

Sociální problémy onkologicky nemocných: využití posuzovacího nástroje SDI-21 v klinické praxi

PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA¹, Bc. Petra Smičková², Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.³

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

²Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Klinika psychiatrie

³Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

Stat' reflektuje možnosti (a limity) uplatnění standardizovaného dotazníku SDI-21 (Inventáře sociálních problémů) v klinické praxi. Dotazník SDI-21, který slouží ke screeningovému monitoringu sociálních problémů pacientů, byl přeložen do českého jazyka, modifikován pro potřeby pacientů s onkologickým onemocněním a v rámci pilotáže byl distribuován celkem 40 respondentům. Následně byla provedena evaluace dotazníku a zváženy možnosti jeho implementace do klinické praxe v našem sociokulturním prostředí. U onkologických pacientů (respondentů výzkumu) byly orientačně zjišťovány také vybrané postoje k jejich nemoci (výběr tří položek z IPQ dotazníku). Výzkum prokázal, že osobní pojmání nemoci je u onkologicky nemocných značně individuální, nicméně všichni nemocní potvrdili existenci sociálních problémů a potřebu je nějakým způsobem řešit. Také jiné realizované studie, které byly v rámci systematického review analyzovány, potvrzují, že sociální problémy onkologicky nemocných jsou časté, velmi závažné a čím dříve je zahájena intervence, tím efektivnější může být poskytovaná pomoc.

Klíčová slova: sociální problémy, onkologický pacient, posouzení sociálních problémů, SDI-21, sociální pracovník

Oncology patient's social difficulties – the application of the standardized questionnaire SDI-21 in clinical practice

The paper reflects opportunities (and limits) of the application of the standardized questionnaire SDI-21 (Social Difficulties Inventory) in clinical practice. The SDI-21 questionnaire, used for screening monitoring of patients' social difficulties, was translated into the Czech language, modified for the needs of patients with an oncological disease and distributed to the total of 40 respondents within a pilot research. Subsequently, the questionnaire was evaluated, and possible ways of its implementation into clinical practice in the Czech social-cultural environment were considered. Selected attitudes to their illness (selection of three items from the IPQ questionnaire) were also examined in oncology patients (research respondents). The research showed that personal perception of illness is highly individual in oncology patients; however, all the patients confirmed the existence of social difficulties and the need to solve them in some way. Other realized studies, analysed in the systematic review, also confirm that social problems of oncology patients are frequent, particularly serious and that the sooner an intervention is started, the more efficient the provided help can be.

Key words: social problems, oncology patient, assessment of social problems, SDI-21, social worker

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):39-43

Úvod

Onkologické onemocnění postihne každý rok v České republice bezmála 77 000 lidí, přičemž 27 000 z nich zemře (1). Prognosticky to znamená, že každý třetí občan naší republiky rakovinou onemocní a každý čtvrtý na ni zemře. Progresivní a invazivní způsob šíření je pro maligní onkologická onemocnění typický, proto jsou velmi náročná jak na léčbu, tak na ošetřování a pochopitelně také na sociální intervence (2). Zhoubná onkologická onemocnění přinášejí zásadní narušení kvality života nejen pacientům samotným, ale i jejich rodinám. Sociální intervence u onkologických pacientů by proto měla být nanejvýš včasná (3). Realizované studie (3) dokazují, že pokud se dostane sociální pracovník přímo do kontaktu s onkologicky nemocným,

získává pacient přístup k adekvátním službám mnohem dříve (místo cca 79 dnů pouhých 3,9 dnů) a (vy)řešení sociálních problémů je rychlejší, snadnější a efektivnější.

Sociální problémy onkologicky nemocných

S onkologickým onemocněním je spojena vysoká míra stresu nejen pro pacienty samotné, ale také pro jejich blízké a zejména pro ty, kteří nemocnému poskytují péči a na nichž je pacient z hlediska uspokojování svých potřeb závislý (4). Zhoršování zdravotního stavu onkologicky nemocných pak představuje další zvýšení emocionální, sociální, fyzické a často také ekonomické zátěže nejen pro ně samotné, ale i pro jejich celou rodinu.

Asi 61 % rodinných pečujících nemá žádný čas pro sebe, 79 % z nich cítí, že jsou vyčerpaní, 85 % má potíže v komunikaci s pacientem a 57 % má problémy ekonomického charakteru (5). Nejen z tohoto důvodu autoři dané studie poukazují na to, že by rodinným pečujícím o pacienty s onkologickým onemocněním v pokročilém stadiu nemoci měla být věnována náležitá pomoc a podpora (5). Pro zjištění negativní zátěže rodinných pečujících existují různé měřicí škály (např. 6, 7), např. posuzovací škála reakcí pečujících CRA (Caregiver Reaction Assessment Scale), jejíž reliabilita a validita byly testovány na partnerech 181 pacientů s kolorektálním karcinomem (5). Zmiňovaná škála obsahuje 24 položek a pětistupňové subškály měření. Měřenými oblastmi jsou: **zhor-**

šení kvality života, finanční problémy, nedostatečná podpora rodiny, zdravotní problémy a sebeúcta pečujících.

Švýcarská verze posuzovací škály CRA byla testována u 209 pečujících o nemocné s nádorovým onemocněním, demencí a závažným fyzickým handicapem. Jiná škála (Your Reactions to Helping Your Family Member) zohledňuje vztah pečující – nemocný (8) a zjišťuje také specifické zkušenosti pečujícího při ošetřování nemocného člena rodiny (Your Reactions to Helping Your Family Member). Aplikace tohoto nástroje do praxe byla ověřena realizovanou studií (4). V České republice se této problematice věnuje např. Bužgová (9), která validizovala Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative Care) a vytvořila Českou verzi dotazníku pro hodnocení potřeb rodiny – FIN (Family Inventory Needs).

Inventář sociálních problémů (SDI)

Wright, Kiely, Lynch, Cull a Selby (10) nejenže popsali sociální problémy onkologicky nemocných a kategorizovali je, ale sestavili z nich také tzv. **Inventář sociálních problémů (SDI)**, který dále testovali a vyvíjeli jako vstupní posuzovací nástroj pro klinické standardy péče o onkologicky nemocné. Vytvořený screeningový nástroj byl autory testován u 189 pacientů. Z nich 183 dokončilo své vlastní SDI testování a souběžně byli hodnoceni také prostřednictvím badatele (sociálního pracovníka), který provedl nezávislé SDI posouzení. Statistické porovnání výsledků posouzení pacienta a nezávislého 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 účely našeho výzkumu byl **Inventář sociálních obtíží (SDI-21)** přeložen z angličtiny a upraven pro použití s danou cílovou skupinou (viz tabulka 1).

Distribuce, vyplnění a vyhodnocení dotazníku

Distribuce, vyplnění i vyhodnocení tohoto screeningového dotazníku je poměrně jednoduché a relativně rychlé.

Tabulka 1. Screening sociálních problémů onkologicky nemocných SDI-21 (zdroj: 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.	Máte nějaké potíže s udržením své nezávislosti?				
2.	Máte nějaké potíže při vykonávání běžných domácích prací? (například úklid, vaření, zahradničení, nákupy apod.)				
3.	Máte nějaké potíže se soběstačností a sebeděčí? (například s udržováním hygieny, koupáním, mytím, oblékáním apod.)				
4.	Máte nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí? (např. děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)				
5.	Má někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy se získáním potřebné opory a pomoci? (např. psychologické, spirituální, sociální)				
6.	Máte nějaké problémy s dávkami sociálními podpory? (např. zákonné nemocenské dávky, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu apod.)				
7.	Máte nějaké finanční potíže?				
8.	Máte nějaké finanční problémy? (např. s úvěry, hypotékou, penzijním připojištěním)				
9.	Máte nějaké problémy týkající se Vašeho zaměstnání nebo vzdělávání (pokud jste student)?				
10.	Máte nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti Vaší rodiny? (např. péče o závislé osoby, obchodní záležitosti apod.)				
11.	Máte nějaké potíže s komunikací s blízkými osobami? (např. s partnerem, dětmi, rodiči)				
12.	Máte nějaké potíže s komunikací s dalšími osobami? (např. s přáteli, sousedy, kolegy)				
13.	Máte nějaké problémy týkající se sexuálního života?				
14.	Máte nějaké problémy týkající se plánu mít rodinu (mít děti)?				
15.	Máte nějaké problémy týkající se Vašeho vzhledu nebo přijetí obrazu Vašeho těla?				
16.	Cítíte se izolovaný/-á?				
17.	Máte nějaké problémy s pohybem po okolí? (např. s dopravou, parkovištěm, mobilitou)				
18.	Máte nějaké problémy s tím, kde žijete? (např. s prostorem, přístupem, vlhkostí, topením, sousedy, s bezpečností apod.)				
19.	Máte nějaké potíže při provádění volnočasových a rekreačních aktivit? (např. koníčky, zábava)				
20.	Máte nějaké problémy se svými plány na dovolenou?				
21.	Máte nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí Vašeho každodenního života? Se kterou a jaký?				

1. Pokud je celkové skóre nad 10 bodů, má pacient velké sociální problémy. Vysoké skórování může být jen přechodné v souvislosti s aktuálním zhoršením zdravotního stavu (v tom případě se doporučuje akceptovat omezení aktivity či aplikovat příslušná opatření, např. edukaci pacienta a rodiny, konzultaci se sociálním pracovníkem, psychologem apod.). Pacienti s řadou vysoce bodově hodnocených položek a zejména u polo-

žek velmi specifických, by měli být následně komplexně dotazováni, jejich problémy mapovány detailně a mělo by být rozhodnuto o dalším postupu s využitím příslušné meziprofesní spolupráce (sociální pracovník, kaplan, psycholog, rodina apod.), aby se pacientovi a jeho blízkým dostalo pomoci či potřebné podpory.

2. Je-li celkové skóre pod 10 bodů, má pacient menší sociální problémy. Pokud je většina položek na nižších

úrovních bodového hodnotení (tj. 0 nebo 1), nebo pokud ojedinelá položka je dimenzována na vyšší úrovni (2 nebo 3), je pravděpodobné, že pacient bude potřebovat pouze přechodné nebo omezené intervence, příp. také žádné (jejich nabídka a rozsah se do značné míry odvíjí od zkušenosti testujícího profesionála). Pokud je kterákoliv z jednotlivých položek hodnocena 2 nebo 3, bylo by vhodné této oblasti věnovat zvýšenou pozornost. Tento nástroj by mohl zefektivnit plošný monitoring možných sociálních problémů u onkologicky nemocných a následné nastavit efektivní intervence.

Metodologie šetření

Cílem našeho empirického šetření bylo zmapovat nejtěžší sociální problémy dospělých pacientů s maligním onkologickým onemocněním. Výzkumný záměr byl formulován v těchto dílčích cílech:

1. zmapovat sociální problémy dospělých pacientů s maligním onkologickým onemocněním;
2. zjistit, jak onkologičtí pacienti pojmají své onemocnění;
3. posoudit, zda by bylo možné SDI-21 navrhnout k implementaci do onkologické klinické praxe jako screeningový nástroj.

Pro účely našeho šetření bylo zvoleno kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazník sestavený s využitím standardizovaných, mezinárodně používaných dotazníků se sestával ze třech částí:

1. Inventář sociálních problémů SDI-21.
2. Vybrané položky z dotazníku IPQ-R-CZ mapující **pojetí nemoci samotným pacientem**. Konkrétně byly použity dotazy, které zjišťovaly subjektivní názor na příčinu onemocnění, na dobu trvání choroby a na její závažnost. Originální nástroje standardně užívané v zahraničí, v současné době prochází standardizací i na území ČR (viz 11, 12).
3. Poslední část dotazníku obsahuje identifikační položky o respondentovi (např. pohlaví, věk, závažnost klinického stavu apod.).

Výzkumný soubor

Respondenty výzkumu byli dospělí onkologicky nemocní (od 18 let výše) s potvrzenou maligní onkologickou diagnózou. Bylo distribuováno celkem 100 dotazníků, návratnost byla 45 %. Vzhledem k tomu, že pět dotazníků muselo být vyřazeno pro nekompletnost, počítáme dále se 40 dotazníky jako se 100 % respondentů. Jednalo se o 22 mužů (tj. 55 %) a 18 žen (tj. 45 %). **Věkové rozpětí** respondentů bylo od 26 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. Nejvíce respondentů, tj. 23 (57,50 %) žilo v manželství, 6 (15 %) uvedlo, že žije v trvalém partnerském svazku. Stejný počet, tedy 6 (15 %) uvedlo, že jsou svobodní a 2 (tj. 5 %) byli rozvedeni. **Nejčastěji u našich respondentů byl tedy zachycen život v dlouhodobém páru** (29, tj. 72,5 %), a to ať už v manželském nebo partnerském vztahu. Pokud se jedná o **pracovní zařazení**, tak 12 respondentů uvedlo, že jsou v zaměstnaneckém poměru (tč. v pracovní neschopnosti), přičemž 2 z těchto dvanácti již bylo v částečném invalidním důchodu. Tři respondenti se zařadili jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), 2 uvedli, že jsou nezaměstnaní (evidováni na úřadě práce), 18 respondentů bylo ve starobním důchodu a 5 v plném invalidním důchodu.

Celkem 26 nemocných podstupovalo onkologickou léčbu poprvé, ostatní byli léčeni opakovaně a sami deklarují, že jsou zařazeni do paliativní léčby. Nejčastěji byli zastoupeni pacienti s rakovinou tlustého střeva a konečníku (8 respondentů), rakovinou prsu (7 respondentek), rakovinou varlat a prostaty (5 respondentů) a rakovinou jícnu (4 respondenti).

Výsledky šetření

Významné problémy (hodnocení oblasti na úrovni bodů 2 a 3) potvrzovali respondenti především v těchto oblastech:

- **Potíže s vykonáváním domácích prací ve své domácnosti** uvedlo jako významný problém celkem 10 respondentů ze 40 a to především z důvodu únavy, nevolnosti, ztráty fyzické kondice, problémů se stabilitou a mo-

bilitou („špatně chodím“) či bolestí („Nevykonávám skoro žádné domácí práce.“ „Mám bolesti rukou a nohou, věci mi padají z ruky.“).

- **Potíže s prováděním volnočasových a rekreačních aktivit** uvedlo jako významný problém celkem 9 respondentů ze čtyřiceti, deset respondentů pak uvádělo malé potíže. V této položce byli respondenti nejdílnější a uváděli následující příčiny a podoby problémů: „Únava.“ „Nelze provádět rekreační aktivity.“ „Nemohla jsem lyžovat, hrát tenis – potíže s rukou.“ „Velmi fyzicky náročné koničky – v tomto stavu neproveditelné.“ „Finanční problémy.“ „Po operaci mám potíže při pletení. Nemůžu dělat ruční práce.“ „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 dovolenou. Napsali: „Pro únavu jsem nemohla absolvovat dovolenou u moře.“ „Hospitalizace, operace, chemoterapie.“ „Na dovolenou nemám ani pomyslení, ani peníze.“
- **Problémy v sexuální oblasti** na úrovni 2 nebo 3 uvedlo celkem 7 respondentů ze čtyřiceti, dalších sedm přiznalo malé potíže. Příčinou problémů byla především únava, bolest prsu a omezená hybnost.
- **Problémy týkající se vzhledu nebo přijetí obrazu těla** připustilo pět respondentů jako významné a deset jako malé. Konkrétně uvedli: „Po dobu léčby mi vypadaly vlasy.“ „Prvotní problém vyrovnat se se ztrátou vlasů, změnami v obličeji.“ „Vypadávání vlasů. Nepohodlnost paruky.“ Otoky.“ „Kýla v operační ráně, jizva.“ Jeden prs o hodně menší.“
- Na otázku ověřující **podporu, která se dostává jejich blízkým**, odpovědělo celkem 7 respondentů, že se jim žádné podpory nedostává.

Další problémy se vyskytly v těchto oblastech:

- Pět respondentů uvedlo významné potíže se soběstačností a sebepečí. Konkrétně popisovali: zapínání knoflíků, bolesti, únava, neohebnost kloubů.

- Tři respondenti uvedli významné obtíže v oblasti péče o ty, kteří jsou na nich závislí (děti, staří a nemocní rodiče či partner, domácí zvířata). Jako konkrétní příčiny uvedli: „Péče o dítě – nevolnost, únava, bolesti rukou a nohou.“
- **Problémy v oblasti udržení své nezávislosti** uváděli tři respondenti jako výrazné (stupeň 2 a 3) a to nejčastěji s poukazem na těžkou únavu, nevolnosti, slabost a jednou byly uvedeny finanční důvody.
- Několik položek SDI-21 dotazníku cílí na ekonomické problémy onkologicky nemocných. Položku zabývající se sociálními dávkami vyplnil pouze jeden respondent jako významně problémovou, dva naznačili jisté problémy. („Proplacení cestovních příkazů trvá příliš dlouho – přes 2 měsíce.“ „Nebyl mi přiznán příspěvek na dopravu k lékaři a ZTP mi vyřídili až za půl roku.“). Opakovaně respondenti uváděli, že nepobírají žádné dávky. Tři respondenti uvedli významné finanční potíže. Konkrétně se jednalo o „Neschopnost splácet hypotéku a půjčky“.
- Významné problémy týkající se práce nebo vzdělávání připustil jen jeden respondent, ale malé problémy uvedlo šest 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. („Pracovní postup v zaměstnání se teď konat asi nebude.“ „Výstavba rodinného domku.“ „Po rozvodu celkové uspořádání tak, aby to mělo co nejmenší dopad na děti.“).
- Významné potíže s komunikací s nejbližšími uvedli celkem dva respondenti, ale šest jich uvedlo potíže malé. Konkrétně: „Nevěděla jsem, jak to oznámit dětem a mamince, která se v té době také onkologicky léčila.“ „Někdy partner nevěří, že mám bolesti rukou a nohou.“ Tři uvedli potíže s komunikací s ostatními lidmi („Nechtěla jsem o svém zdravotním stavu mluvit s přáteli, chtěla jsem být sama.“).
- Těžký pocit izolovanosti uvedli čtyři respondenti, čtyři uvedli pocity izolovanosti jako malý problém. V komentáři uvedli: „Nejsem v léčbě, tak se necítím izolovaný.“ „Nesmím chodit mezi lidi, abych neonemocněl.“
- Problémy s pohybem po okolí jako vážné uvedli tři respondenti a deset uvedlo tyto problémy jako malé.

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, jako uvádí autoři inventáře (10). Byl použit 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. 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 $> 0,05$. Přijímáme tedy nulovou hypotézu: **Množství závažných sociálních problémů u mužů a žen ve sledovaném vzorku je stejně početné, není mezi nimi statisticky významný rozdíl.**

Implementace SDI-21 do onkologické klinické praxe

Byla zvažována možnost implementace screeningového standardizovaného dotazníku SDI-21. Je to jednoduchý nástroj, který dokáže poměrně rychle a strukturovaně zmapovat aktuální sociální situaci onkologicky nemocných a umožňuje jejich odpovědi velmi rychle a bez složitého propočítávání vyhodnotit. V současné době se sociální posouzení u onkologicky nemocných provádí pouze v rámci vstupního komplexního posouze-

ní stavu ošetrovatelských potřeb sestrou nebo ošetřujícím lékařem, a to pouze rámcově, nikoliv systematicky. Pokud sestra nebo lékař zjistí nepříznivou sociální situaci, nebo pokud si to vyžádá pacient či jeho rodina, je kontaktován sociální pracovník. Pokud se k nemocnému, na základě výzvy z oddělení, sociální pracovník dostaví, pak provádí vlastní vstupní šetření.

Dotazník SDI-21 by mohl být distribuován obdobně jako Beckovy posuzovací škály, ať už úzkosti či depresivity, které taktéž vyplňuje sám pacient. Sebeuposuzovací škály jsou pro zdravotníky důležitým a průběžným zdrojem informací o pacientovi. V případě vysokých skóru se doporučuje další vyšetření pacienta, např. psychologem či psychiatrem. Obdobně by mohlo být při vysokém skórování v SDI-21 doporučeno sociální šetření. Na rozdíl od Beckových škál, které jsou vyhodnocovány 1x za týden, u dotazníku SDI-21 postačuje jeho distribuce jednou za měsíc. Je tak možné získat dlouhodobý přehled o rozvoji a změnách sociálních problémů onkologických pacientů a jejich rodin a také přehled o realizovaných intervencích a jejich efektivitě. SDI-21 dotazník může být součástí pacientovy sociální dokumentace a představuje snahu kontinuálně vyhodnocovat sociální situaci a sociální problémy u pacientů a možnost je neodkladně řešit a přispívat tak k vyšší kvalitě života onkologických pacientů s maligním onemocněním a jejich rodin.

Závěr

Naše šetření prokázalo výskyt sociálních problémů u onkologicky nemocných ve 2. a 3. stupni závažnosti dle dotazníku SDI-21 a to prakticky ve všech sledovaných oblastech. Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (10) ve své studii uváděli, 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.**“ Naše výsledky taktéž potvrdily četný výskyt těchto sociálních problémů, nikoliv však v tomto pořadí. Komunikační problémy naši respondenti neuváděli jako nejčastější či nejtěživější. Také problémy

finanční a problémy se zaměstnáním nebyly pro naše respondenty nejzávažnější, i když sociální problémy byly identifikovány i v této oblasti. Problémy s tělesným vzhledem jsou i v našem vzorku posuzovány jako 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, potíže s prováděním volnočasových a rekreačních aktivit a problémy v sexuálních záležitostech**.

Autoři škály (10) poukazovali na to, že více sociálních problémů uváděly nemocné ženy. Naše šetření nepotvrdilo statisticky významné rozdíly a muži i ženy v našem vzorku vykazovali shodné četnosti závažných sociálních problémů

Z naší limitované výzkumné zkušnosti můžeme screeningový dotazník SDI-21 i jeho vyhodnocovací klíč pro zdravotně sociální praxi doporučit. SDI-21 může fungovat jako rychlý orientační monitoring, který pomáhá jednoduše selektovat sociální oblasti bez problémů, kterým není potřebné se v daném okamžiku detailně věnovat a odkrývá oblasti, na kterých by bylo vhodné s pacientem

a jeho blízkými pracovat intenzivněji. Opakované systematické posuzování vývoje sociálních problémů u onkologicky nemocných sledujeme také jako užitečné, protože zdravotní stav onkologických pacientů se zpravidla velmi rychle proměňuje v čase a těmto změnám je potřeba přizpůsobit intervence. Klinická praxe by měla směřovat k tomu, aby sociální pracovník mohl s onkologicky nemocnými kontinuálně pracovat, systematicky vyhodnocovat jejich aktuální sociální problémy a potřeby a neodkladně hledat možnosti jejich řešení.

Příspěvek byl podpořen grantem PdF UP Přípravenost pracovníků rezidenčních sociálních služeb na zvládnání náročné krizové situace (VaV_2018_004).

Literatura

1. ÚZIS. Národní onkologický registr [online] 2013. Available from: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>>. Accessed December 8, 2014.
2. Adam Z, Krejčí M, Vorlíček J. Obecná onkologie. Praha: Galén; 2011.
3. Abbott J, Shah NR, Ward KK, Mchale MT, Alvarez EA, Saenz ChA, Plaxe SC. Use of Psychosocial Services Increases after a Social Worker – Mediated Intervention in Gynecology Oncology Patients [online]. Health Social Work. 2013;38(2):113-21. Available from: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=e33ab8da-9966-4366-a498-47cf32af683b%40sessionmgr110&hid=128>>. Accessed December 14, 2014.
4. 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. Indian Journal of Cancer. 2013;50(3):219-226.
5. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. Cancer Clinical Journal. 2001;51:213-231.
 6. Bachner GY, O'Rourke N, Carmel S. Psychometric properties of a modified version of the caregiver reaction assessment scale measuring caregiving and post-caregiving reactions of care givers cancer patients. In Journal of Palliative Care. 2007;23(2):80-86.
 7. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos GA. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the caregiver reactions assessment (CRA). Socialist Science Medicine. 1999;48:1259-1269.
 8. Archold PG, Stewart BJ, Hornbrook MC. Family Care Inventory. OHSU/KPNW Family Care Study (Revised 01/10/2001). 1982;503:4494-4560.
 9. Bužgová R, et al. 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]. Available from: <<http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/prirucka-uzivatele-dotazniku.pdf>>. Accessed February 24, 2015.
 10. Wright EP, Kiely MA, Lynch P, Cull A, Selby PJ. Social problems in oncology. British Journal of Cancer. 2002;87:1099-1104.
 11. Mareš J, Vachková E. Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MSD; 2009.
 12. Mareš J, Ježek S. Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. Československá psychologie. 2012;LVI(6):558-572.

PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP
Tř. Svobody 26, 779 00 Olomouc
nadezda.spatenkova@upol.cz

