

informace o AS byly rozporuplné, matoucí, překvapující a nekonzistentní. Nedostatek konkrétních údajů ohledně jejich prognózy vedl ke zmatku a někdy museli muži přemýšlet, zda mají skutečně karcinom (3).

Pokles psychosociální pohody může mít vliv nejen na rozhodování o vstupu do protokolu AS, ale také na jeho dodržování. Až třetina pacientů je ohrožena rozvojem úzkosti během prvního roku AS. V prvním roce sledování také nejčastěji dochází k odmítnutí dále pokračovat ze strany pacienta. Přibližně 5–10 % mužů zvolí během AS radikální léčbu jen na základě úzkosti, bez přítomné progresy onemocnění (7). Samotný strach z možné progresy totiž může vést pacienty k tomu, že budou aktivně vyhledávat léčbu, i když není klinicky indikována. Ukázalo se, že muži s KP podstupující AS mají větší potřebu psychosociální podpory než radikálně léčení pacienti. Psychosociální podpora může být účinná při snižování úzkosti a nejistoty a poskytování odborné psychologické péče během prvního roku AS by mohlo zvýšit jeho atraktivitu a zlepšit spolupráci pacientů (8). Faktory ovlivňující souhlas s AS zahrnují: a) vnímání rizika a přínosů AS, b) důvěru v lékaře a zdravotnický systém, c) dostupnost informací a podpory, d) sociální a kulturní normy. Pro zlepšení psychosociální pohody pacientů na AS je zásadní řešit úzkost, nejistotu a další psychosociální problémy, se kterými se potýkají. Toho lze dosáhnout prostřednictvím vzdělávání, poradenství, podpůrných skupin a dalších intervencí, které jsou přizpůsobeny individuálním potřebám každého pacienta. V každém případě je problematika „pohody“ pacientů v AS velmi komplexní, jak ilustrujeme na obrázku 1.

Intervence ovlivňující psychosociální zátěž

Psychosociální podpora by měla zahrnovat zapojení rodiny a partnera do procesu rozhodování, přizpůsobené informace o léčbě KP, rizicích, výhodách, protokolech, úpravách životního stylu a komplementární a alternativní medicíně. Dále se doporučuje hodnocení a podpora účinných strategií zvládání a sebeřízení. Pacienti by měli být aktivně podporováni ve zlepšení výživy a udržování odpovídající fyzické aktivity. Skupinová cvičení mohou být

užitečná při usnadňování vzájemné podpory, což je zvláště důležité pro muže s omezenou sociální podporou. Mezi hlavní témata intervencí patří: a) poskytnutí informací a edukace, b) vyrovnání se s novou diagnózou a psychosociální podpora, c) životní styl.

Informace a edukace

O psychologických aspektech nedostatku informací o povaze nově diagnostikovaného KP nízkého rizika u individuálního pacienta jsme se zmínili v předchozí kapitole. V ideálním případě by informace měly být konzistentní, jednoznačné, stručné a přiměřeně přizpůsobené jednotlivci. Neměly by být také poskytovány pouze pacientům, ale do procesu vzdělávání by měli být zapojeni i partneři a rodina. Nepřesné hodnocení rizika může vést k tomu, že rodina a přátelé budou na pacienta vyvíjet tlak, aby podstoupil kurativní léčbu (9). Důležitost vzdělávání pacientů a jejich partnerů byla potvrzena výsledky jednoho experimentu, ve kterém autoři hodnotili vliv edukativní intervence na míru stresu a úzkosti u mužů s diagnostikovaným nízkorizikovým KP ($n = 71$) a jejich partnerů ($n = 48$). Výsledky ukázaly, že před účastí na vzdělávacím semináři o KP a jeho léčbě měli partneři vyšší úroveň stresu než samotní pacienti ($p = 0,03$). Dále byly během soukromého setkání mezi pacientem, partnerem, urologem a radio-onkologem rovněž poskytnuty individuálně přizpůsobené informace. Studie zjistila, že účast na semináři a soukromém setkání významně snížila míru stresu u pacientů i jejich partnerů ve srovnání s jejich úrovní stresu před oběma intervencemi ($p < 0,001$) (10). Další studie potvrdila pozitivní vliv vzdělávacího semináře organizovaného až po zahájení AS. Po semináři byl vyhrazen čas na dotazy a diskuzi mezi účastníky. Během prvního roku studie nedošlo u žádného pacienta ve skupině s intervencí ($n = 120$) ani v kontrolní skupině ($n = 135$) k objektivní progresi onemocnění. Avšak významně menší podíl mužů ve skupině s intervencí přerušil AS ve srovnání s kontrolami (11 vs. 25 %, $p = 0,003$). Po pěti letech skupina s intervencí nadále vykazovala vyšší adhezenci k AS s významně nižší mírou odchodu pacientů, kteří neměli progresi KP ($p < 0,001$) (11). Velkým tématem je vyhledávání informací nejen o KP pacienty-laiky nebo

jejich blízkými na internetu či na sociálních sítích. Spíše s problémy než přínosy spojenými s touto „přípravou“ se setkává každý lékař. Je tedy důležité, aby součástí intervence bylo také poskytnutí informací o vhodných on-line odkazech, například na stránkách/sítích odborných společností, které mají často sekci pro pacienty, nebo odkazy přímo na on-line komunikaci příslušných patientských organizací. Objevují se již první pokusy o využití umělé inteligence pro výzkum chování pacientů s KP v on-line prostředí a na sociálních sítích, které může vést k lepšímu pochopení hlavních vzorců rozhodování a podpoře poskytování péče zaměřené na pacienta (12). Poskytnutí jistoty a edukace pacientů i jejich rodin jsou klíčovými faktory podporujícími adhezenci k AS. Zdravotní gramotnost hraje důležitou roli, přičemž dostupnost a srozumitelnost relevantních informací je zcela zásadní. Transparentní, konzistentní a srozumitelné informace o diagnóze KP, prognóze, možnostech léčby, AS a jeho protokolech, rizicích spojených s AS a spolehlivých doporučeních ohledně změn životního stylu může vést ke snížení stresu a zvýšení důvěry k AS.

Zvládání nové diagnózy a podpora

Obecně platí, že pacienti zařazení do AS, kteří pociťují stres, mají zvýšenou potřebu psychosociální podpory. Zejména muži, kteří vnímají AS negativně, mají větší potíže se s tímto režimem vyrovnat. Naopak muži, kteří vnímali AS jako něco „s pozitivním dopadem“, se s ním vyrovnávali snáze. Tito muži zažívali menší nejistotu a cítili se více pod kontrolou. Pozitivní přístup tak pomáhá zvládat stres spojený s AS (6, 9). Existují dvě hlavní strategie sebeřízení ke zmírnění nejistoty spojené se zvládnutím nejen diagnózy KP a případného protokolu AS: „žít normální život“ a „dělat něco navíc“. Jedna studie zhodnotila důsledky těchto strategií. Zatímco „žít normální život“ se zdálo být účinné při předcházení obavám a stresu, bylo nakonec spojeno s omezenou podporou okolí, vyhýbavostí a odporem ke změnám životního stylu. Tato strategie tedy může snižovat dodržování AS. Naopak „dělat něco navíc“ podporovalo pozitivní změny životního stylu. Tato strategie se vyznačovala aktivním zapojením do péče o vlastní zdraví