ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a ich stratégie zvládania ako možný prediktor pomoci v onkologickej sociálnej práci

Characteristics of oncology patients and their management strategy as a possible predictor of help in oncology social workAntónia Sabolová Fabianová^a, Tatiana Žiaková^b*^a Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút edukológie a sociálnej práce, Prešov, Slovenská republika^b Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, Košice, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-08-28

Received in revised form:
2017-11-02

Accepted: 2018-01-10

Published online: 2018-06-26

Keywords:

Cancer prone personality

C-coping style

Oncological disease

Coping strategies

Personality characteristics

Resilience

ABSTRACT

The aim of this study is to point to the concept of the c-coping style of oncological patients, towards whom the attention has been shifted in the research sphere in the last few years. The preferences in coping strategies of oncological patients were identified and compared to the respondents who did not suffer from this serious disease. The result of the statistical comparison within the research group shows the differences in selected coping strategies, as well as differences in personal characteristics. The results of this study point to the fact that respondents diagnosed with oncological disease prefer, on the larger scale, selected coping strategies, which are generally considered to be more effective (Minimization, Distraction, Substitute gratification, Reaction control). At the same time, however, they possess the dimension of personal characteristics, through which the feelings of insecurity, hopelessness, and so on, can be defined. (Restlessness and Resilience dimension). Respondents diagnosed with oncological disease are also dominated by the need for social support and assistance strategy. On the other hand, respondents who have not been diagnosed with an oncological disease often show much higher intensity of the personal attribute called "Openness".

The authors respect the importance of using gender-sensitive language. For the purpose of clarity of the paper they are using the non-specific gender terms of patient or respondent, referring to both genders.

S Ú H R N

Cieľom štúdie je poukázať na koncept zvládania (c-coping style) onkologicky chorých, na ktorých sa presunula pozornosť vo výskumnej sfére v posledných rokoch. V štúdiu boli zisťované preferencie v stratégiách zvládania onkopacientov v porovnaní s respondentmi, ktorí netrpeli týmto závažným ochorením. Výsledkom štatistického porovnania v rámci výskumnej vzorky sú rozdiely vo vybraných stratégiách zvládania,

* **Korespondenční autor:** Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika; e-mail: tatiana.ziakova@upjs.sk
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.01.002>

Kľúčové slová:

Osobnosť typu C
C-systém zvládania
Onkologické ochorenie
Stratégie zvládania
Osobnostné charakteristiky
Reziliencia

ale aj v osobnostných charakteristikách. Výsledky tejto štúdie poukazujú na fakt, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, preferujú vo väčšej miere vybrané stratégie zvládania, ktoré možno zaradiť ku efektívnym stratégiám zvládania záťaže (stratégia Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií). Zároveň však disponujú dimenziami osobnostných charakteristík, prostredníctvom ktorých je u nich možné definovať pocity neistoty, bezmocnosti a pod. (dimenzia Nervozita, Zdržanlivosť). U respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, dominuje aj stratégia potreby sociálnej opory a pomoci. Respondenti, ktorým nebola diagnostikovaná onkologická choroba, disponujú vo väčšej miere dimenziou osobnostnej charakteristiky Otvorenosť.

Autorky rešpektujú význam používania rodovo citlivého jazyka; pre prehľadnosť textu príspevku používajú pojem pacient a respondent, mysliac však oba rody.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Myšlienke hľadania súvislosti medzi rizikovými osobnostnými charakteristikami a onkologickým ochorením sa venovala pozornosť od polovice 60-tych rokov 20. storočia. V priebehu 50-tych rokov sa vyvíjali teórie s cieľom identifikovať psychosociálne faktory, ktoré ovplyvňujú vznik rakoviny. Pozornosť sa hlavne upriamila na osobnostný typ, u ktorého sa predpokladá zvýšené riziko vzniku rakoviny, tzv. koncept osobnosti typu C (Cancer Prone Personality). Na základe mnohých empirických štúdií, ako napr. Kune et al. [1], Eysenck [2], Fox [3] a Contrada et al. [4], sa vymedzili základné znaky karcinogénnej osobnosti: osobnosť typu C trpí syndrómom bezmocnosti, beznádeje a má tendenciu potlačovať najmä negatívne emócie, ktoré sú považované za spoločensky neprijateľné (ako úzkosť, hnev, hostilitu). Potlačenie a vytesnenie emócií, ako aj vyhýbanie sa emočným konfliktom, je „chrbtovou osou“ ich osobnosti a môžu sa rozvinúť až do stavu klinickej depresie. Týmto prístupom sa konflikty len somatizujú, keďže hostilita sa obracia do vnútra ich organizmu [5].

Model osobnosti typu C sa sústredil najmä na vymedzenie takzvaných rizikových osobnostných črt a vlastností, ktoré potenciálne môžu ovplyvňovať vznik karcinómu. Súčasny pohľad vychádza zo skutočnosti, že neboli potvrdené špecifické vzťahy ku konkrétnym črtám osobnosti, a tak je koncept osobnosti typu C spochybňovaný [6]. Avšak neexistuje žiadna pochybnosť o tom, že psychosociálne determinanty predstavujú dôležitý rizikový faktor pre vznik rakoviny a integrujú synergicky s inými rizikovými faktormi, ako sú genetické vplyvy, environmentálne faktory – stravovanie, fajčenie a vírusové ochorenia atď.

Koncept C-systém zvládania (c-coping style) prvýkrát predstavila psychologička Temshoková v roku 1981 a zároveň upozornila na fakt, že je podstatné sledovať u onkopacientov spôsob správania, ako aj ich reakciu na stres, ktoré si jedinec osvojil počas života. To môže ovplyvniť ich biologickú obranu na vznik rakoviny. Vo svojej empirickej štúdii vypracovala tzv. koncept C-systém zvládania (c-coping style), ktorý označuje spôsob vyrovnávania sa so stresom u onkopacientov. Kritický faktor súvisí s imunitným systémom. V tomto zmysle sa jedinec nezameriava sám na seba, nesleduje signály vlastného tela na stres, ale má tendenciu

presviedčať okolie, že je všetko v poriadku s ohľadom na to, čo chce ostatní [7].

Hlavnými charakteristickými znakmi tohto C-systému zvládania sú [8]:

- snaženie sa byť záchrancom;
- domnievanie sa o vlastnom výbornom zdravotnom stave;
- snaženie sa vyhnúť konfliktom;
- snaženie sa nevyjadrovať negatívne emócie;
- nadmerná kooperatívnosť s inými ľuďmi;
- pociťovanie neistoty;
- podriaďovanie sa iným ľuďom;
- snaha mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti.

V tejto súvislosti môžeme teda konštatovať, že osobnostné črty sa v podmienkach záťaže dynamicky uplatňujú. Osobnosť sa zo stresogénnych situačných podmienok premieta do vyrovnávacích procesov (coping), a to tak, že rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje výber vyrovnávajúcich stratégií a tieto vyrovnávajúce stratégie ovplyvňujú následné psychické procesy (vedú napr. k negatívnym emóciám). Určité osobnostné charakteristiky predisponujú k určitému štýlu zvládania stresu, úrovni odolnosti. Podľa Bolgera a Schillinga [9] môže osobnosť ovplyvňovať zdravie a psychickú pohodu troma spôsobmi:

- osobnosť môže byť vysvetlením toho, prečo sa niektorí ľudia dostávajú do stresogénnych situácií, a iní nie;
- osobnosť môže ovplyvniť spôsob, akým ľudia reagujú v stresogénnych situačných podmienkach;
- osobnosť môže ovplyvniť zdravie a psychické mechanizmy, ktoré nesúvisia so stresom navodeným z vnútorného prostredia.

Zvládaniu onkologických ochorení a možnostiam zvyšovania kvality života onkopacientov sa dlhodobo venujú napr. Nezu [10], Tschushke [11], Angenendt et al. [12] a Žiaková et al. [13, 14]. Na základe výsledných štúdií bolo preukázané, že samotná diagnóza rakoviny vytvára narušenie, v niektorých prípadoch vo veľkých rozmeroch v životoch jedincov, čo následne spôsobuje zlyhanie v spôsobe života. Realita choroby a jej liečby predstavuje znášanie dôsledkov diagnózy, agresívnej liečby a psychického tlaku na sociálne postavenie v spoločnosti. Onkopacienti môžu zaznamenať

rôzne negatívne prejavy, ako je napríklad prerušenie životných úloh a cieľov, liečba vedľajších účinkov, finančné ťažkosti, pracovné zlyhanie, ale aj narušenie rodinných väzieb, zmeny v sociálnych sieťach a neistota ohľadne budúcnosti. Tieto skutočnosti naznačujú, že onkologické ochorenie vstupuje do života jedinca ako obrovská záťaž. Spôsob ako zvládať záťaž je individuálny pre každého jedinca, keďže súvisí s tým, ako jednotlivci vnímajú stresové situácie.

Nápomocná môže byť reziliencia jedinca, ktorá sa rozvíja kvôli nepriaznivej situácii a rušivým vplyvom. V tomto zmysle je jej výsledkom ovládanie situácie, efektívny coping a pozitívna adaptácia na určitú nepriaznivú (stresujúcu) situáciu. Rozvíjanie konceptu odolnosti je potenciálne dôležité pre podporu duševného zdravia. Avšak úroveň reziliencie sa v súvislosti s onkologickou chorobou a vplyvom vulnerability významne znižuje. Podľa Reicha et al. [15] je pri otázkach reziliencie potrebné zamerať sa na dve skutočnosti. Prvou je skutočnosť zotavenia alebo to, ako sa ľudia „odrazia späť“, či úplne zotavia z výzvy. Ľudia, ktorí sú odolní, majú väčšiu schopnosť rýchlo získať fyziologickú, psychologickú a sociálnu rovnováhu po záťažových udalostiach. Druhou rovnako dôležitou skutočnosťou je udržateľnosť alebo schopnosť pokračovať vpred tvárou v tvár nepriaznivej situácii. V tomto kontexte je dôležité, ako si jedinci udržiavajú zdravý a psychický blahobyt v dynamickom a náročnom prostredí. V tejto oblasti vnímame ako dôležitý koncept starostlivosti o seba, ktorá vo svojej praktickej podobe smeruje okrem iného i k podpore odolnosti a zdravých aspektov ľudského života [16]. Tento koncept je dôležitý nielen pre pacientov, ale i pre pomáhajúcich profesionálov, pre ktorých práca v onkologickej sociálnej práci predstavuje celoživotné poslanie [17].

Autorky v predchádzajúcej časti načrtli samotnú opodstatnenosť osobnosti jedinca pri zvládaní náročných situácií. Z vedeckej spisby je možné vyčítať posun v problematike onkologickej choroby od konceptu C-typ osobnosti po novodobejší koncept C-systém zvládania. Čerpajúc z týchto zistení a nadväzujúc na zistenia autorského výskumu, ktorý sa uskutočnil pod záštitou grantovej úlohy, sa autorky rozhodli prepojiť v rámci teoretickej roviny C-systém zvládania s konceptom reziliencie. Dôvodom sú výsledky autorského výskumu, ktoré sú ponúknuté v nasledujúcej časti príspevku a z ktorých pre autorky vyplýva opodstatnenosť reziliencie ako alternatívy, ktorej ovplyvňovanie napríklad prostredníctvom socioterapie v onkologickej sociálnej práci môže priniesť potenciálne efektívne zmeny vo vybraných stratégiách zvládania.

Metodika a charakteristika súboru

Hlavným cieľom štúdie bolo zistiť špecifické stratégie zvládania záťaže a stresu onkopacientov a identifikovať osobnostné charakteristiky vo výskumnej skupine. V rámci riešenia grantovej úlohy sa výskumu zúčastnilo 504 respondentov z Košického kraja. Výskumná vzorka bola získaná po dohode s vedením Východoslovenského ústavu onkologických chorôb a etickej komisie v období január–jún 2016. Respondenti, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba, boli vyberaní párovým porovnaním

podľa zastúpenia vekových skupín a rodu v súvislosti s veľkosťou časti výskumnej vzorky, ktorá pozostávala z respondentov s onkologickou chorobou. Snahou autoriek bolo zachovať proporionalitu medzi výbermi. Výskumná vzorka bola v tejto súvislosti volená zámerné a nenáhodne.

Z celkového výskumného súboru ($N = 504$) bola diagnostikovaná rakovina 297 (58,9 %) respondentom, v zastúpení 193 (38,3 %) žien a 104 (20,6 %) mužov; 207 (41,1 %) respondentov, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba, boli zastúpení z hľadiska rodu v počte 141 (27,9 %) žien a 66 (13,2 %) mužov. Priemerný vek respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, bol 58,6 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žilo 203 (68,3 %) respondentov. Priemerný vek respondentov bez diagnostikovanej onkologickej choroby bol 52,5 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žije 135 (65,2 %) respondentov. Jednotlivé údaje ponúka informatívnym spôsobom graf 1.

Graf 1 – Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska diagnostikovania onkologickej choroby

Z hľadiska najvyššie dosiahnutého vzdelania (graf 2) pozostával výskumný súbor z 21 (7 %) respondentov so základným vzdelaním, 62 (21 %) respondentov bolo so stredoškolským vzdelaním bez maturity, 154 (52 %) respondentov so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Respondentov s dosiahnutým vysokoškolským vzdelaním bolo vo výskumnom súbore 61 (20 %).

Graf 2 – Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska dosiahnutého najvyššieho vzdelania

Z hľadiska bydliska (graf 3) uvádza u 112 (23 %) respondentov ako bydlisko dedinu, 197 (39 %) respondentov uvádza mesto a ako svoje bydlisko veľkomesto uvádza 195 (38 %) respondentov.

Graf 3 – Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska bydliska

Respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, je možné na základe deskriptívnej štatistiky popísať z hľadiska roku diagnostikovania onkologickej choroby (graf 4). Pre prehľadné znázornenie boli vytvorené časové obdobia s dĺžkou päť rokov, výnimku tvoria hraničné roky, ktoré predstavujú dvoch respondentov, ktorým bola diagnostikovaná choroba v roku 1988, a dvoch respondentov, ktorým bola diagnostikovaná choroba v roku 2016. Na základe grafu 4 je možné konštatovať, že najväčšiu časť výskumnej vzorky tvoria respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba v rozmedzí rokov 2011–2015.

Graf 4 – Deskripcia respondentov z hľadiska roku diagnostikovania onkologickej choroby

Zostavená dotazníková batéria okrem zisťovania demografických údajov bola zameraná aj na zisťovanie preferencie stratégií zvládania, prostredníctvom metodiky SVF 78, Stressverarbeitungsfragebogen [18], ktorá sa zameriava na zachytenie individuálnych tendencií k využívaniu rôznych stratégií zvládania. Ide o skrátenú verziu SVF 120 od au-

torov Janke a Erdmannová z roku 2002 [18]. Do českého jazyka verziu upravil Švancara v roku 2003. Dotazník na slovenskej populácii na výskumnej vzorke 694 respondentov overila napríklad v roku 2015 Halachová a Žiaková [19]. Dotazník obsahuje 78 výrokov, ktoré popisujú určité spôsoby reagovania pri pociťovaní záťaže.

Výsledkom metodiky je 13 faktorov, ktoré sú rozdelené na pozitívne (efektívne) stratégie smerujúce k redukcii stresu. Patria k nim: Podhodnotenie; Odmietanie viny; Odklon; Náhradné uspokojenie; Kontrola situácie; Kontrola reakcií; Pozitívna sebaistrukcia.

Negatívne (neefektívne) stratégie, ktoré smerujú ku zosilneniu stresu a prislúchajú k nim: Úniková tendencia; Perseverácia; Rezignácia; Sebaobviňovanie.

Stratégie, ktoré možno radiť ako k pozitívnym, tak k negatívnym, sú Potreba sociálnej opory a Vyhýbanie sa. Reliabilita pôvodného dotazníka dosahuje hodnotu Cronbachovej alfy = 0,80.

Osobnostné charakteristiky boli zisťované prostredníctvom osobnostného Freiburského dotazníka [20]. Jeho autormi sú Fahrenberg, Selg a Hampe, ktorí dotazník začali vyvíjať v roku 1963. V roku 1984 slovenský preklad štandardizovali Kollárik, Poliaková a Ritomský na výskumnej vzorke 2 582 respondentov [20]. Metodika sa venuje dimenziám: Nervozita; Depresivita; Vzrušivosť; Družnosť; Miernosť; Reaktívna agresivita; Zdržanlivosť; Otvorenosť. Na základe analytických postupov boli vyčlenené ešte tri doplnkové škály: Extrovertnosť – Introvertnosť; Emocionálna labilita – Stabilita; Maskulinita – Feminita. Hodnota vnútornej konzistencie sa v pôvodnom vydaní FPI pohybovala medzi hodnotou 0,74–0,87.

Samotné spracovanie výsledkov autorského výskumu prebiehalo na základe kvantitatívnych štatistických metód, pričom v závislosti na charaktere distribúcie jednotlivých premenných boli využité neparametrické štatistické metódy. Reliabilita dotazníkovej batérie predstavovala v autorском výskume hodnotu Cronbachovej alfy = 0,89.

Limity

Limity výskumnej štúdie vidíme v proporcionálite a veľkosti výskumného súboru. Na základe tejto skutočnosti nie je možné zovšeobecňovať výsledné zistenia na celú populáciu na Slovensku.

Výsledky

Vzhľadom na účel výskumnej štúdie za východiskové možno považovať vybrané výsledky autorského výskumu, ktoré pojednávajú o rozdieloch medzi dvoma skupinami respondentov, a to z pohľadu ich preferencie stratégií zvládania. Autorky sa zamerali aj na identifikovanie rozdielov v dimenziách osobnostných charakteristík popísaných skupín.

Na základe Mann-Whitneyho *U* testu ako neparametrickej metódy je možné na základe výsledkov znázornených v tab. 1 konštatovať určitú štatistickú významnosť v stratégiách zvládania (Podhodnotenie, Odklad, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií, Potreba sociálnej opory) u respondentov v súvislosti s diagnostikovaním onkologickej choroby.

Tabuľka 1 – Mann–Whitneyho U test – rozdiel medzi stratégiami zvládania a diagnostikovaním onkologickej choroby

		Podhodnotenie	Odklon	Náhradné uspokojenie	Kontrola reakcií	Potreba sociálnej opory
Diagnostika onkologickej choroby	Z	–2,69	–4,02	–2,19	–1,98	–2,25
	$p(\alpha)$	0,007 ^b	< 0,001 ^c	0,03 ^a	0,04 ^a	0,02 ^a

Legenda: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$.

Na základe znázornených výsledkov v tabuľke 1, v ktorých sa preukázal štatisticky významný rozdiel, bola ná-

sledne pre konkretizovanie týchto rozdielov využitá deskriptívna štatistika, ktorej výsledky obsahuje tabuľka 2.

Tabuľka 2 – Deskripcia priemerného skóre respondentov z hľadiska vybraných stratégií zvládania

Diagnostika onkologickej choroby		Podhodnotenie	Odklon	Náhradné uspokojenie	Kontrola reakcií	Potreba sociálnej opory
Diagnostikovaná	N	297,0	297,0	297,0	297,0	297,0
	X	267,2	273,9	264,5	263,3	264,7
Nediagnostikovaná	N	207,0	207,0	207,0	207,0	207,0
	X	231,9	221,3	235,7	237,3	235,0

Na základe výsledkov deskriptívnej štatistiky v tab. 2 je možné konštatovať, že samotný štatisticky významný rozdiel v preferovaných stratégiách zvládania spočíva v tom, že respondenti, ktorí boli súčasťou skupiny s diagnostikovaným onkologickým ochorením, využívajú vybrané stratégie zvládania vo väčšej miere než respondenti, ktorí boli súčasťou časti výskumnej vzorky, ktorým nebola diagnostikovaná onkologická choroba. Prakticky sa dá konštatovať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, preferujú v rámci zvládania náročných životných situácií stratégie, ktoré reflektujú prisudzovanie si menšej miery stresu v porovnaní s ostatnými (stratégia Podhodnotenie), odklon od samotnej záťaže, prípadne príklon k situáciám inkompatibilným so stresom (stratégia Odklon). Respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, viac preferujú stratégie zvládania náročnej situácie, ktoré predstavujú obrátenie sa k pozitívnym aktivitám/situáciám (stratégia Náhradné uspokojenie), zároveň sa v porovnaní s respondentmi, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola, vo väčšej miere snažia zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (stratégia Kontro-

la reakcií). Posledný štatisticky významný rozdiel sa preukázal vo významnej stratégii Potreba sociálnej opory, kde možno obdobne ako v predošlých porovnaniach na základe dosiahnutého priemerného skóre konkrétne konštatovať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, majú vo väčšej miere potrebu, prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc.

Dôležitým zistením je, že z hľadiska delenia tendencií zvládania náročných situácií možno vybrané stratégie, v ktorých sa preukázala štatistická významnosť, zaradiť k pozitívnym (efektívnym) stratégiám (Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií). Stratégiu Potreba sociálnej opory je možné radiť ako k pozitívnym, tak k negatívnym.

Na podchytenie rozdielov v rámci oblasti osobnostných charakteristík respondentov sa obdobne využil Mann–Whitneyho U test. Tabuľka 3 pojednáva o vybraných dimenziách osobnostných charakteristík, v ktorých sa medzi skupinami respondentov preukázal štatisticky významný rozdiel.

Tabuľka 3 – Mann–Whitneyho U test – rozdiel medzi osobnostnými charakteristikami a diagnostikovaním onkologickej choroby

		Nervozita	Zdržanlivosť	Otvorenosť
Diagnostika onkologickej choroby	Z	–6,09	–2,20	–2,10
	$p(\alpha)$	< 0,001 ^c	0,03 ^a	0,04 ^a

Legenda: ^a $p < 0,05$; ^c $p < 0,001$.

Špecifikovanie samotných vybraných rozdielov prebiehalo formou deskriptívnej štatistiky, na základe priemerného skóre, ktorej výsledky znázorňuje tabuľka 4.

Vychádzajúc zo štatisticky významných rozdielov možno na základe deskripce dosiahnutého priemerného skóre (tab. 4) konštatovať, že u respondentov, ktorým bolo diagnostikované onkologické ochorenie, dominuje Nervozita

a Zdržanlivosť ako osobnostná charakteristika viac ako u respondentov, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Následne možno konštatovať, že u respondentov s diagnostikovanou onkologickou chorobou dominuje Otvorenosť ako dimenzia osobnostnej charakteristiky vo výrazne menšej miere ako u respondentov, ktorým onkologická choroba nebola diagnostikovaná. Z ponúkaných

Tabuľka 4 – Deskripcia priemerného skóre respondentov z hľadiska vybraných stratégií zvládania

Diagnostika onkologickej choroby		Nervozita	Zdržanlivosť	Otvorenosť
Diagnostikovaná	N	297,0	297,0	297,0
	X	277,9	264,5	241,5
Nediagnostikovaná	N	207,0	207,0	207,0
	X	216,0	235,6	267,8

výsledkov vyplýva, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, majú vo väčšej miere pocity bezmocnosti, unaviteľnosti, podráždenosti a pod. (dimenzia Nervozita), sú viac zdržanlivejší v kontakte s inými, sú neistejší v rozhodovaní, menej pribojní (dimenzia Zdržanlivosť) než respondenti, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Štatisticky významný rozdiel v di-

menzii Otvorenosť špecifikuje respondentov, ktorým nebola diagnostikovaná onkologická choroba ako viac sebakritickejších a prístupnejších, v porovnaní s respondentmi, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná bola.

Zaujímavým, zdánlivo kontraproduktívnym zistením je štatisticky významný rozdiel v škále Maskulinita – Feminita, znázornený v tabuľke 5.

Tabuľka 5 – Mann-Whitneyho U test – rozdiel medzi škálou Maskulinita – Feminita a diagnostikovaním onkologickej choroby

Maskulinita – Feminita		N	X	Z	p(α)
Diagnostika onkologickej choroby	Diagnostikovaná	297	228,5	-3,16	0,002 ^b
	Nediagnostikovaná	207	269,6		

Legenda: ^b p < 0,01.

Zameraním sa na získané priemerné skóre respondentov v tab. 5, z ktorej je taktiež možné vyčítať aj štatisticky významný rozdiel v škále Maskulinita – Feminita, je možné predpokladať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, sú sebaistejší, aktívnejší, pohotovejší a pod. v porovnaní s respondentmi, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Ponúknuté výsledky v koncepte osobnostných dimenzií autorky odôvodňujú potenciálnym vplyvom náročnej životnej udalosti (onkologickej choroby), ktorá bola pre respondentov natoľko silnou, motivujúcou činnosťou, že ich osobnostne ovplyvnila z pohľadu ich sebavedomia, osobnostného fungovania.

V rámci deskriptívnej štatistiky sa preukázali rozdiely aj v ďalších dimenziách, avšak nepreukázala sa štatistická významnosť v rámci týchto rozdielov, preto sa autorky rozhodli nadviazať v ďalšej časti štúdie iba na vybrané štatisticky významné dimenzie a stratégie zvládania.

Diskusia

Prepojením zvolených, štatisticky významných výsledkov sa dá konštatovať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, preferujú efektívne stratégie zvládania náročných situácií. V rámci nich dominujú osobnostné dimenzie, ktoré reflektujú charakteristiky ako Nervozita a Zdržanlivosť. Možno konštatovať, že výskumná vzorka predstavuje respondentov, ktorých ochorenie mobilizovalo k využívaniu efektívnych stratégií zvládania vo väčšej miere ako respondentov, ktorí onkologické ochorenie diagnostikované nemajú. Zároveň možno predpokladať, že samotná choroba a náročné situácie s ňou spojené

majú vplyv na osobnosť respondentov, u ktorých dominujú dimenzie poukazujúce na pocity bezmocnosti. Túto skutočnosť dominancie efektívnych stratégií zvládania v súvislosti s pocitmi bezmocnosti vhodne vysvetľuje Lokich [21], ktorý uvádza, že pocity bezmocnosti sú u pacientov s onkologickou chorobou vnímané ako samozrejmosť. Bezmocnosť autor definuje ako nevitáný a frustrujúci pocit, ktorý je obzvlášť silný v období priebehu liečby od počiatočnej fázy diagnózy, ako aj vo fáze recidívy alebo taktiež v čase prežívania záťaže alebo straty. Na druhej strane mechanizmy zvládania v týchto situáciách chránia pacientov pred plnou intenzitou tohto pocitu bezmocnosti.

V ponúknutých výsledkoch v koncepte osobnostných dimenzií autorky vnímajú potenciálnu súvislosť so spomenutými hlavnými charakteristickými znakmi C-systému zvládania [8], kde napriek pociťovaniu neistoty (dimenzia Zdržanlivosť) štatisticky významne dominuje stratégia kontroly reakcií, potreba sociálnej opory a pod. Dominanciu potreby sociálnej opory možno vysvetliť tým, že napriek tomu, že presný spôsob, v ktorých samotná sociálna opora slúži na zníženie napätia a zvýšenie pocitu pohody, nie je úplne jasný. V tomto kontexte Dewe et al. [22] definujú dve oblasti, pričom v prvej oblasti priamych účinkov naznačujú, že sociálna opora priamo znižuje napätie. To znamená, že ľudia, ktorí majú prístup k iným ľuďom a využívajú ich oporu v ich prostredí, sú menej náchylní na záťaž, z ktorej vyvstáva pocit napätia, zároveň naopak pociťujú väčšiu pohodu. Druhou oblasťou, ktorá poukazuje na opodstatnenosť sociálnej opory v kontexte výsledkov autorského výskumu, je aj vysvetlenie účinkov sociálnej opory ako protektívnej stratégie, ktorá funguje ako moderátor vzťahu medzi záťažou a napätím (alebo pohodou). Táto

tzv. vyrovnávací oblasť popisuje, že jednotlivci, ktorí dostávajú sociálnu oporu, budú menej zaťažovaní (pociťovať vyššiu pohodu) než tí, ktorí nedostanú oporu od iných. Táto skutočnosť je v dôsledku protektívnych vlastností sociálnej opory. Vyrovnávací efekt tejto oblasti spočíva v tom, že prostredníctvom sociálnej opory jedinec môže zmeniť vnímanie stresoru či záťaže vo svoj prospech. Sociálna opora je obzvlášť dôležitá pre pacientov s onkologickou chorobou na emocionálnej úrovni, ale taktiež aj vo forme poskytovania informácií, finančnej a/alebo fyzickej pomoci. Ak sociálna opora u pacientov zlyhá, vedie to pravdepodobne k zvýšeniu stresu, až k depresii [23]. Každý jedinec je súčasťou nejakého sociálneho systému, kde vzťahy majú významný vplyv na správanie a prispôbovanie sa jedinca. Avšak systém môže slúžiť ako opora formou protektívnej stratégie, alebo naopak ako brzda, a to v tom prípade, ak je nefunkčný alebo chorý [24]. Rakovina ovplyvňuje nielen diagnostikovaného jedinca, ale aj celý jeho sociálny systém. Potreba pomoci minimálne jednému z členov rodiny vyrovnanie sa s akútnymi či chronickými fázami ochorenia môže mať hlboko rušivý vplyv na fungovanie a emocionálnu rovnováhu rodiny. Aby sociálna opora pôsobila ako efektívny nástroj, je potrebné pacientovi vytvoriť kvalitnú sieť sociálnej opory pozostávajúcej z funkčných prvkov jeho prirodzeného prostredia, z prostredia profesionálov podieľajúcich sa na liečbe pacienta či z iných foriem interakcií, ktoré pacient vo svojom okolí má. V tomto ohľade je potrebné zvoliť nielen vhodnú formu, ale aj mieru tejto formy pomoci [25].

Možno taktiež konštatovať, že kognitívny koncept spojený s optimizmom, ktorý sa často využíva v kontexte zvládania onkologickej choroby, je vnútorný priestor kontroly, definovaný ako – vnímanie osobnej kapacity na kontrolu reakcií [23]. Dominanciu tejto stratégie objasňuje vo svojej štúdii napríklad Abram [26], uvádzajúc, že osoby s chronickou bolesťou sú ohrozené mnohými negatívnymi dôsledkami týkajúcimi sa ich správania v súvislosti s ich aktuálnymi podmienkami. Preto môžu potrebovať rôzne stratégie kognitívnej kontroly, ktoré sú im nápomocné pri vyrovnávaní sa s bolesťou či prežívanou záťažou. Vyššia úroveň kontroly stanovuje normy, na základe ktorých jedinec hodnotí nižšie úrovne výkonnosti. Práve táto dynamická vlastnosť poskytuje systémy pre prežitie s možnosťou zmeniť správanie a odolávať entropii [27].

Vychádzajúc z vybraných výsledkov je snahou prepojiť skúmanú problematiku s opodstatnenosťou reziliencie ako konceptu pomerne pozitívneho psychosociálneho fungovania, ktorý sa vyvíja v dôsledku traumatického stresu [28]. Napriek tomu, že výsledky autorského výskumu popisujú onkologicky chorých ako respondentov, ktorí preferujú efektívne stratégie zvládania, autorky považujú za opodstatnené poukázať na koncept reziliencie a na dôležitosť udržania jej protektívnej úrovne. Dôvodom je vnímané kontinuum onkologickej choroby, ktoré predstavuje sériu potenciálne traumatických udalostí a v ktorom autorky vidia priestor pre neustálu podporu úrovne reziliencie.

Stres a nevyhnutná adaptácia spojená so skrúmaním rakoviny je značne odlišná od stresu terminálnej diagnózy. Odolnosť sa môže prejavovať v každom časovom bode s rôznymi klinickými charakteristikami a môže byť podporovaná rôznymi typmi intervencií alebo interakcií [29]. Keďže diagnóza a liečba onkologickej choroby je často vnímaná

ako potenciálne traumatická udalosť, je možné očakávať, že individuálna úroveň odolnosti ovplyvní emocionálne problémy v reakcii na onkologickú chorobu [30]. Možno konštatovať, že jednotlivci s vyššou úrovňou reziliencie sa vyrovnávajú s traumatickými udalosťami efektívnejšie než tí, ktorí majú úroveň reziliencie nižšiu [31]. Zároveň je vyššia úroveň odolnosti spojená so zníženou emocionálnou tiesňou po expozícii traumatickým udalosťami [32]. Model reziliencie od Zautra [33] týkajúci sa rozmanitej škály adaptácie uvádza, že odolnosť pozostáva z interaktívnych procesov medzi pozitívnym (t.j. udržateľným) a negatívnym (t.j. zotavujúcim) psychologickým fungovaním. Tento model je aj podľa autorov Hou a Hiu Ming Lam [34] možné uplatniť v problematike onkologickej choroby. Zistenia ich štúdie naznačujú, že udržiavanie a získanie pozitívneho vplyvu sprostredkovalo a zmierňovalo pozitívnu koreláciu medzi fyzickým symptómom pri diagnóze onkologickej choroby a depresívnou náladou pri 3-mesačnom odsledovaní. Obdobne naznačuje štúdia Wilson et al. [35], že úroveň reziliencie môže nezávisle napomáhať k nízkym emocionálnym problémom u onkologických pacientov. Psychosociálne zásahy na zvýšenie reziliencie by podľa autorov štúdie mohli poskytnúť užitočné prístupy na prekonanie negatívnych emócií.

Vnímanie skúsenosti s onkologickou chorobou ako výzvu, skúmanie základných presvedčení a faktory sociálnej opory od rovesníkov sú podľa štúdie Min et al. [30] prepojené s postraumatickým rastom, pričom sú zdôraznené aspekty postdiagnostického zážitku, ktoré sú významné pre životnú transformáciu alebo rast. Inými slovami: podľa autorov je potrebné veľké narušenie konformity, kým niekto môže vnímať osobný rast, zároveň vzájomná opora je cenným zdrojom pre tých, ktorí onkologickú chorobu zvládli.

Vychádzajúc z čiastočných výsledkov autorského výskumu je možné vyzdvihnúť základnú myšlienku, ktorá tkvie v opodstatnenosti sociálnej práce s onkologickou klientelou. Sociálna práca vďaka svojej dynamickej povahe by mala reagovať na novovznikajúce sociálne problémy a zmeny v spoločnosti, ako je narastajúci počet onkologických pacientov, kde je práca sociálneho pracovníka v oblasti zvládania onkologického ochorenia u onkopacientov priam vyžadujúca [36]. Samotný proces zvládania onkologickej choroby je možný aj prostredníctvom socioterapie a jej metód so zameraním na udržanie, prípadne zvyšovanie úrovne reziliencie u onkologických pacientov. Táto myšlienka vychádza napríklad zo zistení štúdie Loprinzi et al. [37] overenia efektu SMART (Stress Management and Resiliency Training), metodiky zameranej na zvýšenie odolnosti, zníženie stresu a úzkosti u klientov, ktorým bola diagnostikovaná rakovina, konkrétne rakovina prsníka. Výsledky štúdie dávajú do popredia intervenčné programy zamerané na zníženie miery neistoty u onkologických klientov, ktoré tak môžu významne zlepšiť ich odolnosť. Štúdia poukazuje na to, že pre pacientov po liečbe je uskutočniteľná krátkodobá aj skupinová intervencia zameraná na ich rezilienciu. Výsledky štúdie Afshar et al. [38] taktiež zdôrazňujú, že vybrané osobnostné črty sú spojené s pasívnym zvládaním, čoho dôsledkom je vysoká hranica stresu. Podľa autorov je zlepšenie a posilnenie efektívnych stratégií zvládania jednotlivcov s maladaptívnymi znakmi kľúčová súčasť prevencie a kontrolných programov na zvládanie

záťaže. Vzhľadom k uvedenému sa domnievame, že socioterapia pre klientov s onkologickou chorobou je opodstatnená najmä v podporovaní sociálnych väzieb a znovuzapojení sa do spolubytia v ich sociálnom systéme. Socioterapia tak môže slúžiť ako prostriedok na vytvorenie bezpečného prostredia pre klienta pri riešení záťažovej situácie, ktorou onkologická choroba je.

Záver

Prostredníctvom štatistického spracovania sa vo výskume v prípade respondentov s diagnostikovanou onkologickou chorobou preukázala preferencia efektívnych stratégií zvládania. Konkrétne respondenti preferovali stratégiu Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií. Na základe výsledkov možno konštatovať, že respondentov onkologická choroba mobilizovala k využívaniu efektívnych stratégií zvládania vo väčšej miere ako respondentov, ktorí onkologické ochorenie diagnostikované nemajú.

So štatistickou významnosťou sa taktiež preukázali rozdiely v oblasti osobnostných charakteristík respondentov. U respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, dominuje ako osobnostná charakteristika Nervozita a Zdržanlivosť viac ako u respondentov, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Z pohľadu osobnostných dimenzií autorky vnímajú potenciálnu súvislosť výsledných zistení autorského výskumu so spomenutými hlavnými charakteristickými znakmi C-systému zvládania, kde napriek dominancii Nervozity a Zdržanlivosti štatisticky významne dominuje stratégia Potreba sociálnej opory. Na škále Maskulinita – Feminita, ktorú špecifikuje totožný osobnostný dotazník, je zároveň možné definovať respondentov s onkologickou chorobou ako tých, ktorí sú sebaistejší, podnikavejší, pohotovejší a vyrovnanejší. V tomto prípade je možné predpokladať natoľko silný a motivujúci vplyv nepriaznivej životnej udalosti (onkologickej choroby), ktorý dokázal respondentov osobnostne ovplyvniť z aspektu ich sebavedomia a osobnostného fungovania. Zároveň možno predpokladať, že samotná choroba a náročné situácie s ňou spojené majú vplyv na osobnosť respondentov, u ktorých dominujú dimenzie poukazujúce na pocity bezmocnosti.

Tieto zistenia v súlade s prezentovanou myšlienkou teoretického diskurzu poukazujú na opodstatnenie konceptu rozvíjania reziliencie v rámci onkologickej sociálnej práce prostredníctvom socioterapie s onkologickou klientelou s cieľom napomôcť v procese liečby, ale aj prevencie v našich podmienkach.

Konflikt záujmov

Autorky vyhlasujú, že si nie sú vedomé žiadneho konfliktu záujmov týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Podakovanie

Príspevok vznikol v rámci riešenia vedecko-výskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok“.

LITERATÚRA

- [1] Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB. Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine* 1991;21(1):29–41.
- [2] Eysenck HJ. Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1994;16(3):167–215.
- [3] Fox BH. Epidemiologic aspects of stress, aging, cancer and the immune system. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1988;521:16–28.
- [4] Contrada RJ, Leventhal H, O'Leary A. Personality and health. In: Pervin LA (Ed.). *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford Press; 1990, pp. 638–69.
- [5] Kohoutek R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita; 2007.
- [6] Blatný M, Adam Z. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství* 2008;54(6):638–45.
- [7] Hunter B. *Staying alive. Life-changing strategies for surviving cancer*. New York: Crown Publishing Group; 2010.
- [8] Faleide AO, Lian B, Faleide EK. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing; 2010, pp. 171–2.
- [9] Bolger N, Schilling EA. Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality* 1991;59(3):355–86.
- [10] Nezu AM. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2004.
- [11] Tschuschke V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál; 2004.
- [12] Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V, Beuth J. *Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 2007.
- [13] Žiaková E, Čechová J, Kredátus J. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: FF PU; 2001.
- [14] Žiaková E, Kočíšová A, Wagnerová M. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Acta chemotherapeutic* 2015;24(1):221–6.
- [15] Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press; 2010.

- [16] Lichner V. Profesionálna a osobná starostlivosť o seba v kontexte spôsobov zvládania pracovnej záťaže. In: Žiaková E (Ed.). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou „Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce“, 4. ročník Košických dní sociálnej práce. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach; 2016; pp. 81–5.
- [17] Šiňanská K, Kočišová A. Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce. *Sociálna práca/Sociálna práca* 2017;17(5):52–68.
- [18] Janke W, Erdmannová G. Strategie zvládání stresu – SVF 78. Praha: Testcentrum; 2003.
- [19] Halachová M, Žiaková E. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania. In: Žiaková E (Ed.). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou „Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce“, 4. ročník Košických dní sociálnej práce. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach; 2016; 111–17.
- [20] Kollárik T, Poliaková E, Ritomský A. Freiburský osobnostný dotazník. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 1984.
- [21] Lokich JJ. Primer of cancer management. Amsterdam: Springer; 2012.
- [22] Dewe PJ, O'Driscoll MP, Cooper CL. Coping with work stress: a review and critique. Hoboken NJ: John Wiley & Sons Ltd.; 2010.
- [23] Cordella M, Poiani A. Behavioural oncology: psychological, communicative, and social dimension. Berlin: Springer; 2014.
- [24] Christ G, Messner C, Behar L (Eds). Handbook of oncology social work: psychosocial care for people with cancer. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- [25] Cournoyer BR. The social work skills workbook. Belmont, CA: Cengage Learning; 2013.
- [26] Abram SE (Ed.). Cancer Pain. Boston: Kluwer; 1989.
- [27] Field T, McCabe PM, Schneiderman N (Eds). Stress and coping. Oxford: Psychology Press; 1985.
- [28] Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006;1094:1–12.
- [29] Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2014;18(1): 93–101.
- [30] Min JA, Yoon S, Lee CU, Chae JH, Lee C, Song KY, Kim TS. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer* 2013;21(9):2469–76.
- [31] Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2006;13(3): 194–201.
- [32] Hoge EA, Austin ED, Pollack MH. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2007;24(2):139–52.
- [33] Zautra AJ. Resilience: one part recovery, two parts sustainability. *Journal of Personality* 2009;77(6): 1935–43.
- [34] Hou WK, Hiu Ming Lam J. Resilience in the year after cancer diagnosis: a cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of Behavioural Medicine* 2013;37(3): 391–401.
- [35] Wilson B, Bronwyn AM, Chambers S. A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Journal of Psychological, Social and Behavioural Dimensions of Cancer* 2014;23(11):1212–19.
- [36] Tóthová L, Žiaková E. Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce. Košice: UPJŠ; 2017.
- [37] Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer* 2011;11(6):364–8.
- [38] Afshar H, Roohafza HR, Keshtelli AH, Mazaheri M, Feizi A, Adibi P. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences* 2015;20(4):353–8.