). Na vývoji rizikového behaviorálneho profilu sa podieľajú frustrácia, pocit straty ženskosti, pocit ohrozenia života,

devastácia partnerského vzťahu, anxieta a depresia, redukcia komunikácie, dištancovanie sa od sociálnej siete, únava, nespavosť, bolesť a poruchy zažívania. Výsledná sociálna izolácia a uzatváranie sa do seba negatívne ovplyvňuje liečebný proces a schopnosť ochoreniu vzdorovať a kráti priemernú dobu prežívania onkologických pacientov. Podľa Kroenkeovej a spolupracovníkov sociálna izolácia zvyšuje mortalitu prežívajúcich pacientok 2,1-násobne, u pacientok starších ako 65 rokov až 3,8-násobne (15). Preto je cieľná psychosociálna opora a resocializácia

Obrázok 2. Funkčný systém poskytovateľov psychosociálnej opory v tíme onkologického zdravotného personálu



Tabuľka 2. Psychosociálne intervenčné metódy v onkológii a ciele ich aplikácie

Informačná intervencia

- pomoc pacientom orientovať sa v prostredí nemocnice
- informácie o diagnostike a liečbe
- možnosti korekcie nežiaducich účinkov liečby (mutilácie)
- možnosti sociálnej pomoci

Emocionálna intervencia

- zvládnutie stresu, paniky a depresie
- podpora vyrovnávať sa s diagnózou
- podpora schopnosti vzdorovať chorobe
- pomoc pri normalizácii rodinných, manželstvá, partnerských a sexuálnych vzťahov

Behaviorálna intervencia

- zvládnutie pocitu osamelosti, opustenosti, krivdy, samoty
- podpora návratu do sociálnej siete a sociálnych vzťahov

Spirituálna intervencia

- podpora viery v Božiu pomoc a Božiu milosť

pacientov s nádorovou chorobou urgentnou potrebou súčasnej liečebnej starostlivosti (11, 12). Táto štandardná súčasť suportívnej liečby v klinickej onkológii, založená na cielej odbornej komunikácii s trpiacim pacientom, využíva metodiku psychosociálnej intervencie (10). Psychosociálne intervenčné metódy v onkológii uvádza tabuľka 2.

Modalities psychosociálnej podpory v onkológii sú cielej na špecifické psychosociálne deteriorácie pacienta s nádorovou chorobou. Ich formy uvádza tabuľka 3.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Americká asociácia onkologických sociálnych pracovníkov (AOSW, 2003) a ďalšie medzinárodné or-

Tabuľka 3. Modalities psychosociálnej podpory v onkológii, ich formy a zameranie

1. Individuálna odborná (lekár, zdravotná sestra, onkologický sociálny pracovník, psychológ).
2. Individuálna laická (komunikácia s pacientom, ktorý prekonal rovnaké nádorové ochorenie).
3. Skupinová (stretnutie skupiny pacientov s odborníkom alebo s pacientom, ktorý prekonal rovnaké nádorové ochorenie).
4. Telekomunikačná (intervencia poskytovaná formou telefonického rozhovoru).
5. Elektronická (internetové stránky nemocníc, sociálnych zariadení, neziskových organizácií – Liga proti rakovine, a záujmových skupín – Plamienok, iné).

ganizácie odporúčajú v kontexte komplexnej zdravotnej starostlivosti interakciu všetkých funkčných súčastí tímu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní psychosociálnej podpory pacientom s nádorovou chorobou, pričom ústredným výkonným pracovníkom má byť onkologický sociálny pracovník (10, 16). Na rozdiel od našich podmienok, v USA, Austrálii, Kanade a vyspelých krajinách západnej Európy je zavedený systém, kde hlavnú psychosociálnu intervenčnú úlohu zohrávajú vysokoškolsky vzdelaní a odborne pripravovaní sociálni onkologickí pracovníci, začlenení do tímu ošetrovateľského personálu (8, 21). Je všeobecne známe, že lekári, zdravotné sestry a ďalší členovia ošetrovateľského tímu sledujú klinické parametre priebehu ochorenia a zameriavajú sa na hodnotenie účinnosti liečby, priemernú dĺžku prežívania, dobu trvania remisie a návrat ochorenia. Striedanie anxiety a depresie a sociálnu izoláciu pacientov považujú za „normálnu“ reakciu každého pacienta na nádorovú chorobu (13). Preto WHO postavila

do centra poskytovateľov psychosociálnej intervencie erudovaného onkologického sociálneho pracovníka. Systém siete poskytovateľov psychosociálnej opory a resocializácie pacientov ilustruje obrázok 2.

Na Slovensku táto profesia nie je zavedená a celá zodpovednosť za psychosociálnu starostlivosť o onkologického pacienta vrátane jeho resocializácie leží na bedrách lekára, zdravotnej sestry, psychológa, psychiatra a kňaza (5). Cieľom predkladanej analýzy je i snaha zdôrazniť nevyhnutnú integráciu psychosociálnej intervencie do komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov i v našich podmienkach.

Záver

Cieľom klinickej liečebnej starostlivosti je zvládnuť nádorové ochorenie, predĺžiť dobu bezrelapsového prežívania liečeného pacienta. Psychosociálna starostlivosť pomáha pacientovi prekonať emocionálne, kognitívne a behaviorálne dôsledky ochorenia a jeho liečby a zároveň najst cestu k návratu do normálneho rodinného, pracovného a spoločenského života. Jestvuje dostatok údajov v odbornej literatúre, ktoré prinášajú dôkazy o tom, že cielej odborná psychosociálna intervencia nielen podporuje resocializáciu pacienta, ale zároveň zlepšuje liečebné výsledky, rehabilitáciu, kvalitu života a celkovú dĺžku prežívania. Erudovaní zdravotníci a onkologickí sociálni pracovníci zlepšujú kvalitu života, fyzikálnu a mentálnu pohodu pacienta, jeho rodinných príslušníkov, skupín a spoločnosti intervenciou do psychosociálnej dimenzie samotného ochorenia identifikujú a mobilizujú silné stránky osobnosti, aktivujú vyrovnávanie sa so skutočnosťou a eliminujú negatívne sociálne fenomény z pacientovho bezprostredného okolia (8).

Vedecký výskum v oblasti resocializácie liečeného pacienta s nádorovou chorobou sa dotýka skúseností s nádorovým ochorením v kontexte priemernej dĺžky prežívania a kvality života pacienta. Emocionálna a kognitívno-behaviorálna rovnováha s následnou sociálnou integráciou do prirodzenej sociálnej siete má enormný význam pri zvládnutí nádorovej choroby a schopnosťou pacienta tejto chorobe vzdorovať. Cielej psychosociálna intervencia a spirituálna podpora pomáha pacientovi vyrovnávať sa s rakovinou v celej jej trajektórii a vedie pacienta k potrebnej resocializácii, ktorá spätne vplyva na úspešnosť protinádorovej terapie, priemernú dobu prežívania a kvalitu života onkologického pacienta.

Literatúra

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Berman B, Sullivan C. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in International clinical trials in oncology. *J. Nat. Cancer Inst.* 1993; 85: 365–367.

2. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, Vatten L, Gavin A, Héry C, Heanue M. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: Retrospective trend analysis of WHO mortality databases. *Brit. Med. J.* 2010; 341: c3620.
3. Bencová V, Lehotská V, Švec J. Behaviorálny rizikový profil pacientok s karcinómom prsníka: úloha sociálnej intervencie. *Onkológia (Bratisl.)* 2007; 2(5): 317–320.
4. Bencová V, Švec J, Bella V. The role of psychosocial oncology in the health care of breast cancer survivors. *Bratislava Medical Letters* 2009; 110(6): 374–375.
5. Bencová V, Mrazova A, Švec J. Psychosocial morbidity – an unfilled gap in the undergraduate courses of medicine and nursing. *Clinical Social Work* 2010; 1–2: 38–47.
6. Bencová V, Bella V, Švec J. Dynamika vývoja psychosociálnej záťaže prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka: klinický úspech s psychosociálnymi dôsledkami. *Klin. Onkologie* 2011; 24(3): 203–208.
7. Clark EJ. The importance of research in oncology social work. In: *Social Work in Oncology*. (red. E.J. Lauria) Atlanta, Ga: American Cancer Society Press 2001.
8. Clark C. Psychosocial needs of women with breast cancer: How can social workers make a difference. *Health and Social Work* 2004; 24: 34–43.
9. Ganz PA, D'Esmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J. Nat. Cancer Inst.* 2002; 94(1): 39–49.
10. Ganz PA, Hahn EE. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26(5): 759–767.
11. Grassi L, Travado L. The role of psychosocial oncology in cancer care. In: *Responding to the challenge of cancer in Europe*. (red. M.P. Coleman). Ljubljana, Slovinsko: Tiskarna Radovlica 2008.
12. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobbs KM, Wain G. Breast cancer survivors supportive care needs 2 – 10 years after diagnosis. *Support Care Cancer* 2006; 15(5): 515–523.
13. Holzer B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweighofer H, Dunser M, Margreiter M, Fleischhacker W, Sperner-Unterweger B. Quality of life in breast cancer patients – not enough attention for long-term-survivors? *Psychosomatics* 2001; 42: 117–123.
14. International Association of Social Worker's Report to the National Cancer Institute. *Social contribution to research on cancer prevention, detection, diagnosis, treatment and Survivorship*. New York, N.Y., USA: NASW Press 2003.
15. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schenhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social network, social support and survival after breast cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol.* 2005; 24: 1105–1111.
16. Michael YL, Berkman LF, Colditz EA, Holmes MB, Kahachi I. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J. Psychosomat. Res.* 2002; 52: 285–293.
17. Ročenka Národného onkologického registra. *NOR Bratislava* 2006.
18. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5 year prospective study. *Breast J.* 2004; 10(3): 223–231.
19. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Bottonley A. (on behalf of the EORTC Quality of Life Group). *The EORTC scoring manual*. 3rd ed. Brussels, Belgium: EORTC Press 2001.
20. Montazeri H. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliografy review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Oncol* 2008; 27: 32–40.
21. Hodgkinson K, Butow P, Hurt GE, et al. Breast cancer survivor's supportive care needs 2 – 10 years after diagnosis. *Support Care Cancer* 2007; 15(5): 5+5–523.

PhDr. Viera Bencová, PhD.

I. Onkologická klinika LF UK,
Onkologický ústav sv. Alžbety
Heydukova 10, 812 50 Bratislava

Recenzia

Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková:

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Praha: Grada Publishing 2011, ISBN 978-80-247-2223-8, Katalog. č. knihy: 2001, 304 s.

Po osvědčené učebnici „Lékařská psychologie“ od prof. Jana Vymětala (3. vyd., Portál 2003) vydávají další učebnici lékařské psychologie dvě pražské klinické psychologičky, první z fakultní nemocnice v Motole, druhá z fakultní nemocnice na Vinohradech. Záměrem vychází ladění Vymětalovy učebnice je humanistické, zaměření autorek je kognitivně behaviorální a v obsahu se to výrazně odráží.

Autorky obsah rozděľujú na tri časti: časť obecnou, časť špeciálnu (v té si vybraly aplikáciu lekárskej psychológie u pacientov s bolesťou a s onkologickými a dermatologickými ochoreniami) a časť, ktorou nazývajú multidisciplinárny pojetí liečby.

Obecná časť sa po výklade základných pojmov (zejména biopsychosociálneho modelu v lekárství) zaměřuje na chování a možnosti jeho změny. Uvádějí se kognitivní koncepte vlivu myšlení na chování (Beck, Ellis), dále poznatky o názorech pacientů na zdraví a charakterizuje se chování pacientů v nemoci. Podstatnou část tvoří kapitola o psychologickém přístupu lékaře k nemocnému. Přínosné je vložení přístupu paternalistického, jednacního, modelu orientovaného na službu a autorkami doporučovaného modelu kooperativního, ve kterém jsou diagnostické postupy i léčba výsledkem vzájemné dohody a spolupráce. Zajímavé jsou informace o vzdělávání mediků v komunikaci s využitím „standardních pacientů“, které na řadě zahraničních univerzit představují placení herci nebo studenti herectví. K navrhovaným dovednostem patří mj. vhodné sdělování nepříznivé zprávy o zdravotním stavu pacientovi nebo jeho příbuzným. Dalšími probíranými tématy jsou podíl pacienta na léčbě a jeho dodržování či nedodržování lékařských pokynů.

Poměrně rozsáhlá kapitola má název *Etické aspekty lékařské profese*. Na kazuistických příkladech v ní autorky uvádějí své pojetí morálního chování lékaře. Je zdůrazňován zejména respekt ke svobodnému rozhodování pacienta. V tomto rámci jsou podány také informace o různých postojích k eutanázii a důkladně je probrán syndrom vyhoření s možnostmi jeho zvládnutí i prevence.

Špeciálnu časť začínajú kapitolou o bolesti. Postupy k jejím psychologickým ovlivňovaním autorky čerpajú zejména z kognitivně behaviorální terapie (KBT). Tzv. kognitivní restrukturační má změnit negativní myšlenky, související s bolestí. Návčik zvládnutí bolesti zahrnuje na jedné straně relaxaci, snižující úzkost a napětí, na druhé straně zvyšování aktivity s plánováním činností a vědomým překonáváním bolesti. Následující kapitola se zabývá onkologickými pacienty: stadii onemocnění, významem psychologických faktorů (depresí, emočním stresem a neschopností vyjadřovat emoce), komorbiditou a reakcemi na hrozící smrt. V psychoterapeutických přístupech může hrát roli spirituální pomoc s rozvíjením tématu smyslu života. Využívají se skupinové techniky „konfrontace se smrtí“. Důležitá je i odlehčující (respitní) péče o lékaře a další osoby, které pečují o umírající pacienty. Třetí kapitola speciální části se zaměřuje na dermatologická onemocnění. Autorky uvádějí negativní vliv stresových událostí na kůži a pozitivní vliv speciální podpory. U ekzému popisují KBT techniku ovládnutí škrábání na svědících místech.

Poslední část uvádí účelné sestavení zdravotnického týmu, zahrnujícího mj. klinického psychologa, celostní program léčby chronických nemocí a program zvládnutí chronické bolesti s příklady práce center pro léčbu bolesti v Anglii a v USA, s údaji o jejich efektivitě.

Monografie se opírá o bohatou klinickou zkušenost autorek a o zpracování rozsáhlé literatury. Rušivě však působí zařazování dílčích seznamů literatury za každou kapitolu, namísto uvedení celkového seznamu na konci knihy. Také chybějí rejstříky a není vysvětleno, proč jsou v textu u čítných pojmov uváděny v závorkách anglické ekvivalenty.

Systematický výklad výborně ilustrují četné vhodně zvolené výstižné kazuistiky, přehledně odlišené kurzívou od hlavního textu. Kniha přináší medikům i lékařům mnoho důležitých informací a užitečných podnětů pro jejich vztah k pacientům a znamená významné obohacení odborné literatury o lékařské psychologii.

prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

