

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA



KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

***RIZIKOVÉ SPRÁVANIE ONKOLOGICKY
CHORÝCH KLIENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE***

Lucia Tóthová, Eva Žiaková

Košice 2017

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA



KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

**RIZIKOVÉ SPRÁVANIE ONKOLOGICKY CHORÝCH
KLIENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE**

Lucia Tóthová, Eva Žiaková

Košice 2017

RIZIKOVÉ SPRÁVANIE ONKOLOGICKY CHORÝCH KLIENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE

Vedecká monografia

©2017 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Mgr. Lucia Tóthová, *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Recenzenti:

prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD., *Katedra praktickej teológie, Teologická fakulta v Košiciach, Katolícka univerzita v Ružomberku*

doc. PhDr. Ivana Pirohová, PhD., *Katedra andragogiky, Ústav pedagogiky, andragogiky a psychológie, Fakulta humanitných a prírodných vied, Prešovská univerzita v Prešove*

Monografia vznikla v rámci riešenia vedeckovýskumnej 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*“.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedajú autorky. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Rozsah strán: 91

Rozsah: 4,74 AH

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: september 2017

ISBN 978-80-8152-524-7

Obsah

Úvodné slovo	5
1 Onkologicky chorí klienti sociálnej práce	6
1.1 Teoretické vymedzenie onkologickej choroby	6
1.2 Onkologická pacientka s rakovinou prsníka ako klientka sociálnej práce.....	8
1.2.1 Biopsychosociálne aspekty súvisiace s rakovinou prsníka	9
2 Konceptie zdravia a choroby.....	15
2.1 Biomedicínsky model	15
2.2 Psychosomatický prístup	16
2.3 Biopsychosociálny model	17
2.4 Systémová teória	20
2.5 Behaviorálne teórie	22
2.6 Kognitívne teórie	23
3 Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce	25
3.1 Psychosociálna podmienenosť vzniku onkologickej choroby	25
3.2 „C – osobnosť“	26
3.3 „C – systém zvládania“	28
3.4 Maladaptívne zvládanie náročných životných situácií ako rizikové správanie onkologicky chorých pacientov.....	29
4 Sociálna práca v kontexte onkologickej choroby.....	33
4.1 Sociálna práca ako súčasť interdisciplinárnej starostlivosti o onkologického pacienta.....	33
4.2 Onkologická sociálna práca v minulosti a dnes	37
4.3 Onkologický sociálny pracovník v praxi	38
5 Zvládanie náročných životných situácií onkologicky chorých pacientok – výskumné zistenia	42
5.1 Metodika	43
5.2 Organizácia výskumu.....	46
5.3 Charakteristika výskumnej vzorky	47
5.4 Vybrané výsledky výskumu.....	48
5.4.1 Náročné životné situácie	49
5.4.2 Stratégie zvládania náročných životných situácií	58
5.4.3 Naratívne rozhovory	66

5. 4. 4 Návrhy pre prax.....	71
Záver.....	77
Zoznam bibliografických odkazov.....	78

Úvodné slovo

Súčasná doba je rýchla, uponáhľaná, so silne presadzovanou emancipáciou žien, pohltená informačno-komunikačnými technológiami, ktoré prekonávajú vzdialenosti, ale zároveň ich vytvárajú. Mení sa životný štýl človeka, nastupujú mnohé choroby a rakovina sa stáva akýmsi „trendom súčasnosti“. Nároky na človeka, a obzvlášť na ženy, sú v dnešnej dobe priveľké. Ženy vykonávajú viacero rolí a plnia množstvo úloh. Stávajú sa starostlivými matkami, chápacími a odovzdanými manželkami, zamestnankyňami vyznačujúcimi sa profesionalitou a flexibilitou, nevynímajúc však idol mýtu krásy. Na základe prekročenia tradičného rodového rozdelenia práce, sa život žien odohráva na viacerých úrovniach. Ich pracovný deň sa nekončí odchodom zo zamestnania, ale pokračuje starostlivosťou o domácnosť a vlastnú rodinu. Popri tom všetkom sa usilujú naplniť nielen osobné očakávania, ale aj očakávania rodiny, sociálneho okolia a spoločnosti, odmietajú zlyhanie a usilujú sa o perfekcionizmus.

V našich životoch sa viac či menej objavujú situácie, ktoré nás ovplyvňujú a prinášajú záťaž. Aj napriek tomu, že nemôžeme a nedokážeme mať „pod kontrolou“ všetko a všetkých, sme schopní a schopné mať „pod kontrolou“ situácie, ktoré sa nás bezprostredne dotýkajú. V živote sa stretávame s problémami v zamestnaní, finančnými problémami, chorobami či smrťou blízkych. Rovnako ako negatívne, zasahujú nás aj pozitívne situácie. Na každú z nich reaguje každý inak.

Monografia je jedným zo spôsobov, ktorými sa usilujeme upozorniť na dôležitosť rôznych situácií v živote človeka, ich posudzovania a zvládania a tiež vplyvu toho na zdravie človeka. Nakoľko zvládanie záťaže môže byť rozdielne medzi mužmi a ženami, monografia je určená prevažne ženám, na ktoré sme sa sústredili aj v rámci realizovaného výskumu. Môže ísť o pacientky s onkologickou diagnózou, ale i ženy, ktoré chcú efektívnym a úspešným zvládaním situácií v živote danej chorobe predchádzať. Veríme tiež, že monografia obohatí všetkých, ktorí sa rovnakej cieľovej skupine venujú.

autorky

Lucia Tóthová, Eva Žiaková

1 Onkologicky chorí klienti sociálnej práce

Štruktúra chorôb sa časom zmenila. Zatiaľ, čo na začiatku 20. storočia ľudia zomierali na nákazlivé choroby, na čele štatistických údajov stoja v súčasnosti choroby, ktoré sa viažu ku spôsobu života ako kardiovaskulárne choroby, nádory, úrazy a pod. (Křivohlavý 2003). Vývojové trendy a prognózy nie sú pozitívne, celosvetovo sa počet onkologických chorôb zvyšuje a existuje názor, že 21. storočie je storočím nárastu týchto chorôb (Gulášová 2009).

Na Slovensku chýbajú štatistické údaje týkajúce sa rakoviny a onkologických pacientov¹. Národný onkologický register ponúka informácie staré 8 rokov. Údaje sme preto čerpali zo zahraničných databáz a posledných dostupných štatistík.

Podľa IARC (2012), Medzinárodnej agentúry pre výskum rakoviny, bolo v roku 2012 diagnostikovaných 14,1 miliónov nových prípadov onkologických pacientov a viac ako 8 miliónov rakovinových úmrtí. Zároveň predpokladá, že do roku 2035 počet nových onkologických pacientov vzrastie o 70% a úmrtnosť sa zvýši takmer o 80%. Rakovina predstavuje druhú najčastejšiu príčinu úmrtí v Európe (Schüz et al. 2015) a je diagnostikovaná približne každému tretiemu človeku v priebehu života (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013).

1.1 Teoretické vymedzenie onkologickej choroby

Rakovina je klasifikovaná ako najobávanejšia lekárska diagnóza a jedna z hlavných príčin úmrtí vo vyspelých krajinách sveta (Albery, Munafó 2008). Je komplikovaná, nakoľko môže zasiahnuť takmer každý orgán alebo systém (Kaplan, Sallis, Patterson 1996). I. Gulášová (2009) uvádza, že onkologická choroba má medzi ostatnými chorobami špecifickú pozíciu.

Termín rakovina pomenúva viac ako stovku rôznych chorôb (Plante 2001; Raudenská, Javůrková 2001). Ide o „neobmedzené a nekontrolovateľné množenie buniek, ktoré sa vymanili zo zákonitostí kontrolných systémov a mechanizmov organizmu a získali takto

¹ Uvedomujeme si význam eliminácie rodových stereotypov a rešpektujeme dôležitosť používania rodovo citlivého jazyka. Ak hovoríme vo všeobecnosti, pre prehľadnosť textu však používame mužský rod, pojem pacient, klient, respondent, sociálny pracovník, mysliac však oba rody. V spojení s rakovinou prsníka používame pojem pacientka, respondentka, nakoľko sa orientujeme výlučne na ženy.

schopnosť prenikať do okolitých i vzdialenejších tkanív. Zdravá bunka sa pri nahromadení určitých genetických zmien a v dôsledku vplyvu rôznych faktorov mení na rakovinovú, čiže dochádza k jej nekontrolovanému deleniu“ (Valovičová 2009, s. 8).

Tejto chorobe, ako žiadnej inej, je oddávna venovaná nezvyčajne veľká pozornosť aj kvôli s ňou po storočia spájanou nevyliciteľnosťou a stigmou smrti. Symbol zla reprezentujúci túto chorobu ako i mýtus o jej prenosnosti prežili v spoločnosti dodnes. Téma rakoviny je spájaná s klinickými a sociálnymi tabu, v človeku vyvoláva strach, bolesť, bezmocnosť. Má až mystický charakter.

V tomto kontexte aj F. Meerwein (1991, in: Tschuschke 2004, s. 13) tvrdí, že „ona (rakovina) je rovnako ako rak chápaná ako väčšinou neviditeľný, nočný živočích, ktorý sa svojim nevypočítateľným pohybom vzad zdanlivo nezmyselne pohybuje vpred. Rovnako ako pancierom chránené raky sa i choroba „rakovina“ chopí príležitosti a s upreným pohľadom na svoje obete spôsobuje utrpenie a jej nenásytným cieľom je smrť“. V anglickej terminológii sa o rakovine hovorí ako o niečom, čo človeka žerie až zožerie, čo ho ničí až zničí, čo ho poškodí a zmení jeho podobu (Faleide, Lian, Faleide 2010).

Onkologická choroba je vnímaná ako psychosomatická choroba, je výsledkom psychosociálnych záťažových situácií alebo psychosociálnych rizikových faktorov (Raudenská, Javůrková 2001). Ako uvádza mnoho autorov, medzi ktorých patrí napr. V. Tschuschke (2004), P. Mandincová (2011), R. McCorkle et al. (2011), v súčasnosti je rakovina považovaná za chronickú chorobu a pribúda pacientov, ktorí ju proklamujú za vyliečiteľnú. Pokusy o liečbu zhubných nádorov možno nájsť už v dávnej minulosti, no systematické úsilie o liečbu využitím chemoterapie sa objavuje až od druhej polovice 19. storočia. Aj napriek úspechom chemoterapie, hlavnými terapeutickými metódami ostali rádioterapia a chirurgická liečba, rovnocennou sa stala až na prelome 60. a 70. rokov 20. storočia (Gulášová 2009).

Nádory sa nevyskytujú len u človeka, postihujú tiež rastliny a živočíchy (Dostálová 1993). Onkologická choroba nie je chorobou modernej doby, má svoju históriu. S. I. Hajdu (2011) tvrdí, že je stará ako ľudstvo samotné. Dôkaz o prvej zmienke o nej z doby 3000 rokov pred našim letopočtom je uložený v Britskom múzeu v Londýne. Existuje dokonca množstvo vyobrazení žien, u ktorých sa predpokladá, že trpeli rakovinou prsníka. Príkladom takéhoto diela je napríklad Rembrandtov obraz „Betsabé“ alebo Michelangelova socha ženskej postavy „Noc“ (Abrahámová a kol. 2009).

Jestvuje množstvo špekulácií a domnienok o tom, či onkologickú chorobu vyvoláva psychická alebo sociálna záťaž. Rozšírený je predpoklad, že túto chorobu podnecuje psychický stav rovnako ako neznáme telesné prejavy. Stretávame sa dokonca s prístupom, že onkologický pacient vlastne platí za výstredný spôsob života (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010), že choroba je trestom za hriechy. V ranom veku bola onkologická choroba dokonca vnímaná ako forma posadnutosti diablom (Mastiliaková 2007).

1.2 Onkologická pacientka s rakovinou prsníka ako klientka sociálnej práce

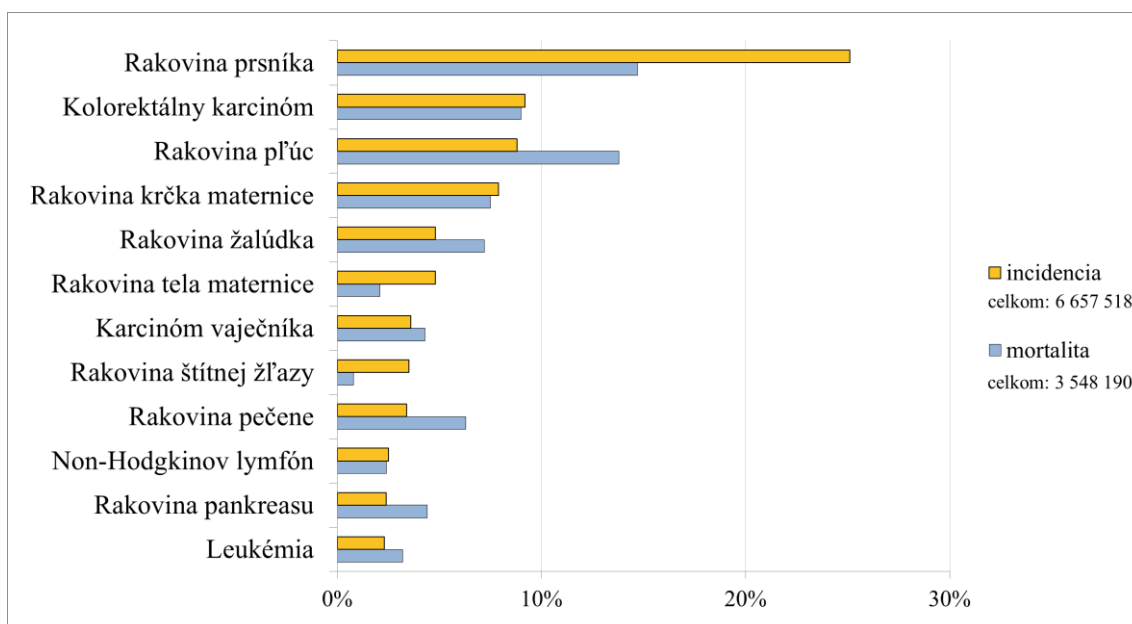
Ako už bolo spomenuté, onkologická choroba zahŕňa množstvo druhov chorôb, preto je veľmi pravdepodobné, že nájsť spoločného menovateľa pre všetky tieto druhy bude nemožné. Predpokladáme, že nie každý psychosociálny faktor alebo súbor faktorov súvisí rovnakým spôsobom so vznikom všetkých druhov rakoviny. Podľa P. N. Butow et al. (2000) môžu psychosociálne faktory zohrať potenciálne väčšiu úlohu pri rakovine prsníka. Na základe týchto atribútov sme sa zamerali výlučne na jeden konkrétny druh onkologickej choroby, rakovinu prsníka.

Rakovina prsníka zasahuje citlivé miesto, prsia ako zdroje výživy, symbol ženstva, ženskej krásy, materstva a plodivej sily (Abrahámová a kol. 2009). Zasahuje dôležitú súčasť ženskej identity, časť tela, ktorá je pevne spätá so ženskou sexualitou. Žiadna iná forma rakoviny teda nepôsobí na ženy tak desivo ako práve táto. Má potenciál ovplyvniť ženu v mnohých aspektoch jej života. Pôsobí na rodinný a pracovný život, voľný čas, sociálny svet pacientky, na fyzické schopnosti, súčasne s ktorými prichádzajú zmeny vo vnímaní vlastného tela a sexuality.

Rakovina prsníka priťahuje pozornosť svojim rozmerom. Ten spočíva v jej vysokej incidencii a mortalite, charaktere celosvetového problému, vo vplyve na pacientku a celé jej sociálne okolie, dôsledkoch, ktoré spôsobuje a v neposlednom rade neexistencii jasne definovaných príčin jej vzniku.

Rakovina prsníka je u žien na celom svete najčastejšie sa vyskytujúcou onkologickou diagnózou a predstavuje pre ne mimoriadne stresujúci zážitok. Každá dvanásť žena je ňou postihnutá (Kliment, Plank, Kavcová 2015).

Graf 1 Celosvetovo najčastejšie sa vyskytujúce onkologické diagnózy u žien v roku 2012 (IACR 2012)



1. 2. 1 Biopsychosociálne aspekty súvisiace s rakovinou prsníka

Snahou bolo samostatne vymedziť jednotlivé aspekty súvisiace s rakovinou prsníka. V kontexte celostného ponímania choroby a pacienta, ktorému sa bližšie venujeme neskôr, je však medzi týmito aspektmi vzťah, navzájom sa ovplyvňujú a nie je možné ich vnímať oddelene. Preto hovoríme o biopsychosociálnych aspektoch, ktoré s onkologickou diagnózou súvisia.

Diagnóza rakoviny je veľmi stresujúca a je vnímaná ako ťažká udalosť. V živote pacientky je tak veľkou zmenou, že nesporne traumaticky ovplyvňuje jej život. Zasahuje pacientkin fyzický a psychický stav, oblasť interpersonálnych vzťahov, sieť sociálnej opory (Žiaková 2005b). Spôsobuje dominový efekt, je príčinou ďalších udalostí a následkov, čo môže viesť k zmenám identity rodiny a dennej rutiny. Predstavuje život s konštantnou neistotou (Zášková, Bolková 2012). Je akýmsi zastavením v čase, vylúčením z každodennej činnosti a stabilizovaných istôt (Mandincová 2011). Prostredníctvom tejto choroby sa utvára nový spôsob života, keďže ide o stály stav a viac než len diagnózu (Gulášová 2009).

Máme za to, že s príchodom rakoviny prsníka mnohé sociálne roly pacientka stráca. Najmä v dôsledku zníženej participácii na spoločenských aktivitách. Zášková a Bolková (2012) tvrdia, že doterajšie sociálne roly onkologickej pacientky nekončia, ale podstatne sa menia. Podľa I. Gulášovej (2009) diagnóza rakoviny so sebou prináša naopak novú sociálnu rolu,

rolu pacientky. Prináša zásadné životné zmeny, napätie, nádej na vyliečenie a tiež sklamanie. Okrem neprijemných symptómov ako je bolesť, nevoľnosť, únava a úzkosť, prichádzajú finančné problémy a problémy týkajúce sa zamestnania, bývania, starostlivosti o deti, rodinné starosti a existenciálne problémy (Šprah, Šošťarič 2004). Choroba zasahuje do životného štýlu pacientky a jej rodiny, kedy je potrebné zmeniť návyky, denný režim a spôsob trávenia voľného času (Matějček 2001).

Pacientky často prežívajú strach, smútok, beznádej, ale aj hnev a pocity viny, nastávajú rôzne bolestivé a zaťažujúce liečebné procedúry, objavujú sa vedľajšie účinky (Tschuschke 2004). Vplyvom rôznych lekárskeho opatrení, sa u pacientok začínajú prejavovať účinky terapie, môžu nastať telesné zmeny, ktorým sa musí pacientka prispôbiť a čeliť bezmocnosti (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). To môže mať vplyv aj na sexuálny život partnerov. Pacientky ho odmietajú v dôsledku straty vlasov alebo hmotnosti, odstránenia prsníka, ako výsledku liečby (Macik, Ziólkowska, Kowalska 2012). Aj napriek tomu, že rakovina a jej liečba nevyklučuje sexuálny život, výrazne ovplyvňuje partnerský a sexuálny vzťah. Z oboch strán môže dočasne vzniknúť určitý psychický blok (Abrahámová a kol. 2009). Pacientky sa môžu v dôsledku telesných zmien cítiť neatraktívne alebo dokonca odpudivo alebo naopak, sexuálna potreba sa môže znižovať u partnera, ktorý na seba vzal rolu opatrovateľa (Woźniak, Izycki 2014). Mnohým pacientkam s onkologickou chorobou sa zneľáča vlastné telo a majú dojem, že je pre ich partnera odpudivé (Masák, Siracká 2009). Pacientky často trpia stratou telesnej atraktivity. Obraz seba samej poškodzujú javy ako strata hmotnosti, vypadávanie vlasov, problémy s pleťou (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). Často prichádza zníženie alebo strata sebavedomia, strata pocitu ženskosti, pokles sexuálnej príťažlivosti, úzkosť, depresia, beznádej, vina, hanba, strach (Taleghani, Yekta, Nasrabadi 2006). Vedľajšie účinky ako je nevoľnosť, únava, slabosť, nie je možné skĺbiť s bežným životom, plnením rolí v rodine, zamestnaní a spoločnosti. Pacientky a rodina si uvedomujú, že pôsobenie choroby ich bude sprevádzať určitý čas a balansovanie medzi požiadavkami pacientky a požiadavkami ostatných členov rodiny či spoločnosti, sa pre rodinu stáva problémom (Tschuschke 2004).

Onkologická choroba ohrozuje systém hodnôt, ktoré si pacientka a jej rodina v živote vytvorili (Gulášová 2009). Jej dôsledkom dochádza k prehodnocovaniu názorov, hodnôt, postojov. Diagnóza narúša sebakoncepciu a sebaúctu, čo je dôsledkom fyzických zmien či straty spoločenského postavenia, neschopnosti venovať sa záľubám, práci, rodine a priateľom. Nezanedbateľný je aj priamy vplyv choroby na pracovnú rolu a s tým súvisiace finančné

zabezpečenie jednotlivca (Krišteková 2005). Starostlivosť o pacientku v čase choroby so sebou prináša zvýšené náklady, čo v niektorých prípadoch môže viesť k vážnym finančným dôsledkom, dlhom, problémom so splácaním hypotéky či dokonca exekúciám. Pacientka a rodina siahajú po úsporách a ich mŕňanie nesúvisí len s priamymi nákladmi na liečbu, ale zahŕňa to aj náklady na palivo, zvýšené telefónne účty, potravinové doplnky, zdravšie potraviny, oblečenie a doplnky ako parochne, špeciálne podprsenky, ktoré súvisia s telesnými zmenami pacientky (Amir et al. 2012). Stabilita v živote s onkologickou diagnózou je často vylúčená. Za chodu nastáva jednak u pacientky, tak aj u jej rodiny vyrovnanie sa s existenčnou a ekonomickou neistotou. Pacientka musí zabezpečiť možnosť liečby znížením alebo prerušením pracovnej činnosti (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013).

Onkologická choroba presahuje osobnosť pacienta a zasahuje celú rodinu a okolie (Ištvánová, Žiaková 2015). Označuje sa aj ako „rodinná choroba“ (Sabolová Fabianová, Žiaková 2016) a ako komplex chorôb má vážne dôsledky nielen pre jednotlivcov, ktorých táto choroba postihuje, ale aj pre ich rodiny, spoločnosť a zdravotnícky systém (Coleman et al. 2008). V čase choroby často zlyhávajú sociálne vzťahy. Blízky ťažko zvládajú starostlivosť o onkologickú pacientku, prichádza priveľká zodpovednosť, podliehajú tlaku, ktorý je naň vyvíjaný, nedokážu sa vysporiadať s emóciami a bolesťou. Mení sa spôsob, akým na seba rodinní príslušníci pôsobia a nové povinnosti môžu niektorých členov premôcť. Nezriedkavo sú výsledkom toho rozvody, odlúčenia jednak medzi partnermi ako aj v rámci rodiny.

V súvislosti s tým vykazujú tiež dôležitosť problémy, ktoré existovali pred nástupom onkologickej choroby. Tým, že choroba môže byť stavaná ako zámienka alebo vinníčka vzniku týchto problémov, členovia rodiny sa môžu zodpovednosti jednoducho zbaviť (Tóthová, Žiaková 2016).

Pacientkin doterajší spôsob života sa mení. Jej potreby nebývajú uspokojené, choroba vyžaduje vyššie adaptačné nároky, nutné je absolvovať mnohé doposiaľ nezažité situácie, potrebná je hospitalizácia. Neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti sa tak stávajú aj sociálne aspekty (Levická a kol. 2015). M. Bačová, E. Žiaková a Z. Katreniaková (2015, s. 55) zistili, že medzi vyskytujúce sa sociálne dôsledky onkologickej choroby patrí „neschopnosť pracovať, obmedzená účasť na spoločenskom živote, závislosť na ostatných, ťažkosti finančného charakteru, sociálna izolovanosť a pocity izolovanosti, sociálne vylúčenie, resp. diskriminácia, nižšia kvalita života, zmena rolí v rodine, zmena životného štýlu a problémy v rodine, vzťahoch.“

Onkologická choroba má samozrejme množstvo somatických dôsledkov, od nevoľnosti po ťažkú únavu, pričom zvládanie niektorých bežných požiadaviek okolitého prostredia a každodenných úloh vyžaduje pomoc druhých, objavuje sa závislosť na ostatných ľuďoch (Nezu et al. 2004). Pozornosť sa tiež upriamuje na nespavosť, vrátane opakujúcich sa nočných mor, straty chuti do jedla, ťažkostí s návratom do obvyklej činnosti v domácnosti a v práci, a neschopnosti sústrediť sa (Ganz, Hahn 2008). U pacientok sa v rôznej miere môže objavovať zvýšená tendencia k poteniu, návaly horkosti, poruchy spánku a zmeny nálady (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010).

Celú nepriaznivú situáciu umocňuje premnožený počet návštev lekára a opakované , psychicky náročné kontroly. Mnohé mesiace liečby vedú k narušeniu spoločenských aktivít a znižujú schopnosť plánovať (Záškodná, Bolková 2012). „Onkologický pacient je v určitom zmysle stále pacientom po celý život. Je tu nutnosť prísnej dispenzarizácie, pravidelných kontrol, opakovaných aj náročných diagnostických testov počas mnohých rokov po liečbe. Táto skutočnosť determinuje psychologický stav pacienta, ale aj situáciu pacienta v rodine a spoločnosti. ... Často sa stretávame so smutnými a často až tragickými situáciami, ktoré prežívajú aj liečení onkologickí pacienti. Diskriminácie, nepodložené predstavy nejakej „infekčnosti“ rakoviny pre okolie, izolácia pacienta v rodine, rozvody“ (Siracká, 2003, s. 1).

Onkologická choroba prichádza často nečakane, pacientka nie je na takúto situáciu pripravená (Weiss a kol. 2010). Prežíva ju „ako ťažkú osobnú katastrofu a často diagnózu rakoviny vníma ako rozsudok smrti. Od okamihu oznámenia má pacient len jednu istotu: nič nie je isté“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010, s. 93). Pociťuje svoju bezmocnosť, má strach z liečby, jej dôsledkov, obáva sa straty dôstojnosti, straty intimity, závislosti na druhých pri uspokojovaní potrieb a v neposlednom rade smrti. U pacientky sa objavuje beznádej, ktorá je silným prediktívnym faktorom suicidálneho konania (Weiss a kol. 2010). Mnoho pacientok s nádorovou chorobou trpí klinicky relevantnými príznakmi emocionálnej úzkosti, čo nielenže podstatne znižuje kvalitu ich života, rovnako potenciálne narúša dodržiavanie liečby. Je preto dôležité sledovať a usmerňovať aj emocionálnu stránku procesu liečby (Min, Yoon, Lee 2013).

I. Gulášová (2009) uvádza nasledovné všeobecne sa vyskytujúce zmeny u onkologicky chorých pacientov:

- precitlivosť pacientov, väčšia citová dráždivosť,
- časté výkyvy nálady,

- záporné emócie – obavy, strach, depresia, až apatia,
- pocit menejcennosti,
- pocit znehodnocovania, utlačania a prenasledovania, narušenie medziľudských vzťahov.

Medzi hlavné telesné, psychické a sociálne problémy spájajúce sa s onkologickou chorobou H. Faller (1998, in: Tschuschke 2004) radí:

- hrozbu smrti, nakoľko je choroba stále spájaná s umieraním a nevyhnutnou smrťou,
- stratu telesnej nedotknuteľnosti, chorý človek stráca prirodzený pocit nezraniteľnosti,
- stratu autonómie, kedy je pocit sebaurčenia a riadenia vlastného osudu stratený,
- stratu aktivít, pretože ich bežné vykonávanie je znemožnené,
- sociálnu izoláciu, strach zo stigmatizácie, nastávajúce zmeny v sociálnych vzťahoch, vyskytujúce sa subtilné formy sociálneho odstupe,
- ohrozenie sociálnej identity a pocitu vlastnej hodnoty.

Vyrovnať sa s príchodom onkologickej diagnózy nestačí. Pacientka musí zvládať aj to, čo s chorobou a po nej prichádza. Jej príznaky, hrozbu opakovania alebo zlyhania liečby. Počas choroby nastávajú rôzne fázy, strieda sa remisia s recidívou, nádej s dezilúziou (Tóthová, Žiaková 2016). Pacientka pri vyrovnávaní sa s chorobou prechádza rôznymi štádiami, ktoré je potrebné rešpektovať, konkrétne ide o:

- šok – u pacientok sa objavujú pocity bezradnosti, zmätku, úzkosti,
- popretie a izoláciu – pacientky sa v tejto fáze usilujú uniknúť od skutočnosti alebo ju poprieť,
- zlosť a negativizmus – fáza je typická pocitmi krivdy a nespravodlivosti,
- depresiu – s vnímaním rakoviny ako nevyliciteľnej choroby sa objavuje smútok z hroziacej straty,
- akceptáciu – pacientky prijímajú nevyliciteľnosť choroby ako novú životnú situáciu, ku ktorej aj musia zaujať nový životný postoj (Andrášiová 2008).

Záverom je možné konštatovať, že choroba nielenže biologickú, psychickú, sociálnu a duchovnú zložku zahŕňa, ale zároveň všetky tieto zložky aj ovplyvňuje. S psychosociálnymi dôsledkami choroby, ku ktorým okrem iného patrí strach zo smrti, izolácia, odmietnutie, bezbrannosť, životné otázky a ohrozenie vlastnej identity, sa pacientky s rakovinou ťažko

vyrovnávajú. Sú však aj pacientky, ktoré nepocitujú takmer žiadne problémy pri konfrontácii s následkami ich choroby. Niektoré dokonca prežívajú lepšiu psychickú pohodu, ktorá potenciálne vychádza zo samotnej skúsenosti s chorobou (Spek et al. 2013).

2 Koncepcie zdravia a choroby

O. Dostálová (1993) vníma problematiku onkologickej choroby ako veľmi komplikovanú, nakoľko nazerať na ňu je možné z množstva úrovní a pri pohľade z jednej strany nám unikajú ostatné roviny.

V súčasnej dobe nám rôzne teórie a modely pomáhajú porozumieť problémom, ktoré doteraz neboli jasne vysvetlené, objasňujú ich a poskytujú štruktúru pre ich analýzu. V nasledujúcich častiach budú vymedzené, ako rôzne teórie a modely vysvetľujú vznik a priebeh choroby, zamerajú sa konkrétne na onkologickú chorobu v kontexte týchto teórií a modelov.

2.1 Biomedicínsky model

„Vykonané skúmania, literárne pramene, ale i prax jednoznačne svedčia o tom, že význam psychických a sociálnych činiteľov je potrebné brať do úvahy pri všetkých chorobách“ (Kočišová 2012, s. 105). Bolo však obdobie, ktoré nepripúšťalo iné ako somatické faktory ovplyvňujúce ľudské zdravie a práve myslenie v tomto význame bolo považované za vedecké (Křivohlavý 2003).

Až do doby zhruba pred 200 rokmi sa v medicíne považoval záujem o zdravie ako dobré fungovanie tela, mysle a ducha za prvoradú úlohu lekára. Potom došlo v profesionálnej medicíne ku zmenám v uvažovaní o zdraví (Seedhouse 2001). Zdravie bolo vysvetľované len ako neprítomnosť choroby. Takéto výlučne biologické ponímanie zdravia a choroby sa vyvíjalo v čase, keď boli objavené mikroorganizmy ako príčiny vzniku množstva chorôb. Fyzické telo bolo u človeka stavané na prvé miesto, menej podstatná bola psychika, o ktorej sa uvažovalo len prostredníctvom špekulácií (Nováková 2011).

Prvá polovica 20. storočia je typická vnímaním človeka ako čisto biologickej bytosti. Z tohto predpokladu vychádza biomedicínsky model, ktorý so sebou prináša obmedzený pohľad na človeka, chorého vníma len v kontexte jeho choroby a nie v jeho celistvosti. Na zdravie nazera ako na stav dokonalej harmónie a zhody činnosti telesných buniek a orgánov (Munzarová 2005). S ľudským telom zaobchádza ako so strojom, ktorého poškodené časti sú opravované alebo nahradzované inými (Kebza 2005). Pokiaľ organizmus funguje bez poruchy, je zdravý, pričom zdravie je protikladom choroby alebo smrti (Nováková 2011). Biomedicínsky model vníma pacienta len z biologického hľadiska, skúma príčiny choroby len v organizme človeka a neberie do úvahy tie, ktoré ležia mimo neho (Kočišová 2012).

Choroba má na základe tohto prístupu výhradne jednu konkrétnu príčinu, telesnej povahy (Kebza 2005). Predpokladá, že myseľ a telo sú úplne oddelené entity, a teda myseľ nemôže ovplyvniť fyzické systémy a naopak. Choroba je spôsobená vonkajšími činiteľmi, ako sú vírusy alebo baktérie, ktoré vytvárajú zmeny v telesnom systéme, pričom psychické procesy sú úplne nezávislé (Albery, Munafó 2008). Pacient nie je zodpovedný za svoju chorobu, nenesie podiel ani na svojom uzdravení, všetko závisí len od lekára a stanovenom postupe liečby. Pacient na základe toho zastáva pasívny postoj k liečbe. Tento model je zameraný len na chorý orgán, všetko ostatné je mimo záujmu lekára (Faleide, Lian, Faleide 2010).

Biomedicínsky model poskytuje hlavný opis parametrov pre štúdium zdravia a choroby niekoľko sto rokov. V priebehu minulého storočia sa však rozvinuli aspekty, ktoré spochybňujú biomedicínsky model a navrhujú väčšiu úlohu psychických a sociálnych procesov v etiológii a liečbe chorôb (Albery, Munafó 2008).

2.2 Psychosomatický prístup

„Psychosomatika je moderný medziodborový prístup medicíny k starostlivosti o ľudské zdravie“ (Nováková 2011, s. 76), ktorého základy sa objavujú už v 19. storočí. Prístup bol intenzívne rozpracovaný obzvlášť v prvej polovici 20. storočia (Mandincová 2011). Podstatou tohto prístupu je komplexný pohľad na zdravie človeka. Súčasne sa zaoberá jeho telesným stavom i psychikou, pozornosť tiež venuje prírodnému a sociálnemu prostrediu, v ktorom sa človek nachádza. V rámci problematiky zdravia a choroby má psychosomatický prístup záujem na tom, aby boli do úvahy brané rovnako vážne ako faktory biologické, tak i psychické a sociálne, a to v prípade všetkých chorôb (Nováková 2011).

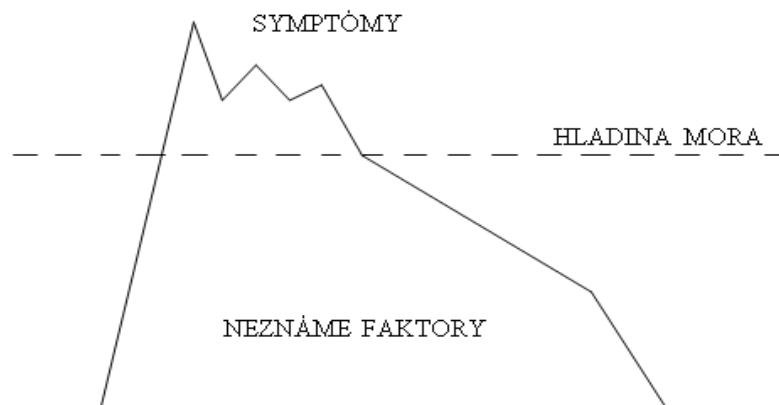
Psychosomatická medicína je charakterizovaná týmito znakmi:

- zaoberá sa štúdiom biologických, psychických a sociálnych vzťahov pri vzniku choroby,
- k určovaniu diagnózy, liečbe a prevencii choroby pristupuje komplexne, čím zahŕňa všetky spomínané faktory,
- zavádza tímovú spoluprácu rôznych špecialistov, aby sa tak uplatnila celostná starostlivosť o človeka (Dostálová 1993).

Už v samotnom názve tohto prístupu sú prítomné dve zložky, psychika - psychická a somatika - telesná zložka. Človek je však vo svojej podstate sociálna bytosť a determinovaný je ešte svojou spiritualitou (Klímová, Fialová 2015). V súčasnosti je koncept psychosomatiky daný

chápaním človeka ako komplexného, harmonického a celistvého systému, ktorý je tvorený radom na sebe závislých subsystémov. Vznik psychosomatických chorôb môžeme prirovnať k ľadovcu. Pozorovateľné symptómy sú len viditeľnou časťou ľadovca, avšak omnoho väčšia masa ľadovca je pod povrchom „mora“. O týchto skrytých častiach ľadovca vieme len veľmi málo a predstavujú neznáme faktory (Mastiliaková 2007).

Obr. 1 Psychosomatická choroba prirovnávaná k ľadovcu (Mastiliaková 2007, s. 31)



S príchodom psychosomatického prístupu sa zmenil pohľad na pacienta. Začal byť vnímaný ako jednota telesného a duševného v kontexte prostredia. Zaviedol tiež základy multifaktoriality vo vzťahu medzi zdravím a chorobou, tzv. koncepciu plurality patogénnych faktorov (Kebza 2005). B. Baštecká a kol. (2003) však konštatujú, že pôvodne mal psychosomatický prístup pripomínať psychosociálne súvislosti vzniku chorôb, avšak stal sa z neho len súboj telesnej a duševnej príčinnosti.

2.3 Biopsychosociálny model

Biopsychosociálny model obohacuje predstavu o zdraví a chorobe o sociálne a psychické faktory, pritom rolu biologických činiteľov nepopiera (Kebza 2005). V roku 1947 WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) definuje zdravie ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, nielen ako neprítomnosť choroby. V tomto kontexte vymedzuje zdravie ako celok, ktorý tvoria rovnocenné dimenzie, telesná, psychická a sociálna. K jeho širšiemu vnímaniu dochádza začiatkom 21. storočia (Křivohlavý 2003). Aj napriek tomu, že tieto dimenzie od seba dokážeme teoreticky odčleniť, spoločne tvoria jednotu a v skutočnosti

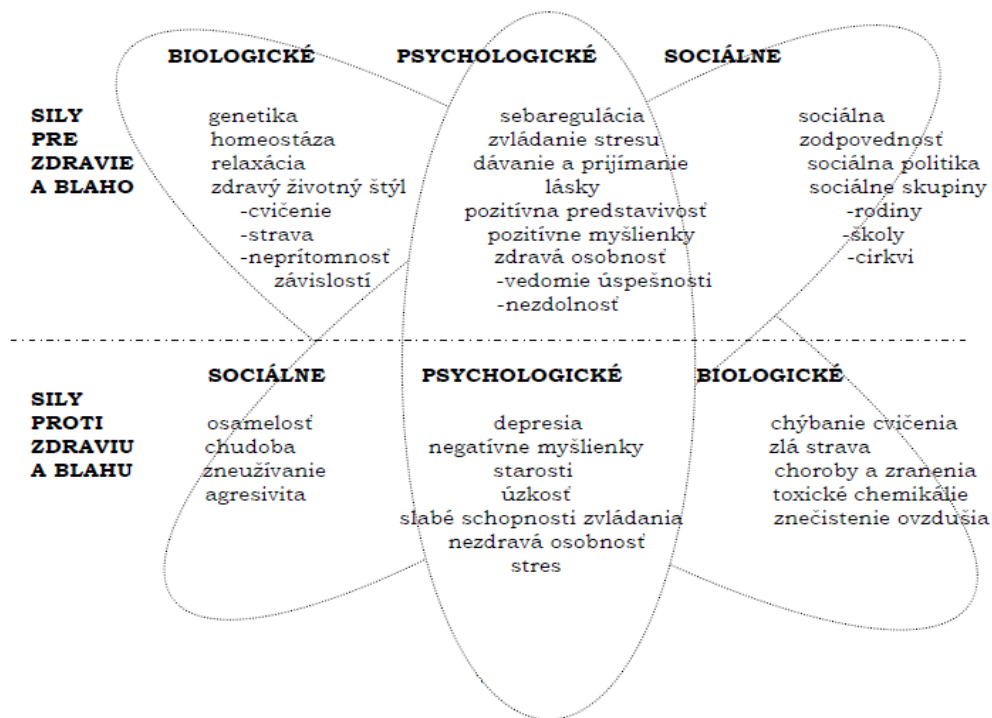
možno pracovať len s človekom ako komplexom. Už Platón tvrdil, že „najväčší omyl pri liečení chorôb je, že sú lekári, čo liečia telo, a lekári, čo liečia dušu, hoci telo a duša sú jednotné a nedeliteľné“ (Seward, Mattingly 1980, in: Kočišová 2012, s. 102). Choroba pritom vzniká vždy, keď jedna alebo viac týchto zložiek nie je v poriadku, a ak má problémy jedna zložka, začne sa to prejavovať i na ostatných (Klímová, Fialová 2015).

V súčasnosti najznámejší a najvplyvnejší model, ktorý vysvetľuje vznik onkologickej choroby je postavený na biopsychosociálnej súčinnosti činiteľov. Biologické, sociálne a psychické faktory pôsobia ako dynamické procesy pri určovaní nástupu, priebehu choroby a zotavenia z nej. G. L. Engel patrí medzi prvých, ktorí túto ideu vyjadrili. Zdôraznil potrebu vnímať človeka v jeho celosti, pričom v kontexte choroby poukazuje na štyri patogény zohrávajúce dôležitú úlohu:

- genetickú predispozíciu,
- konštitučnú predispozíciu,
- charakteristiky osobnosti a správania,
- sociálnu oporu (Baštecký 1993, in: Žiaková 2005a).

„V súlade s dnešnými vedeckými poznatkami musíme hovoriť o multifaktorovom vzniku chorôb, kde navzájom neznámym spôsobom interaktívne alebo kumulovane spolupôsobia vplyvy životného prostredia (žiarenie, vírusy, karcinogény), psychosociálne faktory (stres, vzorce správania), imunologické, endokrinné a genetické faktory“ (Hürny 1996, in: Tschuschke 2004, s. 15). Pri vzniku choroby teda spolupôsobí celý rad rizikových príčin v životnom štýle a v osobnosti jednotlivca, ktoré zobrazuje model biopsychosociálnych faktorov zdravia a choroby (Kočišová 2012). E. Žiaková (2005a) však poukazuje na to, že hranice medzi jednotlivými činiteľmi nie sú jasne vyhranené a tak častokrát nie je možné spoľahlivo stanoviť, do akej miery je biologický, sociálny či psychický faktor určujúci.

Obr. 2 Biopsychosociálne faktory zdravia a choroby (Engel 1977, in: Žiaková 2005a, s. 192)



Biopsychosociálny model choroby reprezentuje komplexný a systémový pohľad na vzťahy, ktoré pôsobia na zdravie a chorobu zvonka a zvnútra človeka (Raudenská, Javůrková 2001). Základom je nevyhnutnosť vidieť a vyšetriť človeka v období choroby komplexne, vo všetkých súvislostiach, v kontexte jeho biologických, psychických a sociálnych potrieb (Nováková 2011).

Ako uvádza Mandincová (2011), prepojenosť telesného a duševného v súvislosti so zdravím a chorobou je už uznávaná bez rezerv. Nedostatočne oceňovaná však býva sociálna dimenzia. B. H. Lipton (2011), hlavný predstaviteľ Novej biológie, poukazuje na neplatnosť a zastaranosť mnohých mýtov dedených zo stredoveku aj v kontexte vzniku chorôb. Aj napriek tomu, že došlo k objavu BRCA1 a BRCA2 génov spôsobujúcich rakovinu prsníka, rakovina nevzniká dôsledkom činnosti jedného génu, ale zložitých interakcií medzi mnohými faktormi a až 95% prípadov rakoviny prsníka nie je spôsobených génmi. Autor zdôrazňuje, že je nutné prispôbiť sa ľudskému mysleniu v súčasnom stave sveta, v ktorom je jedinec obklopený množstvom ťažko riešiteľných či neriešiteľných situácií. Tieto situácie neohrozujú ľudské zdravie bezprostredne, napriek tomu ich nepriaznivé pôsobenie na zdravie potvrdil na bunkovej úrovni. Na základe posledných poznatkov vedy v oblasti sociálnych determinantov zdravia je teda zrejmé, že sociálne vplyvy pôsobia na zdravie a dĺžku života (Wilkinson,

Marmot 2005). Aktuálnosť koncepcie potvrdila WHO zriadením CSDH, Výboru zameraného na sociálne determinanty zdravia (Vacková a kol. 2012).

Biopsychosociálny prístup ku zdraviu a chorobe predstavuje holistický, celostný prístup. Slovo zdravie podľa etymologických slovníkov pôvodne znamenalo „celok“ a tento pojem celku sa objavuje práve v holizme, v smere, ktorý zdravie a starostlivosť oň vníma z podstatne širšieho hľadiska (Křivohlavý 2003). Práve holistický prístup „vidí zdravie ako súbor zložiek, ktoré fungujú na podklade vzťahu medzi sebou a vzájomného ovplyvnenia. Ide o prepojenie zložky telesnej, duševnej, citovej, osobnej (sebarealizačnej), sociálnej (spoločenskej) a duchovnej (spirituálnej)“ (Nováková 2011, s. 15). Vyzdvihuje predchádzanie chorobám, celosť človeka ako osobnosti a jeho zaradenie do prírodného a sociálneho prostredia (Kočišová 2012). „V súčasnej vede znamená snahu nájsť alternatívnu schému v okamihu, kedy pôvodne ortodoxné mechanistické prestalo vďaka novým objavom fungovať: časti tvoria v holistickom poňatí neoddeliteľný celok a pritom nie sú ani fixné, ani konštantné, ani nemeniteľné, ale naopak flexibilné a tvárne“ (Strieženec 2006, s. 52).

V priebehu ďalšieho vývoja bol tento model obohatený o rovinu duchovnú, spirituálnu a ekologickú. V tejto súvislosti vznikol model bioekopsychosociálny (Vymětal 2003), bio-psychosociálne-spirituálny (Kebza 2005), či bio-psycho-socio-kulturo-spirituálny (Kebza, Šolcová 2003), J. Křivohlavý (2006) hovorí o somatopsychospiritualite.

2.4 Systémová teória

Na človeka, zdravie aj chorobu teda treba nazerať celostne. Tento princíp rovnako zahŕňa systémová teória. Systémový prístup je spôsob myslenia a konania, v rámci ktorého sú javy chápané ako celok v ich vnútorných a vonkajších súvislostiach. Systémom potom označujeme súhrn prvkov, javov a vzájomných väzieb medzi nimi, ktoré ako celok preukazujú určité vlastnosti a správanie. Systémový prístup rešpektuje väzby medzi jednotlivými prvkami a skúmanú oblasť vníma ako jednotný celok zložený z častí (Smutek 2013).

„Kľúčovými pojmami, charakteristikami a východiskami tejto teórie sú: holizmus, interakcia a vzájomná závislosť, progresívna segregácia, diferenciácia a hierarchia, otvorenosť voči prostrediu a transformačné procesy, teleológia (napĺňanie účelu), homeostáza, entropia, regulácia a spätná väzba a ekvifinalita“ (Šlosár 2017, s. 77). Systém je základným termínom systémovej teórie. Tvorený je množstvom častí, medzi ktorými existujú vnútorné i vonkajšie vzťahy. Systém je od okolia oddelený, ale navzájom sa ovplyvňujú (Šlosár 2011). Každá

osoba predstavuje v rámci systémovej teórie systém a spojenie viacerých osôb opäť kreuje nový systém (Schilling 1999, in: Levická 2002).

„Systémové teórie skúmajú fungovanie časti a celku. Systém je definovaný ako súbor prvkov navzájom závislých, ktoré sú vo vzájomnej interakcii. Tieto jednotlivé prvky sú organizované a tvoria celok. Vzájomná závislosť medzi jednotlivými prvkami spôsobuje, že každá zmena jedného prvku vyvoláva zmenu všetkých ostatných prvkov v celom systéme“ (Šlosár 2011, s. 34-35). Zmeny, ktoré sa odohrajú v niektorej z častí systému, sa zákonite odrážajú v ďalších častiach. Tieto zmeny však neprebiehajú jednosmerne, ale v zmysle cirkulárnej kauzality môže ich výsledok opäť spätne pôsobiť na príčinu a vyvolať ďalšiu zmenu (Barker 2012, in: Brnula a kol. 2015).

Človeka možno vnímať ako systém tvorený riadiacimi (nervový, endokrinný, imunitný) a riadenými (tráviaci, obehový, pohybový atď.) subsystémami, ktoré je možné deliť na orgány, tkanivá, bunky, molekuly atď. V celostnom pohľade človek nepredstavuje absolútny vrchol tejto pyramídy, ale je subsystémom vyšších psychosociálnych systémov. Z nich je najbližším nadradeným subsystémom dvojica, rodina, potom užšie ľudské spoločenstvo (Hosák a kol. 2015). H. Specht a A. Vickery (1980, in: Hollstein-Brinkmann 2001) uvádzajú, že systémové východisko nesmie podhodnotiť interné vzťahy a vnútorný stav daného systému.

Systémové myslenie má počiatky u Aristotela, ktorý považoval celok za viac než len sumu jeho častí. Toto tvrdenie rozšíril G. W. F. Hegel o ďalšie tri body:

1. povahu prvkov určuje celok,
2. bez štúdia celku nemôžeme poznať jednotlivé prvky,
3. tieto prvky sú vzájomne závislé a prepojené dynamickými vzťahmi (Skyttner 2001).

Systémová teória slúži ako nástroj integrácie jednotlivých teórií, ktorý dokáže navzájom spájať vysvetľujúce poznatky jednotlivých vied, ich definície predmetu a spôsoby práce. Rozličnými systémovo teoretickými prístupmi sa dajú zachytiť všetky roviny konania a popisy sociálnej práce. Systémová teória umožňuje ako teoretická spona schopnosť napojenia rozličných sociálnych kontextov a dimenzií tvorby teórie a môže jestvujúce zaradiť z nových hľadísk“ (Hollstein-Brinkmann 2001, s. 170).

Klienti sú súčasťou systému a len v rámci tohto systému je možné ich problémy riešiť. Pomôcť im môžu tri druhy systémov, a to:

- prirodzené a neformálne systémy pomoci (rodina, priatelia, spolupracovníci),

- formálne systémy pomoci (podporné skupiny, rôzne členské organizácie a asociácie),
- spoločenské systémy pomoci (školy, nemocnice) (Smutek 2013).

„Systémový prístup je jedným zo základných prístupov v sociálnej činnosti, je základným metodologickým východiskom sociálnej práce“ (Strieženec 2006, s. 99), „presadzuje myšlienku, že problémy rôznej povahy sa nedajú chápať jednodimenzionálne“ (Brnula a kol. 2015, s. 138).

2.5 Behaviorálne teórie

Na východiská psychosomatiky v posledných tridsiatich rokoch nadväzuje behaviorálna medicína (Pavlíková 2007), ktorá akcentuje na vzájomné pôsobenie biologických a behaviorálnych faktorov (Kebza 2005). Behaviorálne teórie sú pre oblasť sociálnej práce veľmi významné a široko uplatňované, a to z dôvodu ich orientácie na oblasť správania a konkrétneho konania na základe vedomia klienta. Z týchto teórií vychádza i široká oblasť praktickej sociálnej práce, a to behaviorálna sociálna práca orientovaná na nápravu nežiaduceho správania jedinca, ktorá sa začala rozvíjať v 60. – 70. rokoch 20. storočia (Levická 2002). Jej cieľom je dosiahnutie zmeny správania, ktoré je závislé na patogénnych vzorcoch správania, pričom vychádza z toho, že aj maladaptívne správanie je naučené (Žiaková, Hudecová 2017).

Tento model vysvetľuje zdravie ako určité prejavy správania, ktoré sú pre zdravie človeka kvalifikované ako významné a účelné. Využíva pritom poznatky psychologických disciplín ako je psychopatológia, klinická psychológia, psychológia zdravia a psychológia choroby (Nováková 2011).

Emocionálny zážitok môže aktivovať, alebo naopak potlačiť funkciu všetkých orgánov. Ide o behaviorálny aspekt emócií, ktoré potláčame v dôsledku komplikovaného sociálneho života, ktorý od nás postuluje kontrolu a potlačovanie emocionálnych prejavov. Emócie sa tak nevhodnými cestami dostanú tam, kde by nemali byť, vegetatívnym nervovým systémom sa dostávajú k orgánom, ktoré potom ovplyvňujú. Podstatné však je, aby človek emócie, ktoré prežíva, vyjadroval. Tým sa organizmus oslobodí od emocionálneho tlaku a vráti sa k rovnováhe (Faleide, Lian, Faleide 2010).

„Posun od klasickej psychosomatickej medicíny k behaviorálnej medicíne znamená opustiť otázku „Prečo choroba vznikla?“ a pýtať sa „Ako sa dá chorobe predchádzať, ako sa s ňou dá vyrovnáť?“ Behaviorálna medicína sa tak orientuje na zdravie a na podklade vied

o správaní vytvára široký model zdravia a choroby integrujúci faktory biologické, psychologické a sociálne. Potvrzuje, že vznik a priebeh rady chorôb súvisí s určitým správaním, postojmi, myslením chorého a určitým typom psychických reakcií“ (Raudenská, Javůrková 2001, s. 18).

2.6 Kognitívne teórie

Pod kogníciu môžeme zahrnúť poznávacie schopnosti, vedomie, poznanie a poznávaciu zložku emócií. Ide o spôsob, akým myslenie spracováva informácie. Pochádza z latinského *cognoscere*, znamenajúce kognitívne a poznávacie procesy. Kognitívne teórie vychádzajú zo skutočnosti, že ľudia nereagujú priamo na podnety z okolia, ale na kognitívnu reprezentáciu tohto prostredia. Funguje to na modeli Podnet – Organizmus – Reakcia – Následok. Kognitívne procesy majú sprostredkujúcu funkciu medzi podnetom a správaním. Určité správanie nevyvoláva podnet, ale význam, ktorý človek tomuto podnetu prisúdi (Raudenská, Javůrková 2001).

Kognitívne dysfunkcie majú podľa kognitívnej teórie vplyv na utváranie maladaptívneho správania a emócií (Šlosár 2015). „Maladaptívne schémy sú dysfunkčné vzorce myslenia a správania, ktoré vznikajú v ranom vývine jedinca na základe negatívnych skúseností a zážitkov (emočných zranení) s blízkymi osobami. Môže ísť tiež o naučené postoje a presvedčenia, alebo vzory správania, ktoré ako dieťa preberá od dôležitých ľudí vo svojom živote a nevedome ich prenáša do svojho neskoršieho fungovania. Maladaptívne schémy sú hlboko zakotvené v kognitívnom, emočnom a behaviorálnom systéme jednotlivca a bránia v prežívaní plnohodnotného a šťastného života“ (Kordačová 2013, s. 32). Dysfunkčné schémy negatívne vplyvajú na základné úrovne osobnosti. Na úrovni myslenia negatívne pôsobia na procesy rozhodovania, na úrovni prežívania produkujú negatívne emócie a nadmerný stres a ovplyvňujú sebahodnotenie jedinca a na úrovni behaviorálnej znižujú inteligentné prejavy jednotlivca (Kordačová 2013). Tieto maladaptívne vzorce správania a myslenia môžu chorobu spúšťať a udržiavať.

Dysfunkčné myšlienky môžu spôsobiť to, že sa ľudia budú vyhýbať problémom alebo ich budú neadekvátne riešiť (Šlosár 2015). Maladaptívny, teda popierajúci, rozštepujúci spôsob, zamlčujúci realitu, komplikuje alebo dokonca zabraňuje primeranej reakcii, zvládaniu (Tschuschke 2004). Následkom maladaptívnych typov obrany, človek nemôže dostatočne alebo vôbec aktivovať dostupné stratégie zvládania (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010).

V prípade, že myšlienkové procesy jedinca sú chybné a tendenčné, emocionálne a behaviorálne reakcie jedinca na rozličné životné situácie budú problematické, čo môže viesť k rozličným problémom, vrátane choroby. Kognitívna teória predpokladá, že spôsob, akým ľudia vnímajú svoje skúsenosti, ovplyvňuje ich emocionálne, behaviorálne a fyziologické reakcie (Raudenská, Javůrková 2001). B. H. Lipton (2011) dodáva, že zdravie a choroba vychádzajú z našich pozitívnych a negatívnych myšlienok. Pokiaľ jedinec preprogramuje myslenie, môže zmeniť aj svoje telo.

3 Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce

Rizikové správanie chápeme ako „správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša balansovanie medzi možnosťou negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami, profitom. Všetky formy rizikového správania obsahujú kompromis medzi krátkodobým ziskom a potenciálnymi dlhodobými negatívnymi následkami“ (Orosová a kol. 2007, s. 32-33). Ide o „sociálny konštrukt, zahrňujúci rozmanité formy správania, ktoré nemusia byť nutne taxatívne vymedzené. Sú však identifikované ako tie, ktoré spôsobujú zdravotné, sociálne alebo psychologické ohrozenie jedinca samotného alebo jeho sociálneho okolia, pričom ohrozenie môže byť reálne alebo predpokladané“ (Širůček, Širůčková, Macek 2007, s. 477). M. Dolejš (2010, s. 9), ktorý sa fenoménu rizikového správania venuje dlhodobo, ho vymedzuje ako „správanie jedinca alebo skupiny, ktoré zapríčiňuje preukázateľný nárast sociálnych, psychologických, zdravotných, vývojových, fyziologických a ďalších rizík pre jedinca, pre jeho okolie a/lebo pre spoločnosť.“

3.1 Psychosociálna podmienenosť vzniku onkologickej choroby

V priebehu mnohých rokov sa menili predstavy o vzniku a vývoji onkologickej choroby, ako aj o nej samotnej. Objavovalo sa množstvo prístupov k vysvetleniu pôsobenia rôznych faktorov na jej vznik a vývoj.

Boli to emócie, ktoré mali vplyv na zdravotný stav, pozoroval sa tiež vzťah medzi osobnostnými charakteristikami a chorobou. Túto súvislosť sledoval už Hippokrates a neskôr Galénos (Abrahámová a kol. 2009). Ten už v 2. storočí nášho letopočtu pozoroval, že ženy melancholicky ochorejú rakovinou prsníka častejšie ako sangvinické ženy. V 18. storočí sa predpokladalo, že rakovinu spôsobuje strach a hlboký žiaľ, že melancholické ženy, ale aj otupené, hysterické ženy, ženy s nervovými problémami a tie, ktoré prežili katastrofálne a bolestivé zážitky sú viac ohrozené rakovinou. O sto rokov neskôr považovali vedci starosti, žiaľ, duševné útrapy, osamelosť a náhle rany osudu za rizikové faktory pre vznik a vývoj onkologickej choroby (Dostálová 1993).

Ako riziková sa tiež popisovala atmosféra v rodinách. Išlo prevažne o sociálne izolované rodiny, ktoré neumožňujú priamo prejavovať city, vzájomnosť vzťahov a členovia rodiny nie sú schopní vnímať potreby ostatných (Cibula a kol. 2009). V. Kebza a I. Šolcová (2003) tiež pripisujú dôležitosť rodinnému prostrediu, najmä dynamike rodinných vzťahov.

Pre neskorší vznik rakovinových buniek by mala byť špecifická rodina bez otvorených, emocionálne živých vzťahov, ktorú autori prirovnávajú k veľkej chladnej miestnosti, alebo sociálne izolovaná rodina, kde má nedostatok sociálnej prestíže vykompenzovať dieťa a pritom pozornosť venovaná potrebám jednotlivých členov rodiny je príliš malá.

O. Dostálová (1993) ponúka súhrn psychosociálnych faktorov, u ktorých sa predpokladá, že majú pozitívny vzťah ku vzniku a vývoju onkologickej choroby:

- traumatické zážitky z detstva, najmä strata blízkych, ale aj sklamanie detskej dôvery dospelými,
- neskoršie straty blízkych osôb,
- kancerofóbia, teda nadmerný strach z ochorenia na rakovinu,
- strata koncepcie vlastného života, kde patrí:
 - a) strata ilúzie manželského vzťahu,
 - b) strata spoločenského uplatnenia – kariéry,
 - c) sklamanie z detí,
- strata zmyslu života,
- odmietnutie riešenia životnej situácie a únik z trvalej tenzie,
- finančná záťaž.

Idea, že by rakovina vznikala na základe psychosociálnych faktorov býva tiež spochybňovaná, nakoľko pre tento predpoklad neexistujú priame dôkazy a vyskytuje sa množstvo nejednotných výskumných výsledkov (Tschuschke 2004). Š. Kunzová a kol. (2014, s. 79) naopak uvádza, že „psychosociálne faktory zásadne ovplyvňujú zdravotný stav jedinca. Ich pôsobenie bolo potvrdené na mnohých úrovniach organizmu: epigenetickej, biologickej a behaviorálnej. Zameranie pozornosti na psychosociálne vplyvy má však dôležité konzekvencie pre prevenciu komplexných chorôb“. V rámci psychosociálnych faktorov sú v súčasnosti najviac diskutované a študované významné životné situácie, stres, copingové stratégie, depresia a osobnostné črty (Holland 2015).

3.2 „C – osobnosť“

M. Seligman, americký psychológ, nadviazal na existujúce domnienky o rovnakých osobnostných štruktúrach predisponujúcich vznik rovnakej choroby a prostredníctvom faktorovej analýzy vyprofiloval „osobnosť typu C“, „karcinogénnu osobnosť“ (Žiaková,

Kočišová, Wagnerová 2015). V anglicky písanej literatúre sa hovorí tiež o „cancer-prone personality“, čiže k rakovine disponovanej osobnosti, či v skratke len „cancer personality“ (Blatný, Adam 2008).

„C – osobnosť“ je charakteristická inhibíciou, trpezlivosťou, nižšou toleranciou k stresu, väčšou zraniteľnosťou (Mesárošová et al. 2007). Úzko s ňou súvisí aj „prítomnosť alexithymie, čo je psychologická charakteristika jedinca, ktorý nedokáže vyjadriť svoje city a emócie. Pre svoje okolie pôsobí ako necitlivý a nevšímavý. Je to však dobre ošetrovaná maska, ktorá ho chráni pred sklamaním a zosmiešnením“ (Adam 2011, in: Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015, s. 53-54). Za jej znaky je tiež považovaná emocionálne deficitná osobnosť, depresívna osobnosť, prispôsobivosť a podriadenosť, ktoré sú považované za jeden zo spúšťačov tejto choroby (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). Ide o psychicky vyrovnané osobnosti, spolupracujúce, ochotné pomáhať a druhých neobťažujú, majú úctu k autoritám, sú priateľské, trpezlivé a nenáročné. Sú ľahostajné k náznakom negatívnym zmien svojho zdravotného stavu, bolesť znášajú s odovzdanosťou, často sa vzdávajú bez boja (Křivohlavý 2003). Hovorí sa tiež o pocite bezmocnosti a beznádeje, zníženej schopnosti riešiť situáciu, menšom uspokojení zo vzťahov, strate nádeje a dôvery, tendencií oživovať a znova prežívať skoršie deprivácie a zlyhania, potlačovaní emocionality, zvýšenej tendencii k nadmernému prispôbovaniu sa požiadavkám okolia ako o predisponujúcich faktoroch (Cibula a kol. 2009). Špecifická pre ne je prázdnota v medziľudských vzťahoch, prisilné pripútanie k partnerovi, závislosť na ňom a bezmocné zúfalstvo po rozchode (Tschuschke 2004). „Karcinogénna osobnosť je nositeľom pesimistických interpretačných a explanačných sklonov. Majú nezriedka pocit, že priebeh svojho života môžu ovplyvniť a aj zvládať len nepatrne. Trpia syndrómom bezmocnosti a beznádeje, často sa vyhýbajú konfliktom (hlavne ženy), čím sa konflikty somatizujú, pretože hostilita sa obracia dovnútra ich vlastného organizmu. Potlačujú a popierajú depresiu, zlosť a hostilitu. Potlačenie a vytesnenie je „chrbtovou osou“ ich osobnosti“ (Kohoutek 2007, in: Žiaková, Kočišová, Wagnerová 2015, s. 223). Práve popieranie, vyhýbanie sa emóciám, ich potlačovanie, ako aj potlačovanie vlastných potrieb ako štýl zvládania nárokov vedú napokon k oslabeniu odolnosti organizmu voči karcinogénnym vplyvom (Šolcová, Kebza 2007).

V rámci diskusií sa vedú spory o tzv. „osobnosti typu C“. Odborníci sa takmer už pol storočia venujú štúdiu korelácie osobnosti a onkologickej choroby, pričom prvé štúdie rakovinovej osobnosti sa objavili v 60. rokoch minulého storočia. Nazeranie na dôležitosť osobnostných dispozícií a psychosociálnych faktorov sa v priebehu rokov vyvíjali a menili.

Výskumy boli na začiatku 90. rokov 20. storočia vysvetľované v prospech existencie „osobnosti typu C“, v súčasnosti však výsledky výskumov nie sú jednoznačné, a tak je „koncept C osobnosti“ spochybňovaný (Blatný, Adam 2008). Ako uvádza viacero autorov, prekážkou popisu „rakovinovej osobnosti“ je to, že vina za vznik choroby môže pripadať na samotného pacienta (Cibula a kol. 2009; Spiegel, Kato 2000).

3.3 „C – systém zvládania“

Dopracovali sme sa k zisteniu, že v oblasti vedy dochádza medzi odborníkmi k zamieňaniu pojmov. „Osobnosť typu C“ býva neadekvátne používaný a na vedeckom poli dochádza k misinterpretácii „konceptu správania typu C“. Na tento koncept prvýkrát upozornila americká psychologička L. Temoshoková v roku 1981 (Colman 2015), podľa ktorej však „v žiadnom prípade nejde o určitý typ osobnosti, ale o spôsob správania, reakciu na stres, copingovú stratégiu, ktorou sa jedinec adaptuje v priebehu života. Typ C nepopisuje celú osobnosť. Skôr sa jedná o dôležitú časť psychickej obrany jedinca voči emocionálnemu ohrozeniu. Použitie pojmu osobnosť by niektorých mohlo viesť k presvedčeniu, že jadro človeka, to, kým je, hrá nejakú úlohu v tom, či ochorie rakovinou. Ale spôsob, akým jedinec typicky zvláda stres, môže ovplyvniť jeho biologickú obranu voči rakovine“ (Peterková a kol. 2013, s. 246).

Tento špecifický spôsob zvládania A. O. Faleide, L. B. Lian a E. K. Faleide (2010, s. 171-172) pomenúvajú ako „C-systém zvládania“, ktorého hlavnými charakteristikami sú:

- „snaha byť záchrancom,
- domnienka o vlastnom výbornom zdraví,
- snaha vyhýbať sa konfliktom,
- snaha nevyjadrovať za žiadnu cenu negatívne emócie,
- nadmerná snaha spolupracovať s druhými ľuďmi (kooperatívnosť),
- neistota,
- snaha podriaďovať sa druhým,
- snaha mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti“.

I. Nyklíček, L. Temoshok a A. Vingerhoets (2004) dopĺňajú medzi charakteristiky „C-systému zvládania“ udržiavanie vonkajšieho dojmu spokojnosti, sebaobetovanie, kooperatívnosť, sociabilitu, snahu súhlasiť s autoritami a nepresadzovať sa, znížené

uvedomovanie si vlastných potrieb, pocitov a telesných vnemov. Podľa L. Temoshok (2002, in: Hunter 2004), odkazuje „C-systém zvládania“ na spôsob, akým sa jedinec vyrovnáva so stresom. Najkritickejší faktor, najčastejšie spájaný s problémami s imunitným systémom je, že osoba nie je zameraná na seba, nesleduje signály vlastného tela, má tendenciu hovoriť, že je všetko v poriadku a zameriava sa na to, čo chcú všetci ostatní. A takto to funguje aj v stresovej situácii, v ktorej človek môže ostať príliš dlho.

Množstvo odborníkov sa zhodne na tom, že práve spôsob nazerania na svoj život a spôsob zvládania záťaže s ním spojenej je práve to, čo je príznačné pre ľudí s onkologickou diagnózou (Žiaková 2016).

3.4 Maladaptívne zvládanie náročných životných situácií ako rizikové správanie onkologicky chorých pacientov

V 50. rokoch 20. storočia úradníci zdravotnej poisťovne vo Walese zaznamenali, že vdovy po zavalených baníkoch majú častejšie, závažnejšie a často smrteľné zdravotné problémy v porovnaní so ženami, v živote ktorých táto udalosť nenastala. Vznikla tak teória životných udalostí (Hosák a kol. 2015). Výskum v oblasti zvládania záťaže sa začal zameriavať na menšie každodenné stresy a zložité životné situácie (Ruiselová a kol. 2006). Spočiatku bola pozornosť upriamená len na rôzne katastrofy ako sú zemetrasenia, záplavy, vojnové udalosti a pod. Neskôr sa vedci zamerali na oveľa bežnejšie situácie, ako je strata partnera, vážna choroba, strata zamestnania a pod., ktoré väčšina ľudí prežíva ako mimoriadnu záťaž (Mandincová 2011).

Vo svetovej literatúre sa hovorí o life events, teda životných udalostiach (Kebza 2005; Vašina 1999), v našich podmienkach o náročných životných situáciách (Čáp, Dytrych 1968). Pojem náročné životné situácie používajú aj autori L. Lovaš a J. Výrost (1997). Pred pojmom udalosti uprednostňujú pojem situácie, ktorý upozorňuje na podstatný aspekt interakcií človeka so sociálnym prostredím, pred pojmom udalosti. „Náročné životné situácie sú chápané ako situácie, ktoré sú subjektívne vnímané ako kritické, ale zároveň je položený zvýšený dôraz na prítomnosť vzájomných sociálnych vzťahov subjektov, teda akcentuje sa sociálny rozmer týchto situácií“ (Frankovský 2011, in: Kočišová, Žiaková 2016, s. 12-13). Preto je nutné rozlišovať, či sú tieto situácie spojené s pozitívnymi alebo negatívnymi emóciami a tiež či ide o čerstvo alebo dávnejšie zažité situácie.

„Psychosociálne stresy typu straty objektu alebo vzťahov k nemu a kumulácia životných situácií, ktoré si vyžadujú maximálnu adaptáciu jednotlivca, sú patognomickými

faktormi, ak sa objavia 2-3 roky pred manifestáciou vlastného nádorového ochorenia“ (Kebza 2005, in: Žiaková a kol. 2008, s. 139). Autorky H. Kukurová a A. Kočišová (2004) tiež poukazujú na to, že psychosociálna záťaž sa objavuje v anamnéze onkologicky chorých v zmysle nahromadenia ťažko riešiteľných životných situácií, a to najmenej dva roky pred vznikom choroby a objavením sa jej prvých klinických príznakov. Podľa P. N. Butow et al. (2000) sa táto voľba časového rámca posudzovania životných situácií najčastejšie pohybuje medzi 2 -5 rokmi.

Mnoho pacientov objaví spätne tieto nepríjemné zážitky a situácie, o ktorých sa domnievajú, že sú zrejme spúšťacím momentom choroby. Jedná sa o situácie, ktoré človeka hlboko zarmútili, šokovali alebo dokonca traumatizovali. Celkom zmenili doterajší život pacienta (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010).

U pacientok zo Slovenskej a Českej republiky, ktoré prekonali rakovinu prsníka, sa v rámci sondáže prebiehajúcej v rokoch 1999 a 2000 zistilo, že sa medzi náročnými životnými situáciami prevažne vyskytovali alkoholizmus manžela, smrť blízkej osoby v rámci rodiny, choroba alebo úraz manžela, nevera manžela, vzťahové problémy v rodine, vzťahy v zamestnaní, pracovné vyčerpanie a stres, prepustenie zo zamestnania, hektický spôsob života, odchod do dôchodku, a narodenie postihnutého dieťaťa (Žiaková a kol. 2008). M. Bačová, E. Žiaková a Z. Katreniaková (2015, s. 55) za psychosociálnu záťaž v detstve považujú „alkoholizmus rodičov, stratu rodičov a opakované sťahovanie. V dospelosti je psychosociálnou záťažou strata zamestnania, chronické stresy v zamestnaní, kríza a nestabilita v manželstve, absencia plánov do budúcnosti a strata významných blízkych ľudí“.

Spomínané náročné životné situácie sprevádza záťaž, ktorá sa väčšinou prejaví len vtedy, pokiaľ sú požiadavky a nároky na človeka spojené s negatívnou udalosťou tak vysoké, že ich daná osoba hodnotí ako nezvládnuteľné (Spiegel, Kato 2000, in: Tschuschke 2004). So záťažou súvisí zvládanie, ktoré je akýmsi vyšším stupňom adaptácie, zápasením jedinca s nadlimitnou záťažou. Adaptácia predstavuje vyrovnanie sa so záťažou v obvyklej, pomerne dobre zvládnuteľnej miere (Křivohlavý 1994). „Pre zvládanie používajú jednotlivci rôzne postupy, označované pojmom copingové stratégie. Chápeme ich ako zvládacie vzorce, vzorce správania, ktoré jednotlivec použije na zvládnutie záťažovej situácie“ (Oravcová 2007, s. 144). „Pri vymedzení vzťahu stratégie správania – náročné životné situácie vystupuje do popredia podstatný moment interakcie jedinca a sociálneho prostredia“ (Frankovský 2011, in: Kočišová, Žiaková 2016, s. 12).

Stratégie zvládania alebo copingové stratégie možno rozdeliť do troch hlavných foriem zvládania záťaže:

- zvládanie zamerané na problém (správanie smerované ku zníženiu alebo odstráneniu hrozby),
- zvládanie zamerané na emócie (snaha o zmenu vlastného prežívania záťažovej situácie),
- zvládanie zamerané na únik (zmena prostredia, podmienok alebo ľudí nachádzajúcich sa v okolí) (Hewstone, Stroebe 2006).

Tiež môžeme hovoriť o adaptívnom zvládaní záťaže, ktoré predstavuje úspešné prekonanie situácie, a neadaptívnom, ktoré sa javí ako neúčinné a jeho výsledkom je neúspech (Zelinová, Zelina 2009, in: Šišanská, Šadlová 2003).

Autori dotazníka SVF 78 (stratégie zvládania stresu), W. Janke a G. Erdmannová (2003), rozdeľujú stratégie, ktoré človek používa pri zvládaní záťažových situácií na pozitívne a negatívne. Pozitívne (adaptívne) stratégie smerujú k redukcii stresu, ku ktorým patrí podhodnotenie, devalvácia viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrola situácie, kontrola reakcií a pozitívne sebainstrukcie. Negatívne (maladaptívne) stratégie smerujú k zosilneniu stresu, ku ktorým prislúcha úniková tendencia, perseverácia, rezignácia a sebaobviňovanie. Hovoria tiež o tzv. singulárnych stratégiách, potrebe sociálnej opory a vyhýbaní sa, ktorých využívanie je potrebné interpretovať v kontexte konkrétnej situácie.

Ako sme už spomenuli, onkologická choroba sa radí medzi psychosomatické choroby. „Psychosomatická porucha je určitým spôsobom únikového riešenia, ktoré je pre chorého aktuálne prijateľnejšie než reálne vyrovnanie sa s problémom“ (Končeková 2004, s. 68). Neprekonávané či nesprávne prekonávané záťažové situácie môžu viesť k zmenám v zdravotnom stave človeka. Aby k nim nedochádzalo, je potrebné ich zvládať adaptívne, nakoľko práve maladaptívne reakcie na záťaž môžu mať vplyv na manifestáciu choroby.

Náročné životné situácie sa objavujú, dovoľme si tvrdiť, v živote každého jedinca v menšej či väčšej miere. Vyžadujú si určitú mieru adaptácie a zvládania. To všetko je normálnou súčasťou života a nie je na tom nič patologické. Rozhodujúci však je spôsob spracovania náročných životných situácií, aké stratégie zvládania pri tom jedinec využije. Máme za to, že sklon k využívaniu maladaptívnych copingových stratégií v kontexte náročných životných situácií predstavuje rizikové správanie onkologicky chorých pacientov, ktoré by mohlo viesť k vzniku onkologickej choroby či jej recidíve. Zameriavame sa teda na

zvládanie náročných životných situácií, ktoré nastali u pacientok s rakovinou prsníka pred vznikom rakoviny, nie na zvládanie samotnej choroby.

4 Sociálna práca v kontexte onkologickej choroby

4.1 Sociálna práca ako súčasť interdisciplinárnej starostlivosti o onkologického pacienta

Ukazuje sa, že zdravie a choroba sú závislé nielen na faktoroch genetických a patofyziologických, ale tiež ich podmieňujú psychické, sociálne a duchovné faktory. Čoraz viac sú zdravie a choroba predmetom interdisciplinárneho výskumu, ktorý dnes nevykonávajú len lekári, ale záujem oň majú aj psychológovia, pedagógovia, filozofi, ekonómovia či sociálni pracovníci (Mausch 2014).

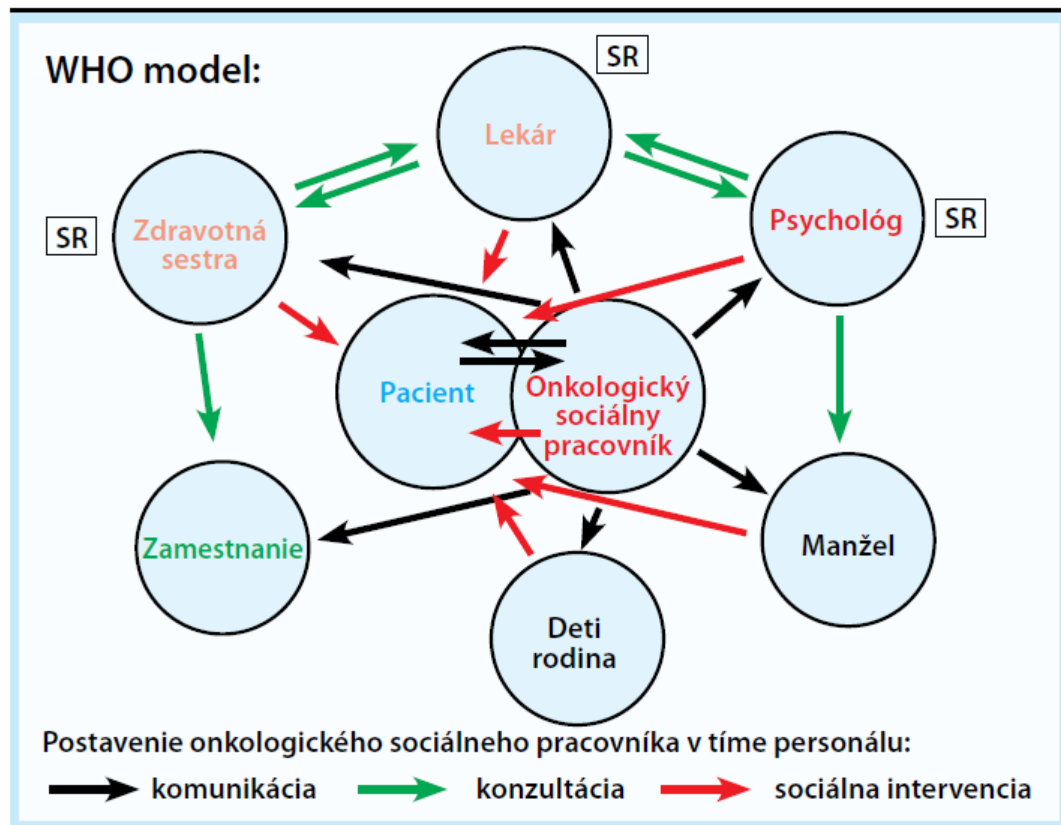
„Pre sociálnu prácu je dôležité, aby dokázala ako inštitúcia nájsť spôsoby riešenia sociálnych problémov. K tomu potrebuje disponovať adekvátnym súborom aktuálneho poznania o tom, ako sociálne problémy vznikajú, prejavujú sa alebo sa vyvíjajú v čase“ (Topinka 2016, s. 7). To sa týka aj problematiky onkologickej choroby.

Význam a potrebu sociálnej práce v modernej spoločnosti nemožno spochybňovať. Novovznikajúce sociálne problémy prijíma ako realitu. Jednou z jej charakteristík je jej dynamická povaha a preto na tieto problémy a zmeny v spoločnosti musí reagovať. Je nevyhnutné, aby sa sociálna práca stále viac zapájala do riešenia rôznych problémov a odpovedala na potreby spoločnosti. S neustále rastúcim počtom onkologických pacientov a ich pozíciou si sama spoločnosť vyžaduje prácu sociálneho pracovníka v tejto oblasti. Aj L. Gulová (2011, s. 14) v tejto súvislosti tvrdí, že „sociálna práca je z pohľadu teórie uznávaná ako vedecky fundovaná odborná disciplína, ktorá prostredníctvom metód sociálnej práce zaisťuje na profesionálnej úrovni starostlivosť o potrebné“.

Holistický prístup zdôrazňuje spojenie medzi pacientovým zdravím, jeho psychosociálnym stavom, kultúrou, prostredím, v ktorom sa nachádza, rodinnou, sociálnou a ekonomickou situáciou a pod. a tiež nevyhnutnosť nielen spolupráce odborníkov z jedného odboru, ale takisto medziodborovej spolupráce (Levická a kol. 2015). I. Kubíková (2001, s. 10) tvrdí, že vyliečenie pacienta má komplexný charakter a „úplné uzdravenie zahŕňa vyliečenie biologické, psychologické a sociálne. Sociálne vyliečenie však v našich podmienkach zaostáva“.

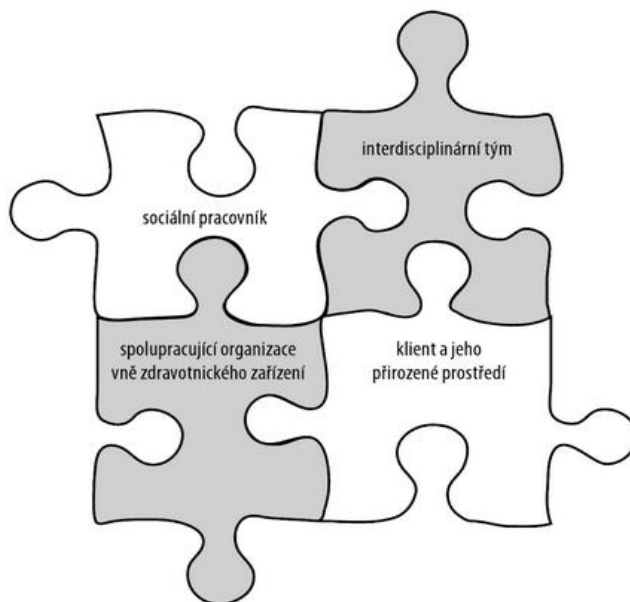
WHO poskytuje model zaradenia sociálnych pracovníkov do tímu profesionálov pracujúcich s onkologicky chorými klientmi v zdravotníckom zariadení. V centre tohto modelu je onkologický sociálny pracovník. Jeho vzťah s klientom je založený na komunikácii, konzultácii a sociálnej intervencii (Bencová, Krajčovičová 2011). Bližšie to popisuje Obr. 3.

Obr. 3 Funkčný systém poskytovateľov starostlivosti o onkologického pacienta (Bencová, Krajčovičová 2011, s. 112)



I. Kuzníková a kol. (2011) prepája spoluprácu medzi sociálnym pracovníkom, klientom a jeho prirodzeným prostredím, organizáciami mimo zdravotníckych zariadení a samotnými členmi interdisciplinárneho tímu.

Obr. 4 Prepojenie spolupráce sociálnej práce a zdravotníctva (Kuzníková a kol. 2011, s. 24)



Kvalitná onkologická starostlivosť si vyžaduje multidisciplinárny tímový prístup. Ten by mal spočívať v umožnení prístupu k odborníkom, ktorých by netvorili len profesionáli z oblasti lekárskej starostlivosti, zároveň by pôsobili pred, v priebehu ako aj po ukončení liečby. Onkologickí sociálni pracovníci sú v jedinečnom postavení stať sa kľúčovým členom lekárskeho tímu a hrať zásadnú úlohu pri pomoci týmto pacientom (Davis 2009). „Starostlivosť v zmysle jednotného pôsobenia na jedinca v oblasti biologickej – lekári, sestry, ošetrovatelia, psychologické – psychológovia a psychiatri a sociálnej – sociálni pracovníci je nevyhnutná. Tento model nemá za cieľ znižovať dôležitosť preverených postupov biologickej medicíny, len ich uvádza do komplexnejších súvislostí“ (Zášková, Bolková 2012, s. 449-450). „Praktickou konzekvenciou holistického prístupu vo vede je multidisciplinárna a interdisciplinárna spolupráca“ (Mátel 2017, s. 58).

Počas 90-tych rokov 20. storočia bolo uskutočnených množstvo výskumov, ktoré sa zameriavali na onkologicky chorých pacientov. Výsledkom boli zistenia, ktoré vypovedali o tom, že liečba pacientov sa orientuje najmä na fyzickú stránku choroby aj keď choroba zasahuje pacienta aj v iných oblastiach ako len fyzickej (Šiňanská 2016). E. Žiaková, A. Kočišová a M. Wagnerová (2015, s. 222) potvrdzujú, že „ako príčiny aj liečba onkologickej

ochorenia má štyri základné aspekty a to biologický, psychologický, spirituálny, a v neposlednej miere sociálny, z čoho jednoznačne vyplýva, že v tejto problematike existuje dostatočný priestor pre uplatnenie sociálneho pracovníka, jeho odbornej a osobnostnej erudovanosti“. Rakovina sa stáva chronickou chorobou, čo so sebou prináša aj potrebu po nových službách (Šiňanská 2016).

„Prakticky všade tam, kde je poskytovaná a zaisťovaná zdravotná starostlivosť, je nutné súčasne zaistiť a poskytovať starostlivosť sociálnu“ (Vurm a kol. 2007, s. 30). J. Levická a kol. (2015, s. 155) dokonca tvrdia, že medicína sa „stáva stále viac sociálnou. Príčiny chorôb sú nielen individuálne, ale tiež sociálne. Sociálnym príčinám a ich následkom sa dá čeliť len sociálnymi prostriedkami“. „Kategória choroby je okrem medicínskeho hľadiska spoluurčovaná i sociálne. Označenie nejakého prejavu za chorobný ho zároveň nejako sociálne vymedzuje“ (Končeková 2004, s. 68). V súčasnosti možno chorobu vnímať ako sociálno-medicínsku kategóriu (Bayerová 2006). Problematiku onkologickej choroby posúvajú do sociálnej oblasti aj jej ďalšie aspekty. Časovo náročná liečba s množstvom vedľajších efektov, následná (ne)možnosť pacienta vrátiť sa k pôvodnému stavu a tiež možnosť začleniť do procesu vyrovnávania sa s chorobou a jej liečbou aj blízkych chorého (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013). Pôsobenie sociálnej práce práve v zdravotníctve má mimoriadny význam a v tejto oblasti stojí na holistickom prístupe (Levická a kol. 2015). Jeho prínos spočíva vo väčšej kooperácii medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnymi službami a môžeme ho chápať ako komplexný prístup k potrebám klientov zahŕňajúci všetky oblasti života (Novosad, Novosadová 2000). Vnímanie pacienta v zmysle jeho komplexnosti, v holistickom význame, prináša nový rozmer starostlivosti o pacienta. V klinickej praxi sa začal uplatňovať na základe tendencie udržať rovnováhu medzi technickým pokrokom a potrebami človeka (Mastiliaková 2007).

E. Širacká (in: Angelovičová, Mátheová 2012, s. 100) apeluje na to, že „nastal čas, aby sa začala presadzovať nová oblasť – psychosociálna onkológia, ktorej náplňou je štúdium, analýza a riešenie sociálnej, psychologickkej, emocionálnej a duchovnej kvality života a všetkých ďalších aspektov týkajúcich sa onkologického ochorenia. Je najvyšší čas, aby sa na tom začalo intenzívne pracovať a aby sa to uviedlo do života“. E. Žiaková (2016) v tomto kontexte hovorí o socioonkológii.

Na inú stránku tejto súčasnej problematiky poukazujú autorky B. Balogová a J. Levická (2010, s. 100), ktoré tvrdia, že „smrteľné choroby sú tradičnou hrozbou aj pre najostrieľanejší pomáhajúci personál, ohrozenie života niekoho je náročné na zvládanie.

Veľmi často sa stretávame so situáciou, že na onkologických oddeleniach nemocníc a v hospicioch nechcú trvalo pracovať sociálni pracovníci, psychológovia, či duchovní z dôvodu hrozby vyhorenia“.

4.2 Onkologická sociálna práca v minulosti a dnes

Na Slovensku nie je pozícia onkologických sociálnych pracovníkov etablovaná, aj napriek tomu, že v zahraničí sa v onkologickej praxi bežne stretávame s pôsobením sociálnych pracovníkov. Vo svetovom kontexte sa sociálna práca stala sociálna práca štandardnou súčasťou onkologickej liečby.

V zahraničí vznikajú asociácie sociálnych pracovníkov pôsobiace v onkologickej praxi, ktoré majú váhu profesijných komôr (Žiaková, Kočišová, Wagnerová 2015). Príkladom je AOSW (Asociácia onkologických sociálnych pracovníkov), či bližšie špecifikovaná APOSW (Asociácia sociálnych pracovníkov v detskej onkológii) (Šiňanská 2016). V krajinách ako je USA, Kanada, Austrália, či vyspelé krajiny západnej Európy, funguje systém, kde onkologickí sociálni pracovníci, začlenení do tímu ošetrovateľského personálu, vykonávajú hlavnú psychosociálnu intervenčnú úlohu (Bencová, Krajčovičová 2011). V našich podmienkach je celá zodpovednosť za starostlivosť o onkologicky chorého pacienta v rukách lekárov, zdravotných sestier, psychológov, psychiatrov (Bencova, Mrazova, Svec 2010).

V USA je onkologická sociálna práca súčasťou štruktúry pomáhajúcich profesií v onkológii, realizuje sa od 60-tych rokov 20. storočia a úloha sociálneho pracovníka je tam podstatnou a neoddeliteľnou súčasťou všetkej onkologickej starostlivosti (Šiňanská 2016). I. Kuzníková a kol. (2011) ponúka príklad z Fínska, kde je sociálny pracovník súčasťou profesionálneho tímu na každej klinike a tým je v priamej blízkosti klientov. Až jedna tretina sociálnych pracovníkov pôsobí v tejto krajine v nemocniciach.

E. Žiaková, A. Kočišová a M. Wagnerová (2015, s. 223) poukazujú na to, že „je nevyhnutné uvažovať o začlenení sociálnej práce do onkologickej praxe i na Slovensku, čo dosiaľ absentuje. Klient má právo využívať služby multidisciplinárnemu tímu komplexnej starostlivosti, kde jednotliví odborníci vystupujú ako partneri pri riešení ťažkej životnej situácie, v ktorej sa klient ocitol. To, že súčasťou týchto tímov by mal byť aj sociálny pracovník, je potvrdené v celosvetovom meradle“. Napríklad aj „Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Americká asociácia onkologických sociálnych pracovníkov (AOSW) a ďalšie medzinárodné organizácie odporúčajú v kontexte komplexnej 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“ (Ganz, Hahn 2008, in: Bencová, Krajčovičová 2011, s. 112).

K poznaniu, že sociálni pracovníci by mohli prispieť k starostlivosti o chorých došlo na začiatku 20. storočia. Postupne sa onkologická sociálna práca ukázala ako subšpeciálna oblasť lekárskej sociálnej práce, a to výhradne pre poskytovanie odbornej sociálnej starostlivosti pre pacientov s rakovinou a ich opatrovateľov. V zahraničí sa onkologická sociálna práca teší bohatej a vyvíjajúcej sa histórii. Služby v rámci nej sa stali sofistikovanejšie, rozmanité a multisystémové, avšak naďalej stoja na základných princípoch praxe sociálnej práce (Hedlund 2015).

Prvýkrát o praxi sociálnej práce v onkológii napísala v roku 1974 R. Abrams vo svojom diele *Not Alone With Cancer* (Hedlund 2015). V roku 1977 bola založená APOSW a o 7 rokov neskôr NASW (Národná asociácia sociálnych pracovníkov v onkológii) (Lauria 2009). Dnes pôsobia onkologickí sociálni pracovníci v najrôznejších životoch ľudí zasiahnutých rakovinou a v rôznych prostrediach. V zahraničí sú v súčasnosti onkologickí sociálni pracovníci prítomní všade tam, kde sú onkologickí pacienti liečení a ďalej sledovaní. Od neziskových organizácií a zariadení hospicovej a paliatívnej starostlivosti až po súkromnú prax a konzultačnú činnosť (Kennedy 2015), svoje služby poskytujú v zdravotníckych zariadeniach, medicínskych a onkologických centrách, komunitných nemocniciach, ambulantných klinikách, súkromných ordináciách, ale aj v centrách zdravia, domácich ošetrovateľských agentúrach a pod. Zastávajú množstvo rôznych rolí, a v rámci nich často plnia celý rad funkcií (Lauria 2009).

Onkologická sociálna práca sa stala dobre zavedenou profesiou, ktorého praktici poskytujú komplexnú psychosociálnu starostlivosť o onkologicky chorých pacientov po celom svete, nasledujúc základné hodnoty (Knight 2015). Podľa zahraničného vzoru si dovoľíme tvrdiť, že súčasná situácia na Slovensku je úrodnou pôdou pre aktívne zapojenie sociálnej práce v oblasti problematiky onkologickej choroby.

4.3 Onkologický sociálny pracovník v praxi

Pre sociálnu prácu a ďalšie pomáhajúce profesie je východiskovým atribútom ich činnosti pomoc klientom v ťažkých životných situáciách, ktoré nevedia alebo nemôžu zvládnuť vlastnými silami či za pomoci svojho najbližšieho sociálneho okolia“ (Schneiderová 2005, in: Záškodná, Bolková 2012, s. 448). Početnú skupinu v populácii, ktorá pomoc potrebuje, tvoria práve onkologicky chorí pacienti.

Aby sociálny pracovník klientovi lepšie porozumel, posúdil jeho situáciu a dokázal mu pomôcť, mal by poznať:

- biologickú dimenziu klienta zahŕňajúcu súvislosť medzi telom a myslou,
- psychosociálnu/emocionálnu dimenziu,
- rodinnú dimenziu,
- duchovnú dimenziu,
- sociálnu dimenziu/prostredie,
- makro dimenziu, ktorú tvoria napr. vedomosti v oblasti práva, sociálnej politiky, verejného zdravia a pod. (Kuzníková a kol. 2011).

V zahraničí ponúkajú onkologickí sociálni pracovníci celú škálu služieb, vrátane krízovej intervencie, podporného poradenstva, psychoterapie, paliatívnej starostlivosti, poradenstva, pomoci pri rozhodovaní, koordinácie starostlivosti, plánovania prepustenia pacienta, jeho navigácie, individuálneho finančného poradenstva, poradenstva v oblasti zamestnania a ďalších potrieb, vzdelávania špecifického pre danú chorobu, pomoci ako nakladať s bolesťou a inými symptómami, informovania o technikách zvládania stresu a relaxácie, pomoci orientácie v súvislosti s podpornými skupinami a zúčastnenia sa špeciálnych programov, ako sú napr. letné tábory. Môžu plniť funkciu poradcu, psychoterapeuta, edukátora, vedúceho podpornej skupiny, prípadového manažéra, navigátora pacienta, advokáta, konzultanta a ďalšie. Mnoho onkologických sociálnych pracovníkov tiež ako dobrovoľníci poskytujú svoje znalosti a skúsenosti národným a miestnym organizáciám a skupinám (Lauria 2009).

I. Kuzníková a kol. (2011) ponúka zoznam praktických činností takéhoto sociálneho pracovníka:

1. psychosociálna opora, ktorá zahŕňa:
 - zaistenie sociálnej opory,
 - pomoc pri riešení nielen finančnej, ale aj existenčnej situácie,
 - krízovú intervenciu,
 - oporu širších vzťahov klienta,
2. edukácia:
 - pomoc klientom a ich okoliu pochopiť chorobu, jej liečbu a dôsledky s tým spojené,

- orientácia v možnostiach sociálnej starostlivosti a služieb,
- edukácia klienta v rámci komunít, v legislatívnych otázkach,
- edukácia interdisciplinárneho tímu a vyjasnenie jednotlivých rolí v rámci psychosociálnej starostlivosti o klienta,

3. poradenstvo:

- poradenstvo pri riešení nepriaznivej sociálnej situácie a oboznámenie o postupoch riešenia,
- pomoc s prispôsobovaním sa klienta novým rolám,
- plánovanie prepustenia a nasledujúcej starostlivosti,
- poradenstvo pri riešení finančných problémoch klienta a zaistení rehabilitačných a kompenzačných pomôcok,

4. komunikácia:

- rozhovor s klientom, jeho rodinou, ale aj v rámci skupiny či komunity,
- terapeutický rozhovor vrátane supervízie,
- rozhovor s pracovným tímom,
- telefonická a elektronická forma komunikácie,
- sociálne šetrenie,
- spolupráca so zdravotnými poisťovňami, políciou, súdmi, notármi, školami.

V tejto súvislosti zdôrazňujeme spôsob spracovania náročných životných situácií. V tomto kontexte je dôležitá úloha sociálnej a emocionálnej opory (Žiaková 2005). „V praxi by mohol sociálny pracovník preskúmať podpornú sieť onkologicky chorých klientov. Mohol by zistiť, akú formu sociálnej opory jeho klient potrebuje, či ju má k dispozícii a či o ňu vie sám požiadať. Ak pacient nemá túto sociálnu oporu k dispozícii, tak by mu ju mohol sociálny pracovník pomôcť vyhľadať v podobe podporných a svojpomocných skupín“ (Mareš 2009, in: Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015, s. 57-58). S. Hedlund (2015) vyzdvihuje jedinečnú pozíciu onkologických sociálnych pracovníkov k budovaniu sietí pre svojich pacientov a ich rodiny zahŕňajúcich zdravotnú starostlivosť zdravotníckych zariadení, komunitné agentúry a záujmové onkologické skupiny. Jedná sa o úlohu zameranú na zabezpečenie kontinuity služieb onkologickým pacientom a ich opatrovateľom po celú dobu liečby ako aj po jej ukončení.

Pre onkologicky chorých klientov je tiež dôležité, aby sa naučili „akceptovať zmenenú zdravotnú situáciu ako ich budúcu „normalitu“ (Kuzníková a kol. 2011, s. 58). S. A. Misjak (2002, in: Zášková, Bolková 2012) vo vzťahu ku onkologicky chorým pacientom identifikuje ciele modernej sociálnej práce:

- zvyšovanie samostatnosti klientov, ich efektívnosti riešiť problémy a schopnosti riadiť svoj život,
- opora klientov k preukázaniu ich schopností a získaniu toho, čo im právom patrí,
- vytváranie podmienok, v ktorých môže klient žiť v úcte a súlade so sebou bez ohľadu na chorobu,
- dosiahnutie takého stavu, kedy sa opora sociálneho pracovníka minimalizuje.

V. Kennedy (2015) v diele *Oncology Social Work Across Sites of Care* načrtáva možnosti, ktoré existujú pre onkologického sociálneho pracovníka mimo tradičného lekárskeho prostredia. Patrí medzi ne plánovanie a vývoj programov, výskum a vzdelávanie. Onkologický sociálny pracovník zohráva kľúčovú úlohu v onkologickej starostlivosti a povinnosťou tejto profesie je pochopiť a mobilizovať ekonomické a politické sily v rámci systému zdravotnej starostlivosti (Knight 2015).

5 Zvládanie náročných životných situácií onkologicky chorých pacientok – výskumné zistenia

O onkologickej chorobe sa hovorí oddávna, stará je ako ľudstvo samotné, no jej rozmer v súčasnosti si nemožno nevšimnúť. Výskumy zamerané na oblasť problematiky onkologickej choroby a na s ňou súvisiace ďalšie faktory prispievajú nielen k poznatkom o samotnej chorobe, ale môžu tiež napomôcť pri prevencii jej vzniku a vývoja, tiež k rozšíreniu poľa pôsobnosti odborníkov pri riešení problematiky onkologickej choroby.

Predpokladáme, že onkologická choroba vzniká a vyvíja sa na základe súčinnosti množstva faktorov, biologických, psychických aj sociálnych. „C-systém zvládania“ ako maladaptívny spôsob zvládania záťaže typický onkologicky chorým pacientom je jedným z možných konceptov, ktorý vplýva na manifestáciu rakoviny prsníka. Na základe toho sme sa zamerali na využívané stratégie zvládania záťaže, pričom za významnú záťaž v životoch onkologicky chorých pacientok považujeme náročné životné situácie. Realizovaný výskum sa tak usiluje o syntézu náročných životných situácií a copingových stratégií využitých pri ich zvládaní, koncipovanú ako rizikové správanie pacientok s rakovinou prsníka. Zameriavame sa pritom výlučne na slovenské ženy s diagnózou rakoviny prsníka, na základe nasledovných, doteraz neriešených skutočností, na ktoré upozorňujeme.

- Je veľmi pravdepodobné, že copingové stratégie sú odlišné u mužov a žien, zatiaľ čo súčasné teórie sa sústreďujú na copingové stratégie ako také.
- Existuje veľké množstvo rôznych druhov rakoviny a je predpoklad, že rôzne copingové stratégie môžu vyvolať rôzne druhy rakoviny.
- Hľadať jeden univerzálny „C-systém zvládania“ nie je namieste, nakoľko je veľmi pravdepodobné, že tam budú existovať významné rozdiely jednak v závislosti od rodu a druhu rakoviny a tiež pod vplyvom modálnej osobnosti.

K stanoveným cieľom výskumu prináležalo:

- zistiť, aké sociodemografické faktory a zdravotné charakteristiky súvisia s výberom copingových stratégií pri zvládaní náročných životných situácií,
- zistiť, aké náročné situácie sa vyskytli v živote pacientok s rakovinou prsníka pred manifestáciou choroby, ako aj v životoch žien tvoriacich kontrolnú skupinu, v akom čase nastali, v akom množstve, a ako respondentky subjektívne vnímajú vplyv týchto situácií,

- zistiť, aké copingové stratégie využívajú pacientky s rakovinou prsníka, ako aj kontrolná skupina žien, pri zvládaní náročných životných situácií,
- zistiť rozdiely jednak v náročných životných situáciách, ako aj vo využívaní copingových stratégií v kontexte týchto situácií medzi jednotlivými skupinami žien tvoriacimi výskumnú vzorku,
- zistiť, aká je súvislosť medzi jednotlivými náročnými životnými situáciami, copingovými stratégiami a manifestáciou onkologickej choroby.

Autorský výskum pozostával z prepojenia niekoľkých konceptov tak, aby stanovené ciele boli naplnené.

5.1 Metodika

Pre potreby stanovených cieľov autorského výskumu bola využitá kombinácia kvantitatívnej metódy, v rámci ktorej bola aplikovaná skonštruovaná dotazníková batéria a kvalitatívnej metódy, ako doplnkovej metódy, ktorá bola realizovaná prostredníctvom naratívneho rozhovoru. Dotazníková batéria pozostávala z dotazníka LES (Life Experiences Survey), dotazníka SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen) a časti zloženej z autorských otázok.

Dotazník LES, Life Experiences Survey (Sarason, Johnson, Siegel 1976) je sebahodnotiaci dotazník, ktorý obsahuje 57 položiek rozdelených do dvoch častí. Prvá časť pozostávajúca zo 47 položiek sa vzťahuje na životné zmeny, ktoré sú spoločné pre jednotlivca v celej rade situácií. Nakoľko sa výskum zameriaval len na ženy a onkologické pacientky, určité vybrané položky dotazník neobsahoval. Druhá časť, ktorú tvorí 10 položiek, sa zaoberá životnými zmenami konkrétne v akademickom prostredí. Je vhodná pri orientácii na študentov a preto autorská dotazníková batéria túto časť vôbec neobsahovala. Daným dotazníkom sme zisťovali, či sa v živote respondentiek vyskytovali náročné životné situácie. V prípade, že respondentky situáciu zažili, subjektívne ohodnotili jej vplyv prostredníctvom 7 bodovej Likertovej škály od -3 = extrémne negatívny po 3 = extrémne pozitívny a tiež uviedli, kedy náročná situácia nastala. Obdobie vzniku náročných životných situácií je dôležité zistiť v dôsledku onkologických nálezov, ktoré naznačujú, že kauzálne faktory rakoviny prsníka sa vyskytujú a rozvíjajú 20 rokov alebo dlhšie (Jacobs, Bovasso 2000). Ako už bolo spomenuté, je dôležité odlišovať neskoršie náročné životné situácie od tých skorších a zároveň je dôležité zohľadňovať subjektívne vnímanie vplyvu jednotlivých životných situácií, nakoľko rôzni

jedinci môžu rovnakú situáciu hodnotiť inak. V kontexte týchto súvislostí sme sa rozhodli pre voľbu dotazníka LES, ktorý bol navrhnutý tak, aby umožnil individuálne posúdenie vplyvu situácií. V originálnom dotazníku dosiahol Cronbachov alfa koeficient hodnotu 0,79, v autorskom 0,85.

Stratégie zvládania záťažových situácií boli zisťované prostredníctvom dotazníka SVF 78, Stressverarbeitungsfragebogen. Tento viacdimeznionálny sebaoposudzovací inventár vypracovali W. Janke a G. Erdmannová (2003). Vznikol skrátením originálneho dotazníka SVF 120 a umožňuje zachytiť celú šírku spôsobov, ktoré jedinec využíva pri zvládaní záťažových situácií. Jednotlivé položky sú rozdelené do 13 subtestov. Konkrétne sa jedná o podhodnotenie, odmietanie viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrolu situácie, kontrolu reakcií, pozitívnu sebainstrukciu, potrebu sociálnej opory, vyhýbanie sa, únikovú tendenciu, perseveráciu, rezignáciu a sebaobviňovanie. Tieto jednotlivé stratégie zvládania sú ďalej klasifikované, čo znázorňuje Tab. 1. Cronbachov alfa koeficient v pôvodnom dotazníku dosahoval hodnotu 0,80, v autorskom dotazníku to bolo 0,871.

Tab. 1 Stratégie zvládania podľa dotazníka SVF 78 a ich charakteristika (Janke, Erdmannová 2003)

		Subtest	Charakteristika
ADAPTÍVNE STRATÉGIE ZVLÁDANIA	Stratégie podhodnotenia a devalvácie viny	<i>Podhodnotenie</i>	Tendencia prisudzovať si menšiu mieru stresu v porovnaní s ostatnými.
		<i>Odmietanie viny</i>	Vyjadruje chýbajúcu vlastnú zodpovednosť za záťaž a súčasne svedčí o stratégii obrany.
	Stratégie odklonu	<i>Odklon</i>	Tendencia k odklonu pri záťaži.
		<i>Náhradné uspokojenie</i>	Zameranie sa na kladné city, ktoré sa vzťahujú k sebaosilňovaniu vonkajšími odmenami.
	Stratégie kontroly	<i>Kontrola situácie</i>	Tendencia získať kontrolu nad záťažovou situáciou.
		<i>Kontrola reakcií</i>	Tendencia kontrolovať vlastné reakcie pri záťaži.
		<i>Pozitívne sebainstrukcie</i>	Sklon prisudzovať si kompetenciu záťaž zvládať .
MALADAPTÍVNE STRATÉGIE ZVLÁDANIA	<i>Únikové tendencie</i>	Rezignačné tendencie uniknúť zo záťažovej situácii.	
	<i>Perseverácia</i>	Neschopnosť myšlienkovy sa odpútať od prežívanej záťaži, jej dlhodobé myšlienkové premietanie.	
	<i>Rezignácia</i>	Vzdávanie sa s pocitom bezmocnosti a beznádeje.	
	<i>Sebaobviňovanie</i>	Ide o pripisovanie záťaži vlastnému chybnému jednaniu.	
SINGULÁRNE STRATÉGIE ZVLÁDANIA	<i>Potreba sociálnej opory</i>	Potreba nadviazať kontakt s druhými, pričom jedinec hľadá oporu vo forme rozhovoru, rady alebo konkrétnej pomoci	
	<i>Vyhýbanie sa</i>	Sklon vyhýbať sa záťaži, snaha zamedziť ďalšej konfrontácii s podobnou situáciou.	

Posledná časť bola venovaná autorským otázkam zameraným na zisťovanie sociodemografických faktorov a zdravotných charakteristík, ktoré vykazovali dôležitosť pre štatistické spracovanie výsledkov. Otázky boli zamerané na zisťovanie veku, vzdelania, bydliska, rodinného stavu, či respondentky navštevujú svojpomocnú alebo podpornú skupinu a či majú skúsenosť so službami sociálneho pracovníka v súvislosti s onkologickou chorobou. Zaujímala nás tiež dĺžka trvania choroby, doba po ukončení liečby a v prípade, že nastala recidíva, po akom čase po ukončení liečby. Dotazníková batéria prostredníctvom Cronbachovho alfa koeficientu preukazovala hodnotu 0,851, na základe čoho je možné konštatovať, že metodika mala vysokú reliabilitu.

Kvalitatívna časť bola zameraná na doplnenie kvantitatívnej štúdie prostredníctvom realizácie rozhovorov s jednotlivými respondentkami. Konkrétne bol využitý naratívny rozhovor, ktorý predstavuje zvláštnu formu rozhovoru. Jeho výsledkom je narácia, čiže rozprávanie, v rámci ktorého je umožnené získať subjektívne významy vzťahujúce sa k určitým zážitkom, ktoré by pri štruktúrovanom rozhovore nemuseli byť odhalené (Gavora 2001). „Predmetom pozornosti je naratívny prejav klienta, v ktorom sa objavujú symboly, ktoré korešpondujú s jeho vnútorným naladením, respektíve príčiny vzniku problémov sú hľadané v latentných obrazoch príbehov, výsledkom ktorých je symbolika alebo riadená imaginácia“ (Balogová 2017, s. 67). Naratívny rozhovor vedieme s respondentom za účelom získania jeho životného príbehu. Ide o chronologický príbeh, ktorý je prerozprávaný priamo osobou, ktorej sa týka, pričom jednať sa môže o rekonštrukciu celého života, alebo len jeho časti (Gavora 2008). G. Rosenthalová (1995, in: Hendl 2008) však odporúča, aby bolo na konkrétny úsek života namierené až po spracovaní histórie celého života respondenta. Spúšťačom rozprávania príbehu je tzv. naratívny impulz. Je ním zvyčajne otázka, ktorú kladie výskumník. Hlavné slovo potom prenecháva respondentovi a zasahuje len vtedy, keď respondent stratí niť (Gavora 2008). „Naratívna analýza nepristupuje k príbehom a opisom ako k zdroju informácií o objektívnej realite či o živote skúmaných osôb. To, čo sleduje je skryté, je za prvotným príbehom“ (Vendelová 2004, s. 147).

5.2 Organizácia výskumu

Výskum prostredníctvom spomínanej dotazníkovej batérie bol uskutočnený v období október 2016 až február 2017. Pred samotnou realizáciou výskumu bolo vykonané pilotné odskúšanie dotazníka a predvýskum, pričom dotazníková batéria prešla jazykovou korektúrou. Problematika a samotná téma onkologickej choroby je citlivá a do úvahy pri jej spracovaní bolo nutné brať potreby a špecifiká onkologických pacientok. Pôvodná verzia dotazníkovej batérie musela byť upravená a niektoré jej časti boli preto vypustené. Bola rozsiahlejšia a jej vyplňanie časovo náročnejšie, dôsledkom čoho bolo, že respondentky vyplňanie jednotlivých častí vynechávali. Dotazníkovú batériu tak tvoria už spomínané časti. Zámerom výskumu bolo osloviť čo najviac respondentiek a zabezpečiť tým vysokú reliabilitu výskumu. Pri zbere dát sme v konečnom dôsledku spolupracovali s Východoslovenským onkologickým ústavom v Košiciach a viacerými onkologickými ambulanciami. Dotazník bol respondentkám administrovaný v tlačenej podobe osobne alebo poštou, a to buď priamo alebo prostredníctvom zodpovedných pracovníkov v prípade, že priamy kontakt s respondentkami

nebol umožnený. Návratnosť dotazníkov bola 63%, pričom toto číslo nezahŕňa subjekty, ktoré účasť odmietli pred samotnou distribúciou dotazníkov. Z konečných 441 vyplnených dotazníkov, bolo 24 dotazníkov vylúčených z dôvodu jeho neúplného vyplnenia.

Pre potreby spracovania kvalitatívnej časti boli realizované osobné rozhovory s onkologicky chorými pacientkami. Prvé stretnutie bolo uskutočnené za účelom zoznámenia sa a poskytnutia základných informácií. Onkologické pacientky boli oboznámené so všetkými aspektmi naratívneho rozhovoru, ku ktorým patrí aj nahrávanie a odhalenie súkromia. S realizáciou naratívnych rozhovorov súhlasili štyri respondentky, výstupom ktorých bola audio nahrávka.

5.3 Charakteristika výskumnej vzorky

Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Tvorilo je 417 respondentiek, z toho 219 respondentiek predstavuje ženy, ktoré mali vlastnú skúsenosť s rakovinou prsníka a 198 respondentiek reprezentuje kontrolnú skupinu, zdravé ženy, ktoré nikdy netrpeli rakovinou prsníka a ani žiadnou inou závažnou chorobou, pri ktorých výbere bol využitý kvótny výber výskumnej vzorky. Skupina onkologicky chorých pacientok s rakovinou prsníka bola ďalej diferencovaná na 3 podskupiny:

1. pacientky s rakovinou prsníka, ktoré boli v čase zberu dát v prebiehajúcej liečbe (n=110),
2. pacientky s rakovinou prsníka, ktorých liečba bola v tomto čase ukončená (n=58),
3. pacientky, u ktorých nastala recidíva rakoviny prsníka a liečba momentálne prebiehala (n=51).

Tab. 2 Rozdelenie výskumnej vzorky do jednotlivých skupín a podskupín

		N	%
Ženy s rakovinovou skúsenosťou	V liečbe	110	26,4
	Po ukončení liečby	58	13,9
	V recidíve	51	12,2
Ženy bez rakovinovej skúsenosti		198	47,5
Σ		417	100

Najmladšia respondentka mala 28 rokov, najstaršia dosahovala 78 rokov. Priemerný vek respondentiek bol 53 rokov, pričom z pohľadu jednotlivých skupín to bolo 54 rokov u onkologických pacientok a 52 rokov v kontrolnej skupine. Respondentky so stredoškolským vzdelaním ukončeným maturitou mali najväčšie zastúpenie v celkovej vzorke (41%) a v kontrolnej skupine (22,5%), u onkologických pacientok prevažovalo vysokoškolské vzdelanie (20,6%). Na základe rodinného stavu tvorili najpočetnejšiu skupinu vydaté respondentky celkovo v rámci výskumnej vzorky (49,7%), ako aj v jej jednotlivých skupinách. Respondentky tvoriace výskumnú vzorku žijúce na dedine, v meste a veľkomeste tvorili približne rovnako veľkú skupinu, avšak onkologické pacientky pochádzali prevažne z veľkomesta (19,6%) a ženy z kontrolnej skupiny z dediny (18,2%).

Zaujímali nás tiež zdravotné charakteristiky. U respondentiek, ktoré mali vlastnú skúsenosť s rakovinou prsníka trvala onkologická choroba priemerne 58 mesiacov. Aktuálne vyliečené respondentky uvádzali priemerne dobu 29 mesiacov po ukončení liečby a u recidivujúcich respondentiek sa choroba vrátila priemerne po 46 mesiacoch po ukončení liečby.

Iba 27 pacientok, čo predstavuje 12% z celkového počtu respondentiek s rakovinovou skúsenosťou uviedlo, že navštevujú svojpomocnú alebo podpornú skupinu. Zarážajúci je počet respondentiek, ktoré udali, že v súvislosti s onkologickou chorobou využili služby sociálneho pracovníka. Jedná sa len o 1 respondentku, ktorá však neuviedla, o aké služby šlo. Potvrzuje to skutočnosť, že sociálny pracovník nepôsobí v tejto oblasti, presne tak, ako to je prezentované v teoretickej časti.

5.4 Vybrané výsledky výskumu

Táto časť sa upriamuje na spracovanie výsledkov výskumu, ako kvantitatívneho, tak kvalitatívneho prístupu k nemu. Kvantitatívna časť bola spracovaná na základe deskriptívnej a indukčnej štatistiky, pričom využité boli neparametrické štatistické metódy v závislosti na charaktere distribúcie jednotlivých premenných. V prípade zisťovania možných rozdielov sme použili Mann-Whitneyho U test a Kruskal-Wallisov test, v prípade vzájomnej súvislosti Spearmanov korelačný koeficient. Výpočty boli realizované prostredníctvom štatistického softwaru SPSS 18.

Analýza realizovaných naratívnych rozhovorov v rámci kvalitatívnej časti mala indukčný charakter. Viacpočetným vnorením sa do narácií boli prostredníctvom programu ATLAS.ti hľadané tzv. kódy, teda významné javy vyskytujúce sa v rozprávaní respondentiek.

Tie, ktoré mali spoločného menovateľa, boli systematicky kategorizované a integrované do obsahových kategórií. Cieľom nebolo overenie hypotéz, ale rekonštrukcia významu javu, ktorý je v centre výskumného záujmu (Čermák 2002).

5.4.1 Náročné životné situácie

Jednou z oblastí, na ktoré sme sa zamerali boli náročné životné situácie. Pozornosť bola venovaná výskytu náročných životných situácií v životoch respondentiek, subjektívne hodnotenie vplyvu týchto situácií a časové obdobie, kedy prípadné náročné životné situácie nastali.

Ako možno vidieť v Tab. 3, v živote žien sa v celkovej výskumnej vzorke vyskytovalo priemerne 8 náročných životných situácií. Respondentky s rakovinovou skúsenosťou uviedli 6 náročných situácií, v kontrolnej skupine to bolo dvakrát viac, až 12 náročných životných situácií. Výskumy B. Kocica et al. (2015), ako aj Q. Daia et al. (2017) dospeli k protichodným zisteniam. Preukázalo sa, že medzi pacientkami s rakovinou prsníka a kontrolnou skupinou žien existujú štatisticky významné rozdiely v počte náročných životných situácií, pričom u pacientok bolo týchto situácií zaznamenaných viac.

Tab. 3 Počet vyskytujúcich sa náročných životných situácií a hodnotenie ich vplyvu

	Celkovo	Pacientky v liečbe	Pacientky po ukončení liečby	Recidivujúce pacientky	Kontrolná skupina
Pozitívne náročné situácie					
Počet	3	2	1	1	5
Hodnotenie	2	1	3	2	2
Negatívne náročné situácie					
Počet	5	6	5	5	8
Hodnotenie	-3	-2	-2	-2	-3
Životné situácie celkovo					
Počet	8	7	6	6	12
Hodnotenie	-1	-1	-1	-2	-1

Najvyšší uvedený počet náročných životných situácií vyskytujúcich sa v živote respondentiek bol 25. Iba 4,8% žien neuviedlo skúsenosť so žiadnou z daných situácií (3,2% zo skupiny žien s rakovinovou skúsenosťou, 6,6% z kontrolnej skupiny). Vo výskume E.

Maunsella et al. (2001) iba 5,3% onkologicky chorých pacientok z celkového počtu 535 v realizovanom výskume neuviedlo žiadnu náročnú životnú situáciu vyskytujúcu sa v ich živote počas piatich rokov pred diagnózou onkologickej choroby.

Vplyv jednotlivých životných situácií bolo možné ohodnotiť na škále od -3 (extrémne negatívny), -2 (stredne negatívny), -1 (trochu negatívny), cez 0 (žiadny vplyv), 1 (trochu pozitívny), 2 (stredne pozitívny) po 3 (extrémne pozitívny). Na základe Tab. 3 môžeme konštatovať, že priemerne sa v rámci výskumnej vzorky vyskytovalo trochu negatívne hodnotenie vplyvu prežitých náročných životných situácií. Najhoršie klasifikovali recidivujúce pacientky, náročné životné situácie vyskytujúce sa v ich živote označili ako stredne negatívne. Celkovo však medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou v hodnotení vplyvu spomínaných situácií rozdiel nebol, náročné životné situácie posúdili ako trochu negatívne. Významné je zistenie, že až u 80,6% všetkých žien tvoriacich výskumnú vzorku sa preukázalo celkovo negatívne hodnotenie vplyvu zažitých náročných situácií v ich životoch.

Zo zaznamenaných situácií v rámci výskumu E. Maunsella et al. (2001) bolo až 85% z nich hodnotených ako situácie s miernym alebo veľmi dôležitým vplyvom. Autori sa nesústredili na hodnotenie týchto situácií v zmysle pozitívne a negatívne, ale len na silu ich vplyvu. Naopak, jedným zo zistení A. B. Kornblitha et al. (2001) bolo, že situácie hodnotené ako negatívne sa u pacientok s rakovinou prsníka vyskytovali dvakrát častejšie ako pozitívne životné situácie. D. M. Golden-Kreutz et al. (2005) zaznamenali u 73% respondentiek minimálne 1 negatívnu situáciu. Máme za to, že subjektívne hodnotenie náročných životných situácií je pri ich posudzovaní významné. Rovnako preto rozlišujeme pozitívne a negatívne náročné životné situácie. P. N. Butow et al. (2000) v konečnom dôsledku potvrdzujú predpoklad, že vplyv životných situácií súvisí s typom a závažnosťou samotnej situácie.

Overením prostredníctvom induktívnej štatistiky sa potvrdili štatisticky významné rozdiely v počte uvedených náročných životných situácií medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a respondentkami v rámci kontrolnej skupiny, ako to zobrazuje Tab. 4. Rozdiely medzi týmito respondentkami v hodnotení vplyvu náročných životných situácií overené prostredníctvom Mann-Whitney U testu sa nepreukázali ako štatisticky významné.

Tab. 4 Mann-Whitney U test – rozdiely v počte náročných životných situácií medzi skupinami výskumnej vzorky

		Ženy s rakovinovou skúsenosťou	Kontrolná skupina	Z	p (α)
Počet náročných životných situácií	<i>N</i>	219	198	-6,36	<,001***
	<i>X</i>	173,37	248,4		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Medzi najčastejšie uvádzané náročné životné situácie v skupine žien so skúsenosťou s rakovinou prsníka patrili uzavretie manželstva, výrazná zmena vo finančnej situácii, smrť matky, smrť otca, problémy so zamestnávateľom, zmena pracovnej situácie, výrazná zmena v spojení s členmi rodiny, vážna choroba alebo zranenie matky. Kontrolná skupina udala najčastejšie vážnu chorobu alebo zranenie matky, výraznú zmenu vo finančnej situácii, zmenu bydliska, tehotenstvo, výraznú zmenu životných podmienok, uzavretie manželstva, smrť matky a nové zamestnanie.

Respondentky zažili aj iné náročné životné situácie, ktoré v rámci dotazníka neboli uvedené, ale mali možnosť doplniť ich. Patrili medzi ne rozpory v rodine, rozvod rodičov, spoločný život s manželom, manžel – gambler, problémy s deťmi, choroba dieťaťa, smrť dieťaťa, pôrod, nadváha a problémy s hmotnosťou, nový partner, noví priatelia, zrada.

Napríklad v štúdií Golden-Kreutz et al. (2005) uvádzali respondentky najčastejšie smrť alebo vážnu chorobu, finančné ťažkosti a rozvod alebo rozchod. V štúdií E. Maunsella et al. (2001) to bola závažná choroba alebo úraz u respondentky alebo jej manžela, úmrtie člena rodiny alebo blízkeho priateľa, odchod detí z domova, problémy s konzumáciou alkoholu u rodinného príslušníka a zmena bydliska. C. L. Cooper a E. B. Faragher (1993) v tomto kontexte tvrdia, že najviac „škodlivé“ situácie sú tie, nad ktorými majú ľudia najmenšiu kontrolu, ako napríklad smrť alebo vážna choroba v rodine.

Jednou z oblastí, ktorej bola venovaná pozornosť, bolo obdobie vzniku náročných životných situácií. Bližšie o tom pojednáva Tab. 5. Poukazuje na počet mesiacov pred manifestáciou choroby, kedy sa náročná situácia vyskytla u jednotlivých podskupín výskumnej vzorky. Priemerne sa jedná o 5 rokov pred manifestáciou choroby u respondentiek s rakovinovou skúsenosťou.

Tab. 5 Vznik náročných životných situácií pred manifestáciou onkologickej choroby

	<i>N</i>	<i>x (mes.)</i>
Pacientky v prebiehajúcej liečbe	110	71
Pacientky po ukončení liečby	58	80
Recidivujúce pacientky	51	40

Nasledujúca časť je zameraná na zisťovanie súvislostí medzi vybranými premennými a manifestáciou onkologickej choroby. Skúmaná bola súvislosť medzi náročnými životnými situáciami, konkrétne ich počtom, obdobím vzniku pred manifestáciou choroby a hodnotením ich vplyvu a manifestáciou choroby. Medzi počtom prežitých náročných životných situácií a manifestáciou choroby sa nepreukázala štatisticky významná súvislosť. Rôzne štúdie často poukazujú na konfliktné výsledky. Úlohou kolektívu O. Helgessona et al. (2003) bolo opísať úlohu náročných životných situácií ako prediktora následnej diagnózy rakoviny prsníka u 1 462 švédskych žien. Ženy, u ktorých zaznamenali skúsenosť minimálne s 1 náročnou životnou situáciou počas piatich rokov pred prvým vyšetrením, vykazovali dvojnásobne vyššiu mieru rizika vzniku rakoviny prsníka v porovnaní so ženami, ktoré neuviedli ani jednu situáciu. A. R. Wyler, M. Masuda a T. H. Holmes (1970) pri štúdiu súvislosti medzi množstvom náročných životných situácií a závažnosťou choroby u 232 náhodne vybraných respondentov, už v roku 1970 dospeli k záveru, že čím viac situácií človek prežil, tým závažnejšia bola vzniknutá choroba. Na rozdiel od týchto výsledkov dospeli J. R. Jacobs a G. B. Bovasso (2000) k zisteniu, že životné situácie neboli spojené so zvýšeným rizikom vzniku rakoviny prsníka.

V autorskom výskume bola významná súvislosť nameraná medzi obdobím vzniku náročných životných situácií a manifestáciou choroby a tiež medzi subjektívnym hodnotením vplyvu životných situácií a manifestáciou choroby. Toto zistenie naznačuje, že ako dôležité pri vzniku onkologickej choroby sa nejaví počet zažitých situácií, ale práve ich vplyv a obdobie, kedy nastali. Čím je situácia skoršia a čím viac je hodnotená ako negatívna, tým vyššie je riziko manifestácie rakoviny prsníka. V súvislosti s obdobím vzniku náročných životných situácií sa preukázalo, že riziko rakoviny prsníka silne koreluje so situáciami, ktoré sa vyskytli v priebehu 11 rokov pred diagnózou (Lillberg et al. 2003).

Tab. 6 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi obdobím vzniku náročných životných situácií, hodnotením ich vplyvu a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Obdobie vzniku náročnej životnej situácie	<i>r</i>	-,308
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Subjektívne hodnotenie vplyvu životných situácií	<i>r</i>	-,133
	<i>p</i> (α)	,007**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

V rámci náročných životných situácií rozlišovali A. B. Kornblith et al. (2001) vo svojom výskume tzv. patogénnu triádu. Išlo o:

1. vplyv osudových negatívnych situácií (smrť partnera/manžela, smrť blízkeho člena rodiny, smrť blízkeho priateľa, vážne zranenie alebo choroba blízkeho priateľa, vážna choroba alebo zranenie blízkeho člena rodiny, zmena v spojení s členmi rodiny, potrat, smrť dieťaťa),
2. vplyv osobnej choroby alebo úrazu,
3. vplyv straty sociálnej opory (rozvod, odlúčenie od manžela/partnera, rozchod s partnerom, strata zamestnania, odchod do dôchodku, odchod detí z domova, uväznenie, prvé opustenie domova).

Pre potreby autorského výskumu bol vplyv vážnej osobnej choroby alebo úrazu z dotazníka vylúčený. Respondentky by tak mohli označiť vznik rakoviny za náročnú životnú situáciu. V tom prípade by došlo k nesprávnej interpretácii výsledkov výskumu a využívané copingové stratégie by sa mohli viazať k zvládaniu onkologickej choroby a nie k zvládaniu náročných životných situácií, ktoré vznikli pred manifestáciou choroby. V rámci uvedených náročných životných situácií sme navyše rozlišovali situácie, ktoré súviseli so zamestnaním a financiami (zmena pracovnej situácie, problémy so zamestnávateľom, strata zamestnania, nové zamestnanie, zmena vo finančnej situácii, uzatvorenie hypotéky alebo úveru, pôžička). Na tieto zmeny poukazuje Obr. 5.

Obr. 5 „Patogénna triáda“



V životoch respondentiek sa priemerne vyskytovalo 5 životných situácií z tzv. patogénnej triády. Až 86% respondentiek výskumnej vzorky (z toho 91% žien s rakovinovou skúsenosťou a 80% z kontrolnej skupiny) uviedlo, že zažili situáciu začlenenú do tzv. patogénnej triády a z nich až 90% uvádza jej negatívny vplyv (92% onkologických pacientok, 88% respondentiek z kontrolnej skupiny). Priemerné celkové hodnotenie náročných situácií v rámci tzv. patogénnej triády dosahovalo vo výskumnej vzorke hodnotu -3, čo znamená, že vplyv týchto situácií hodnotili respondentky ako extrémne negatívny.

Tab. 7 oboznamuje s rozdielmi v počte vyskytujúcich sa náročných životných situácií v rámci tzv. patogénnej triády na základe Mann-Whitneyho U testu. Vysoko signifikantné rozdiely sa preukázali v zložke osudové negatívne situácie medzi ženami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou, pričom u žien v rámci kontrolnej skupiny bol zaznamenaný vyšší počet osudových negatívnych situácií. Štatisticky významné rozdiely sa preukázali tiež v počte situácií, ktoré súvisia so zamestnaním a financiami medzi onkologickými pacientkami, u ktorých sa tieto situácie vyskytli vo väčšej miere, a kontrolnou skupinou.

Tab. 7 Mann-Whitney U test – rozdiely v počte situácií z tzv. patogénnej triády medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou

		Ženy s rakovinovou skúsenosťou	Kontrolná skupina	Z	p (α)
Osudové negatívne situácie	<i>N</i>	219	198	-3,705	<,000***
	<i>X</i>	188,52	231,66		
Strata sociálnej opory	<i>N</i>	219	198	-1,225	,22
	<i>X</i>	215,43	201,89		
Situácie súvisiace so zamestnaním a financiami	<i>N</i>	219	198	-2,332	,02*
	<i>X</i>	221,5	195,17		
Patogénna triáda celkovo	<i>N</i>	219	198	-,946	,344
	<i>X</i>	203,72	214,84		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

V celkovom počte životných situácií v rámci tzv. patogénnej triády sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou, avšak v Tab. 7 si aj napriek tomu možno všimnúť, že respondentky z kontrolnej skupiny uvádzali viac prežitých situácií z tzv. patogénnej triády.

Ako významné hľadisko sa tiež preukázal druh zažitej situácie, pričom vychádzame zo zistení prezentovaných v Tab. 8 a Tab. 9. Medzi počtom osudových negatívnych situácií a manifestáciou onkologickej choroby sa prejavila negatívna, veľmi vysoko signifikantná súvislosť. S manifestáciou rakoviny tiež významne korelujú situácie súvisiace so zamestnaním a financiami, čím je ich počet vyšší, tým je vyššie riziko manifestácie onkologickej choroby. Celkovo však počet situácií v rámci patogénnej triády štatisticky významne nekoreloval s manifestáciou onkologickej choroby.

Tab. 8 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi počtom situácií v rámci tzv. patogénnej triády a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Osudové negatívne situácie	<i>r</i>	-,182
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Strata sociálnej opory	<i>r</i>	,060
	<i>p</i> (α)	,221
Situácie súvisiace so zamestnaním a financiami	<i>r</i>	,114
	<i>p</i> (α)	,020*
Patogénna triáda	<i>r</i>	-,046
	<i>p</i> (α)	,345

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Tab. 9 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi obdobím vzniku náročných situácií v rámci tzv. patogénnej triády a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Osudové negatívne situácie	<i>r</i>	-,311
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Strata sociálnej opory	<i>r</i>	-,235
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Situácie súvisiace so zamestnaním a financiami	<i>r</i>	-,243
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Patogénna triáda	<i>r</i>	-,326
	<i>p</i> (α)	< ,001***

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Medzi obdobím vzniku náročných situácií z tzv. patogénnej triády a manifestáciou rakoviny prsníka bola nameraná vysoko signifikantná súvislosť. Táto súvislosť sa preukázala v každej oblasti tejto triády, ako aj v rámci celkovej patogénnej triády. Čím skôr pred manifestáciou choroby tieto situácie nastali, tým je vyššie riziko manifestácie onkologickej choroby.

Negatívna signifikantná súvislosť bola nameraná medzi subjektívnym hodnotením osudových negatívnych situácií a manifestáciou onkologickej choroby, čo znamená, že čím viac je hodnotenie vplyvu týchto situácií negatívne, tým je vyššie riziko manifestácie rakoviny. Rovnako negatívna, no veľmi vysoko signifikantná súvislosť sa preukázala medzi hodnotením situácií súvisiacich so zamestnaním a financiami a manifestáciou rakoviny, ako aj medzi hodnotením situácií v rámci celej patogénnej triády a manifestáciou choroby. Zaujímavým zistením bolo, že sa v rámci korelačných súvislostí nepotvrdila štatisticky významná súvislosť či už medzi počtom alebo hodnotením vplyvu situácií klasifikovaných ako strata sociálnej opory. Na túto premennú poukazuje množstvo výskumov ako na dôležitú v oblasti manifestácie choroby.

Tab. 10 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi hodnotením vplyvu situácií v rámci tzv. patogénnej triády a manifestáciou onkologickej choroby

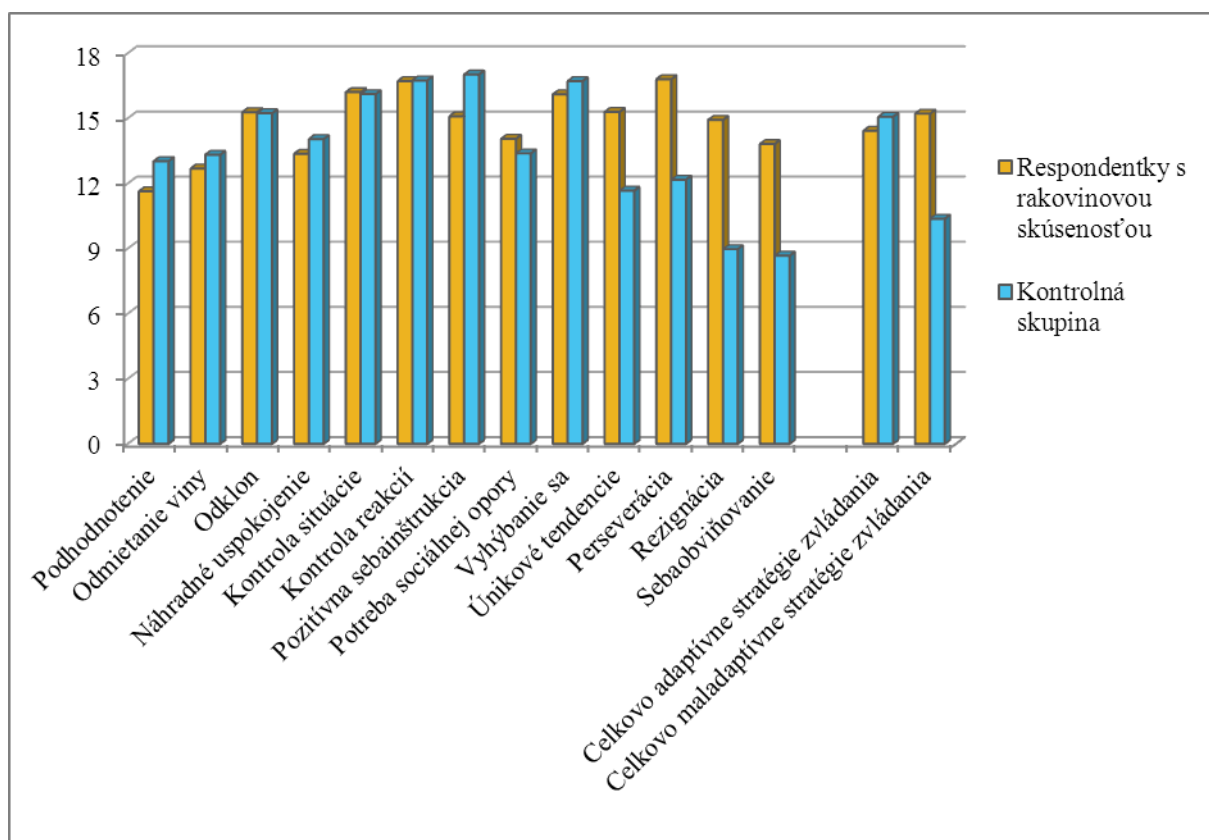
		Manifestácia rakoviny prsníka
Osudové negatívne situácie	<i>r</i>	-,129
	<i>p (α)</i>	,008**
Strata sociálnej opory	<i>r</i>	-,033
	<i>p (α)</i>	,503
Situácie súvisiace so zamestnaním a financiami	<i>r</i>	-,197
	<i>p (α)</i>	< ,001***
Patogénna triáda	<i>r</i>	-,203
	<i>p (α)</i>	< ,001***

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

5. 4. 2 Stratégie zvládania náročných životných situácií

Človek sa neustále ocitá v záťažových situáciách, ktoré musí zvládať. Tento spôsob správania sa preto stal častým predmetom výskumov, avšak od roku 1967, kedy bol samotný pojem „coping“ prvýkrát použitý, tento záujem výrazne narastá (Snyder, Dinoff 1999). Výskumy zaoberajúce sa danou problematikou sú zamerané na rôzne cieľové skupiny. Výskumy uskutočnené vo vzťahu ku onkologickej chorobe sa sústreďia na rôzne oblasti v rámci danej problematiky. Môže ísť o stratégie zvládania využívané u pacientov s rôznymi druhmi rakoviny, u ich rodinných príslušníkov a rodinných opatrovateľov (Grbich, Parker, Maddocks 2001), zdravotných pracovníkov, ktorí s onkologickými pacientmi pracujú (Isikhan, Comez, Danis 2004), ako aj u rodičov detí s rakovinou (Goldbeck 2001). Pozornosť v našom prípade smerovala na oblasť stratégií zvládania záťaže využívaných pri zvládaní náročných životných situácií u onkologických pacientok s rakovinou prsníka a kontrolnej skupiny žien.

Graf 2 Využívané copingové stratégie



Graf 2 poukazuje na využívanie jednotlivých copingových stratégií, ako aj na využívanie celkovo adaptívnych a maladaptívnych stratégií pri zvládaní náročných životných situácií na základe dosiahnutého priemerného hrubého skóre, pričom rozlišujeme copingové stratégie využívané medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou.

U respondentiek s vlastnou skúsenosťou s rakovinou prsníka sa najčastejšie vyskytovalo využívanie perseverácie ($X = 16,8$), kontroly reakcií ($X = 16,71$), kontroly situácie ($X = 16,2$), vyhýbania sa ($X = 16,1$) a únikových tendencií ($X = 15,29$) pri zvládaní náročných životných situácií. V kontrolnej skupine to boli stratégie pozitívne sebainstrukcie ($X = 17,01$), kontrola reakcií ($X = 16,74$), vyhýbanie sa ($X = 16,71$), kontrola situácie ($X = 16,11$) a odklon ($X = 15,23$). Ženy s rakovinovou skúsenosťou najmenej inklinovali k podhodnoteniu ($X = 11,63$), odmietaniu viny ($X = 12,68$) a náhradnému uspokojeniu ($X = 13,36$), v kontrolnej skupine využívali respondentky najmenej sebaobviňovanie ($X = 8,67$), rezignáciu ($X = 8,97$) a únikové tendencie ($X = 11,66$).

Z grafu je čitateľné, že respondentky s rakovinovou skúsenosťou vo väčšej miere využívajú pri zvládaní náročných životných situácií maladaptívne copingové stratégie. Dané tvrdenie bolo overené aj prostredníctvom indukčných štatistických metód, pričom sme sa venovali možným rozdielom vo využívaní copingových stratégií medzi jednotlivými skupinami a podskupinami výskumnej vzorky.

Tab. 11 Mann-Whitney U test – rozdiely vo využívaní jednotlivých stratégií zvládania medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou

		Ženy s rakovinovou skúsenosťou	Kontrolná skupina	Z	p (α)
Podhodnotenie	<i>N</i>	219	198	-3,04	,002**
	<i>X</i>	192	227,81		
Odmietanie viny	<i>N</i>	219	198	-1,337	,181
	<i>X</i>	201,52	217,28		
Odklon	<i>N</i>	219	198	-,14	,889
	<i>X</i>	208,22	209,87		
Náhradné uspokojenie	<i>N</i>	219	198	-1,268	,205
	<i>X</i>	201,91	216,84		
Kontrola situácie	<i>N</i>	219	198	-,525	,599
	<i>X</i>	206,07	212,24		
Kontrola reakcií	<i>N</i>	219	198	-,6	,548
	<i>X</i>	205,65	212,7		
Pozitívne sebainštrukcie	<i>N</i>	219	198	-4,393	<,001***
	<i>X</i>	184,04	235,69		
Potreba sociálnej opory	<i>N</i>	219	198	-1,619	,105
	<i>X</i>	218,07	198,97		
Vyhýbanie sa	<i>N</i>	219	198	-1,839	,066
	<i>X</i>	198,73	220,36		
Únikové tendencie	<i>N</i>	219	198	-7,766	<,001***
	<i>X</i>	252,46	160,93		
Perseverácia	<i>N</i>	219	198	-8,259	<,001***
	<i>X</i>	255,28	157,82		
Rezignácia	<i>N</i>	219	198	-10,195	<,001***
	<i>X</i>	266,04	145,91		
Sebaobviňovanie	<i>N</i>	219	198	-8,128	<,001***
	<i>X</i>	254,52	158,65		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

Medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a respondentkami tvoriacimi kontrolnú skupinu sa preukázali štatisticky významné rozdiely vo využívaní jednotlivých stratégií zvládania náročných životných situácií. V rámci konkrétnych stratégií patriacich do skupiny adaptívnych copingových stratégií, sa preukázali štatisticky významné rozdiely vo využívaní podhodnotenia a pozitívnych sebainštrukcií pri zvládaní náročných situácií. Respondentky v

rámci kontrolnej skupiny využívajú tieto stratégie vo väčšej miere v porovnaní so ženami s rakovinovou skúsenosťou. Na základe týchto zistení usudzujeme, že zdravé ženy majú tendenciu znižovať dôležitosť vzniknutej situácie, podhodnocujú vlastné reakcie na záťaž, prípadne ich hodnotia priaznivejšie, v záťažovej situácii si dodávajú odvalu, prisudzujú si kompetenciu a schopnosť vydržať. Tieto zistenia potvrdzujú aj preukázané vysoko významné rozdiely vo využívaní stratégie rezignácia medzi ženami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou. K tejto stratégii významne častejšie inklinujú respondentky s rakovinovou skúsenosťou, ktorá predstavuje protipól pozitívnej sebainštrukcie. Onkologické pacientky majú pocit bezmocnosti a beznádeje nielen vo vzťahu k danej záťažovej situácii, ale aj k vlastnej možnosti a schopnosti situáciu zvládnuť. Vysoko významné rozdiely medzi respondentkami s onkologickou skúsenosťou a kontrolnou skupinou sa tiež preukázali vo využívaní stratégií únikové tendencie, perseverácia a sebaobviňovanie. Onkologicky choré pacientky tieto stratégie využívajú významne častejšie, čo znamená, že majú tendenciu zo záťažovej situácie uniknúť, avšak myšlienkovy sa od nej nedokážu odpútať, situáciu si stále dookola premietajú a predstavy o nej sa stále vnucujú. Vznik situácie preberajú na seba ako výsledok vlastného chybného jednania.

Tab. 12 Mann-Whitney U test – rozdiely vo využívaní copingových stratégií medzi respondentkami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou

		Ženy s rakovinovou skúsenosťou	Kontrolná skupina	Z	p (α)
Adaptívne stratégie	<i>N</i>	219	198	-2,745	,006**
	<i>X</i>	193,6	226,03		
Stratégie podhodnotenia a devalvácie viny	<i>N</i>	219	198	-3,35	,001**
	<i>X</i>	190,17	229,82		
Stratégie odklonu	<i>N</i>	219	198	-,472	,637
	<i>X</i>	206,35	211,93		
Stratégie kontroly	<i>N</i>	219	198	-2,728	,006**
	<i>X</i>	193,26	225,44		
Maladaptívne stratégie	<i>N</i>	219	198	-10,153	<,001***
	<i>X</i>	265,94	146,03		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Zaoberali sme sa tiež zisťovaním rozdielov vo využívaní celkovo adaptívnych a maladaptívnych stratégií zvládania medzi skupinami výskumnej vzorky. Aj napriek tomu, že samostatne sa významné rozdiely v rámci adaptívnych stratégií preukázali len vo využívaní stratégie podhodnotenie a pozitívne sebainštrukcie, celkovo však respondentky tvoriace kontrolnú skupinu preukázali častejšie využívanie adaptívnych copingových stratégií. Naopak, respondentky s rakovinovou skúsenosťou využívali viac maladaptívne stratégie zvládania náročných životných situácií.

Q. Dai et al. (2017) publikovali výsledky realizovaného výskumu, v rámci ktorého skúmali náročné životné situácie, stratégie zvládania záťaže a sociálnu oporu ako možné prediktory rakoviny prsníka. Tieto premenné porovnávali medzi onkologicky chorými pacientkami a kontrolnou skupinou. Štatisticky významné rozdiely sa medzi onkologickými pacientkami a kontrolnou skupinou preukázali vo využívaní pozitívneho a negatívneho copingu. Pacientky inklinovali k využívaniu negatívnych stratégií zvládania záťaže vo väčšej miere ako ženy v rámci kontrolnej skupiny. Tie naopak využívali viac pozitívne copingové stratégie. Autori dospeli k záverom, že náročné životné situácie a negatívne zvládanie záťaže možno považovať za prediktory rakoviny prsníka.

Ako už bolo spomenuté, výsledky poukazujú na skutočnosť, že respondentky s rakovinovou skúsenosťou využívajú maladaptívny coping vo väčšej miere v porovnaní s kontrolnou skupinou. Medzi jednotlivými podskupinami respondentiek s rakovinovou skúsenosťou sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely vo využívaní adaptívnych alebo maladaptívnych copingových stratégií, napriek tomu v Tab. 13 možno badať isté rozdiely v ich využívaní, ktoré však nemožno zovšeobecniť na celú populáciu.

Tab. 13 Kruskal-Wallisov test – rozdiely vo využívaní adaptívnych a maladaptívnych copingových stratégií medzi podskupinami výskumnej vzorky

		Onkologické pacientky v prebiehajúcej liečbe	Onkologické pacientky po ukončenej liečbe	Recidivujúce onkologické pacientky	χ^2	p (α)
Adaptívne stratégie	<i>N</i>	110	58	51	,717	,699
	<i>X</i>	106,7	115,27	111,13		
Maladaptívne stratégie	<i>N</i>	110	58	51	3,236	,198
	<i>X</i>	114,8	97,21	114,21		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

Tab. 14 Kruskal-Wallisov test – rozdiely vo využívaní vybraných stratégií zvládania medzi podskupinami výskumnej vzorky

		Onkologické pacientky v prebiehajúcej liečbe	Onkologické pacientky po ukončenej liečbe	Recidivujúce onkologické pacientky	χ^2	p (α)
Potreba sociálnej opory	<i>N</i>	110	58	51	9,432	,009**
	<i>X</i>	119,11	88,34	114,98		
Sebaobviňovanie	<i>N</i>	110	58	51	6,207	,045*
	<i>X</i>	117,6	92,53	113,47		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Z dôvodu lepšej prehľadnosti sú v Tab. 14 uvádzané výlučne tie stratégie, v ktorých sa preukázali štatisticky významné rozdiely. Tieto rozdiely sa preukázali v potrebe sociálnej opory medzi onkologickými pacientkami v prebiehajúcej liečbe, pacientkami po ukončení liečby a recidivujúcimi pacientkami. Pacientky v prebiehajúcej liečbe vykazovali najväčšiu mieru potreby sociálnej opory, čo môže na jednej strane znamenať aktívne hľadanie opory pri zvládaní záťažových situácií, na strane druhej však môže byť prejavom rezignácie. Najmenej túto stratégiu využívali recidivujúce onkologické pacientky. V rámci výskumu boli rovnako preukázané štatisticky významné rozdiely v stratégii sebaobviňovanie medzi jednotlivými podskupinami. Častejšie využívanie danej stratégie u respondentiek v liečbe poukazuje na hľadanie príčin vzniku náročných životných situácií vo vlastnom jednaní hodnotenom ako chybné.

Štatisticky významné rozdiely vo využívaní adaptívnych alebo maladaptívnych stratégií zvládania sa nepreukázali z hľadiska rozdelenia výskumnej vzorky na základe veku, rodinného stavu, bydliska, vzdelania, množstva uvedených náročných životných situácií, uvedeného obdobia ich vzniku, dĺžky trvania choroby, doby ukončenia liečby a ani doby, po ktorej nastala recidíva choroby. Medzi týmito sociodemografickými faktormi či zdravotnými charakteristikami a využívaním maladaptívnych a adaptívnych stratégií zvládania sa nepreukázala štatisticky významná súvislosť. Na výber copingových stratégií majú pravdepodobne vplyv iné faktory, ktorých skúmanie by mohlo byť predmetom realizácie ďalších výskumov.

Na základe štatistického spracovania, ktoré zobrazuje Tab. 15, je možné konštatovať, že medzi využitím maladaptívnych stratégií zvládania záťaže a manifestáciou onkologickej choroby je veľmi vysoko významná, stredne silná súvislosť. Čím viac je pri zvládaní

využívaný maladaptívny coping, tým je vyššie riziko manifestácie onkologickej choroby. Naopak, čím viac sú využívané adaptívne stratégie zvládania, tým je riziko manifestácie rakoviny prsníka nižšie, o čom vypovedá negatívna, slabá korelačná súvislosť medzi týmito premennými.

Tab. 15 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi využitím copingových stratégií a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Maladaptívne stratégie	<i>r</i>	,498
	<i>p</i> (α)	< ,001***
Adaptívne stratégie	<i>r</i>	-,135
	<i>p</i> (α)	,006**
Stratégie podhodnotenia a devalvácie viny	<i>r</i>	-,165
	<i>p</i> (α)	,001***
Stratégie odklonu	<i>r</i>	-,023
	<i>p</i> (α)	,637
Stratégie kontroly	<i>r</i>	-,134
	<i>p</i> (α)	,006**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

V prípade zamerania sa na jednotlivé stratégie zvládania, štatisticky významná súvislosť sa potvrdila v rámci adaptívnych stratégií len medzi využitím stratégie podhodnotenie a stratégie pozitívne sebainstrukcie a manifestáciou onkologickej choroby. V oboch prípadoch sa preukázala ich negatívna súvislosť s manifestáciou choroby. Medzi využitím únikovej tendencie, perseverácie, rezignácie, sebaobviňovania, teda všetkých copingových stratégií patriacich do skupiny maladaptívnych stratégií a manifestáciou onkologickej choroby sa preukázala štatisticky veľmi významná súvislosť, stredne tesná, v prípade rezignácie dokonca silná korelačná súvislosť.

Tab. 16 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi využitím jednotlivých copingových stratégií a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Podhodnotenie	<i>r</i>	-,149
	<i>p (α)</i>	,002**
Odmietanie viny	<i>r</i>	-,066
	<i>p (α)</i>	,181
Odklon	<i>r</i>	-,007
	<i>p (α)</i>	,889
Náhradné uspokojenie	<i>r</i>	-,062
	<i>p (α)</i>	,205
Kontrola situácie	<i>r</i>	-,026
	<i>p (α)</i>	,600
Kontrola reakcií	<i>r</i>	-,029
	<i>p (α)</i>	,549
Pozitívne sebainštrukcie	<i>r</i>	-,216
	<i>p (α)</i>	< ,001***
Potreba sociálnej opory	<i>r</i>	,079
	<i>p (α)</i>	,105
Vyhybanie sa	<i>r</i>	-,090
	<i>p (α)</i>	,066
Úniková tendencia	<i>r</i>	,381
	<i>p (α)</i>	< ,001***
Perseverácia	<i>r</i>	,405
	<i>p (α)</i>	< ,001***
Rezignácia	<i>r</i>	,500
	<i>p (α)</i>	< ,001***
Sebaobviňovanie	<i>r</i>	,399
	<i>p (α)</i>	< ,001***

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

C. C. Chen et al. (1995) rovnako svoju pozornosť upriamili na pacientky s rakovinou prsníka. V súvislosti s rozvojom tejto choroby sledovali viacero faktorov, medzi ktorými bol vek respondentiek, ich zdravotné charakteristiky, fajčenie, užívanie alkoholu, menopauzálny stav, stratégie zvládania záťaže, náročné životné situácie, osobnostné charakteristiky. Päť z uvedených faktorov sa ukázalo ako predisponujúce k vzniku rakoviny prsníka. Bolo to fajčenie, menopauzálny stav, náročné životné situácie, ktoré boli hodnotené ako veľké alebo mierne hrozby, stratégie konfrontácie a stratégie zamerané na problém. Výsledky poukazujú na významnú súvislosť medzi náročnými životnými situáciami a vývojom rakoviny prsníka a tiež na to, že spôsob, ako sa ženy vyrovnávajú so záťažou, môže ovplyvniť riziko rakoviny prsníka. Autori sa snažili objasniť súvislosť medzi stratégiami zvládania a manifestáciou rakoviny prsníka. Výsledky výskumu podporujú túto súvislosť, ale len u žien, ktoré čelili vážnej životnej situácii. B. Garssen (2004) tvrdí, že vplyv náročných životných situácií je zanedbateľný, ak je skúmaný izolovane. Na manifestáciu rakoviny môže mať vplyv, avšak s interakciou s inými faktormi, ako je sociálna opora a štýl zvládania záťaže.

5. 4. 3 Naratívne rozhovory

Nasledujúca časť ponúka koncízne zhrnutie realizovaných naratívnych rozhovorov, pričom naratívnym impulzom pre začiatok rozhovoru bola otázka: Aký bol Váš život do stanovenia onkologickej diagnózy? Pri interpretácii boli použité pseudonymy za účelom zachovania anonymity respondentiek.

RESPONDENTKA 1

Respondentka mala v čase rozhovoru 42 rokov. Po prvotnej otázke okamžite začala rozprávať o svojom detstve. Mala naň pekné spomienky. *„Keď som bola malá, nič mi nechýbalo.“* Možno tu však postrehnúť akúsi ľútosť, že tomu už tak v súčasnosti nie je. *„Rodičia mi venovali všetku pozornosť sveta.“* Pravdepodobne aj kvôli tomu, že respondentka súrodencia počas celého rozhovoru nespomenula. *„Mala som všetko, na čo som si len spomenula. Otecko mi splnil všetky sny.“* Respondentka tu začína dlhé rozprávanie o „oteckovi“. Spomína na mnoho vyrobených hračiek, výletov, spoločných aktivít a zážitkov. Cítiť silné puto, ktoré pretrvalo, aj keď respondentka vyrástla a dospela. Naďalej spolu trávili veľa času a navzájom si pomáhali. Keď mala respondentka 24 rokov, otec nečakane zomrel. Stalo sa to v období, keď sa odsťahovala po ukončení vysokoškolského štúdia. Podľa vlastných slov sa s otcovou smrťou nevedela zmieriť, dlho na to myslela. *„Vlastne... tými myšlienkami sa trápim dodnes.“*

Obviňovala sa za to, že pri otcovi nebola v danej chvíli. „*Prečo som pri ňom nebola? Azda bolo niečo dôležitejšie?*“ Na chvíľu sa odmlčuje. Môžeme tu zachytiť využitie perseverácie a sebaobviňovania pri zvládaní záťažovej situácie. V rozprávaní pokračuje slovami „*nemala som sa s kým o smútok podeliť*“. Matka si po troch rokoch od otcovej smrti „*našla náhradu. Otecka rýchlo nahradila*“. Otčima neoslovuje menom, vôbec si s ním nerozumie. Keď mala 30 rokov, respondentke bola diagnostikovaná rakovina prsníka. O chorobe viac nerozpráva. Rozhovor ukončuje týmito vetami: „*Neviem, čím som si to zaslúžila, ale možno sa tak skôr stretnem s oteckom. Aj po malých úspechoch sa rakovina vracia. Opustil ma partner. Nezvládal to. On to nezvládal. A čo mám povedať ja.*“

RESPONDENTKA 2

Druhá respondentka začala rozprávanie slovami: „*Volám sa Marta, mám 53 rokov a som onkologická pacientka.*“ Prvé symptómy choroby sa objavili pred pár rokmi, avšak pani Marta nerada chodievala k lekárom. Dôvodom však bolo skôr to, že si v živote nikdy nič negatívne nepripúšťala. Rodina ju však prinútila ísť k lekárovi. Všeobecný lekár sa domnieval, že je to len vplyvom stresu. Pravdou bolo, že už dlhšie obdobie zažívala stresujúce obdobie v práci. „*Trvalo to hádam aj niekoľko rokov.*“ V podniku, ktorý ju zamestnával, nastali finančné problémy. Zamestnanci sa báli o svoje miesta. V napätí bola dlhé obdobie. Pani Martu nakoniec preradili na iné oddelenie s novým nadriadeným, s ktorým si nerozumeli. Do práce chodila s bolesťami žalúdka. Zamestnávateľ vyžadoval absolvovanie mamografického vyšetrenie prsníka. „*Dnes viem, že mamografia nie je vhodná pre ženy, ktoré majú malé prsia. Prsník mi zoštíkli.*“ Po pretrvávajúcich nevoľnostiach a únave sa na svojho lekára obrátila znova. Nastali komplexné vyšetrenia, po ktorých nastalo stanovenie diagnózy rakoviny prsníka. „*Po rokoch sa na tom zoštíknutom prsníku objavil nádor, žijem s ním 4 a pol roka.*“ Radosť jej v tomto období prinášajú len dve vnučky.

RESPONDENTKA 3

Paula sa z rakoviny dostala, žije „*sama*“ s manželom vo „*veľkom prázdnom dome*“. Spolu sú už 19 rokov. Zoznámili sa na vysokej škole. Po prvej spoločnej schôdzke vedela, že Róbert bude jej manžel. Trávil spolu krásne chvíle, po čase sa zoznámila s jeho priateľmi a rodinou. Všetko bolo perfektné, prišla žiadosť o ruku a nádherná veľká svadba. Presne taká, akú si predstavovala, keď bola malé dieťa. Ona ako princezná v bielych šatách, popri jej boku muž

jej života a tí najbližší ľudia. Po svadbe si mladomanželia zobrali hypotéku a kúpili nový byt. Róbert mal finančne dobre ohodnotené zamestnanie, Paula pracovala ako učiteľka v materskej škôlke. Pocit finančného zabezpečenia ako aj neustály kontakt s deťmi Paulu nútil premýšľať nad vlastným dieťaťom. „*Stať sa rodičmi sme stále posúvali na neskôr. Kvôli Robkovi. On sa na to necítil.*“ Paula aj napriek spokojnosti v manželstve začala mať pocit stagnácie. Róbert nakoniec súhlasil, Paula v 29. rokoch otehotnela, byt predali a začali stavať dom. „*Všetko sme si budovali sami a spolu.*“ Pracovať kvôli rizikovému tehotenstvu prestala. Paula však potratila. „*Nikdy nezabudnem na ten pocit obrovskej bolesti a bezmocnosti. Takéto chvíle menia život.*“ Dieťa doteraz nemajú a ich vzťah ochladol. Paula obviňovala seba, obviňovala Róberta. Po tom, čo sa stalo, sa už nemohla vrátiť späť do práce a venovať sa deťom. Inú prácu však odmietala. Finančne si pohoršili. „*Potom prišla ďalšia správa. Rakovina prsníka. S jednou tragédiou som sa nevyrovnala a prišla ďalšia. Život nemôže byť dokonalý.*“ Boj nad chorobou zvládla, liečba je momentálne ukončená. Často však premýšľa nad možným návratom choroby a obáva sa prežiť to všetko znova. „*Manžel je pri mne asi len fyzicky, ľutuje ma. Ako inak môže vnímať ženu s rakovinou. Ved' to robím sama.*“

RESPONDENTKA 4

Poslednou respondentkou bola Monika. Spomína na detstvo a na otca, ktorý bol neustále opitý. Rozpráva o kúdoloch dymu vyfajčených cigariet, ktoré lietali v obývačke. „*Bolo to zlé. S otcom alkoholikom a tyranom sme zažívali tie typické situácie ako z veľkej knihy. So sestrou sme si zažili strašné veci.*“ To ju prinútilo v dospelosti zdravo žiť, zdravo sa stravovať a športovať. Naučila sa na seba tvrdo pracovať, aby raz mohla svojim deťom ponúknuť iné a zdravé zázemie. Monika sa stala úspešnou fitness trénerkou. Po všetkých úspechoch prišiel veľký pád. „*Do môjho života vstúpila rakovina. Bola som veľmi slabá. Ba vykonávať niektoré bežné veci bolo pre mňa náročné. Silná žena sa premenila na slabú a chorú.*“ Monika zo začiatku liečby schudla a veľmi sa vyčerpala. V liečbe naďalej pokračuje. Zvládnuť to jej pomáha viera. „*Narodila som sa do ateistickej rodiny. Nevie, či je to Boh, čo som objavila, ale niečo tam je, nejaká nedefinovatelná sila.*“

Z naratívnych rozhovorov boli identifikované tieto obsahové kategórie: pacientka ako sociálna rola (n=7), sociálna opora (n=6), copingové stratégie (n=21), náročné životné situácie

(n=17), dôvody vzniku choroby (n=6), priebeh choroby (n=4), detstvo (n=10), rodina (n=14), štúdium (n=5), zamestnanie (n=9).

Využili sme konštantnú komparáciu zameranú na hľadanie podobností (Švaříček a kol. 2007) v rámci realizovaných naratívnych rozhovorov a dospeli sme k spoločným črtám, ktorými sa obsahy naratívnych rozhovorov vyznačovali.

PACIENTKA AKO SOCIÁLNA ROLA

Medzi spoločné črty týchto rozhovorov radíme rolu pacientky ako prijatú novú sociálnu rolu. Respondentky prežívajú nové situácie, ktorá nastali diagnostikovaním rakoviny prsníka a samy seba vnímajú v prvom rade ako pacientku. Dokazujú to výroky ako „*Volám sa Marta, mám 53 rokov a som onkologická pacientka.*“, „*Ako inak môže vnímať ženu s rakovinou.*“, „... *som sa premenila na slabú a chorú*“. Choroba narúša zaužívané funkcie a roly, zasahuje do ich plnení, dominuje práve rola pacientky.

VOĽBA ZAČIATKU PRÍBEHU

Za dôležité považujeme výber začiatku naratívneho príbehu. Na základe naratívneho impulzu bolo týchto možností mnoho. Keď sa vrátíme k obsahom príbehov, pozorovať možno, že dve z respondentiek začali rozprávať o svojom detstve. V jednom prípade bolo detstvo pekné, plné pozitívnych spomienok, ktoré respondentka prepojila s neskoršou smrťou otca, ktorá ju zasiahla. V druhom prípade bolo plné trápenia, nepríjemných zážitkov, ktoré sú spojené s osobou otca. Ďalšie dve respondentky začali identifikáciou svojej osoby ako onkologickej pacientky a aktuálne vyliečenej onkologickej pacientky, pričom do rozprávania zaraďujú situácie predchádzajúce diagnostikovaniu choroby, a to symptómy choroby a neochotu ísť k lekárovi, problémy v zamestnaní a osamelosť. Spomenuté situácie sú preto považované za kľúčové a dominujúce v životoch respondentiek, či už sa jedná o stanovenie diagnózy rakoviny prsníka alebo situácie, ktoré vznikli bezprostredne skôr.

NÁROČNÉ ŽIVOTNÉ SITUÁCIE

Aj napriek tomu, že respondentky zaručene v rozhovoroch neobsiahli celý svoj život, ale spomenuli len najdôležitejšie situácie, v ich životoch sa vyskytli náročné životné situácie. Jednalo sa o smrť otca, potrat, nového člena v rodine, uzavretie manželstva, rozchod, alkohol

v rodine, zmenu bydliska, problémy v zamestnaní, stratu zamestnania, osobný úspech, hypotéku, diagnózu rakoviny.

STRATÉGIE ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE

Respondentky v kontexte rozprávania priamo či nepriamo poukázali na využívanie copingových stratégií pri zvládaní náročných životných situácií. Poukazujeme na využívanie sebaobviňovania, ale aj odmietanie viny a obviňovania iných, perseverácie, rezignácie spojené s pocitmi bezmocnosti a beznádeje, potreby sociálnej opory, kontroly situácie, objavuje sa domnienka o vlastnom výbornom zdraví. Vyskytuje sa aj religiozita a spiritualita, ale táto stratégia sa spája so zvládaním už vzniknutej choroby.

Prostredníctvom naratívnych rozhovorov sme mohli hlbšie preskúmať oblasť života onkologicky chorých pacientok s diagnózou rakoviny prsníka pred manifestáciou tejto choroby. V konečnom dôsledku sa potvrdili zistenia z kvantitatívne orientovanej empirickej časti, ku ktorým patrí existencia náročných životných situácií v životoch onkologických pacientok a využitie maladaptívnych copingových stratégií pri ich zvládaní. Obr. 6 poukazuje na kosťu schémy, ktorá vychádza z analýzy naratívnych rozhovorov.

Obr. 6 Schéma vyplývajúca z analýzy naratívnych rozhovorov

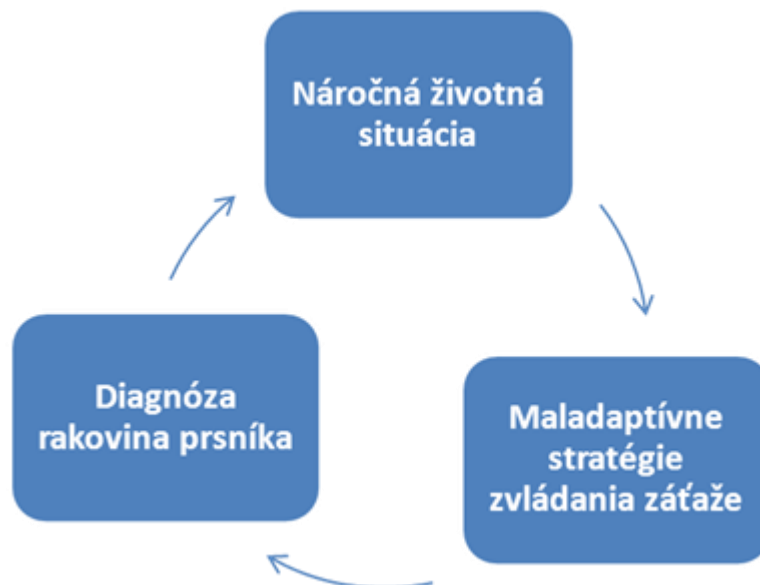


Schéma upozorňuje na existenciu náročných situácií v životoch onkologických pacientok s diagnózou rakoviny prsníka. Pri zvládaní týchto situácií sú využívané maladaptívne copingové stratégie. Na základe realizovaného kvalitatívneho výskumu, ale nevynímajúc ani jeho kvantitatívne orientovanú časť, možno konštatovať, že práve maladaptívne zvládanie náročných životných situácií má súvislosť s manifestáciou rakoviny prsníka. Samotná choroba však tiež predstavuje náročnú životnú situáciu a možná je pravdepodobnosť využitia maladaptívneho copingu pri jej zvládaní na základe predchádzajúcich vzorov realizovaného zvládania záťaže.

Ako významné sa môžu javiť aj iné copingové stratégie, ktoré využitý dotazník neumožňoval zachytiť. Jednou z takýchto stratégií je aj religiozita a spiritualita. Priam nevyhnutná je však diferenciacia medzi zvládaním záťaže, ktorá predchádzala manifestácii onkologickej choroby a zvládaním už samotnej choroby. Domnievame sa, že tieto stratégie využívajú onkologické pacientky vo väčšej miere až v súvislosti so zvládaním svojej choroby. Pojednáva o tom aj výrok jednej z pacientok vyrastajúcej v ateistickej rodine, ktorej práve viera, ktorú objavila až s príchodom onkologickej diagnózy, pomáha zvládať záťaž spojenú s chorobou. Aj v súvislosti s tým v ďalšej časti prinášame návrhy pre prax.

5. 4. 4 Návrhy pre prax

V slovenských podmienkach nielenže pozícia onkologického sociálneho pracovníka nie je etablovaná, obrovskú medzeru vidíme rovnako v oblasti výskumu v rámci problematiky onkologickej choroby. V porovnaní so zahraničnými výskumami sme len na začiatku, aj napriek snahám viacerých autoriek (Balogová, Kočišová, Mesárošová, Šiňanská, Žiaková). V kontexte danej situácie, teoretických poznatkov a výsledkov realizovaného výskumu upozorňujeme na nasledovné návrhy pre prax.

Opäť zdôrazňujeme „C-systém zvládania“. Tento spôsob zvládania záťaže je špecifický pre onkologických pacientov. V empirickej časti sme zistili, že onkologicky choré pacientky s diagnózou rakoviny prsníka využívajú viac maladaptívny spôsob zvládania záťaže. Konkrétne sa vyznačujú neschopnosťou myšlienkovy sa od situácie odpútať, usilujú sa zamedziť ďalšej konfrontácii s podobnou situáciou, získať kontrolu nad záťažovou situáciou, snažia sa, aby prípadné vzniknuté rozrušenie na sebe nedali poznať. Často rezignujú, využívajú únik a odklon od situácie, vzdávajú sa s pocitmi bezmocnosti a beznádeje. Svoje možnosti záťaž zvládať považujú za nedostatočné, prípadne ich vznik prisudzujú vlastnému chybnému jednaniu. Dané zistenia korešpondujú s charakteristikou „C-systému zvládania“ vo viacerých

ohľadoch (napr. snaha vyhýbať sa konfliktom, nevyjadrovať negatívne emócie, vonkajší dojem spokojnosti, bezmocnosť a beznádej, sebaobetovanie v zmysle prevzatia zodpovednosti za vznik náročnej životnej situácie).

Nakoľko existujúce metodiky nedokážu obsiahnuť všetky aspekty a charakteristiky „C-systému zvládania“, v kontexte toho odporúčame a navrhujeme vytvorenie metodiky zameranej na jeho zisťovanie. Metodika by zároveň rešpektovala modálnu osobnosť vychádzajúcu z našej kultúry, nakoľko pri porovnávaní výsledkov autorského výskumu s výskumami realizovanými v rôznych iných krajinách sa preukázali rozdiely vo využívaní copingových stratégií pri zvládaní záťaže, na čo môžu mať vplyv práve kultúrne rozdiely.

V kontexte ďalšieho výskumu navrhujeme upriamiť sa na denné starosti a využívanie copingové stratégie pri ich zvládaní. Tiež sa vo väčšej miere zamerať na onkologické pacientky navštevujúce svojpomocné alebo podporné skupiny a zisťovanie sociálnej opory a jej vplyv na výber stratégií zvládania záťaže. Ako tvrdí B. Garssen (2004), vplyv náročných životných situácií je zanedbateľný, ak je skúmaný izolovane. Na manifestáciu rakoviny môže mať vplyv, avšak s interakciou s inými faktormi, ako je sociálna opora a štýl zvládania záťaže. V kontexte copingových stratégií by bolo vhodné ďalší výskum rozšíriť o rozmanitejšie stratégie zvládania záťaže, medzi ktoré by sme zaradili napr. už spomínanú religiozitu a spiritualitu, humor či užívanie návykových látok.

Ako sme sa už zmienili, pozícia onkologického sociálneho pracovníka v zahraničí funguje a je veľmi oceňovaná. Aj napriek tomu, že priestor na jeho uplatnenie nielenže existuje, ale jeho pôsobenie je nevyhnutné aj v našich podmienkach, táto funkcia tu nie je etablovaná. Preto navrhujeme implementáciu onkologickej sociálnej práce v rámci Zákona č. 448/2008 Z. z. (Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov) a zároveň presné vymedzenie kompetencií onkologického sociálneho pracovníka a jeho spôsobilostí pre výkon profesie, ktorým sme sa venovali v predchádzajúcich častiach.

Súčasná situácia, rozvoj poznatkov o onkologickej chorobe a potrebách onkologicky chorých pacientov si vyžadujú, aby v rámci onkologickej problematiky pôsobili sociálni pracovníci. Je faktom, že sa menšie krajiny, ako aj Slovensko, inšpirujú ekonomicky vyspelejšími a invenčnými krajinami v rôznych fungujúcich oblastiach. Čas inšpirovať sa fungujúcou onkologickou sociálnou prácou nastal. V zahraničí sa odohrali dramatické zmeny v poskytovaní starostlivosti o pacienta, ktorých vznik ovplyvnili zistenia, že chronické choroby sú determinované mnohými faktormi. V Spojených štátoch sa už v štyridsiatych rokoch 20.

storočia stalo poskytovanie služieb sociálnej práce v nemocniciach podmienkou ich akreditácie (2000). Spolu s lekármi a zdravotnými sestrami boli sociálni pracovníci prví, ktorí sa venovali psychosociálnym problémom onkologických pacientov a ich rodín. V „prednej línii“ pokračovali v klinickej starostlivosti ako dôležití výskumní pracovníci v psychoonkológii. Vyštudovaní sociálni pracovníci sa stali súčasťou štandardov praxe v nemocniciach (2002) a v súčasnosti sú kľúčovým členom ošetrovateľského tímu.

Okrem iného z daného vyplýva potreba vytvorenia a akreditácie onkologickej sociálnej práce ako nového študijného odboru na univerzitách, čo musí predchádzať praktickej onkologickej sociálnej práci. Budúci onkologickí sociálni pracovníci by prostredníctvom toho mali dostať teoretické vedomosti a špecializovanú prax. Podľa AOSW (2012) musia mať onkologickí sociálni pracovníci informácie o onkologických chorobách, ich priebehu a liečbe, ich dôsledkoch pre jednotlivcov ako aj ich rodiny, dostupných komunitných či vládnych zdrojoch.

Jedným zo štandardov praxe v onkologickej sociálnej práci je aj poskytovanie služieb rizikovým skupinám obyvateľstva (AOSW 2012). Preventívne programy realizované po celom svete sa zameriavajú predovšetkým na zmenu životného štýlu jednotlivcov, redukciu telesnej hmotnosti, zníženie užívania alkoholu, drog a tabaku, posilnenie pravidelnej fyzickej aktivity, absolvovania skríningu a mamografie.

4. vydanie Európskeho kódexu proti rakovine (Schüz et al. 2015) hovorí o predpoklade zníženia rakovinového zaťaženia spoločnosti o polovicu v prípade, ak by boli vedecké poznatky o príčinách rozvoja onkologickej choroby preložené do úspešnej prevencie. Obsahuje 12 preventívnych odporúčaní, ktoré sa však týkajú výlučne životného štýlu.

Obr. 7 Spôsoby ako znížiť riziko vzniku rakoviny podľa Európskeho kódexu proti rakovine (Schüz et al. 2015)

1. Nefajčite. Neužívajte tabak v žiadnej forme.
2. Zo svojho domova spravte nefajčiarske prostredie. Podporujte nefajčiarske opatrenia na pracovisku.
3. Udržujte si zdravú telesnú hmotnosť. Obmedzte čas strávený sedením.
4. Vykonávajte denne nejakú telesnú činnosť so značným výdajom energie.
5. Zdravo sa stravujte. Jedzte veľa celozrnných potravín, strukovín, zeleniny a ovocia, obmedzte vysokokalorické potraviny, vyhýbajte sa sladeným nápojom, mäsovým výrobkom, obmedzte spotrebu červeného mäsa a potravín s vysokým obsahom soli.
6. Ak pijete akýkoľvek druh alkoholu, obmedzte jeho množstvo. V rámci prevencie rakoviny je lepšie alkohol nepiť.
7. Nevystavujte sa nadmernému slnečnému žiareniu. Zvlášť dôležité je chrániť deti a dospievajúcich. Tí, ktorí majú sklon sa na slnku rýchlo spáliť, musia sa chrániť počas celého života. Nepoužívajte soláriá.
8. Na pracovisku sa chráňte pred rakovinotvornými látkami dodržiavaním pokynov bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.
9. Zistite, či ste doma vystavení silnému prírodnému žiareniu z radónu. Postarajte sa o to, aby sa nadmerné hodnoty žiarenia znížili.
10. Dojčenie znižuje riziko výskytu rakoviny u matky. Ak je to možné, dojčite. Obmedzte používanie substitučnej hormonálnej terapie.
11. Zabezpečte, aby sa vaše deti zúčastnili na programe očkovania proti hepatitíde typu B a ľudskému papilomavírusu.
12. Zúčastňujte sa na organizovaných programoch skríningu rakoviny.

Na základe výsledkov autorského výskumu v tejto súvislosti navrhujeme realizáciu preventívnych programov zameraných na využívanie adaptívnych stratégií zvládania záťaže u žien. Za vhodnú považujeme ciele prípravu smerujúcu k prehĺbeniu sociálnej kompetencie adaptívne zvládať rôzne náročné životné situácie. Zamerané by boli tiež na uvedomenie si možných ziskov a strát, znižovanie negatívnych dôsledkov maladaptívneho spôsobu zvládania, rozvoj ochranných faktorov a na tomto základe prijatie adaptívneho spôsobu zvládania záťaže. Onkologická sociálna práca je pritom v zahraničí zameraná na podporu čo najlepšieho využitia systému zdravotnej starostlivosti pre pacienta, optimálneho rozvoja stratégií zvládania a mobilizácie komunitných zdrojov (Fobair et al. 2009). Preventívne aktivity zamerané na využitie adaptívnych stratégií zvládania náročných životných situácií by bolo potrebné realizovať počas rôznych vývinových období človeka v zmysle prípravy na reálny život. Jednalo by sa o preventívne aktivity realizované zážitkovou formou, ako aj prostredníctvom sociálno-psychologických výcvikov.

Niektorí psychológovia, ako M. Bratská (2005) nepovažujú zvládanie za stabilnú osobnostnú črtu. Dokonca aj A. Ellis (in: Šlosár 2015) sa domnieva, že správanie človeka je ovplyvnené významom, ktorý situáciám prikladá. Na rovnaké situácie preto ľudia reagujú rôzne, čo uvedený autor vysvetľuje ako výsledok výchovy. „Dysfunkčné myšlienky nepodporujú riešenie problémov a neschopnosť nájsť riešenie posilňuje dysfunkčné myslenie“ (Šlosár 2015, s. 15). Preventívne programy je preto potrebné zamerať na viaceré zložky sociálneho systému. Do procesu zapojiť celé rodiny, rodičov, učiteľov, inštitúcie poskytujúce voľnočasové aktivity, nakoľko všetky spomenuté zložky sa podieľajú na výchove.

Na Slovensku absentuje komplexný pohľad na onkologického pacienta a onkologickú chorobu. V tomto kontexte v prvom rade zdôrazňujeme významné miesto osvetu v oblasti prevencie. K účinným prostriedkom patrí oboznamovanie verejnosti prostredníctvom rôznych informačných nástrojov o rizikových faktoroch onkologickej choroby. Rakovina v mnohých prípadoch nie je výsledkom genetiky a na jej vzniku sa nepodieľajú len biologické faktory. Ľudia by mali začať vnímať túto chorobu ako integrálny celok, na ktorý majú vplyv biopsychosociálne aspekty.

Na druhej strane v rámci tejto komplexnosti poukazujeme na neexistenciu aktuálnych štatistických údajov týkajúcich sa onkologických pacientov. Národný onkologický register SR neaktualizoval údaje od roku 2008. Pre ďalšie výskumy realizované v oblasti onkológie a tiež rozvoj onkologickej sociálnej práce sú takéto informácie dôležité a je nevyhnutné ich obnoviť.

Odporúčame bohatšie využitie naratívnej analýzy v kontexte výskumu zameraného na onkologických pacientov. Nielenže umožňuje retrospektívny pohľad na ich život, prípadne konkrétne oblasti záujmu, ale umožňuje objasniť sporné body existujúce v dotazníkoch. Využitý dotazník SVF 78 zachytáva aj tzv. singulárne stratégie zvládania záťaže, potrebu sociálnej opory a vyhýbanie sa, ktoré môžu byť v rôznych situáciách vyhodnotené ako adaptívne, ale rovnako aj maladaptívne copingové stratégie. Z naratívnej analýzy je možné v celom kontexte rozprávania odhaliť, akú povahu majú využité stratégie zvládania, ktorých využitie tak bude čitateľnejšie.

Pri práci s onkologicky chorými pacientmi ako cieľovými skupinami sociálnej práce možno využiť mnohé metódy sociálnej práce. Cez poradenstvo, už spomínanú prevenciu, intervenciu, rôzne terapeutické postupy, socioterapiu a resocializáciu. Sociálny pracovník môže vystupovať ako poskytovateľ sociálnych služieb či zdroj sociálnej opory. Dôležité je, aby onkologický sociálny pracovník bol prítomný vo všetkých dôležitých etapách života

onkologických pacientov. Poznanie konkrétnych rizikových faktorov a copingových stratégií používaných v rôznych fázach života onkologických pacientov, rovnako aj v etape pred manifestáciou choroby, môže postaviť vedomostnú základňu pre budúce kroky v praxi. Integrácia náuky správnych stratégií zvládania do procesu komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov by sa stala míľnikom.

Záver

V monografii sme sa zamerali na prepojenie dvoch konceptov, náročných životných situácií, ktoré sa vyskytujú v anamnéze onkologických pacientov a copingových stratégií zvládania týchto situácií.

Vychádzali sme pri tom z teoretických vymedzení onkologickej choroby a spomínaných konceptov. Poskytujeme prehľad teoretických prístupov ku onkologickej chorobe, jej vzniku a priebehu. Kľúčovým sa pre nás stal biopsychosociálny prístup, v kontexte ktorého objasňujeme onkologickú chorobu, holisticky pristupujeme k jej vzniku, dôsledkom, ktoré spôsobuje, ku onkologicky chorému pacientovi, potrebe onkologického sociálneho pracovníka, ale aj realizovanému výskumu.

Podľa literatúry je pre onkologicky chorých pacientov špecifický práve spôsob zvládania záťaže. V monografii sa v rámci realizovaného výskumu tieto tvrdenia potvrdili. Onkologicky choré pacientky s diagnózou rakoviny prsníka využívajú, v porovnaní so zdravými ženami, vo väčšej miere stratégie zvládania záťaže definované ako maladaptívne. V najväčšej miere majú tendenciu využívať perseveráciu, kontrolu reakcií a situácie, vyhýbanie sa, únikové tendencie, odklon, rezignáciu, sebaobviňovanie.

Jednou z charakteristík sociálnej práce je aj jej dynamická povaha a nutnosť reagovať na zmeny v spoločnosti. Počet a pozícia onkologicky chorých pacientov tieto zmeny v spoločnosti vyvoláva. Vyspelé krajiny na ne priniesli odpoveď formou praktickej onkologickej sociálnej práce. Jej kolískou je USA a v súčasnosti tam má vyše storočnú tradíciu. Cieľová skupina, a teda aj priestor pre uplatnenie onkologického sociálneho pracovníka v našich podmienkach jednoznačne existuje. V onkologickej praxi môže sociálny pracovník plniť viacero funkcií, poskytovať celú škálu služieb, využívať pri tom mnohé metódy sociálnej práce. Dôležité je, aby onkologický sociálny pracovník bol prítomný vo všetkých dôležitých etapách života onkologických pacientov. Stávať je potrebné na poznaní konkrétnych copingových stratégií používaných v rôznych fázach života onkologických pacientov ako ich rizikového správania a implementovať tieto poznatky do procesu komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov.

Zoznam bibliografických odkazov

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009. *Co by ste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ALBERY, I. P., and M. MUNAFÓ, 2008. *Key Concepts in Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd. ISBN 978-1-4129-1932-6.

AMIR, Z. et al., 2012. The Meaning of Cancer. Implications for Family Finances and Consequent Impact on Lifestyle, Activities, Roles and Relationship. *Psycho-Oncology*. **21**(11), 1167-1174. ISSN 1099-1611.

ANDRÁŠIOVÁ, M., 2008 Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. **1**(2), 77-79. ISSN 1337-6893.

ANGELOVIČOVÁ, K. a E. MÁTHEOVÁ, 2012. Špecifiká psychického prežívania u pacienta s diagnózou nádorového ochorenia na klinike urológie. In: M. CHALUPOVÁ, M. IŠTOŇOVÁ a M. JUDIČÁKOVÁ. *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 94-101. ISBN 978-80-555-0512-1.

ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

AOSW, 2012. *Oncology Social Work Standards of Practise* [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.aosw.org/professional-development/standards-of-practice/>

BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIÁKOVÁ, 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. *Sociální práce / Sociálna práca*. **15**(1), 48-65. ISSN 1213-6204.

BALOGOVIČOVÁ, B., 2017. Naratívny prístup. In: B. BALOGOVIČOVÁ a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, s. 67. ISBN 978-80-8152-483-7.

BALOGOVIČOVÁ, B. a J. LEVICKÁ, 2010. Sociálna práca s pozostalými. *Sociální práce / Sociálna práca*. **10**(2), 96-101. ISSN 1213-6204.

BAŠTECKÁ, B. a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

- BAYEROVÁ, M., 2006. Senior a choroba, kvalita či nekvalita života. In: J. KREDÁTUS a B. BALOGOVÁ. *Psychosociálne a zdravotné aspekty nekvality života. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 13. septembra 2005 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 78-82. ISBN 80-8068-453-7.
- BENCOVA, V., A. MRAZOVA, and J. SVEC, 2010. Psychosocial Morbidity – an Unfilled Gap in the Undergraduate Courses of Medicine and Nursing. *Clinical Social Work*. **1**(1-2), 38-47. ISSN 2222-386X.
- BENCOVÁ, V. a I. KRAJČOVIČOVÁ, 2011. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. **4**(3), 110-113. ISSN 1337-6893.
- BLATNÝ, M. a Z. ADAM, 2008. Osobnosť typu C (cancer personality): súčasný stav poznatkov a implikácie pro ďalší výzkum. *Vnitřní lékařství*. **54**(6), 638-645. ISSN 0042-773X.
- BRATSKÁ, M., 2005. Špecifiká mužov a žien vo výskyte, zvládaní a dôsledkoch záťažových situácií a ich miesto v prevencii. In: D. HELLER, J. PROCHÁZKOVÁ, I. SOBOTKOVÁ, ed. *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, s. 1-12. ISBN 80-244-1059-1.
- BRNULA, P. a kol., 2015. *Úvod do teórií sociálnej práce*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89726-36-3.
- BUTOW, P. N. et al., 2000. Epidemiological Evidence for a Relationship between Life Events, Coping Style, and Personality Factors in the Development of Breast Cancer. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. **49**(3), 169-181 [cit. 2016-03-20]. ISSN 0022-3999. Dostupné z: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(00\)00156-2/fulltext](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(00)00156-2/fulltext)
- CIBULA, D. a kol., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2665-6.
- COLMAN, A. M., 2015. *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-965768-1.
- COLEMAN, M. P. et al., 2008. *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic Slovenia. ISBN 978-961-6659-20-8.
- COOPER, C. L., and E. B. FARAGHER, 1993. Psychosocial Stress and Breast Cancer: the Interrelationship between Stress Events, Coping Strategies and Personality. *Psychological Medicine* [online]. **23**, 653-662 [cit. 2017-01-09]. ISSN 1469-8978. Dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/psychosocial-stress-and-breast-cancer-the-interrelationship-between-stress-events-coping-strategies-and-personality/D6A29879>

ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M., M. CHRDLOVÁ a Š. SLAVÍKOVÁ, 2013. Rodina s onkologicky nemocným dospělým. *Sociální práce / Sociálna práca*. **13**(3), 17-19. ISSN 1213-6204.

ČÁP, J. a Z. DYTRYCH, 1968. *Utváření osobnosti životních situačních*. Praha: SPN.

ČERMÁK, I., 2002. Myslet narativně: kvalitativní výzkum „on the road“. In: I. ČERMÁK a M. MIOVSKÝ. *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, s. 11-25. ISBN 80-86620-03-4.

DAI, Q. et al., 2017. Investigation on Life Events, Social Support and Coping Style of Patients with Breast Cancer in Wuhan City, China: A Case-Control Study. *Journal of Medicine and Therapeutics* [online]. **1**(2) [cit. 2017-04-25]. ISSN 2399-9799. Dostupné z: <https://oatext.com/Investigation-on-life-events-social-support-and-coping-style-of-patients-with-breast-cancer-in-Wuhan-city-China-a-case-control-study.php#Article>

DAVIS, C., 2009. *Oncology Social Work Practice in the Care of Breast and Ovarian Cancer Survivors*. New York: Nova Science. ISBN 978-1-60692-594-2.

DOLEJŠ, M., 2010. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2642-6.

DOSTÁLOVÁ, O., 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-040-6.

FALEIDE, A. O., L.B. LIAN a E. K. FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2864-3.

FOBAIR, P. et al., 2009. Historical Threads in the Development of Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology* [online]. **27**(2), 155-215 [cit. 2017-04-14]. ISSN 0734-7332. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664972/>

GANZ, P. A., and E. E. HAHN, 2008. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients with Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. **26**(5), 759-767. ISSN 1527-7755.

GARSSSEN, B., 2004. Psychological Factors and Cancer Development: Evidence after 30 Years of Research. *Clinical Psychology Review* [online]. **24**(3), 315-338 [cit. 2017-03-28].

- ISSN 0272-7358. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735804000169>
- GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GAVORA, P., 2001. Výskum životného príbehu: učiteľka Adamová. *Pedagogika*. **51**(3), 352-368. ISSN 1338-0982.
- GOLDBECK, L., 2001. Parental Coping with Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity Within Couples, and Quality of Life. *Psycho-Oncology*. **10**(4), 325–335. ISSN 1099-1611.
- GOLDEN-KREUTZ, D. M. et al., 2005. Traumatic Stress, Perceived Global Stress, and Life Events: Prospectively Predicting Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Health Psychology* [online]. **24**(3), 288-296 [cit. 2017-03-02]. ISSN 1930-7810. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151211/>
- GRBICH, C., D. PARKER, and I. MADDOCKS, 2001. The Emotions and Coping Strategies of Caregivers of Family Members with Terminal Cancer. *Journal of Palliative Care*. **17**(1), 30–36. ISSN 1096-6218.
- GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-305-9.
- GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HAJDU, S. I., 2011. A Note from History: Landmarks in History of Cancer, Part 1. *Cancer* [online]. **117**(5), 1097-1102 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25553/pdf>
- HEDLUND, S., 2015. Oncology Social Work: Past, Present, and Future. In: G. CHRIST, C. MESSNER, and L. BEHAR. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. New York: Oxford University Press, pp. 9-14. ISBN 978-0-19994-192-6.
- HELGESSION, O. et al., 2003. Self-Reported Stress Levels Predict Subsequent Breast Cancer in a Cohort of Swedish Women. *European Journal of Cancer Prevention*. **12**(5), 377-381. ISSN 0959-8278.
- HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.

- HEWSTONE, M. a W. STROEBE, 2006. *Sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.
- HOLLAND, J. C., 2015. *Psycho-Oncology*. 3 ed. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-936331.
- HOLLSTEIN-BRINKMANN, H., 2001. *Sociálna práca a systémové teórie*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 80-88908-78-7.
- HOSÁK, L. a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
- HUNTER, B., 2004. *Staying Alive: Life-Changing Strategies for Surviving Cancer*. Colorado: WaterBrook Press. ISBN 978-1-57856-132-2.
- CHEN, C. C. et al., 1995. Adverse Life Events and Breast Cancer: Case-Control Study. *British Medical Journal* [online]. **311**(7019), 1527-1530 [cit. 2017-03-05]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548223/pdf/bmj00622-0017.pdf>
- IARC. *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* [online]. [cit. 2016-09-14]. Dostupné z: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx
- ISIKHAN, V., T. COMEZ and M. Z. DANIS, 2004. Job Stress and Coping Strategies in Health Care Professionals Working with Cancer Patients. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. **8**(3), 234–244 [cit. 2017-04-09]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <https://docs.google.com/file/d/0B0Sc9-SH2L3edUtUWE0wMGIUWGVvYVFkTmJaMS1kQQ/view>
- IŠTVÁNOVÁ, L. a ŽIAKOVÁ, E., 2015. Onkologicky chorí pacienti ako klienti sociálnej práce. *Prohuman* [online]. [cit. 2016-09-10]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/onkologicky-chori-pacienti-ako-klienti-socialnej-prace>
- JACOBS, J. R., and G. B. BOVASSO, 2000. Early and Chronic Stress and Their Relation to Breast Cancer. *Psychological Medicine* [online]. **30**(3), 669-678 [cit. 2017-02-15]. ISSN 1469-8978. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Gregory_Bovasso/publication/12434836_Early_and_chronic_stress_and_their_relation_to_breast_cancer_In_Process_Citation/links/0c960535700d161c38000000.pdf

- JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ, 2003. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum. ISBN 80-86471-24-1.
- KAPLAN, R. M., J. F. SALLIS Jr. a T. L. PATTERSON, 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 80-08-00332-4.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. Well-being jako psychologický a zároveň medziodborově založený pojem. *Československá psychologie*. **47**(4), 333-345. ISSN 0009-062X.
- KEIGHER, S. M., 2000. Knowledge Development in Health & Social Work. *Health & Social Work*. **25**(1), 3-8. ISSN 0360-7283.
- KENNEDY, V., 2015. Practice Settings: Where Oncology Social Workers Work. In: G. CHRIST, C. MESSNER, and L. BEHAR. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. New York: Oxford University Press, pp. 687-714. ISBN 978-0-19994-192-6.
- KLIMENT, J., L. PLANK a E. KAVCOVÁ, 2015. *Základy klinickej onkológie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-437-7.
- KLÍMOVÁ, J. a M. FIALOVÁ, 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?: Proč nemoc začíná v hlavě?* Praha: Progressive Consulting. ISBN 978-80-260-8208-8.
- KNIGHT, L., 2015. Oncology Social Work Practice in Hospitals and Cancer Centers. In: G. CHRIST, C. MESSNER, and L. BEHAR. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. New York: Oxford University Press, pp. 693-700. ISBN 978-0-19994-192-6.
- KOCIC, B. et al., 2015. Stressful Life Events and Breast Cancer Risk: a Hospital-Based Case-Control Study. *Journal of B.U.ON.: Official Journal of the Balkan Union of Oncology* [online]. **20**(2), 487-491 [cit. 2017-04-09]. ISSN 2241-6293. Dostupné z: <https://www.jbuon.com/pdfs/17%20-%20Kocic-Stressfull%20life%20events.pdf>
- KOČIŠOVÁ, A., 2012. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých I. *Sociálne a politické analýzy*. **6**(2), 97-182. ISSN 1337-5555.
- KOČIŠOVÁ, A. a T. ŽIAKOVÁ, 2016. Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE*. **4**.

ročník *Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 11-19. ISBN 978-80-8152-405-9.

KONČEKOVÁ, Ľ., 2004. *Patopsychológia*. Prešov: LANA. ISBN 80-9690-534-1.

KORDAČOVÁ, J., 2013. Pozitívna psychológia – nádej pre maladaptívne schémy? *Klinická psychologie a osobnost*. **2**(2), 31-42. ISSN 1805-6393.

KORNBLITH, A. B. et al., 2001. Social Support as a Buffer to the Psychological Impact of Stressful Life Events in Women with Breast Cancer. *Cancer* [online]. **91**(2), 443-454 [cit. 2017-01-23]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(20010115\)91:2%3C443::AID-CNCR1020%3E3.0.CO;2-Z/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(20010115)91:2%3C443::AID-CNCR1020%3E3.0.CO;2-Z/full)

KRIŠTEKOVÁ, I., 2005. Kvalita života onkologického pacienta. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. **3**(4), IV-VII. ISSN 1336-183X.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-2471-370-5.

KUBÍKOVÁ, E., 2001. Etické problémy sociálnej starostlivosti u detí s onkologickými ochoreniami. *Medicínska etika a bioetika*. **8**(3-4), 9-10. ISSN 1335-0560.

KUKUROVÁ, H. a A. KOČIŠOVÁ, 2004. Osobnosť onkologického pacienta (príčiny onkologického ochorenia z psychologického hľadiska). In: I. RUISEL, D. LUPTÁK a M. FALAT. *Sociálne procesy a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, s. 238-240. ISBN 80-88910-16-1.

KUNZOVÁ, Š. a kol., 2014. Chování a zdraví III. Psychosociální faktory, životní styl a komplexní choroby. *Hygiena*. **59**(2), 79-86. ISSN 1802-6281.

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

LAURIA, M. M., 2009. Oncology Social Work. In: T. MIZRAHI, and L. E. DAVIS. *Encyclopedia of Social Work: 4 Volume Set*. Oxford: Oxford University Press, pp. 319-322. ISBN 978-0-19-531036-8.

LEVICKÁ, J., 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: Trnavská univerzita. ISBN 978-80-8907-439-1.

- LEVICKÁ, J. a kol., 2015. *Identita slovenskej sociálnej práce*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS. ISBN 978-80-8082-872-1.
- LILLBERG, K. et al., 2003. Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* [online]. **157**(5), 415-423 [cit. 2017-04-09]. ISSN . Dostupné z: <https://academic.oup.com/aje/article/157/5/415/76660/Stressful-Life-Events-and-Risk-of-Breast-Cancer-in>
- LIPTON, B. H., 2011. *Biologie víry*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-670-9.
- LOVAŠ, L. a J. VÝROST, 1997. *Stratégie správania v náročných životných situáciách*. Košice: SAV.
- MAÇIK, D., M. ZIÓLKOWSKA, and M. KOWALSKA, 2012. Self-Perception of Women after Mastectomy as an Ego Defence Mechanism. Comparison with a Group of Healthy Women. *Contemporary Oncology*. **16**(2), 184-190. ISSN 1428-2526.
- MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MASÁK, L. a E. SIRACKÁ, 2009. *Rakovina a sexualita. Rady pre ženy*. Bratislava: Liga proti rakovine. ISBN 978-80-89201-33-4.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické prístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MATEJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H. ISBN 80-860229-2-7.
- MAUNSELL, E. et al., 2001. Stressful Life Events and Survival After Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine* [online]. **63**(2), 306-315 [cit. 2017-03-09]. ISSN 1534-7796. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.528.9256&rep=rep1&type=pdf>
- MAUSCH, K., 2014. Ryzykowne stany zdrowia w kontekście pracy socjalnej. In: S. LOVAŠOVÁ. *Rizikové správanie v teórii a praxi sociálnej práce*. Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 62-66. ISBN 978-80-8152-212-3.
- MÁTEL, A., 2017. Holistický prístup. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, s. 58. ISBN 978-80-8152-483-7.

- McCORKLE, R. et al., 2011. Self-Management: Enabling and Empowering Patients Living with Cancer as a Chronic Illness. *A Cancer Journal for Clinicians* [online]. **61**(1), 50-62 [cit. 2017-01-12]. ISSN 1542-4863. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20093/full>
- MESÁROŠOVÁ, M. et al., 2007. *Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení*. Košice: VÚSI. ISBN 978-80-89338-009.
- MIN, J., S. YOON, and CH. LEE, 2013. Psychological Resilience Contributes to Low Emotional Distress in Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer* [online]. **21**(9), 2469-2476 [cit. 2016-02-15]. ISSN 1433-7339. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-013-1807-6>
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnícká etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1024-2.
- NEZU, A. M. et al., 2004. *Pomoc pacientům pri zvládaní rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 80-7364-000-7.
- NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- NOVOSAD, L. a M. NOVOSADOVÁ, 2000. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-383-1.
- NYKLÍČEK, I., L. TEMOSHOK, and A. VINGERHOETS, 2004. *Emotional Expression and Health: Advances in Theory, Assessment and Clinical Applications*. Hove and New York: Brunner-Routledge. ISBN 978-1-5839-843-2.
- ORAVCOVÁ, J., 2007. *Kapitoly zo sociálnej psychológie*. Žilina: EDIS. ISBN 978-80-8070-643-2.
- OROSOVÁ, O. a kol., 2007. Rizikové faktory užívania drog dospelievajúcimi. *Československá psychologie*. **51**(1), 32-48. ISSN 009-062X.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- PETERKOVÁ, H. a kol., 2013. Typ C – osobnosť či copingová stratégia? *Psychosom.* **11**(4), 244-256. ISSN 2336-7741.

- PLANTE, T. G., 2001. *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-7169-963-2.
- RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ, 2001. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- RUISELOVÁ, Z. a kol., 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 80-88910-23-4.
- SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A. a T. ŽIAKOVÁ, 2016. Socioterapia ako terapeutická koncepcia pomoci pri zvyšovaní reziliencie onkologicky chorých klientov. *Journal Socioterapie* [online]. 2(1, 2), 32-34 [cit. 2017-02-05]. ISSN 2453-7543. Dostupné z: http://socialnapraca.weebly.com/uploads/5/4/2/4/5424089/journal_socioterapie_1-2_2016.pdf
- SARASON, I. G., and J. H. JOHNSON, 1976. *The Life Experiences Survey: Preliminary Findings*. Washington: Washington University.
- SEEDHOUSE, D., 2001. *Health: The Foundations of Achievement*. 2nd Edition. John Wiley and Sons: New York. ISBN 978-0-471-49011-1.
- SCHÜZ, J. et al., 2015. European Code against Cancer 4th Edition: 12 Ways to Reduce Your Cancer Risk. *Cancer Epidemiology* [online]. 39(S1), S1-S10 [cit. 2017-04-26]. ISSN 1877-7821. Dostupné z: https://cancer-code-europe.iarc.fr/images/doc/1_12ways.pdf
- SIRACKÁ, E., 2003. Práva onkologických pacientov. *Rodinný lekár* [online]. 1 [cit. 2015-12-28]. ISSN 1336-0930. Dostupné z: <http://www.apotheka.sk/article/190/prava-onkologickych-pacientov>
- SKYTTNER, L., 2001. *Generals Systems Theory: Ideas & Application*. London: World Scientific Publishing. ISBN 981-02-4175-5.
- SMUTEK, M., 2013. Systémová teorie. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 37-40. ISBN 978-80-262-0366-7.
- SNYDER, C. R., and B. L. DINOFF, 1999. Coping: Where Have You Been? In: C. R. SNYDER, ed. *Coping: The Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press, pp. 3–19. ISBN 978-0195119343.
- SPEK, N. et al., 2013. Meaning Making in Cancer Survivors: A Focus Group Study. *PLoS ONE* [online]. 8(9), 1-7 [cit. 2016-02-08]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784408/>

SPIEGEL, D., and P. M. KATO, 2000. Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: W. LARBIG, and V. TSCHUSCHKE. *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München: Reinhardt, pp. 111-150. ISBN 978-3-497-01511-5.

STRIEŽENEC, Š., 2006. *Teória a metodológia sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft. ISBN 80-969390-4-1.

ŠIŇANSKÁ, K., 2016. Možnosti a význam onkologickej sociálnej práce – poznatky a skúsenosti z USA. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 25-31. ISBN 978-80-8152-405-9.

ŠIŇANSKÁ, K. a V. ŠANDLOVÁ, 2003. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi. *GRANT journal*. **2**(1), 41-45. ISSN 1805-0638.

ŠIRŮČEK, J., M. ŠIRŮČKOVÁ a P. MACEK, 2007. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*. **51**(5), 476-488. ISSN 009-062X.

ŠLOSÁR, D., 2011. Teórie sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ a kol. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 23-75. ISBN 978-80-7097-870-2.

ŠLOSÁR, D., 2015. Kognitívne a behaviorálne teórie sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ a kol. *Aplikovaná sociálna práca. Od teórie k praxi*. Košice: FF UPJŠ, s. 6-45. ISBN 978-80-8152-333-5.

ŠLOSÁR, D., 2017. Všeobecná teória systémov. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, s. 77-78. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA, 2007. Stres, jeho zvládání, psychologické faktory a imunitní faktory. In: KOLEKTÍV AUTOROV. *Psychologická odolnost' a psychológia zdravia*. Bratislava: MAURO Slovakia s.r.o., s. 27-44. ISBN 978-80-968092-4-0.

ŠPRAH, L., and M. ŠOŠTARIČ, 2004. Psychosocial Coping Strategies in Cancer Patients. *Radiology and Oncology*. **38**(1), 35-42. ISSN 1318-2099.

ŠVARŤÍČEK, R. a kol., 2007. *Kvalitativný výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TALEGHANI, F., Z. P. YEKTA, and A. N. NASRABADI, 2006. Coping with Breast Cancer in Newly Diagnosed Iranian Women. *Journal of Advanced Nursing*. **54**(3), 265-272. ISSN 1365-2648.

TOPINKA, D., 2016. Postoje veřejnosti k domácímu násilí. Jaké inspirace přináší pro sociální práci? *Sociální práce / Sociálna práca*. **16**(6), 7-23. ISSN 1213-6204.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ, 2016. Onkologické ochorenie ako záťaž pre rodinu. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE*. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 60-67. ISBN 978-80-8152-405-9.

TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.

VACKOVÁ, J. a kol., 2012. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-514-5.

VALOVIČOVÁ, E., 2009. *Onkologická výchova pre stredné školy*. 3. vyd. Bratislava: Liga proti rakovine SR. ISBN 978-80-89201-38-9.

VAŠINA, B., 1999. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.

VENDELOVÁ, N., 2004. Možnosti poznávania života ľudí analýzou ich príbehov. In: J. DŽUKA, ed. *Psychologické dimenzie kvality života* [online]. Prešov: Prešovská univerzita, s. 143-151 [cit. 2016-03-10]. ISBN 80-8068-282-8. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dzuka3>

VURM, V. a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.

VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd., aktualizované. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

WEISS, P. a kol., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-24724-92-8.

WILKINSON, R. a M. MARMOT, 2005. *Sociálne determinanty zdravia – Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86625-46-X.

- WOŹNIAK, K. a D. IŻYCKI, 2014. Cancer: a family at risk. *Przegląd Menopauzalny*, **13**(4), 253-261. ISSN 1643-8876.
- WYLER, A. R., M. MASUDA, and T. H. HOLMES, 1970. The Seriousness of Illness Rating Scale: Reproducibility. *Journal of Psychosomatic Research*. **14**(1), 59-64. ISSN 0022-3999.
- ZÁŠKODNÁ, H. a G. BOLKOVÁ, 2012. Zátěžové aspekty onkologického onemocnění a možnosti psychosociální pomoci v rámci sociální práce a svépomocných skupin. *Kontakt*. **14**(4), s. 444-455. ISSN 1212-4117.
- ŽIAKOVÁ, E., 2005a. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov: Akcent Print. ISBN 80-969274-2-6.
- ŽIAKOVÁ, E., 2005b. Stratégie zvládania onkologického ochorenia žien ako možnosť merania ich kvality života. In: A. TOKÁROVÁ, J. KREDÁTUS a V. FRK. *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 49-465. ISBN 80-8068-425-1.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-8068-731-1.
- ŽIAKOVÁ, E., 2016. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 7-10. ISBN 978-80-8152-405-9.
- ŽIAKOVÁ, E. a A. HUDECOVÁ, 2017. Behaviorálna teória. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, s. 52-53. ISBN 978-80-8152-483-7.
- ŽIAKOVÁ, E., A. KOČIŠOVÁ a M. WAGNEROVÁ, 2015. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Acta Chemotherapeutica*. **24**(1-3), 221-226. ISSN 1335-0579.

Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce

Vedecká monografia

Autori:

Mgr. Lucia Tóthová, prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Rok vydania: 2017

Rozsah strán: 91

Rozsah: 4,74 AH

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-8152-524-7