Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta

Výsledky vedeckého výskumu ako inšpirácia pre vznik a rozvoj socioonkológie na Slovensku

ŽIAKOVÁ Eva
TÓTHOVÁ Lucia
ŠIŇANSKÁ Katarína
ŽIAKOVÁ Tatiana
KOČIŠOVÁ Agnesa
SABOLOVÁ FABIANOVÁ Antónia

Košice 2017

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce

VÝSLEDKY VEDECKÉHO VÝSKUMU AKO INŠPIRÁCIA PRE VZNIK A ROZVOJ SOCIOONKOLÓGIE NA SLOVENSKU

ŽIAKOVÁ Eva, TÓTHOVÁ Lucia,
ŠIŇANSKÁ Katarína, ŽIAKOVÁ Tatiana,
KOČIŠOVÁ Agnesa, SABOLOVÁ FABIANOVÁ Antónia

Košice 2017

Táto vedecká 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“*.

Výsledky vedeckého výskumu ako inšpirácia pre vznik a rozvoj socioonkológie na Slovensku
Vedecká monografia

©2017 prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Mgr. Lucia Tóthová, PhD.,
PhDr. Katarína Šiňanská, PhD., Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.,
PhDr. Agnesa Kočišová, PhD., Mgr. Antónia Sabolová Fabianová, PhD.
Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove

Vedecká redaktorka:
doc. PhDr. Beáta Gajdošová, PhD.
Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:
doc. PhDr. Beáta Ráczová, PhD.
Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Technická redaktorka:
Mgr. Lucia Tóthová, PhD.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovať, ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.
Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedajú autorky.

ISBN 978-80-8152-576-6

Obsah

1 Stratégie zvládania záťaže u onkologických pacientov a pacientok 7

1.1 Zvládanie náročných životných situácií 9

1.2 Zvládanie choroby ako záťaže 15

2 Salutoprotektívne faktory a sociálna dimenzia kvality života onkologicky chorých. Možnosti sociálnej práce, poradenstva a edukácie pre onkologicky chorých. 21

2.1 Onkologické ochorenia, stres a poznatky zo psychoneuroimunológie 21

2.2 Kvalita života onkologicky chorých a jej dimenzie 22

2.2.1 Koncepcia kvality života podľa WHO 22

2.2.2 Kvalita života onkologicky chorých 24

2.3 Salutoprotektívne faktory a ich význam pri zvládaní onkologických ochorení 27

2.3.1 Salutogenetický prístup ku zdraviu a chorobe 27

2.3.2 Zdravie, stres a efektívne stratégie zvládania onkologických ochorení 31

2.4 Možnosti sociálnej práce, poradenstva a edukácie onkologicky chorých 36

3 Vybrané osobnostné charakteristiky a stratégie zvládania záťaže v súvislosti s prežívanou onkologickou chorobou 43

3.1 Projekt výskumu 43

3.1.1 Východiská výskumu 45

3.1.2 Metodika 46

3.1.3 Výskumná vzorka a organizácia výskumu 46

3.2 Výsledky a interpretácia výskumu 50

3.2.1 Oblasť stratégií zvládania respondentov 50

3.2.2 Oblasť dimenzií osobnostných charakteristík respondentov a respondentiek 55

4 Aktuálne trendy v socioonkológii 59

4.1 Potreba zvyšovania kvality edukácie klientov s onkologickou chorobou v informačnej spoločnosti 59

4.2 Inovatívny prístup k edukácii – elektronické vzdelávanie 61

4.3 Edukatívne aspekty sociálnej práce a socioonkológie 63

4.4 Možnosti využívania výpočtovej techniky v skupine adolescentov s onkologickým ochorením 65

5 Socioterapia ako koncepcia pomoci pri zvyšovaní reziliencie onkologicky chorých pacientov v kontexte socioonkológie 73

5.1 Sociálna opora ako kľúčový a významný faktor reziliencie onkologicky chorých pacientov a pacientok 77

5.2 Využitie socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi za pomoci programu so zameraním na zníženie stresového napätia a zvýšenie reziliencie 84
5.3 Program Stres manažment a tréning relaxácie..... 88
Záver..... 92
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV 94

Úvodné slovo vedúcej riešiteľského kolektívu

Dynamika súčasných zmien spôsobuje, že sa problematika ochrany zdravia súčasného človeka dostáva do nového svetla. Na jednej strane sa ľudský život predlžuje na strane druhej rastie počet nádorových ochorení. Je nesporné, že to súvisí so súčasným spôsobom života a s jeho biologickým aspektom (zlé stravovanie, nedostatok pohybu a pod.), ale aj so samotným emocionálnym a osobnostným prežívaním a charakterom sociálnych vzťahov, spôsobom riešenia záťažových situácií a stresu. Cieľom grantového výskumu ***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,*** *bolo nájsť isté spoločné osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok, výber ich copingových stratégií, ktoré môžu byť významné z hľadiska vzniku onkologického ochorenia. Navrhnúť spôsoby a možnosti využitia základných metód socioterapie ako jednej z najdôležitejších metód sociálnej práce v práci s touto skupinou klientov a klientok, vychádzajúc z poznania ich osobnostných a sociálnych charakteristík.*

Podľa štatistických údajov má incidencia zhubných nádorov v SR v posledných desaťročiach vzostupný trend. Engelov bio-psycho-sociálno-spirituálny model človeka pri onkologických diagnózach predpokladá nutnosť liečebného pôsobenia vo všetkých jeho dimenziách; spolupráca pracovníkov pomáhajúcich profesií vrátane sociálneho pracovníka je bezpodmienečne nutná[1]. V zahraničnej i slovenskej odbornej literatúre sa problematike kvality života a zdravia, psychosociálnym a salutoprotektívnym determinantom zdravia ako i potrebe multidisciplinárneho prístupu k onkologickým ochoreniam doteraz venovali predovšetkým Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke; Nezu et al.; Tschuschke; Payne a kol.;Křivohlavý; Sláma; Antonovsky; Kebza; Kováč; Žiaková; Mesárošová, Ostró et al.; Pelcák; Kočišová [2], ale i mnohí ďalší.

Sociálne väzby každého človeka predstavujú jeden zo základných pilierov jeho života. O to viac to platí u ľudí, ktorí sa dostali do ťažkej životnej situácie, akou je bezosporu onkologické ochorenie. Prostredníctvom interpersonálnych interakcií, vzťahov a väzieb k druhým osobám a ku skupine je totiž jednotlivcovi prístupná sociálna opora, „akýsi sociálny fond, z ktorého je v prípade potreby možné čerpať"[3]. Salutogenetický model zdravia a choroby[4] umožňuje v praxi presnejšie identifikovať a cielene rozvíjať sociálno-psychologické

---

[1] ŽIAKOVÁ, E. Psychosociálne aspekty sociálnej práce.

[2] ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.; NEZU, A. M. et al. Pomoc pacientům pri zvládání rakoviny.; TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.; PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví.; KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci.; KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.; SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných.; ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.; KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví.; KOVÁČ, D. Psychológiou k metanoi.; ŽIAKOVÁ, E. Psychosociálne aspekty sociálnej práce.; ŽIAKOVÁ, E. et al. Osamelosť ako sociálny a psychologický jav.; MESÁROŠOVÁ, N., and A. OSTRÓ. Psychological Responses to Cancer among Female Patients with Malignang and Benign Breast Disease.; PELCÁK, S. Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví.; KOČIŠOVÁ, A. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých.

[3] KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví.

[4] ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.

faktory podporujúce proces uzdravenia. Z pohľadu možností sociálnej práce a poradenstva považujeme za potrebné v rámci edukačných programov v podporných skupinách onkologicky chorých zdôrazňovať význam práve tých faktorov, ktoré majú vzťah k procesom zvládania choroby (význam sociálnej opory, poznanie a posilnenie vlastných zdrojov zvládania, individuálne možnosti zvyšovania subjektívnej kvality života pacienta a pod.).

Z uvedeného vyplýva, že ako príčiny aj liečba onkologického 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. Onkologické ochorenie, ktoré sa prejaví v detstve a adolescencii so sebou prináša určité vývinové špecifiká (napr. citlivosť na svoju osobu, výzor, prežívanie a správanie a pod.). Tieto skutočnosti sú v zahraničí uznané a bežne sa stretávame s pozíciou sociálnych pracovníkov pracujúcich v onkologickej praxi (viď napr. Association of Oncology Social Work, AOSW, USA), dokonca priamo s pozíciou sociálnych pracovníkov pracujúcich v pediatrickej onkologickej praxi (viď napr. Association of Pediatric Oncology Social Workers, APOSW, USA).

U nás je iná situácia. Psychoonkológia už pomaly našla svoje miesto medzi onkológmi aj pacientmi, no sociálna práca má situáciu ťažšiu. ***Ústrednou témou psychoonkológie je skúmanie osobnosti onkologického pacienta a pacientky.*** *Ak chceme dospieť ku takémuto vyčleneniu obsahu práce sociálneho pracovníka, je pravdepodobne najnutnejšie v tejto súvislosti vyčleniť to, čo by malo byť doménou práce sociálneho pracovníka v práci s onkologickým pacientom a pacientkou.* ***Spôsob zvládania ťažkostí****, teda kto a ako berie svoj život a z neho vyplývajúce rôzne životné situácie je práve to, čo je špecifické u onkologicky chorých ľudí. Je zrejmé, že na tom sa zhodne prevažná väčšina odborníkov –Jeho sociálne vzťahy a z toho vyplývajúce konflikty, ich (ne)riešenie, spôsob nazerania na problémy, ktoré privádzajú našich potenciálnych klientov a klientky do situácii, ktoré môžu byť „spúšťačom“ onkologických ochorení by mohlo byť doménou vednej disciplíny, ktorú by sme radi nazvali* ***socioonkológia****. Jej cieľom, náplňou sa budeme venovať v kapitolách tejto monografie. Ako sa nám to podarilo, posúďte sami.*

Eva Žiaková

1 Stratégie zvládania záťaže u onkologických pacientov a pacientok

Vo februári 2014 vydala Svetová zdravotnícka organizácia vyhlásenie o tom, že rakovina sa stala najväčšou príčinou úmrtí na celom svete[5]. Táto choroba predstavuje celosvetový a v súčasnosti i viacrozmerný problém, ktorý nespadá len do oblasti zdravotníctva. Pri jeho riešení má sociálna práca svoje miesto. V zahraničí predstavuje významnú, nepopierateľnú a nezastupiteľnú oblasť v starostlivosti o onkologicky chorých pacientov[6].

Neexistencia jasne definovaných príčin vzniku onkologickej choroby prispieva k jej špecifickému diapazónu. Za pôvod vzniku rakoviny sa už dávno nepovažujú len genetické dispozície, nesprávne stravovanie či fajčenie[7], postupne sa objavovali rôzne spôsoby chápania, ktoré mali vysvetliť pôsobenie rôznych faktorov na vznik a vývoj onkologickej choroby. V ranom veku bola onkologická choroba vnímaná ako forma posadnutosti diablom, trest za hriechy[8], stretávame sa s prístupom, že onkologický pacient vlastne platí za výstredný spôsob života[9]. Neskôr to boli emócie, ktoré mali mať vplyv na zdravotný stav, pozoroval sa vzťah medzi osobnostnými charakteristikami a chorobou[10]. Autori v 19. storočí považovali za rizikové starosti, žiaľ, duševné útrapy, osamelosť a náhle rany osudu[11]. Dnes sa vo veľkej miere zvažuje vplyv psychickej a sociálnej záťaže, ktoré môžu byť spúšťačom choroby. Objavujú sa reflexie o záťaži a jej neefektívnom zvládaní, ktorá môže súvisieť s manifestáciou onkologickej choroby.

V tomto kontexte odborná spisba pojednáva o tzv. behaviorálnej hypotéze, ktorá vysvetľuje vzťahy medzi špecifickými štýlmi zvládania a výsledkom rakoviny[12]. Faleide, Lian a Faleide[13] poukazuje tiež na tzv. „C-systém zvládania záťaže“ („C-coping style“), na ktorý v r. 1985 prvýkrát upozornila americká psychologička Temoshok. Pomerne dlhú dobu bol však tento koncept nesprávne interpretovaný a označovaný ako „osobnosť typu C“ alebo „karcinogénna osobnosť“.

Takáto osobnosť, charakteristická inhibíciou, väčšou zraniteľnosťou[14], depresivitou, nadmernou prispôsobivosťou až obetavosťou za iných ľudí bez vyjadrenia osobných požiadaviek, pocitmi bezmocnosti a beznádeje[15], prázdnotou v medziľudských vzťahoch,

---

[5] STEWART, B. W., and C. P. WILD. World Cancer Report.

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

[7] IŠTVÁNOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Onkologicky chorí pacienti ako klienti sociálnej práce.

[8] MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví.

[9] ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.

[10] ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. Co by ste měli vědět o rakovině prsu.

[11] HAJDU, S. I. A Note from History: Landmarks in History of Cancer, Part 1.

[12] SVENSSON, T. et al. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study.

[13] FALEIDE, A. O., L. B. LIAN a E. K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.

[14] MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.

[15] ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.

prisilným pripútaním k partnerovi a závislosťou na ňom[16], potlačením a vytesnením[17], by mala byť náchylná k zvýšenému riziku vzniku onkologickej choroby, jej rýchlejšiemu progresu a horšej prognóze[18].

Ak by sme však uznali „osobnosť typu C“ za predisponujúcu pre vznik rakoviny, súčasne by to znamenalo, že samotný onkologický pacient či pacientka sú v zmysle svojej osobnosti zodpovední za vznik tejto choroby[19]. Podľa samotnej Temoshok nejde o typ osobnosti, ale o reakciu na záťaž, copingovú stratégiu[20]. Hovoríme o spomínanom „C-systéme zvládania záťaže“, ktorý sa podľa Faleide, Lian a Faleide[21] prejavuje:

- snahou byť záchrancom,
- domnienkou o vlastnom výbornom zdraví,
- snahou vyhýbať sa konfliktom,
- za žiadnu cenu nevyjadrovaním negatívnych emócií,
- nadmernou snahou spolupracovať,
- neistotou,
- snahou podriaďovať sa druhým,
- snahou mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti.

„C-systém zvládania“ ako maladaptívny spôsob zvládania záťaže typický onkologicky chorým pacientom je jedným z možných konceptov, ktorý vplýva na manifestáciu rakoviny. Nemôžeme o ňom ale hovoriť ako o spôsobe zvládania choroby. Rozlišovať, či ide o zvládanie záťaže, ktorá predchádzala manifestácii onkologickej choroby alebo zvládanie samotnej choroby predstavujúcej špecifickú formu záťaže je bezpodmienečné.

Situácia sa častokrát stáva záťažovou na základe samotného charakteru situácie a interpretácie tejto situácie daným jedincom[22]. Ak je záťaž vnímaná ako nadmerná, ktorá si vyžaduje nadlimitné úsilie, začínajú sa aktivizovať procesy zvládania[23]. Jeden z pravdepodobných mechanizmov spájajúci psychosociálne dôsledky a progres onkologickej choroby súvisí práve so záťažou, ktorá môže potláčať funkcie imunity[24]. V tomto zmysle Temoshok[25] upozorňuje na to, že záťaž nie je kritickým faktorom sama o sebe, ale práve to, ako sa s ňou vyrovnávame.

Výskumne sme sa zamerali na dva druhy záťaže z dôvodu diferenciácie medzi:

- zvládaním záťaže pred manifestáciou choroby a
- zvládaním onkologickej choroby ako záťaže.

---

[16] TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
[17] KOHOUTEK, R. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy.
[18] BLATNÝ, M. a Z. ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum.
[19] TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Neefektívne formy zvládania záťaže onkologicky chorých pacientov a pacientok.
[20] PETERKOVÁ, H. et al. Typ C – osobnost či copingovástrategie?
[21] FALEIDE, A. O., L. B. LIAN a E. K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.
[22] ORAVCOVÁ, J. Sociálna psychológia.
[23] MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.
[24] FAGUNDES, CH. P., M. E. LINDGREN, and J. K. KIECOLT-GLASER. Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life.
[25] TEMOSHOK, et al. Unraveling the “Type C” Connection: Is There a Cancer Personality?

1.1 Zvládanie náročných životných situácií

Náročné životné situácie považujeme za významnú záťaž v životoch onkologicky chorých pacientov opierajúc sa o skutočnosť, že mnoho z nich spätne objaví tieto situácie, o ktorých sa domnievajú, že sú zrejme spúšťacím momentom choroby. Jedná sa o situácie, ktoré človeka hlboko zarmútili, šokovali alebo dokonca traumatizovali[26]. Podľa Kukurovej a Kočišovej[27] sa ako psychosociálna záťaž objavujú v anamnéze onkologicky chorých v zmysle nahromadenia ťažko riešiteľných životných situácií, a to najmenej 2 roky pred vznikom choroby a objavením sa jej prvých klinických príznakov. Podľa Butow et al.[28] sa táto voľba časového rámca posudzovania životných situácií najčastejšie pohybuje medzi 2 -5 rokmi, Kebza[29] upozorňuje na 2-3 roky pred manifestáciou vlastnej nádorovej choroby. „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“[30].

V priebehu niekoľkých rokov poukázalo mnoho štúdií[31] na to, že špecifické stratégie zvládania môžu byť spojené s rozvojom diagnózy rakoviny, jej vývojom a prežitím. Ako tvrdí Garssen[32], vplyv náročných životných situácií je však 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.

Na základe spomenutého bol realizovaný výskum[33], ktorý sa usiloval o syntézu náročných životných situácií a copingových stratégií využitých pri ich zvládaní, koncipovanú ako rizikové správanie pacientok s rakovinou prsníka. Zamerané je v ňom výlučne na ženy s diagnózou rakoviny prsníka, nakoľko je veľmi pravdepodobné, že využívanie copingových stratégií je odlišné u mužov a žien a tiež, že rôzne copingové stratégie môžu vyvolať rôzne druhy rakoviny. Hľadať preto univerzálny „C-systém zvládania“ nie je namieste. Potenciálny vplyv môže mať rod, druh rakoviny, tiež vplyv modálnej osobnosti[34], ako aj ďalšie faktory.

---

[26] ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.

[27] KUKUROVÁ, H. a A. KOČIŠOVÁ. Osobnosť onkologického pacienta (príčiny onkologického ochorenia z psychologického hľadiska).

[28] BUTOW, P. N. et al. Epidemiological Evidence for a Relationship between Life Events, Coping Style, and Personality Factors in the Development of Breast Cancer.

[29] KEBZA, V. 2005, In ŽIAKOVÁ, E. a kol. Osamelosť ako sociálny a psychologický jav.

[30] FRANKOVSKÝ, M. 2011, In KOČIŠOVÁ, A. a T. ŽIAKOVÁ. Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení, s. 12-13.

[31] LEHTO, U. S. et al. Baseline Psychosocial Predictors of Survival in Localised Breast Cancer.

CARDENAL, V. et al. Personality, Emotions and Coping Styles: Predictive Value for the Eolution of Cancer Patients.

WATSON, M., J. HOMEWOOD, and J. HAVILAND. Coping Response and Survival in Breast Cancer Patients: A New Analysis.

SVENSSON, T. et al. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study.

[32] GARSSEN, B. Psychological Factors and Cancer Development: Evidence after 30 Years of Research.

[33] TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce.

[34] TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce.

ŽIAKOVÁ, E. a L. TÓTHOVÁ. Modal Personality as a Factor of Selection of Coping Strategies in Oncology Women.

Na overenie týchto predpokladov bola využitá dotazníková batéria pozostávajúca z dotazníka LES (Life Experiences Survey), dotazníka SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen) a časti zloženej z autorských otázok.

Nakoľko onkologické nálezy naznačujú, že kauzálne faktory rakoviny prsníka sa vyskytujú a rozvíjajú 20 rokov alebo dlhšie[35], je významné poznať obdobie vzniku náročných životných situácií a odlišovať neskoršie náročné životné situácie od tých skorších. Zároveň je podstatné zohľadňovať subjektívne vnímanie vplyvu jednotlivých životných situácií, keďže rôzni jedinci môžu rovnakú situáciu hodnotiť inak. V kontexte týchto súvislostí sme sa rozhodli pre voľbu dotazníka LES[36], ktorý bol navrhnutý tak, aby umožnil zistiť, či sa v živote respondentiek vyskytovali náročné životné situácie, kedy nastali a taktiež dáva možnosť vplyv jednotlivých situácii individuálne posúdiť (prostredníctvom 7 bodovej Likertovej škály od -3 = extrémne negatívny po 3 = extrémne pozitívny vplyv).

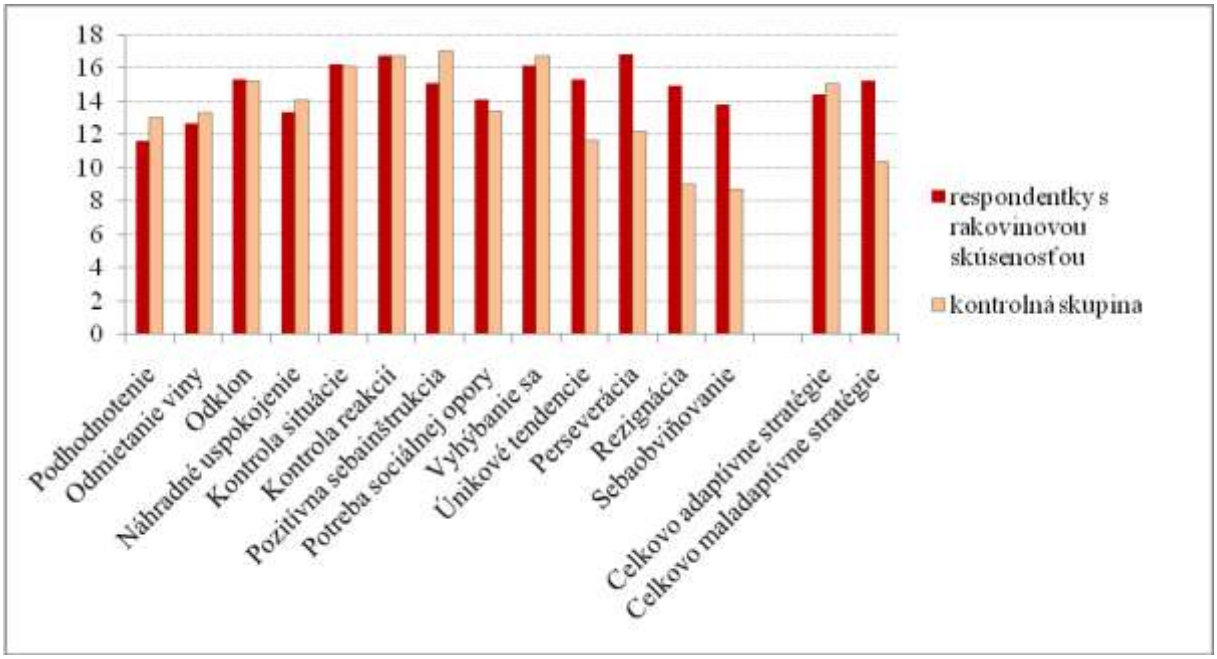
Stratégie zvládania záťažových situácií boli zisťované prostredníctvom dotazníka SVF 78. Tento viacdimenzionálny sebaposudzovací inventár vypracovali Janke a Erdmannová[37] a umožňuje zachytiť celú šírku spôsobov, ktoré jedinec využíva pri zvládaní záťažových situácií. Jednotlivé položky sú rozdelené do 13 škál. Jedná sa o podhodnotenie, odmietanie viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrolu situácie, kontrolu reakcií, pozitívnu sebainštrukciu, ktoré patria k adaptívnym alebo efektívnym copingovým stratégiám; únikovú tendenciu, perseveráciu, rezignáciu a sebaobviňovanie, radené k maladaptívnym alebo neefektívnym stratégiám; a tzv. singulárne stratégie, konkrétne potrebu sociálnej opory, vyhýbanie sa, ktorých využívanie je potrebné interpretovať v kontexte konkrétnej situácie, pretože môžu byť vyhodnotené ako adaptívne, ale rovnako aj ako maladaptívne copingové stratégie.

Výskum 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. Výskumná vzorka bola vyberaná zámerne a tvorilo ju 417 respondentiek. Z tohto počtu predstavuje 219 respondentiek ženy, ktoré mali vlastnú skúsenosť s rakovinou prsníka, pričom využitý bol zámerný výber 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.

Graf 1 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.

[35] JACOBS, J. R., and G. B. BOVASSO. Early and Chronic Stress and Their Relation to Breast Cancer.
[36] SARASON, I. G., J. H. JOHNSON, and J. M. SIEGEL. Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey.
[37] JANKE, W. a G. ERDMANOVÁ. Strategie zvládaní stresu – SVF 78.

Graf 1 Využívané copingové stratégie pri zvládaní náročných životných situácií



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 sebainštrukcie (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. Toto tvrdenie bolo overené aj prostredníctvom induktívnych štatistických metód, ktoré sa venovali možným rozdielom vo využívaní copingových stratégií medzi jednotlivými skupinami výskumnej vzorky.

Tab. 1 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	***N***	219	198	-3,04	**,002****
	X	192	227,81		
Odmietanie viny	***N***	219	198	-1,337	,181
	X	201,52	217,28		
Odklon	***N***	219	198	-,14	,889
	X	208,22	209,87		
Náhradné uspokojenie	***N***	219	198	-1,268	,205
	X	201,91	216,84		
Kontrola situácie	***N***	219	198	-,525	,599
	X	206,07	212,24		
Kontrola reakcií	***N***	219	198	-,6	,548
	X	205,65	212,7		
Pozitívne sebainštrukcie	***N***	219	198	-4,393	**<,001*****
	X	184,04	235,69		
Potreba sociálnej opory	***N***	219	198	-1,619	,105
	X	218,07	198,97		
Vyhýbanie sa	***N***	219	198	-1,839	,066
	X	198,73	220,36		
Únikové tendencie	***N***	219	198	-7,766	**<,001*****
	X	252,46	160,93		
Perseverácia	***N***	219	198	-8,259	**<,001*****
	X	255,28	157,82		
Rezignácia	***N***	219	198	-10,195	**<,001*****
	X	266,04	145,91		
Sebaobviňovanie	***N***	219	198	-8,128	**<,001*****
	X	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, ktoré zobrazuje Tab. 1. 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 odvahu, prisudzujú si kompetenciu a schopnosť vydržať. Tieto zistenia potvrdzujú aj preukázané vysoko signifikantné rozdiely vo využívaní stratégie rezignácia medzi ženami s rakovinovou skúsenosťou a kontrolnou skupinou. K tejto stratégii signifikantne 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 signifikantné 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 signifikantne častejšie, čo znamená, že majú tendenciu zo záťažovej situácie uniknúť, avšak myšlienkovo 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. 2 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	***N***	219	198	-2,745	**,006****
	X	193,6	226,03		
Maladaptívne stratégie	***N***	219	198	-10,153	**<,001*****
	X	265,94	146,03		

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

Aj napriek tomu, že samostatne sa signifikantné rozdiely v rámci adaptívnych stratégii preukázali len vo využívaní stratégie podhodnotenie a pozitívne sebainštrukcie, celkovo však respondentky tvoriace kontrolnú skupinu preukázali častejšie využívanie adaptívnych copingových stratégií. Naopak, respondentky s rakovinou skúsenosťou využívali vo väčšej miere maladaptívne stratégie zvládania náročných životných situácií, čo je zachytené v Tab. 2.

Pre možnosť ďalšieho zaoberania sa „C-systémom zvládania záťaže“ je podstatné zistenie vychádzajúce z empirických výsledkov, a to, že onkologicky choré pacientky s diagnózou rakoviny prsníka využívali maladaptívny spôsob pri zvládaní náročných životných situácií predchádzajúcich manifestácii samotnej choroby na jednej strane vo väčšej miere ako kontrolná skupina žien, na strane druhej vo väčšej miere ako adaptívne stratégie.

Tieto pacientky sa konkrétne vyznačujú neschopnosťou myšlienkovo 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). Tieto zistenia smerovali k overeniu súvislosti medzi využívaním copingových stratégií a manifestáciou rakoviny prsníka. Na základe štatistického spracovania, ktoré zobrazuje Tab. 3, je možné konštatovať, že medzi využitím maladaptívnych stratégií zvládania záťaže a manifestáciou rakoviny prsníka je veľmi vysoko signifikantná, stredne silná súvislosť. Čím viac sú pri zvládaní záťaže využívané maladaptívne copingové stratégie, tým je riziko manifestácie rakoviny prsníka vyššie. Naopak, čím viac sú využívané adaptívne stratégie zvládania, tým je riziko manifestácie tohto druhu onkologickej choroby nižšie, o čom vypovedá negatívna, slabá korelačná súvislosť medzi týmito premennými.

Tab. 3 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosť medzi využitím copingových stratégií a manifestáciou onkologickej choroby

		Manifestácia rakoviny prsníka
Maladaptívne stratégie	***r***	**,498**
	p (α)	**< ,001*** **
Adaptívne stratégie	***r***	**-,135**
	p (α)	**,006** **

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

Svensson et al.[38] realizoval v roku 2016 štúdiu, ktorú označuje ako doteraz jedinú štúdiu zameranú na riešenie súvislosti medzi štýlmi zvládania a výsledkami rakoviny u zdravého obyvateľstva. Po prvýkrát sa zistilo významné spojenie medzi používaním stratégie zameranej na priblíženie a úmrtnosťou na rakovinu. Takisto bola nájdená inverzná súvislosť medzi stratégiou zameranou na vyhýbanie sa a incidenciou rakoviny v analýzach, ktoré vylučujú situácie, ktoré sa vyskytli v prvých troch rokoch sledovania.

V slovenských podmienkach výskumné zistenia autoriek môžu prispieť k vzniku a rozvoju vednej disciplíny, ktorú Žiaková[39] nazýva socioonkológiou.

[38] SVENSSON, T. et al. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study.
[39] ŽIAKOVÁ, E. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce.

1.2 Zvládanie choroby ako záťaže

Koncom sedemdesiatych rokov 20. storočia sa objavil významný zvrat v oblasti teórie a výskumu zvládania, kedy sa zvládanie začalo považovať za proces. Z hľadiska procesu sa zvládanie mení v priebehu času a v závislosti na situačnom kontexte, v ktorom sa vyskytuje[40].

Viney a Westbrook[41] vo svojej štúdii zistili, že s príchodom chronickej choroby, za ktorú je rakovina v súčasnosti považovaná[42], sa stratégie zvládania záťaže menia. Pacienti dokonca zmenili niektoré svoje copingové preferencie v priebehu času či v závislosti od miesta pobytu. Optimizmus a stratégie kontroly boli spojené s reakciami pacientov len v nemocnici, fatalizmus a stratégie týkajúce sa interpersonálneho zvládania sa preukázali iba vtedy, keď boli pacienti doma.

Vstup tak závažnej choroby do života jedinca, akou rakovina je, považujeme za špecifickú záťaž. Zasahuje do samotnej existencie človeka, ktorá je bez prítomnosti choroby vnímaná ako nedotknuteľná. Je spájaná so stigmou, prináša zraniteľnosť, obrovskú diverzitu komplikácií, ťažkostí, problémov, ktoré samy o sebe predstavujú určitú záťaž.

Napriek tomu, že rakovina bola diagnostikovaná a liečená už tisícky rokov, potvrdenie jej psychického vplyvu sa malo uskutočniť až v 50. rokoch 20. storočia, kedy boli publikované prvé výskumy psychických odpovedí na rakovinu[43]. Okrem psychických konzekvencií paralelne zahŕňa konzekvencie somatické, sociálne či spirituálne. Chorobu je potrebné v zmysle holistického prístupu vnímať ako jeden komplex tvorený množstvom aspektov, ktoré sa navzájom ovplyvňujú, prelínajú a nemožno ich vnímať oddelene. V tomto kontexte je nevyhnutné rovnako chápať onkologického pacienta v jeho biopsychosociospirituálnej celistvosti.

Rastúce povedomie o psychických aspektoch rakoviny v posledných desaťročiach bolo sprevádzané úvahou o sociálnych aspektoch. Bačová, Žiaková a Katreniaková[44] 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“.

Costa[45] poukazuje na jednej strane na to, že rakovina má vplyv na sociálne fungovanie, ale tiež na to, že psychické účinky rakoviny na jednotlivca môžu byť

---

[40] LAZARUS, R. S. Theory and Research: Past, Present, and Future.

[41] VINEY, L. L., and M. T. WESTBROOK. Coping with Chronic Illness: Strategy Preferences, Changes in Preferences and Associated Emotional Reactions.

[42] TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
PHILLIPS, J. L., and D. C. CURROW. Cancer as a Chronic Disease.
MANDINCOVÁ, P. Psychosociální aspekty péče o nemocného.
McCORKLE, R. et al. Self-Management: Enabling and Empowering Patients Living with Cancer as a Chronic Illness.

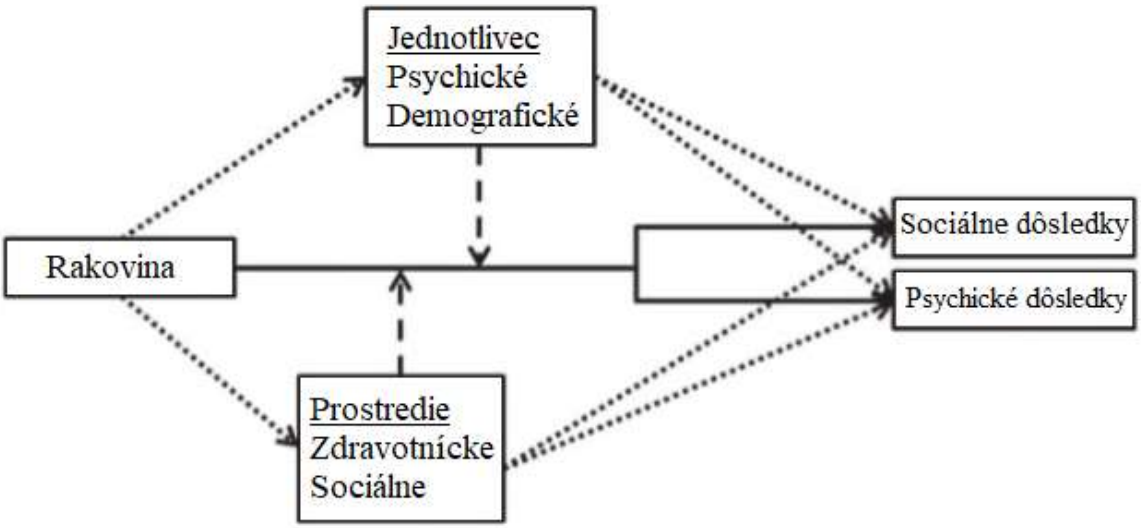
[43] HOLLAND, J. C. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers.

[44] BAČOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E., KATRENIAKOVÁ, Z. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov, s. 55.

[45] COSTA, D. S. J. et al. The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes.

modifikované individuálnou úrovňou sociálnej opory. Obr. 1 zobrazuje príčinný model vplyvu rakoviny, ktorý autor ponúka, pričom kombinuje základné prvky modelu Wilsona a Clearyho[46] a modelu Hollanda[47]. Stvárňuje predpoklad, že rakovina a jej liečba má celkový vplyv na psychické a sociálne dôsledky, ale že tento vplyv môže byť buď sprostredkovaný alebo modifikovaný charakteristikou jedinca a jeho prostredia, ktoré sú spojené s lekárskou starostlivosťou a sociálnou oporou.

Obr. 1 Príčinný model vplyvu rakoviny[48]



Vplyvom onkologickej diagnózy bola u pacientov spozorovaná úzkosť, depresia, strach, hnev a vina[49]. Objavujú sa nedostatky v pamäti a pozornosti, najmä po chemoterapii[50]. Výsledkom choroby či jej liečby sa často stáva únava, ktorá zhoršuje každodenný život pacienta, negatívne vplýva na kvalitu jeho života a môže ovplyvniť túžbu pokračovať v liečbe[51]. Pacienti sú predčasne konfrontovaní s úmrtnosťou, prichádzajú obavy týkajúce sa budúcnosti, nastávajú zmeny vo fyzickom vzhľade.

Okrem nepríjemných 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[52]. K dôsledkom liečby patrí prerušenie spoločenského života a práce[53]. Vplyv onkologickej choroby na pracovnú funkciu môže byť zložitý a patrí k tým podstatným. Po diagnostikovaní choroby alebo po jej liečbe môže byť

[46] WILSON, I. B., and P. D. CLEARY. Linking Clinical Variables with Health-related Quality of Life: A Conceptual Model of patient Outcomes.
[47] HOLLAND, J. C. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers.
[48] COSTA, D. S. J. et al. The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes.
[49] COSTA, D. S. J. et al. The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes.
[50] VARDY, J., and I. TANNOCK. Cognitive Function after Chemotherapy in Adults with Solid Tumours.
[51] CURT, G. A. Impact of Cancer – Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings from the Fatigue Coalition.
[52] ŠPRAH, L., and M. ŠOŠTARIČ. Psychosocial Coping Strategies in Cancer Patients.
[53] ZEBRACK, B. J. Psychological, Social, and Behavioral Issues for Young Adults with Cancer.

jednotlivec neschopný či neochotný vrátiť sa k práci[54]. Chirikos, Russell a Cantor[55] poukazujú na viacero dohier choroby.

- Neschopnosť vrátiť sa do práce.
- Častá alebo dlhotrvajúca absencia práce.
- Problémy s pracovným výkonom.

Čadková Svejkovská, Chrdlová a Slavíková[56] poukazujú na druhú stranu mince, kedy je pre zabezpečenie možnosti liečby zníženie alebo prerušenie pracovnej činnosti nutné. 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 míňanie 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[57].

Špecifickosť onkologickej choroby ako záťaže vychádza tiež z vplyvu diagnózy, ktorý sa odráža v celom rodinnom systéme, kedy nikto neostáva nedotknutý[58]. V dôsledku poklesu funkčného stavu pacientov súbežne narastá záťaž u rodinných príslušníkov. Táto záťaž sa môže prejaviť v rozličných oblastiach. Splnenie povinnosti starostlivosti si môže vyžadovať obmedzenia v ekonomickej a pracovnej sfére[59], zlyhávajú sociálne vzťahy, je potrebné pracovať s emóciami a bolesťou, objavujú sa nové povinnosti, poznačené sú všetky úrovne rodinného systému.

Podľa teórie rodinných systémov[60], stav jedného člena rodiny ovplyvňuje stav ostatných členov. Rodinní príslušníci pôsobia ako súbory vzájomne závislých jednotiek, ktoré sústavne udržiavajú dynamickú úroveň fungovania, ktorá vyvažuje stálosť i schopnosť reagovať. Teória tiež uvádza, že všetky subsystémy (rodičovské, manželské subsystémy, subsystémy detí a súrodencov) navzájom interagujú a ovplyvňujú sa. Táto systémová interakcia určuje úroveň psychosociálneho fungovania a blahobytu rodiny[61]. V rámci krízovej situácie, kedy je vážne narušený rodinný systém môže mať rodina obmedzené možnosti plnenia si svojich základných funkcií, rovnako môžu byť narušené i rodinné vzťahy[62] .

Pocit fyzickej a psychickej pohody je dôležitým faktorom pri zvládaní rakoviny a jej dôsledkov. Svoje významné zastúpenie má aj spirituálna pohoda[63]. Spiritualita významne

---

[54] STEINER, J. F. et al. Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes.
[55] CHIRIKOS, T. N., A. RUSSELL-JACOBS, and A. B. CANTOR. Indirect Economic Effects of Long-Term Breast Cancer Survival.
[56] ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M., M. CHRDLOVÁ a Š. SLAVÍKOVÁ. Rodina s onkologicky nemocným dospělým.
[57] AMIR, Z. et al. The Meaning of Cancer. Implications for Family Finances and Consequent Impact on Lifestyle, Activities, Roles and Relationship.
[58] ROLLAND, J. S. Cancer and the Family: An Integrative Model.
[59] GRUNFELD, E. et al. Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers.
[60] BOWEN, M. 1978, In FAULKNER, R. A., and M. DAVEY. Children and adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on the Family.
[61] FAULKNER, R. A., and M. DAVEY. Children and Adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on the Family.
[62] LICHNER V. a D. ŠLOSÁR. Rodinné vzťahy.
[63] BREITBART, W. Spirituality and Meaning in Cancer.

ovplyvňuje kvalitu života u pacientov s nádorovou chorobou, schopnosť tešiť sa zo života, zvládať ťažké bolesti a nachádzať zmysel života[64]. Národná komplexná onkologická sieť[65] uvádza, že u veriacich ľudí sa diagnostikovaním onkologickej choroby môže viera prehĺbiť. Ľudia sa často po príchode rakoviny snažia vieru nájsť, vracajú k náboženským tradíciám zo svojho detstva, iní môžu nájsť útechu v novej tradícii, ako je meditácia. Mnoho novodiagnostikovaných pacientov s rakovinou sa modlí za vyliečenie. Ak však liečba nie je úspešná, môžu to pacienti s rakovinou vnímať ako dôsledok ich „nesprávneho" duchovného života či vzťahu k duchovnu, k Bohu. Pre niektorých môže mať diagnóza rakoviny aj opačný účinok na ich spiritualitu. Spochybňuje ich vieru alebo náboženské hodnoty.

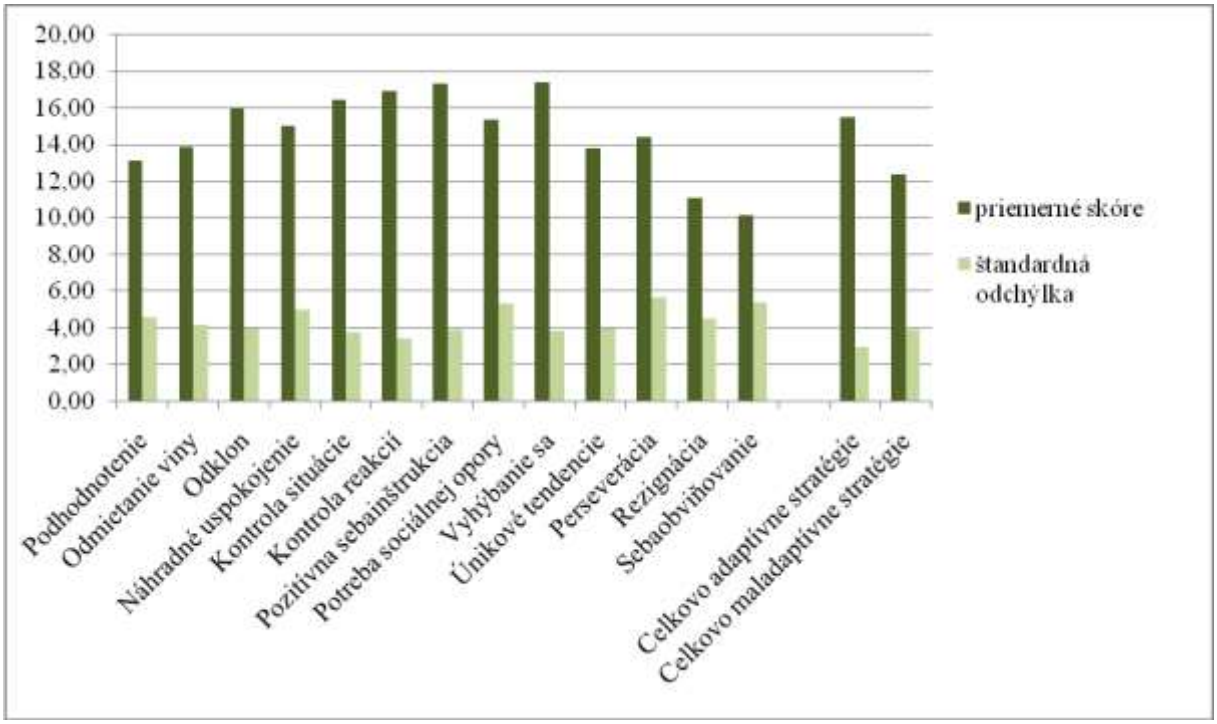
Rakovina so sebou nesie mnohé dôsledky. Upozorňujeme však na to, že jednoduché tvrdenie, že rakovina vyvoláva psychosociálne problémy, spočíva ale v zložitosti a rozmanitosti tejto choroby a jej psychickej odpovede. Dvaja jedinci s veľmi podobnými fyzickými skúsenosťami môžu mať úplne odlišné odpovede a podobné odpovede by mohli vyplynúť z veľmi odlišných fyzických zážitkov[66].

Ako už bolo spomenuté, ide o osobitú záťaž, kedy jedným z dôvodov je aj to, že onkologický pacient je v určitom zmysle pacientom po celý život[67]. Choroba určitým spôsobom zastaví pacienta v čase, predstavuje vylúčenie zo stabilizovaných istôt[68]. Vstupom rakoviny do života človeka nastáva situácia, ktorá mení úplne všetko, vyžaduje zmenu spôsobu života a tým aj zmenu využívaných copingových stratégií. Hampel et al.[69] uvádzajú, že pacienti s chronickou chorobou sa dostávajú viac do špecifických situácií, čo môže viesť k využívaniu efektívnejších stratégií.

V rámci realizovaného výskumu orientovaného práve na vyberaný spôsob vyrovnávania sa s chorobou bolo aj v tomto prípade zamerané výhradne na ženy s onkologickou diagnózou (n=193). Využívanie jednotlivých copingových stratégií, ktoré ponúka metodika SVF 78, sú znázornené v Grafe 2. Deskripcia konštelácie jednotlivých stratégií zvládania prehľadne informuje o získanom priemernom skóre a štandardnej odchýlke u respondentiek pre každú stratégiu zvládania. Zobrazené výsledky korešpondujú s predpokladom Hampela et al., keďže sa preukázalo, že pri zvládaní choroby využívajú onkologicky choré pacientky adaptívne copingové stratégie (X = 15,48) vo väčšej miere ako stratégie maladaptívne (X = 12,31).

[64] McCAULEY, J. et al. Spiritual Beliefs and barriers among managed Care Practitioners.
[65] NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Finding Comfort in Spirituality.
[66] COSTA, D. S. J. et al. The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes.
[67] SIRACKÁ, E. Práva onkologických pacientov, s. 1.
[68] MANDINCOVÁ, P. Psychosociální aspekty péče o nemocného.
[69] HAMPEL, P. et al. Coping Among Children and Adolescents with Chronic Illness.

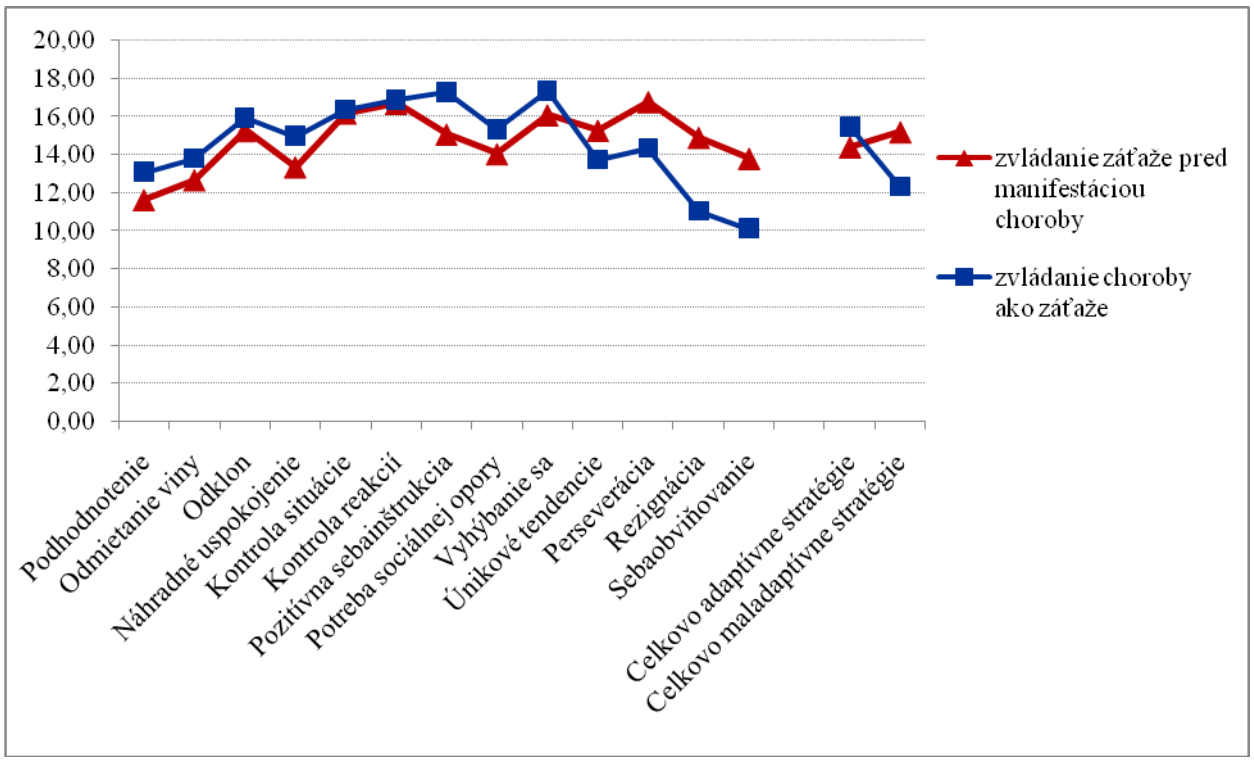
Graf 2 Využívané copingové stratégie pri zvládaní onkologickej choroby



K najčastejšie využívaným stratégiám patrilo vyhýbanie sa (X = 17,38), pozitívna sebainštrukcia (X = 17,29), kontrola reakcií (X = 16,90) a situácie (X = 16,38). Onkologické pacientky mali tendenciu najmenej využívať sebaobviňovanie (X = 10,11), stratégiu rezignácia (X = 11,03), podhodnotenie (X = 13,10) a únikové tendencie (X = 13,74).

Pre porovnanie preferencie využívaných copingových stratégií pri zvládaní náročných životných situácií pred manifestáciou onkologickej choroby a zvládaním samotnej choroby ako záťaže bol zostavený Graf 3. Načrtáva rozdiely vo voľbe využitia jednotlivých stratégií zvládania záťaže pred chorobou a ich využitia pri vyrovnávaní sa s chorobou. Podstatný rozdiel je možné spozorovať vo využívaní celkovo adaptívnych stratégií, ku ktorým vo väčšej miere inklinujú onkologické pacientky pri zvládaní svojej choroby, maladaptívne stratégie majú silnejšiu tendenciu využívať pacientky naopak pri zvládaní záťaže, ktorá predchádzala manifestácii rakoviny. Výsledky poukazujú na zmenu výberu copingových stratégií u onkologicky chorých pacientok. Máme za to, že táto konverzia nastáva práve diagnostikovaním choroby, ktorej zvládanie si vyžaduje osobitý spôsob. Tieto predpoklady si kladieme za úlohu ďalej explorovať.

Graf 3 Preferencia copingových stratégií pri zvládaní náročných životných situácií a zvládaní onkologickej choroby



Stratégie zvládania záťaže sa v súčasnosti považujú za dobre známy a modifikovateľný rizikový faktor pre celý rad zdravotných výsledkov[70]. Mohlo by sa teda dospieť k záveru, že zlepšenie a posilnenie efektívnych stratégií zvládania u jednotlivcov s maladaptívnymi znakmi by sa malo považovať za kľúčovú zložku preventívnych a kontrolných programov.

K parciálnym cieľom monografie patrila identifikácia súvislosti medzi stratégiami zvládania záťaže a manifestáciou onkologickej choroby. Výsledky štúdie by v zmysle rozvoja a vzniku socioonkológie umožnili určiť smer súčasných hypotéz a na základe toho realizovať prax.

Poznanie konkrétnych stresorov a copingových stratégií používaných v rôznych fázach života, môže postaviť vedomostnú základňu pre budúce kroky v praxi a zároveň by to umožnilo modifikovať sociálny systém s cieľom znížiť vplyv záťaže na onkologických pacientov. Integrácia náuky správnych stratégií zvládania do procesu komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov by mohla otvoriť akúsi novú dimenziu v rámci tejto starostlivosti. V rámci socioonkológie by sa v tomto kontexte podporovalo optimálne sociálne fungovanie onkologicky chorého pacienta, ale i jeho rodiny, aby sa mohli stať aktívnymi účastníkmi rozhodovania a riadenia starostlivosti o zdravie.

[70] SVENSSON, T. et al. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study.

2 Salutoprotektívne faktory a sociálna dimenzia kvality života onkologicky chorých. Možnosti sociálnej práce, poradenstva a edukácie pre onkologicky chorých.

2.1 Onkologické ochorenia, stres a poznatky zo psychoneuroimunológie

Mnohé zahraničné aj domáce štúdie publikované v posledných rokoch preukazujú vzťah medzi stresovými stavmi organizmu a progresiou alebo relapsom nádorového ochorenia a naopak priaznivé dopady psychologickej a sociálnej opory a intervencií na kvalitu života onkologicky chorých[71]. Väčšina týchto štúdií sa zameriavala na výskum zníženej imunitnej odpovede voči nádorovým bunkám pod vplyvom stresu. Skúmaný bol vplyv psychoneuroimonologických faktorov u celého spektra onkologických diagnóz. Andersen et al.[72] dospeli k záveru, že intenzita prežívaného stresu významne ovplyvňuje imunitné reakcie onkologicky chorých. Preukázal sa tiež pozitívny vplyv psychosociálnych intervencií na úroveň stresových hormónov a na bunečnú (imunitnú) odpoveď organizmu onkologicky chorých. Súčasťou uvedenej štúdie je prehľad výsledkov ďalších zahraničných štúdií zaoberajúcich sa vplyvom podporných psychologických intervencií na imunitnú odpoveď, na kvalitu života, na riziko návratu ochorenia a celkové prežitie onkologicky chorých[73]. Skúmaním neadekvátnych reakcií autonómneho nervového systému, konkrétne zníženou funkciou tzv. sympatika ako aktivizátora organizmu sa zaoberajú Soláriková a Brezina[74]. Tento stav možno charakterizovať ako istú pasívnu rezistenciu, kedy jedinec nereaguje na stresové podnety a v podstate sa správa, ako keby „sa nič nedialo“. V normálnych situáciách organizmus reaguje na stresové stimuly aktiváciou sympatika aj kortizolu, čím organizmus prirodzene „bojuje“ voči nepriaznivým stresovým podnetom. Podľa Solárikovej a Brezinu et al.[75] je takáto anomálna reakcia na stres nebezpečná pre organizmus, a to tak z aspektu psychologického, ako v konečnom dôsledku aj z aspektu biologického“.

Křivohlavý[76] uvádza: *„Podľa teórie tzv. teórie imunitnej dozornej aktivity je nádorové ochorenie považované za určitý druh poruchy činnosti imunitného systém. Jedná sa o abnormálnu mutačnú aktivitu buniek, ktorú nie je schopný imunitný systém (T-bunky) schopný zlikvidovať. Usudzuje sa, že k tomu dochádza tam, kde vlastný imunitný systém nie je schopný presne poznať (identifikovať) a likvidovať zmutované bunky.“* Autor taktiež predkladá výsledky výskumu, ktorý bol zameraný na zmeny funkcie imunitného systému u pacientov s diagnózou rakoviny. Pod vplyvom terapeutického zásahu pomocou metód

[71] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
SKŘIVANOVÁ, K. et al. Aplikace poznatku psychoneuroimunologie v kontextu komplexní onkologické léčby.
[72] ANDERSEN, B. L. et al. 1998, In SKŘIVANOVÁ, K. et al. Aplikace poznatku psychoneuroimunologie v kontextu komplexní onkologické léčby.
[73] SKŘIVANOVÁ, K. et al. Aplikace poznatku psychoneuroimunologie v kontextu komplexní onkologické léčby.
[74] SOLÁRIKOVÁ, P., I. BREZINA et al. Reakcia salivárneho kortizolu pri psychosociálnom stresovom teste vo vzťahu k pohlaviu.
[75] SOLÁRIKOVÁ, P., I. BREZINA et al. Biomarkery a psychická odolnosť somatizácie pri akútnom strese.
[76] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, s. 48.

kognitívno-behaviorálnej psychoterapie bola sledovaná činnosť imunitného systému, ktorá sa po zásahoch signifikantne zlepšila, keď bola porovnávaná u skupín osôb s onkologickým ochorením vystavených psychoterapii a kontrolnej skupiny bez podobného zásahu[77].

2.2 Kvalita života onkologicky chorých a jej dimenzie

Aj napriek tomu, že pojem *kvalita života* je v posledných desaťročiach veľmi frekventovaný, dodnes sa pri hľadaní jeho jednotnej definície nenašla názorová zhoda a najčastejšie sa v odbornej literatúre môžeme stretnúť s definíciou WHO[78]. Z veľkého množstva definícií uvádzaných v odbornej literatúre považujeme za výstižnú definíciu kvality života ako *„spoločenskovedného pojmu, ktorého obsah je výsledkom uplatnenia kvalitatívneho hľadiska pri hodnotení úrovne ľudského života podľa historicky sa vyvíjajúcich hodnotových kritérií, zodpovedajúcich celostnej podstate a štruktúre človeka ako živej, spoločenskej bytosti. Hľadisko kvality života integruje spoločenský a individuálny život ľudí a vedie ku syntéze interdisciplinárne spojených hľadísk rôznych vied“*[79]. V psychologickom ponímaní kvality života rozumieme pod pojmom kvalita života multidimenzionálny pojmový konštrukt zložený z *fyzickej, psychickej, sociálnej i duchovnej dimenzie,* ktorý je práve pre svoju komplexnosť výrazne ovplyvňovaný rôznorodými faktormi, hlavne medicínskymi, demografickými, psychosociálnymi a mnohými ďalšími.

2.2.1 Koncepcia kvality života podľa WHO

Podľa vymedzenia WHO[80] „kvalita života je to, ako jedinec vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom“. Vychádzajúc z uvedeného konceptu kvality života podľa WHO[81] Kováč[82] predpokladá, že na kvalite života sa podieľa šesť oblastí (domén) s rôznym počtom indikátorov v nich:

- telesné zdravie (energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a odpočinok);
- psychické funkcie (imidž vlastného tela a zjavu, pozitívne aj negatívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pamäť, pozornosť);
- úroveň nezávislosti (mobilita, aktivity v každodennom živote, závislosť od liekov a zdravotných pomôcok, pracovná kapacita);
- sociálne vzťahy (osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálne aktivity);
- prostredie (fin. zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravie a sociálna starostlivosť, prostredie domova, možnosti získať informácie a kompetencie, fyzikálne prostredie, doprava;
- spiritualita (náboženstvo, osobné presvedčenia).

---

[77] LEVY, R. 1989, In KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[78] WHO. Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography.
[79] VEČEŘA. Sociální stát. Východisko a přístupy, s. 29.
[80] WHO. Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography, s. 7.
[81] WHO. Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography.
[82] KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia.
KOVÁČ, D. Psychológiou k metanoi.

V ďalších rokoch vytvoril Kováč[83] na základe viacerých kritérií tzv. komplexný model kvality života. Ten obsahuje tri úrovne:

- kultúrno-duchovnú úroveň kvality života,
- individuálno-civilizačnú úroveň kvality života,
- a bazálnu (všeľudskú) úroveň kvality života.

Bazálnu úroveň tvorí prinajmenšom šesť oblastí života, ktoré sýtia kvalitu či nekvalitu života človeka, sú to: normálny somatický stav, psychické fungovanie v norme, funkčná rodina, materiálno-sociálne zabezpečenie, životodarné okolie, nadobudnutie základných spôsobilostí potrebných na prežitie. Každá úroveň sa skladá zo šiestich komponentov rôznej váhy a významu. Model je zastrešený *zmyslom života* ako systémovým psychickým regulátorom správania (ľudského konania). Výslednú koncepciu kvality a zmyslu života charakterizuje uvedený autor ako vyústenie pozitívnej psychológie.

Ku kategorizácii konceptov kvality života zásadným spôsobom prispel holandský sociológ Veenhoven[84], pričom uvádza nasledovné štyri kvality života:

- životné šance alebo predpoklady,
- životné výsledky,
- vonkajšie kvality alebo charakteristiky prostredia vrátane spoločnosti,
- vnútorné kvality alebo charakteristiky indivídua.

Tab. 4 Štyri komponenty kvality života podľa Veenhovena[85]

	VONKAJŠIE KVALITY	**VNÚTORNÉ KVALITY**
PREDPOKLADY	**A. vhodnosť prostredia** -životné prostredie, -sociálny kapitál, -prosperita -životná úroveň	**B. životaschopnosť jednotlivca** -psychologický kapitál, -adaptívny potenciál, -zdravie, -spôsobilosť
VÝSLEDKY	**C. užitočnosť života** -vyššie hodnoty ako prežitie, -transcendentálne koncepcie	**D. vlastné hodnotenie života** -subjektívna pohoda, -spokojnosť, -šťastie, -pocit zmysluplnosti

V súčasnej dobe vo viacerých vedách o človeku zažíva značný rozmach „Kvadrant D“ (Tab. 4) zameraný na hodnotenie prevažujúcej nálady a celkovej spokojnosti so životom (subjektívna pohoda, spokojnosť, šťastie, pocit zmysluplnosti). Do kvadrantu D môžeme zahrnúť aj väčšinu dotazníkov kvality života vrátane dotazníka WHOQOL.

[83] KOVÁČ, D. Kultivace integrované osobnosti.
[84] VEENHOVEN, R. The Four Quality of Life.
[85] VEENHOVEN, R. The Four Quality of Life, s. 7.

Podľa Csikszentmihalyiho[86] má každý z nás nejakú predstavu, hoci nejasnú, čo by rád dosiahol predtým, než zomrie. To, ako blízko sa dostaneme k dosiahnutiu tohto cieľa, sa stáva meradlom kvality nášho života. Ak zostáva cieľ nedostupný, pociťujeme čoraz väčšiu zlosť alebo rezignáciu; ak ho dosiahneme aspoň čiastočne, zažívame pocit šťastia a uspokojenia. Podľa uvedeného autora žijú medzi nami ľudia, ktorí bez ohľadu na svoje majetkové pomery dokázali zlepšiť kvalitu svojho života, ktorí sú spokojní a poznajú spôsob, ako urobiť o čosi šťastnejšími aj tých okolo seba. Vedú činorodý život, sú otvorení množstvu skúseností, učia sa až do smrti a pociťujú silné putá a oddanosť voči iným ľuďom a prostrediu, v ktorom žijú. Majú radosť zo všetkého, čo robia, aj keď je to únavné alebo náročné; sotva sa niekedy nudia a dokážu si poradiť so všetkým, čo ich postretne. Ich zrejme najsilnejšou stránkou je, že majú kontrolu nad svojím životom.

2.2.2 Kvalita života onkologicky chorých

Ako sme už uviedli, aj napriek vydareným pokusom viacerých autorov o definíciu kvality života je jej vymedzenie mimoriadne náročné. Upozorňujú na to aj onkológovia Klener, Vorlíček a kol.[87], keď tvrdia že „definovať kvalitu života je veľmi neľahké. Kvalita života zahrňuje totiž nielen pocit fyzického zdravia, ale v globálnom pohľade tiež psychickú kondíciu, spoločenské uplatnenie, nenarušené rodinné vzťahy a pod.“ Na kvalitu života sa pozeráme ako na mnohorozmernú veličinu. Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života počas onkologickej liečby, Klener, Vorlíček a kol.[88] zahrňujú nasledovné:

1. Fyzická kondícia. Do značnej miery je určovaná výskytom rôznych symptómov ochorenia, ku ktorým pristupujú i nežiaduce účinky protinádorovej liečby. Symptómy základného ochorenia sa líšia podľa druhu nádoru (kašeľ, anorexia, bolesť, nevoľnosť, zvracanie, žltačka, horúčka a iné). Preto sa hodnotenie fyzickej kondície posudzuje spravidla podľa druhu nádoru (štúdie orientované na ochorenie). Často sa však sleduje vplyv rôznych liečebných spôsobov na zmiernenie týchto symptómov a porovnávajú sa ich nežiaduce účinky (štúdie orientované na liečbu).

2. Funkčná zdatnosť je sama o sebe rovnako komplexom rozmanitých okolností. Zahrňuje predovšetkým stav telesnej aktivity, posudzovaný napr. podľa stupnice WHO. Ďalej sem patrí schopnosť komunikácie s rodinou, so spolupracovníkmi, schopnosť nezmeneného uplatnenia v zamestnaní, v rodinnom živote, vrátane života sexuálneho.

3. Celková kvalita života je potom súhrnom vyššie uvedených faktorov. Navyše je treba zobrať do úvahy aj celkový stav spokojnosti, vyrovnania sa so zmenenou situáciou a s dôsledkami ochorenia vo sfére psychosociálnej, sociálnej, kognitívnej a spirituálnej.

4. Spokojnosť s liečbou je doplnkovým faktorom, ktorý sa na niektorých pracoviskách sleduje oddelene. Ide o komplex posudzujúci prostredie, v ktorom sa chorý lieči, technickú zručnosť personálu pri prevádzaní diagnostických a liečebných výkonov, otvorenosť personálu a spôsob komunikácie s chorým, ako aj mieru a citlivosť v podávaní informácií.

---

[86] CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. Psychológia optimálneho prežívania.
[87] KLENER, P., J. VORLÍČEK a kol. Podpůrna léčba v onkologii, s. 199.
[88] KLENER, P., J. VORLÍČEK a kol. Podpůrna léčba v onkologii.

Z výpočtu rôznych okolností, ktoré môžu ovplyvniť kvalitu života onkologicky chorých, vyplýva, že je veľmi ťažké nájsť spôsob, ako tieto faktory kvantifikovať, spoľahlivo hodnotiť a porovnávať. Okrem toho je potrebné vziať do úvahy, že najviac posudzovaných faktorov je subjektívnych, môžu byť rôzne vnímané v závislosti na veku, pohlaví a povahe chorého. Objektívne hodnotenie a štatistické spracovanie zaťažuje nielen veľký počet dát, ale aj nutnosť prihliadať k tiaži príznakov a k časovému faktoru (štádiu ochorenia). Ďalej je potrebné vylúčiť podiel súčasných nenádorových chorôb na zhoršení kvality života.

Kvalita života pacientov s rakovinou a ich rodín je dôležitá počas celého priebehu ochorenia; je vo vzťahu k schopnosti jednotlivca zvládať stres, ktorá je vysoko individualizovaná. Najväčší význam podľa Mesárošovej a Kočišovej[89] nadobúda kvalita života počas terminálneho štádia ochorenia, ktoré je zásadnou psychologickou, existenčnou, sociálnou a spirituálnou výzvou; sprevádza funkčný a telesný pokles a poznanie prichádzajúcej smrti. S približovaním smrti dôležité dimenzie kvality života zahrňujú telesné obavy (bolesti a symptómy), psychologický distres (depresiu a existenciálnu anxietu), fungovanie (telesné, emocionálne, sociálne, spirituálne), well-being, sociálnu oporu, ako aj plánovanie preferencií v starostlivosť. Zanedbávanie kvality života umierajúcich pacientov a ich rodiny vedie k deteriorácii zdravia a predčasnej smrti, ak pacient stráca chuť žiť a opatrovatelia prežívajú telesné a emocionálne vypätie a zvýšené riziko morbidity a mortality. Prispieť k zlepšeniu kvality života onkologických pacientov v rôznych štádiách liečby, hlavne obmedzením ich subjektívnych problémov, je možné prostredníctvom cielenej podpornej liečby. Podľa Klenera, Vorlíčka a kol.[90]: „Doba prežitia prestala byť jediným kritériom úspešnosti zvoleného liečebného postupu a jej predĺženie sa dnes nepovažuje za významný prínos, ak je prevádzané výrazným zhoršením kvality života.“

Sociálna opora onkologicky chorých

V posledných desaťročiach sa v odbornej literatúre vo zvýšenej miere zvýraznil záujem bádateľov o problematiku sociálnej opory. Východiskom úvah o poskytovaní a prijímaní sociálnej opory nielen v krízových životných situáciách, ale aj v bežnom každodennom živote môže byť Senecov výrok, v ktorom sa zamýšľa nad pocitom osamelosti. „Komu mohu říci: tady jsem, prosím tě naslouchej mi, abych neupadl do šedého osamění. Ó bože, copak na světě není nikdo, kdo by mi naslouchal?“[91]. Pojem sociálna opora sa v odbornej literatúre uvádza iba v posledných štyroch desaťročiach; o jeho zavedenie sa podľa Mareša[92] postarali bádatelia Caplan, lekár epidemiológ Casel a psychiater Cobb. Podľa Cohena a Willsa[93] je systém sociálnej opory chápaný ako určitý „nárazníkový“ alebo „tlmiaci“ systém, ktorý chráni ľudí pred potenciálnym škodlivým vplyvom stresových udalostí. Tí, ktorí disponujú takýmto silným systémom sociálnej opory, sa preto javia lepšie vybavení k zvládaniu závažných životných zmien.

---

[89] MESÁROŠOVÁ, M. a A. KOČIŠOVÁ 2007, In MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.
[90] KLENER, P., J. VORLÍČEK a kol. Podpůrna léčba v onkologii, s. 199.
[91] SENECA, In KŘIVOHLAVÝ, J. Povídej naslouchám.
[92] CAPLAN, G. 1974; CASEL, J. 1976; COBB, S. 1976, In MAREŠ, J. Sociální opora u detí a dospívajících.
[93] COHEN, S., and T. H. WILLS, In KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

Ako uvádza Křivohlavý[94], príkladom záujmu o štúdium sociálnej opory môže byť jednak prehľad teórií sociálnej opory, jednak ponúkaný prehľad najdôležitejších výskumov sociálnej opory v praxi, a taktiež prehľad najdôležitejších praktických foriem využitia sociálnej opory. Ako významné teórie sociálnej opory autor uvádza:

- teória opornej sociálnej siete a jeho vplyvu na zdravie členov tejto siete,
- teória pripútania - attachment theory (napr. pripútanie dieťaťa k matke),
- teória sociálnej opory ako salutora – zdravie podporujúceho faktora,
- teória sociálnej opory ako nárazníka (buffer) v boji so stresom,
- teória podporných sociálnych vzťahov.

V odbornej literatúre sa sociálne faktory často ponímajú ako sociálna opora, ako faktory majúce prospešný dosah na zdravie[95]. Pozitívne charakteristiky sociálneho prostredia sú spojené s kognitívnymi benefitmi, ako sú zvýšený prístup k informáciám, pocit kontroly, sebaúcta, optimizmus, a tiež afektívnymi prínosmi, napríklad prežívanie pozitívnych emócií a podobne. Napr. cez prevenciu negatívnych emócií môžu sociálne väzby tlmiť poruchy endokrinného a imunitného systému, o ktorých sa predpokladá, že prispievajú k patologickému rozvoju choroby.

Sociálna opora zo strany sociálneho prostredia bola definovaná rôznymi spôsobmi: v niektorých epidemiologických štúdiách sa definovala ako počet sociálnych kontaktov udržovaných danou osobou, čiže ako rozsah sociálnej siete. Avšak novšie štúdie zdôrazňujú potrebu uvedomovania si spolupatričnosti. Ľudia, ktorých vnímame ako príslušníkov sociálnej siete, sú takí ľudia, na ktorých sa môžeme spoľahnúť a o ktorých vieme, že nás uznávajú, že sa o nás starajú, alebo že nás majú radi. Opora sociálneho prostredia sa uplatňuje do takej miery, do akej si uvedomujeme svoju príslušnosť k sieti vzájomnej komunikácie a vzájomných zväzkov. Tam, kde je slabá sieť opory sociálneho prostredia, stúpa hladina glukokortikoidov, čo potlačuje funkciu imunitného systému a toto zas zvyšuje náchylnosť jednotlivca na chorobu a riziko smrti. Niektoré štúdie ukázali, že intervencie založené na opore sociálneho prostredia môžu zdravotný stav zlepšiť. Z modelov funkčných účinkov vyplýva, že úspešné intervencie sú také, ktoré menia negatívne sociálne vplyvy na pozitívne. Glasová[96] poukazuje na to, že správny odborný prístup k onkologicky chorým zahŕňa aj sociálne prostredie. V takom prípade sa nemusí samotný fakt nádorového ochorenia premietnuť do života pacienta výlučne negatívne, ale môže sa stať paradoxne katalyzátorom jeho ďalšieho duševného rozvoja, rastu ako aj obohatenia jeho prostredia. Táto osobná hraničná krízová životná situácia môže za optimálnych podmienok viesť k prehodnoteniu existenciálnych otázok (filozofia života, zmysel života, životný štýl, rebríček hodnôt), ale aj k zblíženiu v medziľudských vzťahoch.

---

[94] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[95] MESÁROŠOVÁ, M. a A. KOČIŠOVÁ 2007, In MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.
[96] GLASOVÁ, M. Zomierajúci adolescent - problém sprevádzania.

2.3 Salutoprotektívne faktory a ich význam pri zvládaní onkologických ochorení

2.3.1 Salutogenetický prístup ku zdraviu a chorobe

Pojem salutogenéza pochádza z latinského salus – zdravie, blaho, záchrana, spása a z gréckeho a latinského genesis – vznik; jeho podstatou je hľadanie odpovedí na otázku, ako vzniká a ako sa upevňuje zdravie[97]. Salutogenetický prístup vníma zdravie a chorobu ako kontinuum: každý človek sa stretáva s patogenetickými faktormi (infekcie, rizikové faktory, vnútorné dispozície k ochoreniu a pod.), ale zároveň má v sebe zdroje a potenciál, ako sa s ochorením a s patogenetickými faktormi v živote vysporiadať (salutory, moderátory zdravia). Salutogenetický prístup k zdraviu a chorobe kladie dôraz na hľadanie vzťahu medzi zdravím, stresom a zvládaním problémov, na mobilizáciu celej osobnosti a na hľadanie ciest ako eliminovať alebo zmierňovať vplyv nepriaznivých životných udalostí.

Mechanizmus pôsobenia salutoprotektívnych faktorov je buď priame ovplyvnenie fyziologických procesov (nárazník) alebo ide o nepriamy vplyv na kognitívne hodnotenie a výber stratégií zvládania stresu, pričom rozoznávame:

- vnútorné zdroje (zmysel pre súdržnosť, optimizmus, pozitívne myslenie, neuropsychická stabilita, vnímanie zmysluplnosti života, spiritualita, lokalizácia kontroly, zdravé sebavedomie, hardiness (pevnosť, zdatnosť), reziliencia (nezdolnosť), efektívne stratégie zvládania záťaže, zmysel pre koherenciu, zmysel pre humor a pod.),
- vonkajšie zdroje, a to sú najmä sociálne vzťahy a sociálna opora[98].

Pod salutoprotektívnymi faktormi rozumieme teda všetky faktory podporujúce a posilňujúce zdravie. Na najbližších stránkach sa budeme venovať vybraným vnútorným zdrojom(napr. hardiness, reziliencia, zmysel pre súdržnosť, vnímanie zmysluplnosti života, flow, adaptívne stratégie zvládania záťaže) a z vonkajších zdrojov to budú predovšetkým sociálne vzťahy a sociálna opora onkologicky chorých.

Hardiness a reziliencia

Miera odolnosti voči záťažovým situáciám (frustračná tolerancia) je u každého človeka rozdielna vzhľadom na to, ako záťažovú situáciu hodnotí a interpretuje, ako ju prežíva, kontroluje, akú má nad ňou moc a ako záťažová situácia človeka aktivizuje a vyzýva k novým možnostiam. Komplex uvedených protektívnych faktorov pomáhajúcich človeku zvládnuť záťažové situácie a zachovať si biologickú a psychosociálnu rovnováhu delíme na:

- hardiness (schopnosť zostať pevným v integrite) – vyjadruje stupeň odolnosti,
- reziliencíu (schopnosť zostať húževnatým v kontinuu) – vyjadruje odolnosť v priebehu času[99].

Koncepciu odolnosti pod pojmom hardiness vytvorila Kobasová; ide pritom o pevnosť, zdatnosť, nezdolnosť, schopnosť vytrvalo a usilovne bojovať s ťažkosťami, čiže takú

[97] ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.
[98] ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.
[99] VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

charakteristiku osobnosti, ktorá umožňuje človeku zmierniť alebo stlmiť negatívny vplyv nepriaznivých životných situácií. Pri optimálne rozvinutých komponentoch hardiness jedinec vníma sám seba ako aktívneho účastníka diania, ktorý doňho môže účinne zasiahnuť a tak ovplyvniť a zvládnuť aj jeho ďalší vývoj; záťažové situácie považuje za výzvu k ich riešeniu a je presvedčený o svojich schopnostiach ich zvládnuť[100]. Pod rezilienciou rozumieme súhrn činiteľov, ktoré človeku pomáhajú prežiť v nepriaznivých podmienkach, v strese, osamotení, v dysfunkčnej rodine, pri bolestivej chorobe a pod., pričom k ústredným činiteľom patrí najmä zdravé sebaponímanie a sebaúcta, schopnosť sociálnej interakcie, kritického myslenia a schopnosť odolávať nátlaku. K hlavným koncepciám reziliencie sa najčastejšie zaraďujú nasledovné:

- koncepcia lokalizácie kontroly (locus of control),
- koncepcia sebauplatnenia (self-efficacy),
- zmysel pre súdržnosť (sense of coherence),
- model psychosociálnej odolnosti u dospelých,
- koncepcia optimálnej skúsenosti (optimal experience) – flow,
- naučený zdroj sily (learned resourcefulness)[101].

Sense of coherence (SOC, zmysel pre súdržnosť, zmysel pre integritu)

Ústredným pojmom salutogenetického prístupu[102] sa stal pojem sense of coherence (zmysel pre integritu, vedomie spojitosti) obsahujúci v sebe tri prvky:

- zrozumiteľnosť sveta a človeka v ňom (comprehensibility),
- zmysluplnosť (meaningfulness),
- zvládnuteľnosť požiadaviek (manageability)[103].

Podľa Antonovského[104] sa jednotlivé faktory dynamicky uplatňujú a premietajú do vyrovnávacích procesov zvládania stresu (coping) a to nielen na úrovni neuroendokrinnej (somatickej), ale aj na úrovni psychickej a sociálnej s dopadom na mnohé psychické procesy. Nezdolnosť typu SOC predstavuje osobnostné dispozície, ovplyvňujúce voľbu stratégií zvládania stresu, ako aj psychické procesy a stavy, vrátane vegetatívnej a endokrinnej odpovede organizmu. Jedným zo základných znakov zmien, ktoré so sebou prináša tento model, je orientácia na subjektívnu stránku procesu zvládania a možnosti jeho ovplyvňovania. Skúmanie protektívnych faktorov životného štýlu jednotlivcov umožňuje odhadnúť mieru zraniteľnosti a schopnosti onkologicky chorých vyrovnať sa s ochorením a zvládať liečebné procesy. Možnosť posilňovania nezdolnosti aj prostredníctvom komplexnej psychosociálnej starostlivosti by sa mala stať súčasťou liečebnej starostlivosti o onkologického pacienta.

[100] PAULÍK, K. Psychologie lidské odolnosti.
[101] BAŠTECKÁ, B. a GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie.
[102] ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.
[103] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[104] ANTONOVSKY, A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing.

Optimal experience (koncepcia optimálnej skúsenosti) – flow

Koncepcia optimálnej skúsenosti (optimal experience) Csikszentmihalyiho[105] vychádzajúca z navodzovania silného psychického zaujatia, zapálenia a nadšenia pre nejaký určitý cieľ, ktorého dosiahnutie je spojené s extrémne silným emočným zážitkom nadšenia, nazývaná v ponímaní amerického psychológa maďarského pôvodu Csikszentmihalyiho[106] „flow“, zahŕňa v charakteristike podmienok, priebehu a dôsledkov optimálnej skúsenosti špecifický protektívny profil, zvyšujúci schopnosť jednotlivca čeliť nepriaznivým vplyvom okolia. Podľa autora pojem „flow“ vyjadruje hlboké zaujatie činnosťou, ktorá vedie až k akémusi splynutiu s touto činnosťou, a k vrcholnému až exaktickému zážitku spojenému s dosiahnutím žiadaných cieľov vo vykonávanej činnosti. Táto schopnosť hlbokého zaujatia vykonávanou činnosťou produkuje v dôsledku takto vykonávaných činností akúsi zásobáreň vnútorných síl, „psychologický kapitál“, z ktorého je možné čerpať v blízkej aj vzdialenej budúcnosti. Csikszentmihalyi[107] uvádza: „Užitočnosť konceptu flow uznali psychológovia, ktorí skúmajú šťastie, spokojnosť so životom a vnútornú motiváciu; sociológovia, ktorí v ňom vidia opak neuznávania prijatých spoločenských hodnôt a pocitu odcudzenia; antropológovia zaoberajúci sa javom kolektívneho vzrušenia a rituálmi. ... Vždy, keď je cieľom zlepšiť kvalitu života, môže teória flow ukázať cestu“.

Vnímanie zmysluplnosti života

Otázka zmyslu života sprevádza ľudstvo po celú dobu jeho existencie. U väčšiny autorov, ktorí sa pýtali na zmysel života, je možno nájsť filozofické, sociologické, psychologické alebo teologické pozadie. O rozšírenie pojmu zmysel života sa v psychológii najviac zaslúžil viedenský psychiater a filozof Frankl; v jeho logoterapii a existenciálnej analýze má ústredné miesto tzv. „vôľa ku zmyslu“, ktorú chápe ako ľudskú túžbu nájsť a naplniť v živote nejaký zmysel a hodnoty[108]. Táto túžba je podľa neho hlavnou motivačnou silou človeka a chronické zlyhávanie v jej uskutočňovaní vedie k existenciálnemu vákuu, ktoré môže byť príčinou psychickej patológie, najmä depresie a tzv. noogénnej neurózy. Život má podľa Frankla[109] zmysel v každej situácii, úlohou človeka je tento zmysel objaviť a realizovať. Skutočnosť, že človek cíti, že jeho život má zmysel, môže prispieť k zmierneniu negatívneho dopadu onkologického ochorenia na jeho psychiku a k zlepšeniu kvality pacientovho života. Greenstein a Breibart[110] uvádzajú, že pacienti, ktorí percipovali vyššiu zmysluplnosť života, prežívali viac radosti v živote, ako tí, ktorí nemali tak silné pocity zmyslu, a to aj vtedy, keď zažívali veľké bolesti a pocity vyčerpania.

---

[105] CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. Psychológia optimálneho prežívania.
[106] CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. Psychológia optimálneho prežívania.
[107] CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. Psychológia optimálneho prežívania, s. 17-18.
[108] FRANKL, V. E. Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii.
FRANKL, V. E. Psychoterapia pro laika.
[109] FRANKL, V. E. In KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Zmysel života v sociálnej práci v prospech onkologicky chorých.
[110] GREENSTEIN, M., and W. BREIBART. Cancer and the Experience of Meaning. A Group Psychotherapy Program for People with Cancer.

Sociálna opora ako významný salutoprotektívny faktor

Výskumy, ktoré boli v minulosti v zahraničí i u nás realizované v súvislosti s onkologickými diagnózami preukázali, že sociálna opora pacientov prichádzajúca z pozitívnych medziľudských vzťahov pomáha ľuďom zvládať uvedené ochorenia, zatiaľ čo absencia tejto opory vytvára akýsi primárny predpoklad horšieho zdravia. V odbornej literatúre je problematika sociálneho kapitálu, sociálnej opory a podpornej sociálnej siete ako významného zdroja liečby onkologicky chorých neustále zdôrazňovaná[111]. Ako sme už uviedli, pri absencii sociálnej opory v dlhodobom ponímaní prežívajú onkologicky chorí pocity osamelosti, ktoré môžu viesť k predpokladanému zhoršovaniu sa ich zdravotného stavu. Prežívaniu osamelosti ako sociálneho a psychologického javu vo vybraných sociálne rizikových skupinách sa vo svojej monografii venovali Žiaková et al.[112], pričom v samostatnej kapitole spracovali Žiaková a Balogová problematiku prežívania osamelosti onkologicky chorých pacientov a pacientky. Uvádzajú výsledky výskumu, ktorého cieľom bolo zistiť charakteristiky prežívania emocionálnej a sociálnej osamelosti u onkologicky chorých seniorov a senioriek a nájsť možný vzťah medzi prežívaním osamelosti a vybranými demografickými charakteristikami (bydlisko, spolužitie, zamestnanie a zdravie). Ako zdôrazňujú autorky, onkologické ochorenie prináša so sebou mnoho stresujúcich faktorov, ktoré majú podstatný dosah na psychiku klientov a odrážajú sa aj v prežívaní osamelosti. Človek je spoločenskou bytosťou a preto medzi jeho prirodzené potreby patrí žiť s druhými ľuďmi a nadväzovať sociálne kontakty. Predovšetkým pri starších onkologicky chorých by súčasťou anamnestického rozhovoru mala byť aj rozšírená sociálna anamnéza a hodnotenie sociálneho fungovania. Ich náplňou je zisťovanie sociálnych vzťahov s dôrazom na mieru osamelosti a na ujasnenie, kto je pre pacienta hlavnou sociálnou oporou. Dôležité je aj prenesenie centra záujmu z rodiny (zvlášť ak je dysfunkčná) na sociálnu sieť tvorenú priateľmi, susedmi, združeniami, spolkami, vzťahmi v rámci rôznych spoločenských a záujmových aktivít. Ide o jednu z dôležitých oblastí sociálnej práce, hlavne sociálneho poradenstva ako jednej z foriem sociálnej prevencie[113].

---

[111] HAMMERLID, E., and C. TAFT. Health-related Quality of Life in Long-term Head and Neck Cancer Survivors: A Comparison with General Population Norms.

VEACH, T. A., D. R. NICHOLAS, and M. A. BARTON. Cancer and the Family Life Cycle. A Practitioner´s Guide.

TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.

VAN HARTEN, W. H. et al. Assessment of Rehabilitation Needs in Cancer Patients.

GINZBURG, K. et al. Breast Cancer and Psychosocial Factors: Early Stressful Live Events, Social Support, and Well-being.

HAYES, S. et al. Design and Implementation of the Exercise for Health Trial - a Pragmatic Exercise Intervention for Women with Breast Cancer.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.

KOČIŠOVÁ, A. a M. WAGNEROVÁ. Sociálny kapitál ako významný zdroj liečby onkologicky chorých.

KOČIŠOVÁ, A., M. WAGNEROVÁ a E. ŽIAKOVÁ, E. Multiodborový prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých.

BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIAKOVÁ. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov.

[112] ŽIAKOVÁ, E. et al. Osamelosť ako sociálny a psychologický jav.

[113] ŽIAKOVÁ, E. a B. BALOGOVÁ 2008, In ŽIAKOVÁ, E. et al. Osamelosť ako sociálny a psychologický jav.

Vplyvu psychosociálnych faktorov, psychosociálnej záťaže a osobnostných charakteristík na vznik onkologického ochorenia, jeho sociálny význam, zvládanie záťaže a významu sociálnej práce s onkologicky chorými v praxi sa venovali Bačová, Žiaková a Katreniaková[114]. V roku 2013 realizovali výskum u onkologicky chorých žien v liečbe (n=56). Cieľom výskumu bolo zistiť vnímanú sociálnu oporu u onkologicky chorých žien vo vzťahu k vybraným sociálno-demografickým ukazovateľom, pričom sa zamerali najmä na pomoc zo strany rodiny, priateľov a iných dôležitých ľudí; zisťovali tiež, či existujú rozdiely v miere vnímanej sociálnej opory vo vzťahu k veku, k vzdelaniu a k dĺžke ochorenia. Ako výskumnú metódu sme použili štandardizovaný dotazník MSPSS[115], pričom boli skúmané aj tri samostatné subškály zamerané na rodinu, priateľov a na iné dôležité osoby. Na základe výsledkov zistili, že miera vnímanej sociálnej opory bola u žien s onkologickým ochorením v liečbe vo veku od 40 do 60 rokov štatisticky signifikantne vyššia v porovnaní so ženami vo veku od 61 a viac rokov. Najvýznamnejším zdrojom sociálnej opory pre ženy vo veku od 40 do 60 rokov bola rodina, pre ženy vo veku 61 rokov a viac to boli iní dôležití ľudia. Vo výskume sa potvrdila vzdelanostná úroveň ako jeden z dôležitých faktorov sociálnej opory, na základe výsledkov je prístup k sociálnym zdrojom ľahší s postupne narastajúcim vzdelaním. Z hľadiska vzdelania boli potvrdené štatisticky signifikantné rozdiely; miera vnímanej sociálnej opory bola najnižšia u žien so základným a najvyššia u žien s vysokoškolským vzdelaním. Zaujímavým bolo zistenie, že ak mali ženy nízku mieru vnímanej opory na subškále zameranej na rodinu, bolo to tak aj na subškále zameranej na priateľov a iných dôležitých ľudí. V odporúčaniach pre prax odporúčame pomôcť ženám s onkologickým ochorením udržať a podporiť ich sociálne väzby a vzťahy prostredníctvom intervenčných programov, ako aj prostredníctvom podporných a svojpomocných skupín. Ďalej odporúčajú v rámci pregraduálneho vzdelávania pripravovať sociálnych pracovníkov tak, aby sa mohli stať súčasťou multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o onkologicky chorých pacientov. Zdôrazňujú tiež potrebu prepájania sociálnej a zdravotnej starostlivosti o onkologicky chorých pacientov a akceptovanie sociálnych pracovníkov ako nezastupiteľných členov multidisciplinárnych tímov v uvedenej oblasti[116].

2.3.2 Zdravie, stres a efektívne stratégie zvládania onkologických ochorení

V rokoch 2015 a 2016 sme na Filozofickej fakulte UPJŠ v Košiciach realizovali výskum, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť, aké významné rozdiely podľa vybraných ukazovateľov existujú v stratégiách zvládania záťažových situácií medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia[117]. Pacientky s onkologickou diagnózou musia čeliť viacerým problémom a zmenám súčasne, čo si vyžaduje

[114] BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIAKOVÁ. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov.
[115] ZIMET, G. D. et al. Multidimensional Scale of Perceived Social Support.
[116] BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIAKOVÁ. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov.
[117] ŠAFRÁNEKOVÁ, A. a A. KOČIŠOVÁ. Sociálna práca v prospech onkologických pacientov a pacientiek. KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Salutoprotektívne faktory a stratégie zvládania pri onkologických ochoreniach.

aktivizáciu všetkých dostupných vnútorných aj vonkajších zdrojov zvládania. Práve preto sme považovali za potrebné upriamiť pozornosť na voľbu takých stratégií, ktoré sú efektívne a uľahčujú túto záťažovú situáciu onkologicky chorým zvládnuť. Metódou výskumu bol štandardizovaný dotazník SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen) zameraný na stratégie zvládania záťaže. Autori tohto dotazníka Janke a Erdmann[118] ho zostavili v roku 2002 a následne v roku 2003 ho do slovenského jazyka preložil a upravil Josef Švancara. Štandardizovaný dotazník pozostáva z 78 položiek, ktoré zachytávajú individuálne tendencie pre využitie rôznych spôsobov reakcií na stres, vyplývajúci zo záťažových situácií. Dotazník pozostáva z trinástich subtestov a to: Podhodnotenie (pripúšťanie menšej miery stresu v porovnaní s ostatnými), Odmietanie viny (zdôrazňovanie faktu, že za situáciu nenesieme vlastnú zodpovednosť), Odklon (vyhýbanie sa situáciám a aktivitám, ktoré sú stresujúce a záťažové), Náhradné uspokojenie (príklon k pozitívnym aktivitám), Kontrola situácie (analýza a plánovanie konania, s cieľom kontroly nad situáciou a vyriešenia problému), Kontrola reakcií (zabezpečenie alebo kontrola vlastných reakcií), Pozitívne sebainštrukcie (prisudzovanie kompetencií a schopnosti kontroly sebe samému), Potreba sociálnej opory (potreba rozhovoru, sociálnej opory a pomoci), Vyhýbanie sa (predsavzatie obmedziť alebo vyhnúť sa záťaži), Úniková tendencia (rezignačná tendencia utiecť zo záťažovej situácie), Perservácia (neschopnosť myšlienkovo sa od situácie odpútať), Rezignácia (vzdávanie sa spojené s pocitmi bezmocnosti a beznádeje), Sebaobviňovanie (pripisovanie záťaže vlastnému chybnému konaniu).

Dotazník sme vyhodnocovali na základe týchto subtestov a tiež podľa sekundárnych hodnôt, ktoré sú rozdelené na:

– stratégie negatívne (Úniková tendencia, Perservácia, Rezignácia, Sebaobviňovanie),
– stratégie pozitívne (Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívne sebainštrukcie), pričom pozitívne stratégie pozostávajú z čiastkových stratégií: POZ 1 (Podhodnotenie a Odmietanie viny), POZ 2 (Odklon a Náhradné uspokojenie), POZ 3 (Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívne sebainštrukcie).

Výsledky sme analyzovali prostredníctvom štatistického programu IBM SPSS Statistics 16; na základe rovnomernej distribúcie dát sme využili T-test pre dva nezávislé výbery. Výskumnú vzorku tvorilo 60 respondentiek, z toho 30 onkologicky chorých žien z podporných pacientskych skupín z východného Slovenska a 30 žien, ktoré netrpia žiadnym onkologickým ochorením. Z hľadiska rodinného stavu prevažovali vydaté ženy, a to aj u onkologických respondentiek aj u zdravých žien. Vekové zloženie výskumnej vzorky bolo v rozpätí od 26 do 67 rokov, pričom priemerný vek respondentiek bol 44,3 rokov. Vo výskumnej vzorke prevažovali na základe vzdelania respondentky s ukončenou strednou školou s maturitou. Výskumnú vzorku sme zvolili zámerným, nenáhodným výberom.

V zmysle hlavných zistení sme sa v prvej časti výskumu zamerali na existenciu signifikantných rozdielov v jednotlivých subtestoch dotazníka SVF 78 medzi onkologicky chorými respondentkami a respondentkami, ktoré netrpia žiadnym ochorením. Ako sme uviedli v Tab. 5, signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania záťažových situácií sa nám

[118] JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ. Strategie zvládaní stresu. SVF 78.

medzi onkologicky chorými a zdravými respondentkami potvrdili v subtestoch Náhradné uspokojenie, Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perservácia, Rezignácia a Sebaobviňovanie.

Ako vyplýva z analýzy údajov v subteste Náhradné uspokojenie, môžeme skonštatovať, že respondentky s onkologickou diagnózou dosahovali vyššie skóre ako respondentky, ktoré netrpia žiadnym onkologickým ochorením. Predpokladáme, že dôvodom je najmä fakt, že respondentky s onkologickým ochorením sa snažia posilniť seba samé určitými vnútornými odmenami. Príklon k pozitívnym aktivitám im tak pomáha zvládnuť záťažovú situáciu, v ktorej sa v dôsledku svojej diagnostikovanej choroby ocitli. Signifikantné rozdiely môžeme vidieť i v subteste s názvom Potreba sociálnej opory, kde vyššie skóre dosahovali respondentky s onkologickou diagnózou. Predpokladáme, že tento výsledok je spôsobený najmä väčšou potrebou sociálneho kontaktu onkologických chorých žien, a rovnako tak väčšou potrebou sociálnej pomoci a komunikácie o detailoch problému, ktoré pacientkam pomáha uistiť sa pri samotnom riešení stresovej situácie do budúcna. Veľmi významné signifikantné rozdiely sme zistili v subteste Úniková tendencia, v ktorom respondentky trpiace onkologickým ochorením dosahovali vyššie skóre, v porovnaní s respondentkami bez onkologického ochorenia. Môžeme predpokladať, že tento jav je zapríčinený najmä tendenciou onkologických pacientok k rezignácii a sebaľútosti, z dôvodu ich závažného ochorenia, čo im však znižuje schopnosť čeliť tejto záťaži, a tak sa prikláňajú k snahe o únik z tejto situácie. Výsledky T-testu poukázali na signifikantné rozdiely aj v subteste Perservácia. Aj v tomto subteste získali onkologické pacientky vyššie skóre. Keďže onkologická diagnóza ovplyvňuje všetky zložky pacientovho života, predpokladáme, že práve tento fakt zapríčiňuje neschopnosť myšlienkovo sa od záťažovej situácie odpútať, no zároveň pomáha emocionálne a racionálne prebiehajúcu situáciu spracovať a zvládnuť. V subteste s názvom Rezignácia dosiahli vyššie skóre taktiež respondentky s onkologickým ochorením, kde sa preukázali veľmi významné signifikantné rozdiely. Predpokladáme, že dôvodom vyššieho skóre sú pocity bezmocnosti, beznádeje, či pocity subjektívnej neschopnosti zvládnuť životne stresujúcu situáciu, ku ktorým onkologické ochorenia bezpochyby patria. Z uvedenej tabuľky nám tiež vyplývajú signifikantné rozdiely v rámci subtestu Sebaoviňovanie, v ktorom dosiahli v porovnaní so zdravými respondentkami vyššie skóre respondentky s onkologickou diagnózou. Môžeme predpokladať, že príčinou je pripisovanie vzniku ochorenia vlastnému nesprávnemu konaniu, a rovnako tak sklon k tvorbe výčitiek za vzniknutú životnú situáciu.

Tab. 5 Rozdiely v stratégiách zvládania medzi onkologickými a zdravými respondentkami

Názov subtestu	Respondentky	N	X	T	p (α)
Podhodnotenie	s onkologickou diagnózou	30	12,77	0,91	0,36
	bez onkologickej diagnózy	30	11,90		
Odmietanie viny	s onkologickou diagnózou	30	12,53	0,82	0,41
	bez onkologickej diagnózy	30	11,80		
Odklon	s onkologickou diagnózou	30	15,30	1,85	0,06
	bez onkologickej diagnózy	30	13,03		
Náhradné uspokojenie	s onkologickou diagnózou	30	15,00	3,58	0,001**
	bez onkologickej diagnózy	30	10,28		
Kontrola situácie	s onkologickou diagnózou	30	16,10	0,71	0,47
	bez onkologickej diagnózy	30	15,30		
Kontrola reakcií	s onkologickou diagnózou	30	15,97	1,35	0,18
	bez onkologickej diagnózy	30	14,67		
Pozitívna sebainštrukcia	s onkologickou diagnózou	30	16,47	0,19	0,84
	bez onkologickej diagnózy	30	16,27		
Potreba sociálnej opory	s onkologickou diagnózou	30	15,80	2,56	0,01*
	bez onkologickej diagnózy	30	12,63		
Vyhýbanie sa	s onkologickou diagnózou	30	16,83	0,45	0,65
	bez onkologickej diagnózy	30	16,23		
Úniková tendencia	s onkologickou diagnózou	30	14,53	4,34	<0,001***
	bez onkologickej diagnózy	30	10,17		
Perseverácia	s onkologickou diagnózou	30	15,80	3,25	0,002**
	bez onkologickej diagnózy	30	11,73		
Rezignácia	s onkologickou diagnózou	30	11,60	4,30	<0,001***
	bez onkologickej diagnózy	30	7,30		
Sebaobviňovanie	s onkologickou diagnózou	30	11,33	3,51	0,001**
	bez onkologickej diagnózy	30	6,90		

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

Na základe výsledkov z hľadiska jednotlivých subtestov môžeme skonštatovať, že onkologicky choré respondentky najčastejšie preferujú stratégie Pozitívna sebainštrukcia, Kontrola situácie a Kontrola reakcií. Najmenej sa v rámci odpovedí vyskytovala stratégia Sebaobviňovanie. U respondentiek bez onkologickej diagnózy prevažovali nasledovné stratégie Pozitívna sebainštrukcia, Vyhýbanie sa a Kontrola situácie a rovnako najmenej uvádzanou stratégiou bolo Sebaobviňovanie.

V druhej časti výskumu sme sa zamerali na porovnanie výsledkov u onkologických chorých respondentiek a zdravých respondentiek, v rámci dosiahnutých sekundárnych hodnôt. V uvedených skupinách respondentiek sme zisťovali celkovú preferenciu, či už pozitívnych alebo negatívnych stratégii zvládania. Signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania záťažových situácií sa nám medzi onkologicky chorými a zdravými respondentkami potvrdili v celkových *Pozitívnych stratégiách* (rovnako tak aj v čiastkových *Pozitívnych stratégiách*) a v celkových *Negatívnych stratégiách.* Z analýzy údajov vyhodnotenia podľa sekundárnych hodnôt sme zistili signifikantné rozdiely v celkových *Pozitívnych stratégiách*, kde respondentky s onkologickou diagnózou dosahovali vyššie skóre v porovnaní s respondentkami bez takejto diagnózy. Čo znamená, že respondentky nášho výskumu s onkologickou diagnózou sa v porovnaní s respondentkami bez stanovenej onkologickej

diagnózy viac prikláňajú k pozitívnym stratégiám, ku ktorým patrí *Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívna sebainštrukcia*. Signifikantné rozdiely sa nám potvrdili i v čiastkových *Pozitívnych stratégiách 2* s názvom *Stratégie odklonu*, v ktorých dosahovali vyššie skóre respondentky s onkologickou diagnózou. Ku týmto stratégiám zaraďujeme *Odklon a Náhradné uspokojenie*. Veľmi signifikantné rozdiely sme zistili i v celkových *Negatívnych stratégiách*, kde dosahovali výrazne vyššie skóre taktiež onkologicky choré respondentky. V porovnaní so ženami bez onkologickej diagnózy tak v záťažových situáciách volia stratégie *Úniková tendencia, Perservácia, Rezignácia* a *Sebaoviňovanie*. Za dôležité sme tiež považovali upriamiť pozornosť na subtesty *Potreba sociálnej opory* (8) a *Vyhýbanie sa* (9). I keď sa uvedené subtesty nevzťahujú k žiadnej stratégií, ich interpretáciu sme považovali za dôležitú, v rámci celkového kontextu ostatných stratégií. Ako však vyplýva z výsledkov na základe sekundárnych hodnôt, v týchto samostatných stratégiách, sme zistili pomerne vyššie skóre u respondentiek s onkologickou diagnózou.

Vyhodnotenie hlavnej hypotézy HH1, v ktorej sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia: Overenie hypotézy prebiehalo sčítavaním dosiahnutého hrubého skóre každého subtestu dotazníka SVF 78, ku ktorým patria Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívna sebainštrukcia, Potreba sociálnej opory, Vyhýbanie sa, Úniková tendencia, Perseverácia, Rezignácia a Sebaobviňovanie. Následne sme použili T-test pre dva nezávislé výbery a výsledky porovnali v rámci skupín respondentov, teda ženami s onkologickou diagnózou a ženami bez onkologickej diagnózy. Na základe výsledkov výskumu môžeme skonštatovať veľmi významné signifikantné rozdiely, a preto môžeme povedať, že sa nám hypotéza potvrdila.

Vo vedľajšej hypotéze VH1 sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v *pozitívnych stratégiách zvládania* medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Pri verifikácií VH1 hypotézy sme postupovali nasledovne. Realizovali sme sčítanie hrubého skóre položiek dotazníka SVF 78, konkrétne išlo o tieto subtesty *Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívna sebainštrukcia*, ktoré sme následne vydelili ich počtom a použili T-test pre dva nezávislé výbery, ktorý sme porovnali u respondentiek, ktoré trpia alebo netrpia onkologickým ochorením. Z analýzy vyhodnotenia údajov vyplynuli signifikantné rozdiely v *pozitívnych stratégiách zvládania* medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia ($p = 0{,}02^*$) a preto môžeme povedať, že táto hypotéza sa potvrdila.

Vo vedľajšej hypotéze VH2 sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v *negatívnych stratégiách zvládania* medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Jej overenie bolo realizované sčítaním hrubého skóre v položkách *Úniková tendencia, Perseverácia, Rezignácia a Sebaobviňovanie* dotazníka SVF 78, ktoré sme vydelili ich samotným počtom. Potom sme použili T-test pre dva nezávislé výbery a následne dosiahnuté výsledky porovnávali medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Uvedená hypotéza sa potvrdila, v negatívnych stratégiách zvládania sa potvrdili veľmi významné signifikantné rozdiely ($p = <0{,}001^{***}$).

Uvedomujúc si obmedzenia v prípade popísaných výskumov sa domnievame, že platnosť našich výskumných zistení je obmedzená veľkosťou, dostupnosťou a špecifikom výskumných vzoriek onkologicky chorých a v budúcnosti by bolo vhodné ich rozšíriť.

Autori Tchuschke et. al.[119] vytvorili v roku 1996 *Ulmský manuál zvládania* (Ulmer Coping Manual), za pomoci, ktorého skúmali jednotlivé stratégie zvládania, ktoré používajú pacienti s diagnostikovaným ochorením leukémia v súvislosti s prežitím. Ako ukázali výsledky výskumu, indikátorom prežitia bola tzv. stratégia *Bojové nastavenie*. A teda zo skupiny pacientov, ktorí volili túto stratégiu ich prežilo signifikantne viac než pacienti bez využívania *Bojového nastavenia*. Následne v roku 2006 realizoval rovnaký výskum aj Grulke et. al.[120], ktorý okrem iného zistil, že vyššie šance na prežitie majú rovnako onkologickí pacienti, ktorí dosahujú vyššie skóre v kategóriách *Prijatie ochorenia* a *Sebakontrola*. Z celkových zistení týchto výskumov teda vyplýva, že čím je aktívnejšie pacientove zvládanie správania, tým je vyššia pravdepodobnosť prežitia. V porovnaní s našim výskumom môžeme skonštatovať podobné zistenia a teda, že respondentky sa celkovo viac prikláňali k využívaniu *Pozitívnych stratégií zvládania*, ku ktorým patrí v rámci dotazníka SVF 78 *Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívna sebainštrukcia.* Myslíme si, že dôležité je najmä objavovať a podporovať zdroje onkologických pacientok pre využitie dostupných stratégii zvládania a rovnako im aj pomáhať pri vybudovaní týchto stratégií, napr. v rámci edukačných programov v podporných skupinách onkologicky chorých a podobne. Na základe výsledkov mnohých zahraničných i domácich výskumných štúdií bolo potvrdené, že pre onkologicky chorých sa popri fyzických prejavoch ochorenia ako problematické javia najmä nasledovné oblasti: strata výkonu, strata mobility, psychologická adaptácia na novú situáciu v osobných vzťahoch, zvládanie záťažových situácií aj zvládanie každodenného života. V týchto súvislostiach sa v posledných rokoch zdôrazňuje potreba multiodborového prístupu k liečbe a k rehabilitácii onkologicky chorých.

2.4 Možnosti sociálnej práce, poradenstva a edukácie onkologicky chorých

Význam *salutoprotektívnych faktorov*, akými sú *proaktívne zvládanie záťaže a stresu, reziliencia, sociálna opora, zmysel života*, ako aj význam a *možností edukácie, navigácie a poradenstva pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých* považujeme za potrebné neustále zdôrazňovať. Onkologicky chorí ľudia sa po oznámení diagnózy a počas liečby dostávajú do nových životných situácií; musia sa naučiť životu s chorobou a často aj s trvalým poškodením; popri medicínskej pomoci je pre nich dôležitá citlivá ľudská pomoc, psychická, emocionálna a sociálna opora, ktorá im pomôže vyrovnať sa s ťažkou situáciou, dodáva im vieru, že nad ochorením zvíťazia a opäť nachádzajú svoj životný zmysel a perspektívu.

Problematiku sociálnej práce v onkológii v zahraničí nám predstavuje a približuje Lauria[121]; podľa autorky pod sociálnou prácou v onkológii rozumieme špecializáciu sociálnej

[119] TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
[120] GRULKE, N. et al. 2005, In TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
[121] LAURIA, M. M. Oncology Social Work.

práce v zdravotníckej starostlivosti. Sociálni pracovníci v onkológii vykonávajú podpornú službu a programy, vzdelávanie, výskum, administratívu, rozvoj politiky, obhajobu riešenia psychologických, sociálnych a duchovných problémov onkologicky chorých, ich rodín a poskytovateľov starostlivosti od diagnózy, cez liečenie, prežitie, až do ukončenia starostlivosti alebo v období „zármutku“. Prichádzajúce desaťročie bude prezentovať veľa výziev a príležitosti pre sociálnych pracovníkov v onkológii v oblasti pomoci onkologicky chorým, ich rodinám a poskytovateľom starostlivosti pri prekonávaní prekážok so zámerom zlepšovania kvality života a kvality starostlivosti. Podľa uvedenej autorky sa klinickí sociálni pracovníci a ostatní profesionáli pracujúci v liečebných centrách a oddeleniach stanú súčasťou multidisciplinárneho onkologického tímu pri riešení komplexných problémov tak kvality života ako aj liečebných výsledkov. Tento prístup k tímovej práci je dnes ešte charakteristický väčšinou poskytovaním psychosociálnych služieb pacientom v onkologických centrách a najmä v detských onkologických programoch. Postupne sa rozširujúca problematika výskumov súvisiacich s prácou profesionálov v onkológii nesporne ovplyvňuje aj prax sociálnych pracovníkov; v prevažnej väčšine ide pritom o multidisciplinárny prístup k výskumom.

V zahraničnej odbornej literatúre nachádzame množstvo výsledkov realizovaných výskumov so zameraním na skúmanie kvality života onkologicky chorých a jej jednotlivých dimenzií, vrátane sociálnej dimenzie[122]. Štúdia švédskych autorov Hammerlida a Tafta[123] skúmala kvalitu života súvisiacu so zdravím (HRQOL) u dlhodobo prežívajúcich onkologicky chorých v porovnaní s normami bežnej populácie. Celkom bolo do výskumu zahrnutých 135 onkologicky chorých. Podľa výsledkov sa hodnoty významne nelíšili v závislosti od veku a od rodu od bežnej švédskej priemernej populácie, okrem výsledkov na škále fyzického fungovania. Signifikantne horšie výsledky boli preukázané u pacientov nad 65 rokov oproti pacientom mladším ako 65 rokov. Autori v závere štúdie konštatujú, že celkové hodnotenia kvality života onkologických pacientov tri roky po diagnostikovaní boli síce porovnateľné s normami bežnej švédskej populácie, avšak aj napriek tomu vystupujú do popredia určité obmedzenia ich fungovania: vzhľadom na ich fyzické zdravie, obmedzené vykonávanie rolí, ako aj viac problémov a symptómov súvisiacich s chorobou a liečbou.

Van Harten et al.[124] v súvislosti s hodnotením kvality života navrhol dotazník k riešeniu potrieb onkologických pacientov na poskytnutie odbornej starostlivosti týkajúci sa zdravotníckych problémov. Vo výskume sa zúčastnilo 258 respondentov, výskum dokončilo 147 onkologických pacientov; vzorku tvorili pacientky s rakovinou prsníka a pacienti hrubého

---

[122] HAMMERLID, E., and C. TAFT. Health-related Quality of Life in Long-term Head and Neck Cancer Survivors: A Comparison with General Population Norms.

VEACH, T. A., D. R. NICHOLAS, and M. A. BARTON. Cancer and the Family Life Cycle. A Practitioner´s Guide.

VAN HARTEN, W. H. et al. Assessment of Rehabilitation Needs in Cancer Patients.

GINZBURG, K. et al. Breast Cancer and Psychosocial Factors: Early Stressful Live Events, Social Support, and Well-being.

HAYES, S. et al. Design and Implementation of the Exercise for Health Trial - a Pragmatic Exercise Intervention for Women with Breast Cancer.

[123] HAMMERLID, E., and C. TAFT. Health-related Quality of Life in Long-term Head and Neck Cancer Survivors: A Comparison with General Population Norms.

[124] VAN HARTEN, W. H. et al. Assessment of Rehabilitation Needs in Cancer Patients.

čreva bez metastáz, žijúcich v rovnakej komunite. Zo všetkých faktorov, ktoré im zhoršili kvalitu života, mali respondenti uviesť tie, pri ktorých potrebovali odbornú starostlivosť; z respondentov 26,5 % uviedlo potrebu takejto zdravotnej starostlivosti. Celkové hodnotenie QoL skóre bolo pomerne vysoké; avšak ako významná bola strata výkonu a mobility u 26 % pacientov. Ako problematické sa javili: psychologická adaptácia na novú situáciu v osobných vzťahoch a zvládanie každodenného života. Na základe výsledkov Van Harten et al.[125] navrhol komunitný pilotný program pre pacientov s rakovinou; súčasťou programu boli:

- fitnes a športové aktivity,
- relaxačné cvičenia,
- vzdelávanie pacientov najmä v otázkach súvisiacich s chorobou,
- edukácia a poradenstvo pacientov a príbuzných v oblasti copingových stratégií, najmä v riešení krízy a strachu,
- sociálne a kultúrne terapie, ktoré majú pomôcť formulovať reálne ciele v živote,
- poradenstvo vo výžive.

Z ďalších dostupných publikácií považujeme za dôležitú uviesť príspevok v časopise, v ktorom sa Payne[126] venuje cieľom v onkologickej paliatívnej starostlivosti: za hlavný cieľ považuje znižovanie sociálnej izolácie. Zdôrazňuje tiež potrebu rozlišovať medzi terapeutickými aktivitami a podpornými intervenciami. V roku 2006 Látka[127] realizoval výskum na súbore 60 respondentov liečených s onkologickou diagnózou v Ostravskom regióne; pre zber dát bola zvolená kombinovaná metóda (kvalitatívna a kvantitatívna): semištrukturovaný rozhovor, metóda SEIQoL, generické dotazniky WHOQOL-BREF a SF-36. Konečné výsledky výskumu onkologicky chorých preukázali ich nižšiu kvalitu života v porovnaní so zdravou populáciou. Výrazne nižšia bola hodota nameraná pomocou dotazníka SF-36, hodnotenie kvality života v súvislosti so zdravím (HRQoL).

Hnilica[128] prezentuje informácie o výsledkoch dvoch výskumov kvality života onkologických pacientov v ČR, ktoré prebehli v rokoch 2000-2001. Prvý z nich sa týkal vzorky žien s onkologickým ochorením prsníka, druhý s populáciou s onkologickými diagnózami. Prvá štúdia ukázala, že intenzita psychosomatických problémov, s ktorými sa pacientky stretávajú, je výrazne ovplyvnená formou liečby ich choroby. Obidve štúdie vedú k podobným záverom, týkajúcim sa poradia psychosomatických faktorov, ovplyvňujúcich kvalitu života onkologických pacientov: v obidvoch štúdiách sa ukázalo, že najviac ovplyvňuje kvalitu života únava. V druhej štúdii bol testovaný štruktúrny model, podľa ktorého majú bolesti, psychické tenzie a nevoľnosť vplyv na kvalitu života jednak priamy, jednak sprostredkovaný svojimy vplyvmi na pocity únavy; preukázané výsledky boli v dobrej zhode s týmto modelom.

Empirický výskum prežívania gynekologických a onkologických ochorení zameraného na porovnanie pacientok s malígnym a benígnym ochorením vo vzťahu ku

[125] VAN HARTEN, W. H. et al. Assessment of Rehabilitation Needs in Cancer Patients.
[126] PAYNE, J. Social Objectives in Cancer Care: The Example of Palliative Day Care.
[127] LÁTKA, J. Hodnocení a výskum kvality života v ošetřovatelství.
[128] HNILICA, K. 2002, In PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví.

kvalite života a k sociálnej opore realizovali Mesárošová et al.[129]. V ďalšej publikácii sa Mesárošová et al.[130] venujú psychologickým determinantom zvládania onkologických ochorení ako aj výskumu psychosociálnych aspektov rakoviny prsníkov; autorky sa taktiež zameriavajú na psychologickú dimenziu kvality života pacientok s rakovinou prsníkov a na sociálnu oporu a emocionalitu pacientok s rakovinou prsníkov[131].

Výsledky výskumu zameraného na porozumenie skúsenosti onkologicky chorých, v rámci ktorého využili naratívny prístup, publikovali Chrz, Čermák a Plachá[132]: *„Existujú rôzne teoretické a metodologické perspektívy, ktoré nám môžu pomocou porozumenia skúsenosti chronickej a život ohrozujúcej choroby, ako je rakovina... Naratívny prístup poskytuje radu možností pre výskum skúsenosti ochorenia na rakovinu. Spoločný menovateľ prístupov, ktoré je možné označiť ako naratívny, je vidieť v predpoklade, že vyrozprávanie nie je len prostriedkom zdieľania skúsenosti s chorobou, ale tiež spôsobom, ako je táto skúsenosť štrukturovaná.“* Vzorku skúmaných osôb tvorilo 7 žien s diagnózou rakovina prsníka. Všetky tieto ženy boli účastníčkami programu Mamma-Help, ktorý ponúka pomoc ženám trpiacim rakovinou prsníka. Výskumníčke bolo umožnené vstúpiť do programu a vyzvať účastníčky, aby sa podelili o svoje skúsenosti. Ako procedúra zberu dát bola použitá metóda naratívneho rozhovoru. Popis skúsenosti choroby prostredníctvom komplexnejších konfigurácií otvára možnosť uchopenia socio-kultúrneho rozmeru skúsenosti s chorobou. Konfigurácie skúsenosti sú „kolektívne“, a to jednak v tom zmysle, že skúsenosti sa „zozbierajú“ do jedného tvaru a celkovej súvislosti, súčasne však v tom zmysle, že sú zdieľané v rámci spoločenstva. Pre respondentky to môže priniesť aj pocit úľavy, oslobodenia a v neposlednom rade najmä liečivý efekt.

Dôležitou súčasťou onkologickej sociálnej práce je ***navigácia onkologicky chorých,*** pričom jej význam spočíva predovšetkým v premostení medzi systémom komplexnej onkologickej starostlivosti a onkologickým pacientom. Navigácia onkologicky chorých je spôsob, ako pomôcť ľuďom nájsť vlastnú cestu v systéme onkologickej starostlivosti; uvedený prístup začal v USA v roku 1990 a stal sa dôležitou súčasťou onkologickej starostlivosti[133]. *Sociálny pracovník ako navigátor* pomáha s informáciami o službách v onkologickej starostlivosti od diagnostikovania počas celej liečby i v období po ukončení liečby. Cieľom pacientskej navigácie je zabezpečiť, aby onkologicky chorí získali včas potrebné diagnostikovanie a čo najskôr začali s liečbou. Navigácia pacientov je mostom medzi systémom komplexnej onkologickej starostlivosti a onkologickým pacientom; sociálny pracovník ako navigátor onkologicky chorých môže poskytovať nasledovné služby:

- pomôcť pacientom dodržať liečebný plán;
- zabezpečovať prepravu do zdravotníckych zariadení;

[129] MESÁROŠOVÁ, M. et al. Prežívanie gynekologických ochorení vo vzťahu ku kvalite života: porovnanie pacientiek s malígnym a benígnym ochorením prsníkov.
[130] MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.
[131] MESÁROŠOVÁ, M. a A. KOČIŠOVÁ 2007, In MESÁROŠOVÁ, M. et al. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení.
[132] CHRZ, V., I. ČERMÁK a V. PLACHÁ. Porozumení zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní prístup, s. 507.
[133] KOČIŠOVÁ, A., M. WAGNEROVÁ a E. ŽIAKOVÁ, E. Multiodborový prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých.

- nájsť dozor pre deti v čase návštevy lekára alebo liečenia chorého rodiča;
- poskytnúť pacientovi potrebné informácie o onkologickom ochorení;
- hľadať potrebné zdroje (finančná pomoc, kompenzačné pomôcky, parochne a pod.)
- zabezpečiť potrebnú starostlivosť v domácom prostredí a prístrojové vybavenie (polohovacie postele, a pod.) pre domácu starostlivosť;
- poskytovať „empatické načúvanie“ a emocionálnu i sociálnu oporu[134].

Poradcovia poskytujúci *psychosociálne poradenstvo pre onkologicky chorých* by mali mať základné psychoonkologické vedomosti a mali by byť schopní viesť rozhovor tak, aby chorému a jeho rodinným príslušníkom mohli poskytnúť čo najlepšiu možnú starostlivosť a v prípade potreby im ponúknuť primeranú psychoterapeutickú pomoc. Pozitívne výsledky boli zaznamenané pri skupinových terapiách; ak je skupina profesionálne vedená a špecializuje sa na potreby pacientov s rakovinou, môžu sa dosiahnuť: zníženie úzkosti, depresie, stresu a nadmerného rozrušenia, posilnenie fyzickej kompetencie, zlepšenie imunitných funkcií, vybudovanie a zlepšenie správania zameraného na zvládanie a samozrejme s tým spojené zvýšenie kvality života. V priebehu rôznych fáz onkologického ochorenia a jeho liečby sa môžu využiť rôzne psychoonkologické liečebné koncepty a intervenčné opatrenia, ktoré môžu pomôcť:

- redukovať záťaž, stres a nadmerné rozrušenie;
- navodiť cielenú relaxáciu;
- vybudovať nové životné ciele, perspektívy a stratégie zvládania[135].

Poradenstvo a prístup k budovaniu reziliencie mládeže zamerané na zmysel zdôrazňuje potrebu integrovaného prístupu s prihliadnutím na sociálne, ekologické aj kultúrne faktory[136]. Model PURE zaisťuje hlavne zdroje motivačnej, relaxačnej a emocionálnej odolnosti. Zmysel dáva individuálne smerovanie, životné ciele a energia potrebná k životným úspechom. Dôležité sú vzťahy a komunitné zdroje poskytujúce sociálnu oporu. Pozitívne emócie vyplývajúce zo zmysluplného smerovania vedú k príjemnejšiemu a pútavejšiemu životu. ABCDE modul poskytuje *kognitívnu a behaviorálnu reziliencia*. Pozitívne a realistické myslenie umožňuje jasné rozhodovanie. Osvojenie si vytrvalosti a pružnosti vedie k odvahe, statočnosti a vynaliezavosti. Úspechy pri prekonávaní ťažkostí postupne zvyšujú *kognitívnu reziliencia*, učia mladých vnímať nepriazeň osudu skôr ako výzvu a príležitosť, než hrozbu, učia ich byť lepšími a silnejšími. Tragický optimizmus vedie k existenciálnej alebo *duchovnej reziliencii*, ktorú človek potrebuje v beznádejných situáciách. Život má zmysel do posledného dychu. Utrpenie a smrť sa stávajú znesiteľnými, ak človek našiel niečo, za čo má význam aj zomrieť. Tragický optimizmus ponúka lúč nádeje, aj keď všetky reálnej nádeje na prežitie a uzdravenie sú už zničené. Tragický optimizmus zdôrazňuje význam vlastnej transcendencie, súcitu a solidarity v ťažkých obdobiach. Podľa záverečných analýz má byť *reziliencia* naplnená nádejou, vierou a láskou. *Reziliencia* vyžaduje všetku odvahu a nadobudnutú múdrosť človeka, aby prispel k ľudskosti[137].

---

[134] KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Zmysel života v sociálnej práci v prospech onkologicky chorých.
[135] ANGENENDT, G. et al. Praxis der Psychoonkologie.
[136] WONG, P. T. P. ed. The Human Quest for Meaning.
PARK, C. L. Meaning and Meaning Making in Cancer Survivorship.
[137] WONG, P. T. P. ed. The Human Quest for Meaning.

Integrovaný na zmysel zameraný prístup je navrhnutý tak, aby pozitívne vplýval na zdravie, na budovanie silného charakteru, rozvoj morálnej statočnosti a podporu spolupatričnosti s ostatnými.

V rámci komplexnej starostlivosti o onkologicky chorých predpokladáme pri bio-psycho-sociálno-spirituálnom modeli v zdraví a chorobe - nutnosť liečebného pôsobenia vo všetkých dimenziách a tým aj efektívnejšie liečenie a dosiahnutie trvale dobrých výsledkov; pričom o sociálnu dimenziu onkologicky chorých sa popri odborníkoch iných pomáhajúcich profesií starajú predovšetkým sociálni pracovníci. V zahraničnej odbornej literatúre je uvedená problematika v porovnaní s nami hlbšie rozpracovaná, napríklad Payne[138] zdôrazňuje potrebu účasti sociálnych pracovníkov v multidisciplinárnych tímoch starajúcich sa o onkologických pacientov v rôznych štádiách ich choroby; podľa uvedeného autora je nenahraditeľná najmä sociálna práca v oblasti paliatívnej starostlivosti o onkologicky chorých. Sociálny pracovník môže onkologicky chorým poskytovať poradenstvo v oblasti právneho minima ako napr. poskytovanie dávok sociálnej pomoci pre občanov ťažko zdravotne znevýhodnených, ďalej poradenstvo o kompenzačných pomôckach a o možnostiach v oblasti ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti, vrátane kontaktov na konkrétne agentúry v danom regióne; ďalej môže pomôcť pri skompletizovaní a vybavovaní žiadosti preukazu zdravotne ťažko postihnutého, poskytovať základné informácie, ktoré pacientovi pomôžu zorientovať sa v oblasti sociálnej legislatívy a snaží sa tiež identifikovať jednotlivé sociálne situácie, do ktorých sa vzhľadom na charakter tejto choroby pacient dostane, následne popísať, za akých podmienok a ako sú následky týchto sociálnych situácií upravené v predmetných zákonoch. Nezanedbateľná je aj účasť sociálnych pracovníkov ako profesionálov v podporných skupinách onkologicky chorých. Súčasné poznatky o vplyve sociálnej práce, o obnovení pocitu „flow“ v sociálnej dimenzii potvrdzujú, že uspokojenie sociálnych potrieb môže priamo pozitívne ovplyvňovať aj samotné liečebný výsledky. Od sociálneho pracovníka sa podľa Vodvářku[139] vyžaduje, aby mal vo vzťahu ku klientovi určité kompetencie, prostredníctvom ktorých realizuje svoju náplň činnosti. Sociálny pracovník pracuje samostatne alebo ako člen zdravotníckeho tímu. K hlavným úlohám sociálneho pracovníka patrí: rozvíjať účinnú komunikáciu s klientom, podporovať klienta a pomáhať mu k sebestačnosti, zasahovať v prospech klienta a poskytovať mu služby, orientovať sa a plánovať postup práce, prispievať k práci organizácie i k vlastnému odbornému rastu. Sociálna dimenzia je podľa uvedeného autora jednou zo základných dimenzií človeka a je vždy chorobou ovplyvnená. Potreby vyvolané určitou špecifickou chorobou sú potreby špeciálne, na rozdiel od potrieb všeobecných, normálne prítomných i v zdraví. I keď sa na diagnostikovaní a uspokojovaní sociálnych potrieb podľa názoru autora podieľajú aj lekári a sestričky, je táto činnosť hlavnou náplňou práce sociálnych pracovníkov. Ideálne je, ak existuje v praxi konkrétneho zariadenia vopred stanovený čas – napr. v rámci pracovných stretnutí celého multidisciplinárneho tímu, vrátane stretnutí lekárov, staničnej sestry a sociálneho pracovníka, pri ktorom dochádza k výmene informácií medzi nimi. V mnohých prípadoch je to práve sociálny pracovník, ktorý premosťuje výmenu informácií medzi

[138] PAYNE, M. Social Objectives in Cancer Care: The Example of Palliative Day Care.
[139] VODVÁŘKA, P. Podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika.

zúčastnenými stranami: na jednej strane sa nachádzajú pracovníci pomáhajúcich profesií a na druhej strane pacient a jeho rodinní príslušníci. V tejto súvislosti nás zaujal predovšetkým model Jankovského[140], v ktorom považuje sociálneho pracovníka v rámci multidisciplinárneho tímu za kompetentného sprostredkovateľa, ktorý je schopný informovaným spôsobom obhajovať záujmy klienta (v prípade potreby aj rodinných príslušníkov) vo všetkých odborných záležitostiach, pričom autor používa termín *„sociálny pracovník na strane klienta“*.

[140] JANKOVSKÝ, J. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu.

3 Vybrané osobnostné charakteristiky a stratégie zvládania záťaže v súvislosti s prežívanou onkologickou chorobou

Realizovaný výskum

Kapitola pojednáva o vybraných výsledkoch realizovaného výskumu v Košickom kraji na Slovensku, ktorý prebiehal v období rokov 2015-2017, na podnet 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 klietok."

Cieľom výskumného projektu bolo nájsť určité spoločné osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok, výber ich stratégií zvládania záťaže, ktoré potenciálne môžu mať vplyv z hľadiska vzniku onkologickej choroby. Zároveň bolo snahou prepojiť získané výsledky s myšlienkou opodstatnenia socioterapie ako jednej z najdôležitejších metód sociálnej práce v praxi s touto klientelou, na čo nadväzujú ďalšie kapitoly predkladanej publikácie (napríklad v 5. kapitole).

Zámerom je v aktuálnej kapitole pre čitateľa priblížiť najvýznamnejšie zistenia realizovaného výskumu. V jednotlivých podkapitolách je definovaný realizovaný výskum, využité metódy či konkrétne vybrané výsledky prepájané na aktuálny stav problematiky popísaný v ostatných kapitolách publikácie. Čiastkové výsledné zistenia sú pre lepšiu prehľadnosť uvádzané v tabuľkách a grafoch s nadväzujúcim popisom v texte.

3.1 Projekt výskumu

Myšlienke hľadania súvislosti medzi rizikovými osobnostnými charakteristikami a onkologickou chorobou sa venovala pozornosť od polovice 60-tych rokov 20. storočia. V priebehu 50-tych rokov sa vyvíjali teórie s cieľom identifikovať psychosociálne faktory, ktoré ovplyvňujú vznik rakoviny. Pozornosť sa hlavne upriamila na osobnostný typ, u ktorého sa predpokladá zvýšené riziko vzniku rakoviny, tzv. koncept osobnosti typu C (Cancer Prone Personality). Na základe mnohých empirických štúdií ako napr. Bahnson, Watson, Kune[141]; Eysenck[142]; Bernhard[143]; Contrada, Leventhal[144] sa vymedzili základné znaky karcinogénnej osobnosti: osobnosť typu C trpí syndrómom bezmocnosti, beznádeje a má tendenciu potlačovať najmä negatívne emócie, ktoré sú považované za spoločensky neprijateľné (ako úzkosť, hnev, hostilitu). Potlačenie a vytesnenie emócií, ako aj vyhýbanie sa emočným konfliktom, je „chrbtovou osou" ich osobnosti a môžu sa rozvinúť až do stavu klinickej depresie. Týmto prístupom sa konflikty len somatizujú, keďže hostilita sa obracia do vnútra ich organizmu[145].

[141] BAHNSON, C. B., L. F. WATSON, and S. KUNE. Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study.
[142] EYSENCK, H. J. Cancer, Personality and Stress: Prediction and Prevention.
[143] BERNARD, H. F. Epidemiologic Aspects of Stress, Aging, Cancer and the Immune System.
[144] CONTRADA, R. J., H. LEVENTHAL, and O´LEARY. Personality and Health.
[145] KOHOUTEK, R. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy.

V tejto súvislosti môžeme teda konštatovať, že osobnostné črty sa v podmienkach záťaže dynamicky uplatňujú. Osobnosť sa zo stresogénnych situačných podmienok premieta do vyrovnávacích procesov (coping), a to tak, že rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje výber vyrovnávajúcich stratégií, a tieto vyrovnávajúce stratégie ovplyvňujú následné psychické procesy (vedú napr. k negatívnym emóciám). Určité osobnostné charakteristiky predisponujú k určitému štýlu zvládania stresu a úrovni odolnosti. Podľa Bolgera a Schillinga[146] osobnosť môže ovplyvňovať zdravie a psychickú pohodu troma spôsobmi:

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

Koncept C-systém zvládania (c-coping style) prvýkrát predstavila psychologička Temoshoková v roku 1981 a zároveň upozornila na fakt, že je podstatné sledovať u onkopacientov spôsob správania, ako aj ich reakciu na stres, ktoré si jedinec osvojil počas života. To môže ovplyvniť ich biologickú obranu na vznik rakoviny. Vo svojej empirickej štúdii vypracovala tzv. koncept C-systém zvládania (c-coping style), ktorý označuje spôsob vyrovnávania sa so stresom u onkopacientov. Kritický faktor súvisí s imunitným systémom. V tomto zmysle sa jedinec nezameriava sám na seba, nesleduje signály vlastného tela na stres, ale má tendenciu presviedčať okolie, že je všetko v poriadku s ohľadom na to, čo chcú ostatní[147].

Hlavnými charakteristickými znakmi tohto C-systému zvládania sú[148]:

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

Zvládaniu onkologických ochorení a možnostiam zvyšovania kvality života onkopacientov sa dlhodobo venujú aj napr. Nezu[149], Tschushke[150], Angenendt[151], Žiaková[152]. Na základe výsledných štúdií bolo preukázané, že samotná diagnóza rakoviny vytvára narušenie, v životoch jedincov v niektorých prípadoch vo veľkých rozmeroch, čo následne

[146] BOLGER, N., and E. A. SCHILLING. Personality and the Problems of Everyday Life: The Role of Neuroticism in Exposure and Reactivity to Daily Stressors.
[147] HUNTER, B. LIFE – Changing Strategies for Surviving Cancer.
[148] FALEIDE, A. O., L. B. LIAN, and E. K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.
[149] NEZU, A. M. et al. Pomoc pacientům pri zvládání rakoviny.
[150] TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
[151] ANGENENDT, G. et al. Praxis der Psychoonkologie.
[152] ŽIAKOVÁ, E, A. KOČIŠOVÁ a M. WAGNEROVÁ. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.

spôsobuje zlyhanie v spôsobe života. Realita choroby a jej liečby predstavuje znášanie dôsledkov diagnózy, agresívnej liečby a psychického tlaku na sociálne postavenie v spoločnosti. Onkopacienti môžu zaznamenať rôzne negatívne prejavy ako je napríklad prerušenie životných úloh a cieľov, liečba vedľajších účinkov, finančné ťažkosti, pracovné zlyhanie, ale aj narušenie rodinných väzieb, zmeny v sociálnych sieťach a neistota ohľadne budúcnosti. Tieto skutočnosti naznačujú, že onkologická choroba vstupuje do života jedinca ako obrovská záťaž. Spôsob ako zvládať záťaž je individuálny pre každého jedinca, keďže súvisí s tým, ako jednotlivci vnímajú stresové situácie.

3.1.1 Východiská výskumu

Už po staročia, ešte pred vznikom modernej medicíny, bola predmetom záujmu osobnosť jedinca ako sprostredkujúca premenná v oblastiach súvisiacich so zdravím alebo chorobou. Medzi diagnózy o ktorých sa predpokladalo, že ich vývoj koreluje s vybranými faktormi osobnosti patrila onkologická choroba. Avšak psychosomatické hľadisko na túto chorobu sa v priebehu rokov menilo. Pozornosť sa hlavne upriamila na spomínaný typ osobnosti, u ktorého sa predpokladá dominancia charakteristík ako potláčanie emócií, vyhýbanie sa konfliktom v záujme sociálne žiaduceho správania, čo následne predstavuje zvýšené riziko vzniku rakoviny. Model osobnosti typu C (Cancer Prone Personality) sa sústredil najmä na vymedzenie takzvaných rizikových osobnostných čŕt a vlastností, ktoré potenciálne môžu ovplyvňovať vznik karcinómu.

Súčasný pohľad vychádza zo skutočnosti, že neboli doteraz potvrdené špecifické vzťahy ku konkrétnym črtám osobnosti, a tak je koncept osobnosti typu C spochybňovaný.[153] Táto skutočnosť je vysvetľovaná viacerými spôsobmi. Podľa Temoshokovej[154] je podstatné sledovať u onkopacientov špecifickosť osobnosti ako aj vzorce správania, ktoré sa výrazne prejavujú pri stresových situáciách (c-coping style). To môže ovplyvniť ich biologickú obranu na vznik rakoviny. Podľa Faleida, Lian a Faleide[155] utrpenie z choroby po fyzickej a psychickej stránke ja tak silné, že maskuje osobnostný profil pacienta. To následne vedie k zámene príčin a následkov. Iné štúdie[156] naznačujú, že onkologická choroba je nielen individuálna skúsenosť fyzického a psychického utrpenia, ale aj psychosociálny stav, ktorý moduluje medziľudské vzťahy pacienta.

Z vedeckej spisby je možné vyčítať posun v problematike onkologickej choroby od konceptu C-typ osobnosti, po novodobejší koncept C-systém zvládania. Čerpajúc z týchto zistení s prepojením na štatisticky významné vybrané výsledky autorského výskumu sa nasledujúce podkapitoly zameriavajú na deskripciu výsledkov autorského výskumu, ktorý sa týkal objasnenia prepojenia jednotlivých skúmaných premenných.

---

[153] BLATNÝ, M. a Z. ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum.
[154] TEMOSHOK, L. In HUNTER, B. Staying Alive: Life – Changing Strategies for Surviving Cancer.
[155] FALEIDE, A .O., L. B. LIAN, and E. K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.
[156] Napríklad (LEVINE, C. et al. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-term Care.; SHIELDS, C. G. et al. Couple and Family Interventions in Health Problems.)

3.1.2 Metodika

Zostavená dotazníková batéria okrem zisťovania demografických údajov bola zameraná aj na zisťovanie preferencie stratégií zvládania, prostredníctvom metodiky SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen)[157], ktorá sa zameriava na zachytenie individuálnych tendencií k využívaniu rôznych stratégií zvládania. Ide o skrátenú verziu SVF 120 od autorov Janke a Erdmannová z roku 2002. Do českého jazyka verziu upravil Švancara v roku 2003[158]**.** Dotazník na slovenskej populácii overila napríklad v roku 2015 Halachová, Žiaková[159], na výskumnej vzorke 694 respondentov. Dotazník SVF 78 obsahuje 78 výrokov, ktoré popisujú určité spôsoby reagovania pri pociťovaní záťaže. Respondent sa prostredníctvom Likertovej škály (***0 - vôbec nie, 1 – skôr nie, 2 - možno, 3 - pravdepodobne, 4 – veľmi pravdepodobne)*** vyjadruje nakoľko daný spôsob predstavuje jeho reakciu v reálnom živote. Výsledkom metodiky je 13 faktorov, ktoré sú rozdelené na pozitívne (efektívne) stratégie, smerujúce k redukcii stresu a patria k nim: Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívna sebainštrukcia. Negatívne (neefektívne) stratégie, ktoré smerujú ku zosilneniu stresu a prislúchajú k nim: Úniková tendencia, Perseverácia, Rezignácia, Sebaobviňovanie. Stratégie, ktoré možno radiť ako k pozitívnym tak k negatívnym sú Potreba sociálnej opory a Vyhýbanie sa. Reliabilita pôvodného dotazníka dosahuje hodnotu Cronbachovej alfy=0,80.

Dimenzie osobnostných charakteristík boli zisťované prostredníctvom osobnostného Freiburského dotazníka.[160] Jeho autormi sú Fahrenberg, Selg, Hampe, ktorí dotazník začali vyvíjať v roku 1963. V roku 1984 slovenský preklad štandardizovali Kollárik, Poliaková a Ritomský na výskumnej vzorke 2582 respondentov. Úlohou respondenta je vyjadriť svoj súhlas/nesúhlas s danými 114 výrokmi. Metodika sa venuje dimenziám: Nervozita, Depresivity, Vzrušivosť, Družnosť, Miernosť, Reaktívna agresivita, Zdržanlivosť, Otvorenosť. Na základe analytických postupov boli vyčlenené ešte tri doplnkové škály: Extrovertnosť - Introvertnosť; Emocionálna labilita - Stabilita; Maskulinita - Feminita. Hodnota vnútornej konzistencie sa v pôvodnom vydaní FPI pohybovala medzi hodnotou 0,74 - 0,87.

Samotné spracovanie výsledkov autorského výskumu prebiehalo na základe kvantitatívnych štatistických metód, pričom v závislosti na charaktere distribúcie jednotlivých premenných boli využité neparametrické štatistické metódy. Pre prepojenie jednotlivých problematík bola využitá aj deskriptívna štatistika. Reliabilita dotazníkovej batérie predstavovala v autorskom výskume hodnotu Cronbachovej alfy = 0,89.

3.1.3 Výskumná vzorka a organizácia výskumu

V rámci riešenia grantovej úlohy sa výskumu zúčastnilo **504** respondentov z Košického kraja. Výskumná vzorka bola získaná po dohode s vedením Východoslovenského ústavu onkologických chorôb a etickej komisie v období január – jún

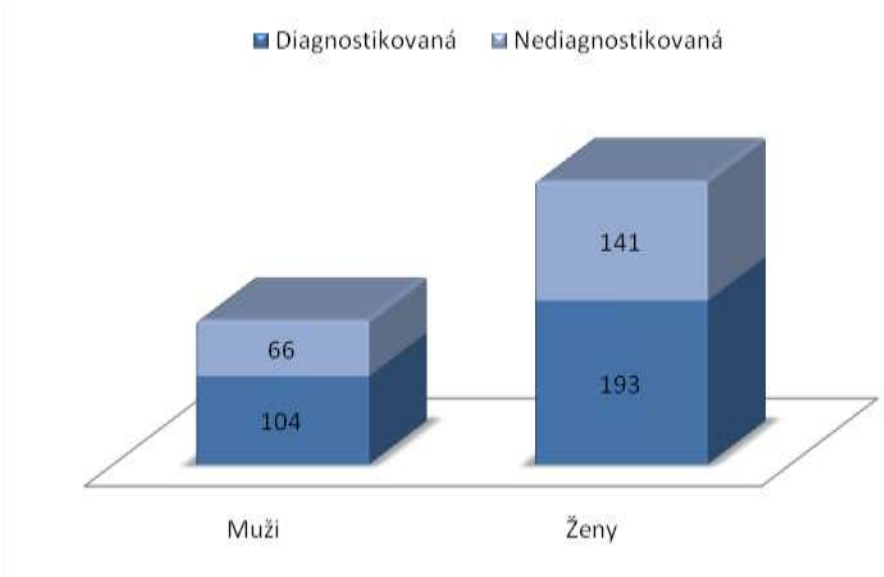
[157] JANKE, J. a G. ERDMANNOVA. Strategie zvládání stresu – SVF 78.
[158] ŠVANCARA, J. Wilhelm Janke Gisela Erdmanová. Strategie zvládaní stresu - SVF 78.
[159] HALACHOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania.
[160] KOLLÁRIK, T., E. POLIAKOVÁ a A. RITOMSKÝ. Freiburský osobnostný dotazník.

2016. Z celkového výskumného súboru bola diagnostikovaná rakovina **297 (58,9%)** respondentom a respondentkám, v zastúpení 193 (38,3 %) žien a 104 (20,6%) mužov. **207 (41,1%)** respondentov a respondentiek, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba, boli zastúpení z hľadiska rodu v počte 141 (27,9%) žien a 66 (13,2%) mužov.

Respondenti a respondentky, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba boli vyberaní párovým porovnaním podľa zastúpenia vekových skupín a rodu v súvislosti s veľkosťou časti výskumnej vzorky, ktorá pozostávala z respondentov s onkologickou chorobou. Snahou autoriek bolo zachovať proporcionalitu medzi výbermi. Výskumná vzorka bola v tejto súvislosti volená zámerne a nenáhodne.

Priemerný vek respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba bol 58,6 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žilo 203 (68,3%) respondentov. Priemerný vek respondentov bez diagnostikovanej onkologickej choroby bol 52,5 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žije 135 (65,2%) respondentov. Jednotlivé údaje ponúka informatívnym spôsobom Graf 4.

Graf 4 Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska diagnostikovania onkologickej choroby

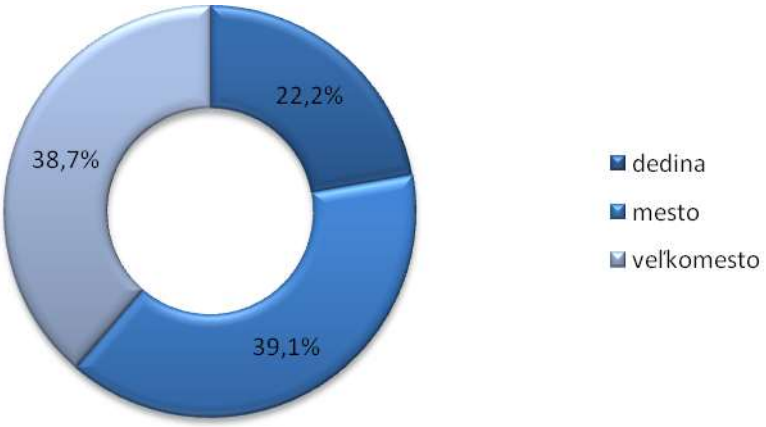


Z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania (Graf 5), výskumný súbor pozostával z 22 (4,4%) respondentov a respondentiek so základným vzdelaním, 83 (16,5%) respondentov a respondentiek so stredoškolským vzdelaním bez maturity, 256 (41,7%) respondentov a respondentiek so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Respondentov a respondentky s dosiahnutým vysokoškolským vzdelaním vo výskumnom súbore bolo 143 (28,4%).

Graf 5 Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska dosiahnutého najvyššieho vzdelania

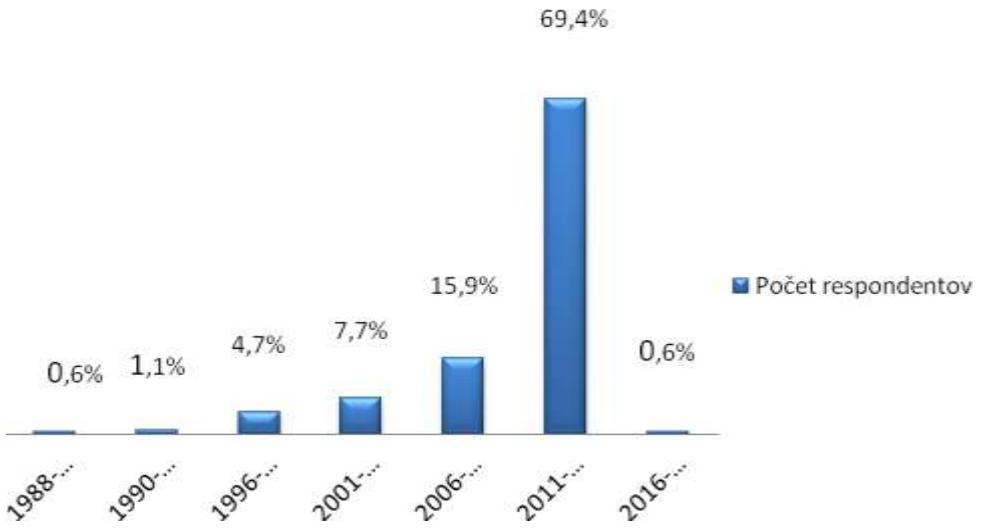
Z hľadiska bydliska (Graf 3), 112 (22,2%) respondentov a respondentiek uvádzalo ako bydlisko dedinu, 197 (39,1%) respondentov a respondentiek uvádzalo mesto a ako svoje bydlisko veľkomesto uvádzalo 195 (38,7%) respondentov a respondentiek.

Graf 6 Deskriptívne znázornenie výskumného súboru z hľadiska bydliska



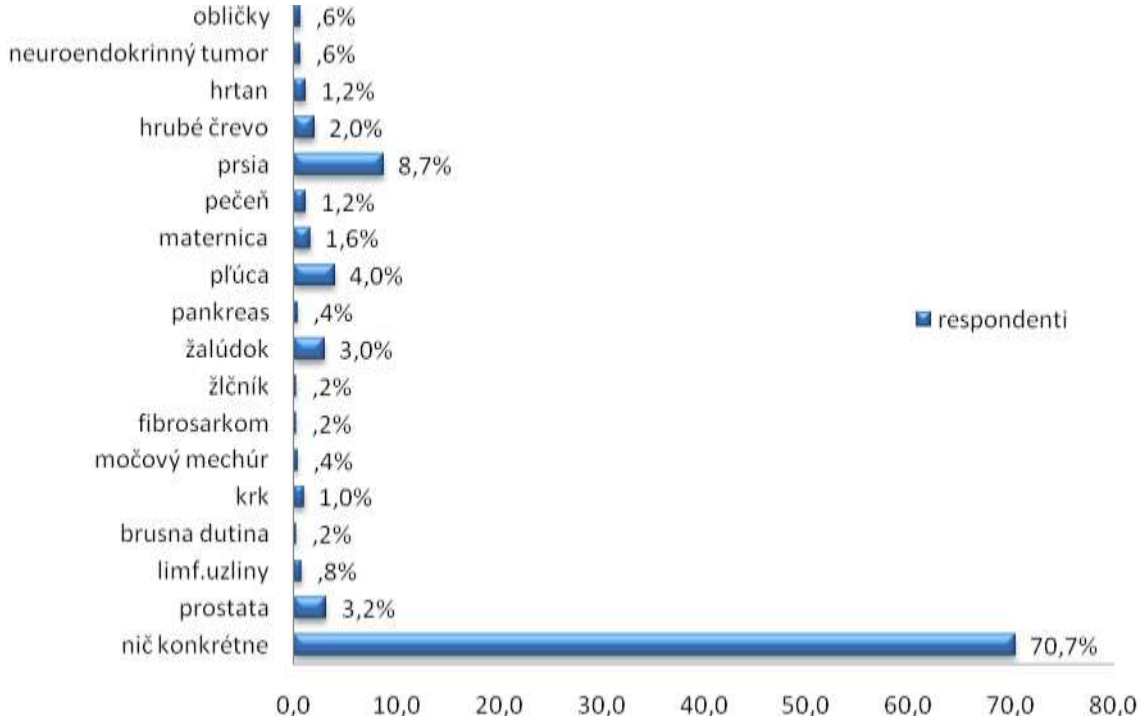
Respondentov a respondentky, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba je možné na základe deskriptívnej štatistiky popísať z hľadiska roku diagnostikovania onkologickej choroby (Graf 7). Pre prehľadné znázornenie boli vytvorené časové obdobia v rozmedzí päť rokov, výnimku tvoria hraničné roky, ktoré predstavujú dvoch respondentov, ktorým bola diagnostikovaná choroba v roku 1988 a dvoch respondentov, ktorým bola diagnostikovaná choroba v roku 2016. Na základe Grafu 7 je možné konštatovať, že najväčšiu časť výskumnej vzorky tvoria respondenti a respondentky, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba v rozmedzí rokov 2011-2015.

Graf 7 Deskripcia respondentov z hľadiska roku diagnostikovania onkologickej choroby



Z pohľadu konkrétnej diagnózy onkologického ochorenia, možno na základe Grafu 8 konštatovať, že 29,3% respondentova respondentiek, ktorí mali diagnostikovanú onkologickú chorobu, uviedlo priamo typ ochorenia.

Graf 8 Deskripcia respondentov z hľadiska konkrétnej diagnózy onkologickej choroby



3.2 Výsledky a interpretácia výskumu

3.2.1 Oblasť stratégií zvládania respondentov

Proces zvládania neistoty v súvislosti s chorobou začína, keď sa človek dozvie o zmene statusu quo. Napríklad keď on alebo ona získa diagnózu alebo sa dozvie o progrese zisteného stavu. Efektívne zvládanie nezahŕňa len vyvíjanie príležitostí a zdrojov pre seba, ale aj pre ostatných[161].

Možno konštatovať, že jedinci, ktorí zvládajú záťaž lepšie, môžu používať efektívnejšie štýly zvládania alebo správny spôsob stvárnenia v správny čas. Radi by sme tu zdôraznili pár bodov. Prvým z nich je, že žiaden štýl zvládania nebude účinný vo všetkých situáciách. Druhým je to, že zápas medzi požiadavkami situácie a prístupom k zvládnutiu je mimoriadne dôležitý[162].

Na základe Mann-Whitneyho U testu ako neparametrickej metódy je možné na základe výsledkov, znázornených v Tab. 6, konštatovať určitú štatistickú významnosť v stratégiách zvládania (Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií, Potreba sociálnej opory) u respondentov a respondentiek v súvislosti s diagnostikovanou onkologickou chorobou v autorskom výskume.

Tab. 6 Mann-Whitney U test – rozdiel medzi stratégiami zvládania záťaže a diagnostikovaním onkologickej choroby u respondentov a respondentiek

		Podhodnotenie	**Odklon**	**Náhradné uspokojenie**	**Kontrola reakcií**	**Potreba sociálnej opory**
DIAGNOSTIKA ONKOLOG. CHOROBY	*Z*	-2,69	-4,02	-2,19	-1,98	-2,25
	p(α)	0,007**	<0,001***	0,03*	0,04*	0,02*

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

Na základe znázornených vybraných výsledkov v Tab. 6, v ktorých sa preukázal štatisticky významný rozdiel, bola následne pre konkretizovanie týchto rozdielov využitá deskriptívna štatistika, ktorej výsledky obsahuje Tab. 7.

[161] ADWIN, C. M. Stress, Coping, and Development, Second Edition: An Integrative Perspective.
[162] CARLSON, L. and M. SPECA. Mindfulness-Based Cancer Recovery: A Step-by-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment and Reclaim Your Life.

Tab. 7 Deskripcia priemerného skóre respondentov a respondentiek z hľadiska vybraných stratégií zvládania záťaže

DIAGNOSTIKA ONKOLOGICKEJ CHOROBY		**Podhodnotenie**	**Odklon**	**Náhradné uspokojenie**	**Kontrola reakcií**	**Potreba sociálnej opory**
Diagnostikovaná	*N*	297	297	297	297	297
	X	267,2	273,9	264,5	263,3	264,7
Nediagnostikovaná	*N*	207	207	207	207	207
	X	231,9	221,3	235,7	237,3	235

Na základe výsledkov deskriptívnej štatistiky v Tab. 7 je možné konštatovať, že samotný štatisticky významný rozdiel v preferovaných stratégiách zvládania spočíva v tom, že respondenti a respondentky, ktorí boli súčasťou skupiny s diagnostikovanou onkologickou chorobou využívajú vybrané stratégie zvládania vo väčšej miere než respondenti a respondentky, ktorí boli súčasťou časti výskumnej vzorky, ktorým nebola diagnostikovaná onkologická choroba.

Prakticky sa dá konštatovať, že respondenti a respondentky, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, v rámci zvládania náročných životných situácii preferujú stratégie, ktoré reflektujú prisudzovanie si menšej miery stresu v porovnaní s ostatnými (*stratégia Podhodnotenie*), odklon od samotnej záťaže, prípadne príklon k situáciám inkompatibilným so záťažou (*stratégia Odklon*). Respondenti a respondentky, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba viac preferujú stratégie zvládania náročnej situácie, ktoré predstavujú obrátenie sa k pozitívnym aktivitám/situáciám (*stratégia Náhradné uspokojenie),* zároveň sa vo väčšej miere snažia zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*), v porovnaní s respondentmi a respondentkami, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola.

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

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

k negatívnym. (Na opodstatnenie týchto efektívnych stratégií poukazujú napríklad kapitoly 1, 2, 5).

Tab. 8 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosti medzi dimenziami osobnostných charakteristík onkologicky chorých respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaže

		NERVOZITA	DEPRESIVITA	VZRUŠIVOSŤ	DRUŽNOSŤ	MIERNOSŤ	ZDRŽANLIVOSŤ	OTVORENOSŤ
Podhodnotenie	r	**-0,207**	-0,081	-0,021	**0,284**	**0,371**	**-0,257**	0,006
	p(α)	**<0,001*** **	0,164	0,722	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**<0,001*** **	0,917
Odmietanie viny	r	-0,037	0,008	0,039	0,036	0,05	-0,047	-0,017
	p(α)	0,523	0,897	0,498	0,538	0,391	0,42	0,765
Odklon	r	-0,067	-0,049	-0,03	**0,177**	**0,224**	-0,027	-0,03
	p(α)	0,251	0,401	0,604	**0,002****	**<0,001*** **	0,638	0,609
Náhradné uspokojenie	r	0,053	0,059	**0,173**	**0,202**	**0,169**	-0,029	0,009
	p(α)	0,358	0,313	**0,003****	**<0,001*** **	**0,003****	0,613	0,873
Potreba sociálnej opory	r	**0,249**	**0,207**	**0,201**	<0,001	-0,039	**0,172**	**0,119**
	p(α)	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**<0,001*** **	0,99	0,504	**0,003****	**0,04***
Úniková tendencia	r	**0,274**	**0,489**	**0,530**	**-0,191**	**-0,116**	**0,292**	**0,368**
	p(α)	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**0,001****	**0,046***	**<0,001*** **	**<0,001*** **
Perseverácia	r	**0,352**	**0,298**	**0,249**	**-0,131**	**-0,271**	**0,322**	**0,170**
	p(α)	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**0,023***	**<0,001*** **	**<0,001*** **	**0,003****
Kontrola situácie	r	-0,017	-0,018	0,012	**0,228**	-0,072	-0,072	**0,120**
	p(α)	0,767	0,76	0,830	**<0,001*** **	0,218	0,218	**0,039***
Kontrola reakcií	r	-0,078	-0037	0,012	**0,224**	**0,216**	-0,109	0,016
	p(α)	0,177	0,525	0,831	**<0,001*** **	**<0,001*** **	0,06	0,789
Vyhýbanie sa	r	-0,089	-0,012	0,036	**0,163**	0,113	0,001	0,023
	p(α)	0,125	0,83	0,537	**0,005****	0,051	0,985	0,691

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

Na základe štatistického spracovania možno konštatovať, že existujú súvislosti medzi vybranými dimenziami osobnostných charakteristík onkologicky chorých respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaže, ktoré preferujú v rôznej miere.

Štatisticky významné pozitívne korelácie sa preukázali v súvislosti medzi dimenziou osobnostnej charakteristiky Nervozita a stratégiami zvládania záťaže Pohodnotenie, Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perseverácia. Vychádzajúc zo znázornených výsledkov v Tab. 8 možno predpokladať, že čím viac je možné onkologicky chorých respondentov a respondentky charakterizovať ako jedincov, ktorí sú podráždenejší, nepokojnejší, vyčerpanejší (*dimenzia Nervozita*), tým je pravdepodobnejšie, že si pri pociťovaní záťaže v porovnaní s ostatnými prisudzujú menšiu mieru záťaže (*stratégia Podhodnotenie*), majú vo väčšej miere tendenciu vyviaznuť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*), prípadne sa nedokážu myšlienkovo odpútať od záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*) a zároveň majú prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*).

Štatisticky významné pozitívne korelácie sa preukázali medzi osobnostnou charakteristikou Depresivita a stratégiami zvládania záťaže Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perseverácia. Možno predpokladať, že čím viac onkologicky chorí respondenti a respondentky pociťujú nepokoj, majú pocity menejcennosti, pocity viny (*dimenzia Depresivita*), tým viac majú prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*), vo väčšej miere sa nedokážu myšlienkovo odpútať od prežívanej záťaže (*stratégia Perseverácia*) a je možné konštatovať, že majú vo väčšej miere snahu vyviaznuť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*).

Medzi dimenziou osobnostnej charakteristiky Vzrušivosť a stratégiami zvládania záťaže Náhradné uspokojenie, Potreba sociálnej opory a Perseverácia sa preukázal pozitívny vzťah, na základe ktorého možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú dráždivosť, napätie, netrpezlivosť či nízku frustračnú toleranciu (*dimenzia Vzrušivosť*), tým viac sa snažia obrátiť k pozitívnym aktivitám/situáciám (*stratégia Náhradné uspokojenie*), napriek tomu, že sa nedokážu myšlienkovo odpútať od záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*) a majú snahu zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*).

Štatisticky významný pozitívny vzťah medzi osobnostnou dimenziou Vzrušivosť a stratégiou Úniková tendencia predstavuje koreláciu, na základe ktorej môžeme konštatovať, že čím viac majú respondenti a respondentky pocity napätia, dráždivosti, netrpezlivosti (*dimenzia Vzrušivosť*), tým viac majú snahu vyviaznuť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*).

Z pohľadu najväčšej frekvencie výskytu štatisticky významnej súvislosti Tab. 8 predstavuje osobnostnú dimenziu Družnosť v pozitívnej korelácii so stratégiami zvládania Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Vyhýbanie sa. Na základe vybraných výsledkov možno predpokladať, že čím viac majú onkologicky chorí respondenti a respondentky potrebu kontaktu, sú zhovorčiví, pohotoví, družní (*dimenzia Družnosť*), tým viac si prisudzujú menšiu mieru záťaže (*stratégia Podhodnotenie*), vyhľadávajú pozitívne aktivity (*stratégia Náhradné uspokojenie*), analyzujú danú situáciu, plánujú a uskutočňujú konanie za účelom kontroly a riešenia záťaže (*stratégia Kontrola situácií*), snažia sa zaistiť kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*)

a snažia sa zamedziť pociťovanej záťaži alebo sa snažia „prikloniť“ k situáciám inkompatibilným so záťažou (*stratégie Vyhýbanie sa, Odklon*).

Štatistické spracovanie prináša v oblasti osobnostnej dimenzie Družnosť aj negatívnu koreláciu so stratégiami zvládania Úniková tendencia, Perseverácia. Na základe týchto zistení je možné predpokladať, že čím viac majú respondenti a respondentky potrebu kontaktu, čím viac sú zhovorčiví, pohotoví (*dimenzia Družnosť*), tým menej majú tendenciu vyhýbať sa záťažovej situácií (*stratégia Úniková tendencia*) a dokážu sa myšlienkovo odpútať od pociťovanej záťaže (*stratégia Perseverácia*[163]), čo dopĺňa obraz spomínaných pozitívnych korelácií medzi osobnostnou dimenziou Družnosť a vybranými stratégiami zvládania záťaže.

Štatisticky významná pozitívna korelácia sa preukázala aj medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiami zvládania Pohodnotenie, Odklon, Kontrola reakcií. Možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú sebadôveru, sú optimistickí (*dimenzia Miernosť*), tým viac majú tendenciu vyhľadávať situácie inkompatibilné so záťažou (*Odklon*), v porovnaní s ostatnými si prisudzujú menšiu mieru stresu (*stratégia Podhodnotenie*), a snažia sa zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*).

Slabá pozitívna korelácia sa preukázala medzi dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania Náhradné uspokojenie. V tomto kontexte možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky vyhľadávajú pozitívne aktivity/situácie (*stratégia Náhradné uspokojenie*), tým viac pociťujú sebadôveru, sú optimistickí (*dimenzia Miernosť*).

Negatívna slabá korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania Úniková tendencia. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky optimistickejší, pociťujú sebadôveru *(dimenzia Miernosť*), tým menej majú únikovú tendenciu zo záťažovej situácie.

Negatívna korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania záťaže Perseverácia. Možno predpokladať, že čím sú respondenti a respondentky optimistickejší, čím viac pociťujú sebadôveru (*dimenzia Miernosť*), tým viac sa dokážu myšlienkovo odpútať od danej záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*[164])

Na základe štatistického spracovania sa preukázal slabý pozitívny vzťah medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiou zvládania Potreba sociálnej opory. Z konkrétneho údaju je možné predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú hanblivosť, rozpaky, nepokoj, neistotu v rozhodovaní, bojazlivosť (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým viac majú prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*)

Stredne silná negatíva korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiou zvládania Podhodnotenie. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky hanblivejší, zdržanlivejší v kontakte s inými, neistí v rozhodovaní

[163]; [164] Perseverácia je definovaná ako stratégia zvládania záťaže – nedokázať sa myšlienkovo odpútať od záťažovej situácie a pod. Pri negatívnej korelácií sa preto formulácia definície Perseverácie stáva kladnou (dokáže sa myšlienkovo odpútať od záťažovej situácie a pod.).

a pod. (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým si prisudzujú väčšiu mieru stresu a záťaže v porovnaní s ostatnými (*stratégia Podhodnotenie*[165]).

Pozitívna stredne silná korelácia so štatistickou významnosťou sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiami zvládania Úniková tendencia a Perseverácia. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky hanblivejší, nepokojní, neistí v rozhodovaní, bojazliví (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým viac majú tendenciu unikať zo záťažovej situácie – neriešiť ju priamo (*stratégia Úniková tendencia*) a nedokážu sa vo väčšej miere myšlienkovo odpútať od daného problému (*stratégia Perseverácia*).

Štatisticky významná slabá korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Otvorenosť a stratégiami zvládania Potreba sociálnej opory, Perseverácia, Kontrola situácie. Možno predpokladať, že čím sú onkologicky chorí respondenti a respondentky sebakritickejší alebo majú až bezstarostný postoj (*dimenzia Otvorenosť*), napriek tomu tým viac majú prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*), nedokážu sa myšlienkovo odpútať od prežívanej záťaže (*stratégia Perseverácia)* a snažia sa zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*).

Stredne silná pozitívna korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Otvorenosť a stratégiou zvládania Úniková tendencia. Na základe štatisticky významného výsledku je možné predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky sebakritickejšie (*dimenzia Otvorenosť)*, tým viac majú tendenciu unikať zo záťažovej situácie – neriešiť ju priamo (*stratégia Úniková tendencia)*

3.2.2 Oblasť dimenzií osobnostných charakteristík respondentov a respondentiek

Osobnosť jedinca predstavuje v záťažovej situácií krehkú entitu, ktorá je napriek svojej krehkosti potenciálny zdroj nápomoci. Vychádzajúc z osobnostných charakteristík je totiž možné predpovedať, aký štýl zvládania si jedinec zvolí v záťažovej situácii.[166]

Na podchytenie rozdielov v rámci oblasti dimenzií osobnostných charakteristík respondentov a respondentiek bol aplikovaný Mann-Whitneyho U test. O vybraných osobnostných charakteristikách pojednáva bližšie Tab. 9, v ktorých sa medzi skupinami respondentov preukázal štatisticky významný rozdiel.

[165] Podhodnotenie je definované ako stratégia zvládania záťaže – v porovnaní s ostatnými si jedinec prisudzuje menšiu mieru záťaže a stresu. Pri negatívnej korelácií sa preto formulácia definície Podhodnotenie stáva negatívnou („...prisudzuje väčšiu mieru záťaže a stresu“.)

[166] AFSHAR, H. et al. The Association of Personality Traits and Coping Styles According to Stress Level.

Tab. 9 Mann-Whitney U test – rozdiel medzi osobnostnými charakteristikami a diagnostikovaním onkologickej choroby u všetkých respondentov

		Nervozita	**Zdržanlivosť**	**Otvorenosť**
DIAGNOSTIKA ONKOLOG. CHOROBY	*Z*	-6,09	-2,2	-2,1
	p(α)	<0,001***	0,03*	0,04*

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

Špecifikovanie samotných vybraných rozdielov prebiehalo formou deskriptívnej štatistiky, ktorej výsledky znázorňuje Tab. 10.

Tab. 10 Deskripcia priemerného skóre všetkých respondentov z hľadiska vybraných osobnostných charakteristík

DIAGNOSTIKA ONKOLOGICKEJ CHOROBY		**Nervozita**	**Zdržanlivosť**	**Otvorenosť**
Diagnostikovaná	*N*	297	297	297
	X	277,9	264,5	241,5
Nediagnostikovaná	*N*	207	207	207
	X	216	235,6	267,8

Vychádzajúc zo štatisticky významných rozdielov možno na základe deskripcie dosiahnutého priemerného skóre (Tab. 10) konštatovať, že u respondentov, ktorým bolo diagnostikovaná onkologická choroba dominuje Nervozita, Zdržanlivosť, ako osobnostná charakteristika viac ako u respondentov, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Následne možno konštatovať, že u respondentov s diagnostikovanou onkologickou chorobou dominuje Otvorenosť, ako osobnostná charakteristika, vo výrazne menšej miere ako u respondentov, ktorým onkologická choroba nebola diagnostikovaná. Z ponúkaných výsledkov vyplýva, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba majú vo väčšej miere pocity bezmocnosti, unaviteľnosti, podráždenosti a pod. *(dimenzia Nervozita*), sú viac zdržanlivejší v kontakte s inými, sú neistejší v rozhodovaní, menej priebojní (*dimenzia Zdržanlivosť*) než respondenti, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola. Štatisticky významný rozdiel v dimenzii Otvorenosť špecifikuje respondentov, ktorým nebola diagnostikovaná onkologická choroba ako viac sebakritickejších, prístupnejších, v porovnaní s respondentmi, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná bola.

Zaujímavým, zdanlivo kontraproduktívnym zistením je štatisticky významný rozdiel v škále Maskulinita – Feminita, znázornený v Tab. 11.

Tab. 11 Mann-Whitney U test- rozdiel medzi škálou Maskulinita – Feminita a diagnostikovaním onkologickej choroby

	Maskulinita – Feminita	**N**	**X**	**Z**	**p(α)**
DIAGNOSTIKA ONKOLOG. CHOROBY	*Diagnostikovaná*	297	228,5	-3,16	0,002**
	Nediagnostikovaná	207	269,6		

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

Zameraním sa na získané priemerné skóre respondentov v Tab. 11, z ktorej je taktiež možné vyčítať aj štatisticky významný rozdiel v škále Maskulinita – Feminita, je možné predpokladať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba, sú sebaistejší, aktívnejší, pohotovejší, a pod. v porovnaní s respondentmi, ktorým onkologická choroba diagnostikovaná nebola.

Záver

Výskumné zistenia ponúkajú predstavu onkologicky chorých respondentov a respondentiek, ktorí napriek závažnej životnej situácií, vo väčšej miere využívajú efektívne stratégie zvládania (*Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola reakcií*). Tieto tendencie však štatisticky významne dávajú priestor potrebe sociálnej opory, ktorú je potenciálne možné zastrešiť aj prostredníctvom socioterapie s onkologickou klientelou s cieľom napomôcť v procese liečby (bližšie o tom pojednáva kapitola 1 a 5). Vplyv vonkajšieho prostredia ako napríklad prejavy, postoje, náhle zmeny správania rodinných príslušníkov a blízkych voči jedincovi s onkologickou diagnózou pôsobia niekedy rušivo a zaťažujúco. Ak je do socioterapie zahrnutá aj rodina, tak pacientovi to prináša upokojenie, povzbudenie a dôveru v liečebných postupoch. To následne smeruje k zvýšeniu kvality života a aktivizácie sociálneho potenciálu jedinca s dôrazom na jeho vzťahy k prostrediu.

Prepojením zvolených štatisticky významných výsledkov sa dá konštatovať, že napriek preferovaniu efektívnych stratégií zvládania záťaže u onkologicky chorých respondentov a respondentiek, dominujú osobnostné dimenzie, ktoré reflektujú charakteristiky ako Nervozita a Zdržanlivosť. Možno predpokladať, že výskumná vzorka predstavuje respondentov a respondentky, ktorých choroba mobilizovala k využívaniu efektívnych stratégií zvládania vo väčšej miere ako respondentov a respondentky bez onkologickej diagnózy. Zároveň možno predpokladať, že samotná choroba a náročné situácie s ňou spojené majú vplyv na osobnosť respondentov a respondentiek, u ktorých dominujú dimenzie osobnostných charakteristík poukazujúce na pocity bezmocnosti. Túto skutočnosť dominancie efektívnych stratégií zvládania v súvislosti s pocitmi bezmocnosti vhodne

vysvetľuje Lokich[167], ktorý uvádza, že pocity bezmocnosti sú u pacientov s onkologickou chorobou vnímané ako samozrejmosť. Bezmocnosť autor definuje ako nevítaný a frustrujúci pocit, ktorý je obzvlášť silný v období priebehu liečby od počiatočnej fázy diagnózy, ako aj vo fáze recidívy alebo taktiež v čase prežívania záťaže alebo straty. Na druhej strane, mechanizmy zvládania v týchto situáciách chránia pacientov a pacientky pred plnou intenzitou tohto pocitu bezmocnosti.

V ponúknutých výsledkoch v koncepte osobnostných dimenzií je možné vnímať potenciálnu súvislosť so spomenutými hlavnými charakteristickými znakmi C-systému zvládania[168], kde napriek pociťovaniu neistoty (dimenzia Zdržanlivosť) štatisticky významne dominuje kontrola reakcii, potreba sociálnej opory a pod. Na škále Maskulinita-Feminita, ktorú špecifikuje osobnostný dotazník, je zároveň možné definovať respondentov a respondentky s onkologickou chorobou ako tých, ktorí sú sebaistejší, podnikavejší, pohotovejší a vyrovnanejší. V tomto prípade je možné predpokladať natoľko silný a motivujúci vplyv nepriaznivej životnej udalosti (onkologickej choroby), ktorý dokázal respondentov a respondentky osobnostne ovplyvniť z aspektu ich sebavedomia a osobnostného fungovania.

Onkologická diagnóza vyvoláva mimoriadne traumatizujúci zážitok, ktorý ovplyvňuje aspekty každodenného života človeka. Vplyvom choroby jedinec prechádza podstatnými zmenami, pretože boj o prežitie sa stáva najdôležitejším. Diagnóza rakoviny prináša jednotlivcom vážne problémy, ktoré ich nútia urobiť radikálne zmeny na fyzickej a duševnej úrovni. Choroba častokrát bráni normálnemu spoločenskému fungovaniu a vytvára zdanlivo neviditeľné prekážky v sociálnych väzbách voči zdravým ľuďom. Sociálna opora priamo ovplyvňuje zmysel riešenia onkologickej choroby. Vnímanie, že iní môžu a chcú poskytnúť potrebné zdroje na riešenie zaťažujúcej udalosti povzbudzuje individuálnu schopnosť vyrovnať sa s novými potrebami[169]. V tejto súvislosti sa v ostatných kapitolách publikácie snažíme okrem poukázania na opodstatnenosť socioterapie v sociálnej práci pre onkologických klientov a klientky (viď 5. kapitola), vyzdvihnúť aj edukáciu a e-learning v procese zvládania onkologickej choroby (viď 4. kapitola).

[167] LOKICH, J. J. Primer of Cancer Management.
[168] FALEIDE, A .O., L. B. LIAN, and E. K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.
[169] VELIKOVA-TZONKOVA, B. Perceived Social Support in Cancer Survivors: Some Preliminary Results.

4 Aktuálne trendy v socioonkológii

4.1 Potreba zvyšovania kvality edukácie klientov s onkologickou chorobou v informačnej spoločnosti

Od druhej polovice dvadsiateho storočia patrí medzi najdynamickejšie sa rozvíjajúce odvetvia vedy a techniky oblasť informatiky a výpočtovej techniky. V podstate sa tento rozvoj neskončil ani na prahu tretieho tisícročia. Rozvoj výpočtovej techniky kvantitatívne aj kvalitatívne predstihol všetky očakávania a jej aplikácie dnes nachádzajú uplatnenie vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti. *„Moderné informačné a telekomunikačné technológie premenili kultúru a spoločnosť 20. storočia na informačnú spoločnosť. Počítač sa stal neoceniteľným nástrojom „pomoci“*[170].

Nepopierateľnou skutočnosťou je nutnosť progresu v informačno-komunikačných technológiách v súčasnej modernej spoločnosti[171]. „Svet počítačov“ v súčasnosti pomáha v mnohých činnostiach. Nepochybne stále viac preniká aj do oblasti edukácie. Vzdelávanie je jednou z najdôležitejších životných priorít nielen jednotlivcov, ale aj modernej spoločnosti a vďaka modernej technike a technológii sa môže uskutočňovať doplňujúcou formou dosiahnutého vzdelania, teda e-learningom. Novodobé informačné a komunikačné technológie prinášajú významné zmeny do vzdelávacieho systému na celom svete. Umožňujú vnímanie poznatkov viacerými zmyslami a tým v porovnaní s tradičnými formami vzdelávania, umožňujú dosiahnuť vyšší efekt vo vzdelávaní[172].

Ako naznačujeme vyššie, spoločnosť 21. storočia často označujeme ako tzv. informačnú spoločnosť. Informovanosť je i jedným zo základných práv pacientov (napr. o medicínskej liečbe, prognóze, rizikách, benefite a pod.). Edukačný proces je realizovaný edukačným tímom a pacientom, ich vzájomnou interakciou so zameraním sa na osobnosť pacienta, jeho individuálne potreby, hodnoty, názory, postoje a záujmy. V rámci plánovania edukácie je potrebné vymedziť jej priority, ciele a stratégiu tak, aby sme akceptovali priority pacienta, resp. ich modifikovali s jeho aktívnou účasťou[173].

Edukácia je širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, ktorého cieľom je nielen osvojenie si vedomostí, zručností a spôsobilostí, ale i vytváranie hodnotových, postojových, citových, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny v správaní i konaní. Subjekt edukácie nazývame edukantom – samozrejme môže ním byť napr. pacient, jeho rodinní príslušníci a pod. Aktéra edukačnej aktivity nazývame edukátorom. Štandardne to môže byť lekár, zdravotná sestra, psychológ, pedagóg, sociálny pracovník, ale i samotný pacient, či rôzne pomôcky.

Ak hovoríme o edukácii v súvislosti so zdravotníctvom, často sa realizuje prostredníctvom zdravotnej výchovy, ktorá má za úlohu zvýšiť zdravotné uvedomenie obyvateľov nielen chorých, ale i zdravých. Môžeme ňou dosiahnuť lepšiu spoluprácu pacienta

[170] HOSŤOVECKÝ M. a J. VINCÚROVÁ. E-learning ako nová forma vzdelávania, s.81.
[171] PLAVNICKÁ, J. a M. HALACHOVÁ. Kyberšikanovanie adolescentov v kontexte zvládania záťaže.
[172] PALAŠČÁKOVÁ, D. a M. GOMBÁR. E-learning ako nástroj zabezpečovania kvality v procese výchovy a vzdelávania na Prešovskej univerzite v Prešove.
[173] BERČ A. a kol. Onkologické ošetrovateľstvo II.

s tímom, ktorý ho lieči, lepšie dodržiavanie liečby, rehabilitácie, nariadení pri dlhodobom liečení. Pri diagnóze je napríklad potrebné presvedčiť pacienta, aby uveril nálezu lekára, prijal lieky ako účelné a bral ich podľa nariadenia, cvičil, dodržiaval diétu a podobne. Cieľ zdravotnej výchovy je odvodený od súčasne pretrvávajúceho postoja k zdraviu, ako aj od zmeny filozofie chápania zdravia. Podľa toho, čo chceme dosiahnuť u pacienta, sa ciele zdravotnej výchovy delia na:

- kognitívne (poznávacie – aby pacient vedel na základe špecifických vedomostí a informácií, vysvetľovania a pod., ako sa má rozhodnúť a ako konať),
- afektívne (citové – zamerané na postoje, presvedčenie, utváranie, hodnotenie, názor, prípadne na ich zmeny, ide o skúmanie citov a uvedomovanie si ich vo vzťahu k určitej zdravotnej oblasti, alebo ku zdraviu všeobecne),
- behaviorálne (podnecujúce konanie, zamerané na získanie spôsobilostí a maximálnych zručností o niečom rozhodnúť a realizovať to)[174].

Edukačný proces má 5 základných fáz:

- posudzovanie (určí sa potreba pacienta získať vedomosti o nádorovom ochorení a získajú sa dôležité údaje o pacientovi),
- diagnostika (zisťuje sa aké sú nedostatky vedomostí, zručností, motivácie a pod.),
- plánovanie (určia sa priority edukácie, stanovia sa jej krátkodobé a dlhodobé ciele, vyberie sa jej obsah, forma a metóda),
- realizácia (pričom je potrebné dodržiavať niektoré zásady, ako napr. nadviazať s pacientom primeraný kontakt, zvoliť vhodné prostredie, čas a tempo, nepoužívať príliš odbornú terminológiu, využívať pomôcky a pod.),
- vyhodnotenie (zhodnotenie dosiahnutia stanovených cieľov zo strany pacienta i edukátora)[175].

„*Zvyšovanie efektívnosti kvality vzdelávania je primárnou oblasťou dôležitosti takmer každej vzdelávacej inštitúcie, ktorá má záujem na svojom napredovaní. Ak chceme udržať trend nasmerovaný v európskom vzdelávacom priestore, je potrebné, aby sme sa snažili klasickú formu výuky čoraz častejšie kombinovať s formou e-learningového vzdelávania*“[176].

Výnimku medzi týmito vzdelávacími inštitúciami netvoria ani nemocnice a iné zdravotnícke zariadenia. Napríklad autorky Magurová a Majerníková[177] považujú edukačný proces za podstatnú súčasť kvalifikovanej starostlivosti v zdravotníctve. Prepájajú pedagogiku s ošetrovateľskou praxou a poukazujú na špecifiká edukácie v zdravotníctve.

Význam edukácie potvrdzuje i jej využívanie v zdravotníckej praxi, konkrétne tiež špecificky v onkologickej. V zahraničí existujú rôzne vzdelávacie programy v oblasti onkologického ochorenia (tzv. Cancer Education Program´s), ktorých poslaním je vzdelávať subjekty, ktorých sa to týka (napr. pacientov, opatrovníkov, ošetrovateľov i širokú verejnosť) v rôznych otázkach, ktoré si sebou rakovina prináša (napr. v oblasti prevencie, rizík, liečby,

[174] ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovateľstve.
[175] VOJTEKOVÁ, I. a V. OZOROVSKÝ. Edukačný proces.
[176] GEJDOŠ, P. a M. POTKÁNY. E-learning - efektívny nástroj zvyšovania kvality vzdelávania, s.34.
[177] MAGUROVÁ, D. a Ľ. MAJERNÍKOVÁ. Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.

paliatívnej starostlivosti a iné)[178]. Pozorujeme i trend zamerania na moderné, inovatívne formy edukácie, medzi ktoré nepochybne radíme i e-learning. Praktickým príkladom využívania elektronického vzdelávania v oblasti zdravotníctva na Slovensku môže byť internetový portál venovaný psychosociálnej pomoci onkologickým pacientom a ich rodinám s názvom Onkopacient.sk. Autorky stránky vychádzajú z presvedčenia, že choroba nie je len záležitosť tela, ale že zasahuje celého človeka. Preto liečba i celková starostlivosť musí byť zameraná na všetky dimenzie. Na tejto stránke nájdeme veľa informácií o tom, čo je psychoonkológia, popísané vybrané onkologické diagnózy, nachádza sa tu poradňa psychológa, komplexné informácie pre pacientov i pre rodinných príslušníkov, užitočné rady a informácie o ďalších linkoch[179]. Za zmienku tiež stoja mnohé ďalšie slovenské linky, ktoré zriadili a spravujú pacientske organizácie, ktorých cieľom je podporovať a edukovať pacientov a ich rodinných príslušníkov v rámci jednotlivých diagnóz, organizovať pacientske stretnutia, organizovať osvetové kampane a iné, prípadne sa jedná o tzv. informačné stránky (napr. www.lpr.sk, www.europacolon.sk, www.lymfom.sk, www.herklub.sk,www.myelom.sk, www.npop.sk, www.europauomo.sk, www.rakovinapluc.sk, www.rakovinakrckamaternice.sk).

4.2 Inovatívny prístup k edukácii – elektronické vzdelávanie

Termín „e-learning“ s rôznymi ďalšími spôsobmi zápisu (eLearning, elearning) sa používa zhruba od konca roku 1997. Dovtedy sa v súvislosti so vzdelávaním na webe hovorilo tiež ako o vzdelávaní pomocou Internetu (ang. Internet Based Training – IBT) o vzdelávaní online (ang. Online Learning) alebo sa ešte používala skratka CBT pre vzdelávanie pomocou počítačov, či inovovaná skratka WBT, v ktorej sa už zdôrazňuje využívanie sieťových komunikácií. Rozvoj vzdelávania pomocou počítačov nastal už v 80–tych rokoch 20.storočia, hlavne vďaka rýchlemu šíreniu sa počítačov (založených na technológií mikropočítačov) a pamäťových médií (pružných diskov), pomocou ktorých sa vzdelávacie programy dali rýchlo šíriť. Počítačové siete a príchod Internetu v 80-tych rokoch tento nárast podstatne urýchlili. V začiatkoch e-vzdelávania boli jeho priekopníkmi hlavne pracovníci z radov programátorov a počítačových expertov. Ich zručnosti a spôsobilosti im umožňovali vyvíjať nové produkty, ktoré boli inovatívne z hľadiska informačných technológií. Zďaleka nie vždy však vyhovovali aj pedagogickým potrebám vzdelávania.

V súčasnosti už rôzne systémy na riadenie elektronického vzdelávania dosiahli širokú akceptáciu a veľké množstvo aplikácií vo všetkých oblastiach vzdelávania, celosvetovo sa v diskusiách o jeho problémoch ďaleko menej objavujú informatické a počítačové problémy a ťažisko diskusií sa presúva do oblasti pedagogiky, didaktiky a psychológie vzdelávania. Žijeme v období informačnej revolúcie. Zvyšovanie tempa inovácií a aplikácia vzdelávania v oblastiach vyžadujúcich vysokú individuálnosť vzdelávania a zohľadňovanie heterogénnych požiadaviek študujúcich si vyžadujú vzdelávanie s centrálnou úlohou študujúceho. Ďaleko viac sa zdôrazňuje aktívna úloha študujúcich, vytvorenie systematickej študijnej podpory

[178] MAY OCLINIC. Patient and Visitor Guide. Cancer Education.
[179] ANDRÁŠIOVÁ, M., Z. TRUPLOVÁ a Z. JANKOVSKÁ. Onkopacient.sk

slúžiacej k efektívnemu napĺňaniu ich potrieb a sociálne aspekty vzdelávania. Zvýrazňujú sa aspekty kvality vo vzdelávaní a systematicky sa vytvára stimulačné vzdelávacie prostredie[180].

Pojem e-learning definoval zakladateľ amerického priemyslu E. Masie nasledovne: „e-learning je nástroj využívajúci sieťové technológie na vytváranie, distribúciu, výber, administráciu a neustálu aktualizáciu vzdelávacích materiálov". Predtým bol v USA e-learning definovaný ako dodávka obsahu vzdelávania pomocou akýchkoľvek elektronických médií (Internet, Intranet, CD, satelitné vysielanie a pod.)[181]. „*Skratka e-vzdelávanie (ang. e-learning) sa vyvinula z úplného názvu elektronické vzdelávanie. Všeobecnú formuláciu e-vzdelávania by sme potom mohli formulovať ako: „systém, ktorý využíva na tvorbu a poskytovanie obsahu, riešenie úloh, hodnotenie, komunikáciu, administráciu a riadenie vzdelávania elektronické metódy spracovania, prenosu a uskladňovania informácií*"[182].

S podobnou definíciou sa stretávame i u iných autorov, spomenieme definíciu od Kratochvíla a Strišša[183], ktorí tvrdia, že: „*termín e-learning by sme do slovenčiny preložili ako elektronické vzdelávanie či učenie, v krátkosti e-učenie. Termín e-learning vyjadruje presne to, z čoho sa toto slovné spojenie skladá a čo jednotlivé slová znamenajú, totižto pojmy elektronické a učenie. Vo všeobecnosti by sme mohli povedať, že pod tento pojem spadá všetko, čo sa študent naučí prostredníctvom počítača alebo akoukoľvek elektronickou cestou. E-learning je systém riadenia toku vzdelávania, umožňujúci nielen odovzdávať vedomosti, ale zároveň ich aj zdieľať a sledovať ich rozvoj a získať spätnú väzbu o ich efektívnosti. Ide o proces formálneho a neformálneho vzdelávania a výcvikových aktivít, procesov, komunít a udalostí zabezpečovaných pomocou elektronických kanálov a médií, napríklad Internet, Intranet, Extranet, CD-ROM, video kaziet, TV, telefónov, osobných počítačov a podobne*". Predchádzajúce tvrdenia podporuje definícia od Gejdoša a Potkányho, ktorí e-learning definujú ako proces, ktorý popisuje a rieši tvorbu, distribúciu, riadenie výučby a spätnú väzbu na základe počítačových kurzov. Ide o proces vzdelávací, ktorý je charakterizovaný aplikáciou multimediálnych informačných technológií, ktoré zvýšia prístup ku vzdelávaniu. Je zameraný na potreby študujúcich, zaisťuje kvalitu študijných materiálov, jednotlivé moduly sú interaktívne a flexibilné voči požiadavkám študujúcich. Nové informačné technológie sa v súčasnosti stávajú neoddeliteľnou súčasťou vyučovacieho procesu[184].

E-learning prináša do vzdelávacieho procesu novú mieru adresnosti, personalizácie a spolupráce, ktorá bez tejto technológie nebola možná. Technológie, ako sú dynamický obsah, učebné objekty alebo virtuálne triedy, prinášajú do vzdelávania ďalšiu dimenziu a nútia všetky organizácie meniť prístup k vzdelávaniu. Riadiace systémy a nástroje pre tímovú tvorbu obsahu výrazne zefektívňujú proces riadenia a tvorby vzdelávania. Uvedené technológie kombinované so spoľahlivými klasickými stratégiami umožňujú, aby učenie bol adresný, individuálny, interaktívny a pútavý proces, ktorý je integrovaný do každodenného života študenta. E-learning prináša lacnejšie, rýchlejšie a lepšie vzdelávanie[185].

---

[180] HUBA, M. Základy e-vzdelávania.
[181] ČERNÁK, I. a A. KÚTNA. E-learning vo výučbe.
[182] HUBA, M. Základy e-vzdelávania, s.14.
[183] KRATOCHVÍL, O. a J. STRIŠŠ. Dištančné a e-learningové technológie v službách rozvoja ľudských zdrojov, s.165.
[184] GEJDOŠ, P. a M. POTKÁNY. E-learning - efektívny nástroj zvyšovania kvality vzdelávania.
[185] IT SPOLOČNOSŤ KONTIS. E-learning.

S rozvojom informačno-komunikačných technológií sú nerozlučne spojené multimédiá a hypermédiá, ktoré sa často využívajú v procese e-learningu. „*Multimédiá sú aplikácie pracujúce v digitálnom prostredí bohatom na médiá (statické - text, fotografie, kresby, schémy a pod., dynamické - reč, hudba, animácia, video a pod.), účelom ktorých je interaktívne sprostredkúvanie informácií. Každý multimediálny prvok má svoje špecifiká týkajúce sa jeho počítačového spracovania a použitia v multimediálnych aplikáciách. Hypermédia môžeme charakterizovať ako interaktívne multimédiá s nelineárnou štruktúrou. Výraznou charakteristikou je uzol, ktorý obsahuje elementy multimédií často spojené do rozsiahlych komplexov. Najúspešnejším hypermediálnym systémom je www (World Wide Web)*“[186].

Multimédia a Internet umožňujú rozvoj informačnej spoločnosti, menia životný štýl, poskytujú všetkým prístup k neprebernému množstvu informácií rôznymi spôsobmi. Aby sa tieto technológie využívali efektívne a v prospech človeka, musia sa čo najskôr integrovať do vzdelávania.

4.3 Edukatívne aspekty sociálnej práce a socioonkológie

V problematike onkologického ochorenia a jeho liečby existuje dostatočný priestor pre uplatnenie sociálneho pracovníka, jeho odbornej a osobnostnej erudovanosti. Táto skutočnosť je v zahraničí už dávno uznaná a realizovaná, napríklad v USA sa realizuje onkologická sociálna práca zhruba od 60-tych rokov 20.storočia a je pevne zakorenená v štruktúre pomáhajúcich profesií v onkológii. Ide o náročnú pomáhajúcu profesiu[187]. Sociálni pracovníci vo svojej každodennej praxi využívajú rôzne formy, metódy a postupy[188]. V USA sa stretávame konkrétne napríklad is asociáciami sociálnych pracovníkov pôsobiacich v onkologickej praxi (viď napr. organizáciu Association of Oncology Social Work, skr. AOSW, kreovanú už v 80-tych rokoch 20.storočia), dokonca bývajú špecifikované i bližšie, ako napríklad asociácie pediatrických sociálnych pracovníkov pôsobiacich v onkologickej praxi (viď napr. Association of Pediatric Oncology Social Workers, skr. APOSW, založenú už v 70-tych rokoch 20. storočia). Medicínske zariadenia prezentujú potrebu existencie multidisciplinárnych tímov starostlivosti o pacientov, v rámci ktorých majú sociálni pracovníci nezastupiteľné miesto. Poskytujú pomoc pacientom a ich blízkym od stanovenia diagnózy až po čas, kedy žijú s chorobou ako chronickou, a ak je to potrebné, a smrť je neodvratná, tak i v posledných chvíľach pacientovho života. Rola sociálneho pracovníka je integrálnou a fundamentálnou súčasťou všetkej onkologickej starostlivosti. Pacienti vnímajú služby onkologických sociálnych pracovníkov ako nenahraditeľný most k ich spirituálnej, psychickej a sociálnej podpore zdravia. Sociálna práca predstavuje nevyhnutnú súčasť onkologickej starostlivosti o pacienta s cieľom poskytnúť onkologickému pacientovi starostlivosť čo najlepším možným spôsobom[189].

---

[186] PÁLUŠOVÁ, M. a N. ADAMEC. Multimediálne prostriedky IKT a internet vo výchovno-vzdelávacom procese, s. 429.
[187] LUKÁČOVÁ, L. a A. BAŠISTOVÁ. Syndróm vyhorenia – fenomén dnešnej doby alebo riziko pomáhajúcich profesií?
[188] LOVAŠOVÁ, S. Sociálna práca: formy, postupy a metódy.
[189] AOSW. What Do Oncology Social Workers Do?

Využívanie konceptu edukácie (tzv. výchovnovzdelávacieho prístupu) tvorí súčasť sociálnej práce a odráža jej interdisciplinárny charakter. Opiera sa edukačnú paradigmu v sociálnej práci.„*Paradigma zdôrazňujúca edukologizáciu sociálnej práce vychádza z názorov, že činnosť v sociálnej práci má v podstate výchovný a vzdelávací charakter, že v sociálnej práci je len málo činností bez výchovno-vzdelávacej intencie (zámeru)*“[190]. V odbornej literatúre sa stretávame s vymedzením edukačnej sociálnej práce a v rámci nej s realizáciou preventívneho edukačného sociálneho poradenstva pre klientov, ktorého cieľom je rozvoj individuálneho potenciálu klientov prostredníctvom edukácie. Tá tvorí dôležitú súčasť života ľudí a má veľký potenciál byť v súčasných podmienkach významným druhom sociálnej služby. Predstavuje účinný spôsob sociálnej pomoci osobám a sociálnym skupinám. Jej významnou zložkou je edukačné vedenie klientov k svojpomoci[191,192]. Možnosť využívať vzdelávacie aspekty v sociálnej práci vychádza z multidisciplinárnej povahy sociálnej práce, pričom vzdelávacie činnosti majú nezastupiteľné miesto v procese posilňovania klientov[193]. Dosah sociálnej edukácie v sociálnej práci nemožno vynechať. Edukačné prostriedky predstavujú istú snahu o nápravu prístupu klienta k životnej situácii. Zámerom sociálnej edukácie je ochrana, rozvoj a kultivovanie psychického a sociálneho potenciálu človeka[194]. Ak vezmeme do úvahy oblasti, v ktorých sociálni pracovníci pôsobia, môžeme konštatovať, že profesia sociálneho pracovníka je veľmi komplexná a zložitá. Sociálne služby, ktoré sociálni pracovníci poskytujú majú integrovaný charakter, čo znamená, že problémy jednotlivých klientov sa riešia z viacerých hľadísk tak, aby sa plne využívali zdroje a potenciál klienta. Z toho pohľadu sociálni pracovníci zvyknú zastávať rolu edukátorov, ktorá je veľmi dôležitá. Vzdelávanie je často základným nástrojom, ktorý využívajú vo svojej práci. Práve poskytovanie relevantných informácií klientom predstavuje najčastejší aspekt práce sociálnych pracovníkov[195]. Rolu edukátora popri iných ako advokát, konzultant, mediátor, výskumník, facilitátor, prípadový manažér a pod. vyčleňuje a definuje mnoho ďalších autorov, ako napríklad Brownstein, Costin, Payne, Lamb, Chechak a pod.

Viacerí autori sa venujú i špecificky tým sociálnym pracovníkom – edukátorom, ktorí sa už niekoľko desaťročí úspešne podieľajú na medicínskom vzdelávaní pacientov/klientov (napr. Chernin[196], VanPelt[197] a pod.). V ostatných rokoch sa napríklad v súvislosti uplatnenia sociálneho pracovníka v onkologickej praxi stretávame s relatívne novým pojmom – navigátor pacienta. Ide o iniciatívu v oblasti zdravotníckej starostlivosti, ktorej cieľom je pomáhať pacientom prekonávať rôzne bariéry súvisiace so systémom zdravotníckej starostlivosti. Odborníci udávajú, že práve sociálni pracovníci, pracujúci v onkologickej praxi majú jedinečnú pozíciu a že práve oni by sa mohli stať tzv. navigátormi pacientov (odborníci dokonca tvrdia, že sociálni pracovníci by sa mali stať v tejto iniciatíve

[190] TOKÁROVÁ, A. Edukačné aspekty sociálnej práce, s. 215.
[191] MACHALOVÁ, M. Edukačná sociálna práca.
[192] MACHALOVÁ, M. Perspektíva preventívnej edukačnej sociálnej práce (interdisciplinárny prístup a inovácie).
[193] DIRGĖLIENĖ, I. Educational Aspects in Social Work: Experience & NBSP; of Communal Empowerment.
[194] CHOVANCOVÁ, K. Relevantnosť sociálnej edukácie v intervencii sociálneho pracovníka v kontexte úpravy práv a povinností k maloletému dieťaťu.
[195] COSTIN, A. a L. BRAN. The Social Workers Role of Educator.
[196] CHERNIN, M. The Social Worker as Educator of Family Practice Residents. Principles for Practice.
[197] VAN PELT, J. Social Work and Public Health - Perfect Partners.

tzv. kľúčovými hráčmi). Úlohou navigátorov môže byť napr. poskytovať plnohodnotné informácie, rýchla distribúcia, pomoc pri riešení otázok zdravotného poistenia, pomoc vo finančných otázkach a pod.[198].

Podľa APOSW, americkí sociálni pracovníci pracujúci v pediatrickej onkologickej praxi tvrdia, že zastávajú rôznorodé role – dodávajú podporu, konzultujú, vzdelávajú, pomáhajú vyhľadávať rôzne zdroje a pôsobia ako manažéri pre choré deti a ich rodiny.

Pediatrickí onkologickí sociálni pracovníci pomáhajú rodinám denno-denne zvládať výzvy spojené s diagnózou rakovina a jej liečbou. Pediatrickí sociálni pracovníci môžu:

- pomôcť deťom a ich rodinám vyrovnať sa s momentom oznámenia diagnózy, tiež počas celého priebehu liečby až do jej ukončenia, prípadne poskytnú paliatívnu starostlivosť,
- pomôcť rodinám vyrovnať sa s diagnózou i so zmenami, ktoré prináša a pomôcť im ukázať, ako môžu ďalej žiť ich životy,
- poskytnúť členom rodiny emocionálnu podporu a emocionálne intervencie,
- pomôcť deťom a ich rodinám udržiavať „normálnu cestu“ žitia,
- navigovať rodiny medicínskym systémom, budovať spojenie medzi rodinou a medicínskym tímom,
- pomôcť identifikovať zdroje – emocionálne, podporné, finančné – pre rodiny a deti,
- pomôcť rodinám a deťom pri obhajobe ich potrieb[199].

Vo všetkých uvedených činnostiach je využiteľný koncept edukácie, ktorý sa čoraz viac ukazuje ako veľmi prínosný.

4.4 Možnosti využívania výpočtovej techniky v skupine adolescentov s onkologickým ochorením

S faktom, že informačné technológie čoraz viac ovplyvňujú každodenný život jednotlivca a zasahujú doň nemusíme vôbec polemizovať. Skupina dnešných adolescentov je vo využívaní výpočtovej techniky a Internetu veľmi zručná, čo zrejme súvisí s vyučovaním predmetu Informatiky a používaní výpočtovej techniky i na iných predmetoch už počas štúdia na základných školách a samozrejme s ich využívaním v domácom prostredí adolescentov. Dieťa komunikuje s počítačom ešte skôr ako na úrovni základnej školy. Najlepší spôsob ako môže dieťa zvládať predpoklady k rozvoju všetkého, čo bude v živote neskôr potrebovať je napodobňovanie, experimentovanie a samostatná tvorivá hra. Dieťa pozoruje správanie ľudí, s ktorými prichádza do priamej a nepriamej interakcie. Keď vidí, že niektorý člen rodiny sedí doma pri počítači a sleduje obraz na monitore počítača, prípadne za pomoci prídavných zariadení aj zvuk, počítač sa stáva pre neho vhodným objektom na vlastné experimentovanie či hru. Práve preto by mal byť ponechaný oveľa väčší priestor v tejto oblasti výchovným pracovníkom v oblasti edukácie[200].

---

[198] DAVIS, C. et al. Social Workers as Patient Navigators for Breast Cancer Survivors: What Do African American Medically Underserved Women Think of This Idea?
[199] APOSW. Pediatric Oncology Social Workers Help Children and Families Every Day.
[200] KOŽUCHOVÁ, M. Dieťa predškolského veku a počítač.

Počítače celkom isto zasahujú do duševného života adolescentov a ovplyvňujú ich myslenie a inak to nie je ani v prípade adolescentov znevýhodnených onkologickým ochorením. Realizovať medicínsku, sociálnu i rodinnú oporu pre tie deti, ktoré majú chronické ochorenia predstavuje jednu z najväčších výziev v zdravotníckej starostlivosti[201]. Pre dieťa znamená onkologické ochorenie zásadnú zmenu v jeho dovtedajšom spôsobe života. Po odhalení diagnózy absolvuje množstvo vyšetrení, niekedy aj bolestivých, liečbu a s ňou súvisiacu hospitalizáciu. Musí si zvykať na neosobné nemocničné prostredie, je vystavené nepoznaným situáciám, prispôsobuje sa novému režimu, novým ľuďom a novej náplni dňa. To všetko v izolácii od rodiny a kamarátov[202].

Aj u adolescenta platí zistenie, že choroba nepostihuje len jednotlivé orgány a ich funkcie, ale aj celú osobnosť človeka. Okrem záťaže organizmu, znamená choroba pre dospievajúceho aj zmenenú životnú situáciu, s ktorou sa musí vyrovnať. Chorobu adolescenta si samozrejme uvedomuje a prežíva jeho najbližšie sociálne okolie, reaguje na zmenenú sociálnu situáciu a vyrovnáva sa s ňou. Neistota rodičov a ďalších blízkych ľudí, ich nálady, postoje, neobyčajné prejavy a náhle zmeny v správaní, to všetko sa môže pacienta neobyčajne silno dotýkať.

Dospievanie je obdobie vývinu človeka, jeho príprava na dospelosť. Závisí na bezprostrednom okolí. Smeruje k dosiahnutiu vlastného miesta v spoločnosti, teda k sociálnemu statusu a roli v ňom. Na to však potrebuje, aby jeho potreby a požiadavky boli uspokojované v pravej miere, čase a priestore a aby boli rešpektované jeho práva. Z tohto hľadiska chápeme dospievanie ako sociálny jav[203].

Hoci percento detí a dospievajúcich, ktoré ochorie na onkologické ochorenie sa oproti percentu dospelej populácie nezdá byť na prvý pohľad až také alarmujúce, je potrebné venovať mu dostatočnú pozornosť. Predovšetkým preto, že na dieťa naša spoločnosť nazerá ako na ľudské mláďa, o ktoré sa musí dlhú dobu starať, vychovávať ho, venovať mu dostatok lásky, porozumenia a ochrany a smerovať jeho vývin tak, aby sa dokázalo v plnej miere začleniť do spoločnosti a ktoré zabezpečuje jej ďalšie kvalitné pokračovanie.

„*Kvalita života detí sa podstatne líši od kvality života dospelých, pretože choroba sama a aj liečba poškodzuje normálny psychomotorický vývoj dieťaťa. Významnú úlohu hrá jeho rast a vývoj, imunologická a hormonálna nezrelosť. Ochorenie redukuje kvalitu jeho života intelektuálnou, emocionálnou aj telesnou ujmou. Telesná a funkčná nedostatočnosť vedie u dieťaťa k citovej nerovnováhe, k pocitu závislosti od druhých, k pocitu menejcennosti. Nakoľko sa nevie vyrovnať s okolím, často má problémy zaradiť sa do vytúženého zdravého života detí. To všetko môže viesť k pocitu strachu, osamelosti až izolácii. Objavuje sa aj hnev na celé okolie, namrzenosť, plačlivosť…Ku každému dieťaťu treba pristupovať osobitne*“[204].

[201] BENDA, W. et.al. Improvements in Muscle Symmetry in Children with Cerebral Palsy after Equine-Assisted Therapy (Hippotherapy).
[202] ANDRÁŠIOVÁ, M. Keď do života vstúpi rakovina.
[203] DUNOVSKÝ, J. Sociální pediatrie.
[204] ŠKANDEROVÁ, J. Starostlivosť o dieťa s onkologickým ochorením, s. 6.

Vyliečenie onkologicky chorého adolescenta (s dlhodobou životnou perspektívou do budúcnosti) predpokladá zvládnutie troch oblastí, ktoré sa navzájom podmieňujú:

- vyliečenie biologické (vyliečené dieťa zomrie v dospelosti v časovo neobmedzenom období a z inej príčiny), ktoré je podmienkou pre
- vyliečenie psychické (osobnostné vyrovnanie sa s nádorovou chorobou, jej liečboua s eventuálnymi komplikáciami a následkami, zároveň neobmedzená schopnosť vyrovnať sa s rôznymi životnými situáciami). Týmto je podmienené
- vyliečenie sociálne (rovnocenné zaradenie sa do spoločnosti)[205].

Nádorové ochorenie prináša mimoriadny zásah do života dieťaťa a dospievajúceho, jeho rodiny a často aj do života v širokom okolí pacienta. „*Choroba zasahuje nielen samotného chorého, ale i všetkých členov rodiny. Každá rodina má svoj zabehnutý spôsob bežného fungovania, ktorý vážna a dlhodobá choroba značne naruší a je potrebné vytvoriť nový, zväčša prechodný model. Pre zabezpečenie funkčnosti rodiny v tomto období je dôležité nielen flexibilné prerozdelenie rolí a povinností v rodine, ale aj zachovanie spoločných činností či rituálov (jedlo, hra, rozprávky pred spaním), do ktorých by sa mal podľa možností naďalej zapájať aj chorý*“[206]. Je potrebné i chorému členovi rodiny vytvoriť priestor, aby bol aj napriek svojim obmedzeniam, spôsobeným chorobou, naďalej účastný na chode rodiny. On sám by si mal regulovať, koľko rodinného ruchu unesie a kedy už potrebuje oddych. Ak by chorý člen rodiny cítil, že je na príťaž – je to veľmi bolestivý pocit.

Je dôležité aby rodina poznala a chápala prirodzené potreby svojho dieťaťa v závislosti od jeho veku a hľadala spôsob ako ich napriek obmedzeniam v maximálnej miere uspokojovať. Kvalita komunikácie s chorým dieťaťom (okrem iného i tá, ktorá sa týka podávania či nepodávania informácií o jeho chorobe), môže zásadným spôsobom ovplyvniť to, ako dieťa toto životné obdobie prežíva. Dieťa vytuší, že sa s ním deje niečo vážne tak či tak. Odpozoruje to napríklad zo správania svojho okolia, z atmosféry v rodine, z neverbálnych prejavov okolia. Ak tieto prejavy nie sú v súlade s tým, čo dieťa dostane ako slovnú informáciu, vyvolá to v ňom pocitový zmätok a neistotu.

Adolescent sa za štandardných podmienok postupne zaraďuje do spoločnosti dospelých ako ich rovnocenný partner. Má intenzívny pocit dospelosti a chce, aby táto dospelosť bola uznaná aj okolitými ľuďmi. Dospelí však často nevedia alebo nechcú rešpektovať snahy adolescenta o samostatnosť. Často voči nemu uplatňujú svoju nadradenosť, múdrosť, starostlivosť. Dospievajúci túži po samostatnosti a nezávislosti. Aby sa stal zrelou, samostatnou a zodpovednou osobnosťou potrebuje sa oslobodiť od závislosti na rodine, na rodičovskej autorite. Život v rodine sa pre neho stáva tesný a málo zaujímavý. Hľadá si primerané miesto v živote, rozmýšľa o budúcnosti, formuluje si životné ciele, uvažuje o zmysle života. V momente kedy sa v jeho živote objaví závažné onkologické ochorenie je tento proces osamostatňovania a získavania nezávislosti prerušený. Budovanie vlastnej nezávislosti je chorobou zvrátené do polohy maximálnej závislosti. Prístup k dospievajúcim musí byť mimoriadne citlivý, pretože pre toto obdobie je typický sklon k izolácii, negativizmu, pocitom menejcennosti, pesimizmu posilňovanom vážnosťou ochorenia aj

[205] KOUTECKÝ, J., E. KABÍČKOVÁ a J. STARÝ. Dětská onkologie pro praxi.
[206] ANDRÁŠIOVÁ, M. Keď do života vstúpi rakovina, s. 66.

agresivitou liečby, ktorá je obyčajne dlhodobá, cyklická, nepríjemná a niekedy aj bolestivá. Dospievajúci sa stáva závislým na svojom okolí, predovšetkým na rodičoch, ďalších blízkych i vzdialenejších príbuzných. Do jeho života vstupujú nové autority v podobe lekárov, zdravotných sestier a iných odborníkov. Opäť sa musí podrobiť požiadavkám dospelých, prísnemu režimu, disciplíne.

Pre toto obdobie je charakteristická emočná nestabilita, časté, nápadné zmeny nálad, impulzívnosť v jednaní, nestálosť, ktoré celú situáciu zhoršujú. K tomu naviac pristupuje zvýšená unaviteľnosť, striedanie apatickosti a krátkych fáz vystupňovanej aktivity. Tento stav môžu sprevádzať neurovegetatívne poruchy ako napríklad poruchy spánku, zhoršenie spánku, poruchy chuti do jedla a pod. Fakt choroby, s eventuálnym trvalým obmedzením do budúcnosti, spracovávajú adolescenti oveľa ťažšie ako mladšie deti alebo dospelí. Ohrozenie života, realitu smrti chápu ako šokujúcu, nespravodlivú, zničujúcu, traumatizujúcu skutočnosť. Reagujú hnevom, zmätene, odporom, deštruktívnym správaním (externalizujú) alebo únikom od aktivity, stiahnutím sa do depresie (internalizujú). Niekedy sa objavia rôzne únikové reakcie v podobe zneužívania škodlivých látok alebo iných autodeštruktívnych prejavov vrátane rizika suicídia. Sú to závažné skutočnosti, ktoré môžu výraznou mierou ovplyvniť liečbu a doliečovací proces.

I za normálnych okolností je dospievanie obdobím, kedy sa mladý človek musí vyrovnať s veľkým množstvom životných problémov[207]. Mal by napríklad absolvovať výber a prípravu na budúce povolanie. Na konci tohto obdobia môže už nastúpiť i do zamestnania. Choroba a následná liečba spôsobia často prerušenie štúdia čo môže ovplyvniť celý proces postupnej profesionalizácie mladého človeka a celkovo narušiť jeho predstavy o vlastnej budúcnosti.

Vlastné telo sa stáva pre dospievajúceho predmetom sústavnej pozornosti, telesná vyspelosť zvyšuje jeho sebavedomie. Dospievajúci býva so svojim telom často nespokojný, chcel by vyzerať inak čo je zdrojom negatívneho hodnotenia. Adolescent dbá o svoj vzhľad, starostlivo volí oblečenie, účes a pod. Sebareflexia sa týka i záujmu o svoju osobnosť. Mladý človek si utvára predstavu o tom, aký by mal byť. Vytvára sa sebavedomie. Chorí adolescenti sa zvlášť obávajú, ako budú vyzerať, keď ostanú na žive a budú dospievať. Obávajú sa, ako ich príjmu rovesníci, keď budú „iní“. Trpí tým ich sebavedomie, je narušené ich sebahodnotenie, ich sebadôvera klesá.

V adolescencii sa vytvára duchovná orientácia dospievajúceho, spiritualita hrá významnú úlohu v živote človeka. Väčšina ľudí sa zaoberá otázkou viery a nejakým spôsobom sa s ňou vyrovnáva. Najčastejšie si takéto otázky človek kladie práve v období dospievania pri hľadaní vlastnej jedinečnosti a orientácie. Zvlášť v situácii kedy sa odrazu dospievajúci stretáva tvárou v tvár vlastnej smrteľnosti.

Adolescenti kvalitatívne menia svoje záujmy (čo sa týka rozsahu, úrovne, hĺbky a rôznorodosti). Počet záujmov síce klesá, ale vybrané záujmy sa prehlbujú, obohacujú, ustaľujú. Podľa výskumov najväčší záujem dospievajúci prejavujú o šport, výlety do prírody, turistiku, táborenie vo voľnej prírode. Šport je dobrou rekreáciou, ventilom bojovnosti a agresivity, príležitosťou pobudnúť v dobrom kolektíve. Onkologicky chorí adolescenti sú

[207]LOVAŠOVÁ, S. Coping with School Failure, Stress and Social Support in the Context of Self-care.

však ohrození telesnou a funkčnou nedostatočnosťou. Svoje záujmy musia prispôsobiť novej situácii. Namiesto aktivít športového charakteru môžu rozvíjať kultúrno-umelecké záujmy ako je záujem o hudbu, výtvarné umenie, dramatické umenie (film, divadlo) a literatúru i keď skôr v pasívnej forme. Mladý človek často prejavuje záujem o spoločenské zábavy spojené s tancom, ktoré poskytujú vhodnú príležitosť na vzájomné stretávanie a spoznávanie sa s rovesníkmi. Choroba a ňou oslabený imunitný systém, rôzne telesné zmeny s tým súvisiace (ako napríklad vypadanie vlasov, vychudnutie) však väčšinou neumožňujú onkologicky chorému adolescentovi navštíviť kino, divadlo, knižnicu, ísť na koncert, diskotéku, výstavu, besedu či prednášku.

Ide tiež o obdobie silného záujmu o rozhovory, ktorým adolescent venuje veľa času. Sú nutné – riešia v nich otázky zmyslu života, získavajú nimi skúsenosti, nacvičujú si konverzáciu a pod. Odborníci by túto skutočnosť mali využiť a prostredníctvom rozhovoru ventilovať negatívne pocity (ako je strach, hnev, úzkosť a pod.) chorého/ dospievajúceho. Nemali by sa dať odradiť „maskou hrdinstva“ ktorou sa pacient obklopí. Adolescent je totiž schopný tlmiť a hrdinsky znášať bolesť, či už ide o utrpenie telesné alebo duševné. To však neznamená, že vnútorne je s tým vysporiadaný. Práca pomáhajúcich profesionálov môže byť sťažená i ambivalentným postojom adolescentov k autoritám. Okrem toho, že adolescent má silný záujem o rozhovory, ich vedenie sťažuje fakt, že sú skutočne náročnými partnermi na komunikáciu. Očakávajú partnerský prístup, rešpektovanie ich priestoru, súkromia a intimity, na druhej strane však potrebujú veľa podpory a porozumenia. Počas liečby by mali mať možnosť aktívne sa na nej spolupodieľať, spolurozhodovať o nej a zároveň byť spoluzodpovední za jej priebeh.

Významné sú problémy sociálnych vzťahov - obdobie prežívania prvých lások, prežívania vlastnej objavenej sexuality. Odpútava sa od sociálnych kontaktov založených na osobných putách v rodine, ale nemôže ostať celkom bez nich. Nachádza ich u rovesníkov, ktorí sú mu veľmi blízki a trávi s nimi množstvo času. Ide o dôležitý zdroj sociálnych skúseností. Preberá od nich spôsoby správania, spoločenské postoje, spôsob úpravy zovňajšku. Potrebuje aby ho rovesníci uznávali a prijímali. Ak by ho skupina rovesníkov odmietla, dostal by sa do zložitej psychickej situácie. Záleží mu na dobrých vzťahoch s rovesníkmi toho istého pohlavia ale tiež na partneroch opačného pohlavia. Priateľstvo dospievajúcich je stabilnejšie, hlbšie, dôvernejšie, úprimnejšie. Priateľský vzťah poskytuje mladému človeku oporu v dobe, keď začína brať svoj život do vlastných rúk a cíti sa osamelý a bezradný. Párové vzťahy rovesníkov opačného pohlavia sú skutočnou potrebou. Prebúdzajúca sa sexualita môže celkom zaujať myseľ i telo adolescenta, otázky sexuálneho života sa stávajú v adolescencii ústrednou záležitosťou. Mediálne prostriedky, správanie dospelých a ďalšie skutočnosti v súčasnej spoločnosti prezentujú sex ako dôležitú súčasť života. Vek na konci obdobia adolescencie je už možný (i keď nie optimálny) na uzavretie manželstva. Teoreticky už dospievajúci môžu na seba prevziať rodičovské role. Citová nerovnováha chorého dospievajúceho vedie k pocitu závislosti od druhých, k pocitu menejcennosti. Často sa nevedia vyrovnať s okolím a tak zaradiť do vytúženého zdravého života rovesníkov. To všetko môže viesť k pocitu strachu, osamelosti až izolácii a následne k uzatvoreniu sa pred okolím, depresívnym náladám, nekomunikovaniu, prípadne k agresívnemu a odmietavému správaniu.

Dôležitým faktom, ktorý sa tiež premieta do života onkologicky chorého adolescenta, a to i v prípade úspešnej liečby - sú možné neskoršie následky protirakovinovej liečby. Následkom toho, že stúpa počet vyliečených detí a mladistvých sa tieto neskoršie následky protirakovinovej liečby dostávajú do popredia záujmu a tiež s nimi súvisiaca kvalita prežitia. Témou sa zaoberajú viacerí súčasní odborníci (napr. Blatný[208], Mladosievičová[209]), ktorí uvádzajú, že k nim patria napríklad poškodenie pľúc, poruchy vývinu a rastu, poškodenie kostí, štítnej žľazy, prsníka, pečene, svalov, zmyslov, imunitného systému, kože, poruchy plodnosti a tiež psychosociálne problémy a ďalšie. Dnes sa členovia multidisciplinárneho tímu starostlivosti o detského a mladistvého onkologického pacienta musia sústrediť nie len na to, ako týchto pacientov vyliečiť, ale tiež na to, akým spôsobom minimalizovať možné následky liečby.

Dnes už nie je nezvyčajné zapojiť si notebook, mobilný Internet a využívať ich v posteli na oddelení počas liečby v nemocnici. Napríklad Oddelenie detskej onkológie a hematológie v Košiciach má pre svojich pacientov zriadenú miestnosť so stolným počítačom a pripojením na Internet. Okrem stolného počítača Oddelenie disponuje notebookmi, ktoré deťom zapožičiava. Starší pacienti si spravidla do nemocnice prinášajú svoj vlastný notebook. Každá izba na Oddelení má vlastné pripojenie na Internet. Podľa slov ošetrujúceho personálu počítače využívajú deti a adolescenti veľmi často. Najčastejšie ako odpútanie pozornosti od často bolestivej a zdĺhavej liečby, na zábavu, relax, komunikáciu s vonkajším svetom za múrmi nemocnice, ktorý je pre nich v čase liečby nedostupný a v neposlednom rade i na vyhľadávanie informácií o svojej chorobe.

Využívanie moderných informačných technológií samozrejme prináša tiež svoje riziká, o ktorých sa čoraz viac diskutuje i v našej spoločnosti. Ohrozeniam, ktoré spôsobuje napríklad využívanie internetu sa nevyhneme ani v problematike onkologického ochorenia. Tu je potrebné dbať do úvahy, že ako pri všetkých ostatných oblastiach sociálneho života, i v rámci používania moderných informačných technológií môže problém spôsobovať nadmernosť jeho využívania v podobe sociálnych rizík (napríklad prílišný vklad do elektronického priestoru, bagatelizovanie informácií z reálneho sveta, spoliehanie sa na informácie zo sveta elektronického[210], počiatky problémového používania internetu,[211] či napríklad i prostredie internetu, ktoré je ťažko kontrolovateľné z hľadiska prejavov nepriateľstva, agresie a násilia[212]. Jednou z dôležitých podmienok, aby informácie o ochorení a možnostiach liečby slúžili v prospech pacientov a ich rodinných príslušníkov, či iných blízkych osôb je to, že ich budú čerpať zo spoľahlivých zdrojov. Nepravdivé, zavádzajúce, či odstrašujúce informácie môžu byť nebezpečné hlavne v prípade, ak ich vyhľadáva dieťa – adolescent, ktorý o nich ani následne nebude diskutovať s rodičmi, inými blízkymi osobami,

---

[208] BLATNÝ, M. Kvalita života dětí po léčbe nádorového onemocnění: Současné poznatky a směry výzkumu.
[209] MLADOSIEVIČOVÁ, B., E. KAISEROVÁ a A. FOLTINOVÁ. Možné neskoré následky protinádorovej liečby v detstve.
[210] HALACHOVÁ, M. a D. ROVENSKÁ. Virtuálne a reálne prostredie dospievajúceho.
[211] LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Problematické používanie internetu u adolescentov v kontextoch teórie a praxe sociálnej práce.
[212] LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Násilné a agresívne prejavy v prostredí internetu.
LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Komunikačné závislosti ako faktor zvyšovania agresivity v sociálnych vzťahoch adolescentov.

so zdravotníckym personálom či inými pomáhajúcimi profesionálmi. Ako nevyhnutné sa preto ukazuje napríklad vytváranie nových, aktuálnych, kreatívnych a interaktívnych pomôcok, ktoré by mohli napomôcť liečbe onkologicky chorých adolescentov. Ako sme uviedli vyššie, práve obdobie adolescencie je pre prijatie faktu onkologického ochorenia problematické. Adolescenti sú viac uzavretí a vo veľkej miere sa snažia stať nezávislými od dospelých. Neradi kladú otvorené otázky zdravotníckemu personálu, ale o svojej chorobe nechcú diskutovať ani medzi sebou navzájom, okrem iného aj preto, že na nemocničnom oddelení nie sú organizované prijateľné formy podporných skupín, kde by sa vhodný priestor vytvoril. Radi využívajú modernú techniku, prácu s PC, predovšetkým možnosti komunikácie cez internet alebo iné médiá.

Na základe publikovaných článkov v zahraničnej literatúre vieme, že sa v cudzine bežne využívajú rôzne formy podpornej liečby (napr. Snyderet al.[213], Campbellet al.[214], Wright[215] a ďalšie).Vytvárajú sa virtuálne miestnosti s online komunikáciou, adolescenti majú možnosť anonymne sa pýtať podobne znevýhodnených adolescentov a hľadať tak odpovede na otázky, ktoré ich trápia. Rovnako tak sa využíva dištančné poradenstvo[216].

Existujú pomôcky napríklad vo forme CD nosičov, kde si metódou interaktívnej hry spojenej s video prezentáciami adolescenti môžu nájsť informácie a vytvoriť si tak obraz o svojej chorobe. Tieto pomôcky majú významný edukatívny charakter a neslúžia len na odpútanie pozornosti, stávajú sa súčasťou kognitívnych stratégií zvládania onkologického ochorenia. Vidíme aktuálnu potrebu vytvoriť rôzne formy pomôcok pre onkologicky chorých adolescentov aj u nás, na Slovensku. Potreby adolescentov v anglicky, či v nemecky, či v inak hovoriacich krajinách sú predsa rovnaké a rovnako dôležité ako potreby našich onkologicky chorých adolescentov.

Zaujímavou je americká štúdia, kde autori popisujú vznik interaktívneho CD a hodnotia tiež jeho využiteľnosť. Konštatujú, že s nárastom adolescentných pacientov s onkologickým ochorením je nevyhnutné zamerať pozornosť na vzdelávanie pacientov o ich ochorení, pomáhať im vyrovnávať sa s touto životnou skúsenosťou, podporovať ich normálny psychosociálny vývin počas liečby. Poukazujú na fakt, že je dôležité vytvárať vzdelávacie zdroje špecificky pre skupinu dospievajúcich. Opierajú sa o štúdie, ktoré zistili, že dospievajúci s onkologickým ochorením chcú viac informácií o ich tele, chorobe i liečbe s cieľom následne vytvoriť si lepšiu dôveru s odborníkmi zdravotnej starostlivosti, efektívnejšiu komunikáciu medzi členmi rodiny a so širším okolím, čo celkovo prispieva k rýchlejšiemu prispôsobeniu sa novej situácii. Pokiaľ tieto informácie nemajú, cítia výraznú izoláciu, zmätenosť a strach. Ako uvádzajú Bosworth, Gustafson a Hawkins už od deväťdesiatych rokov 20. storočia pozorujeme nárast využívania počítačov pri vzdelávaní pacientov, čo umožňuje jednak efektívnejšie samovzdelávanie pacientov, alebo tiež dopĺňanie tradičných metód vzdelávania. V rámci počítačového vzdelávania je možné využívať

[213] SNYDER, C. et al. Patient Viewpoint: A Website for Patient-reported Outcomes Assessment.
[214] CAMPBELL, S. et al. Cancer Peer Support Programs - Do They Work?
[215] WRIGHT, K. Social Support within an On-line Cancer Community: An Assessment of Emotional Support, Perceptions of Advantages and Disadvantages, and Motives for Using the Community from a Communication Perspective.
[216] ŠEVČÍKOVÁ, V. a S. LOVAŠOVÁ. Možnosti dištančného poradenstva v školskej sociálnej práci.

i interaktívne multimediálne programy. V rámci nich hry, hudba, animácia či grafika môžu napomôcť pri efektívnejšom sprostredkovaní relevantných informácií o chorobe[217].

Na záver, ako ukážku príkladu dobrej praxe uvádzame interaktívny CDROM, ktorý vytvorili na detskej klinike v meste Heidelberg v Nemecku s názvom „Ich binein Onkokid" – CD Romfürkrebskranke Jugendliche (Som dieťa s rakovinou, CD pre mladých ľudí chorých na rakovinu). Jeho hlavnú ideu a koncept vytvorila Sedlaket al.[218]. Hlavnou myšlienkou, ktorá sa prelína celým CR ROMom je: „Ich habe Krebs, abermein Lebengehtweiter!" (Mám rakovinu, ale môj život pokračuje ďalej).

Ide o komplexný sociálnopsychologický edukatívny program pre onkologicky chorých adolescentov, ktorý:

- je kvalitnou, ucelenou digitálnou pomôckou pre onkologicky chorých adolescentov,
- adolescenti jeho používaním majú možnosť anonymne získavať informácie o svojej chorobe a odpovede na otázky, ktoré sú s tým spojené a to formou kreatívnej interaktívnej hry,
- je možné využiť i na relax, odpútanie pozornosti,
- pomáha k vytvoreniu reálneho obrazu o chorobe a jej liečbe = významná pomoc adolescentnému pacientovi v ťažkej životnej situácii, ktorú so sebou prinieslo onkologické ochorenie,
- obsahuje výroky odborníkov, ale predovšetkým výroky adolescentov, ktorí prešli liečbou, ktorísa podelia takto o svoje autentické skúsenosti a sprostredkujú rady čo im najviac pomáhalo vyrovnávať sa s ťažkými životnými situáciami,
- podáva podrobné informácie o fyzickej stránke choroby, o jej liečbe, o onkologickom oddelení, o zdravotníckom personály, najčastejšie otázky a odpovede, ktoré pacienti adresujú lekárovi a iným odborníkom...,
- vysvetľuje i psychologické aspekty ochorenia, na ktoré sa často zabúda – možnosti psychologickej pomoci,
- približuje možnosti sociálneho poradenstva a pomoci, princípy sociálnej opory, svojpomocných a podporných skupín pre rodičov i chorých adolescentov,
- poukazuje na možnosti využívania inovatívnych metód arteterapie, muzikoterapie, zážitkovej terapie a iných.

[217] JONES, K. J. et al. Development and Evaluation of an Educational Interactive. CD ROM For Teens with Cancer.
[218] SEDLAK, R. et al. Ich habe Krebs, abermein Lebengehtweiter!

5 Socioterapia ako koncepcia pomoci pri zvyšovaní reziliencie onkologicky chorých pacientov v kontexte socioonkológie

V súčasnosti vieme, že rakovina je civilizačná choroba a ako globálna epidémia sa týka všetkých vekových skupín i krajín. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) až 32,6 milióna obyvateľov planéty žijú s onkologickou diagnózou. V správe analýzy údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a Únie pre medzinárodnú kontrolu rakoviny (UICC) onkologická diagnóza rastie alarmujúcim tempom. V roku 2012 vzrástol počet nových onkologických pacientov na 14,1 miliónov ročne, čo je číslo ktorého sa očakáva nárast na 22 miliónov ročne v najbližších dvoch desaťročiach[219]. Zo správy z národného centra zdravotníckych informácií z roku 2010 vyplýva, že v slovenskej populácii ročne pribudlo viac ako 30 144 novonahlásených onkologických ochorení. Pre vysoký počet novonahlásených prípadov miera incidencie je 557,5/100 000 v SR u oboch pohlaví[220].

Štatistické ukazovatele[221] poukazujú na skutočnosť, že počet úmrtí na onkologickú chorobu vo svete patrí medzi druhú najčastejšiu príčinu smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách; na prvom mieste stoja kardiovaskulárne choroby. Slovenská republika patrí na popredné miesta v štatistikách incidencie zhubných nádorov nielen v porovnaní s krajinami Európskej únie ale i v celosvetovom porovnaní. Predikčné modely naznačujú trend mierneho poklesu úmrtnosti na nádorové ochorenia v populácii v nasledujúcich rokoch.

[219] WHO, INTERNETIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.
[220] ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky za roky 2012 – 2014.
[221] WHO, INTERNETIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.

Tab. 12 Počet úmrtí na onkologické choroby vo svete na 100 000 obyvateľov za rok 2012 a 2000 podľa údajov WHO[222]

VYBRANÉ KRAJINY SVETA			
ŠTÁT	**komparácia rokov**	**MUŽI**	**ŽENY**
USA	**2012**	**104,2**	**143,6**
	2000	118,9	170,1
Japonsko	**2012**	**144,9**	**73,2**
	2000	173,4	86,3
Mexiko	**2012**	**77,9**	**68,7**
	2000	93,2	84,5
Austrália	**2012**	**135,9**	**90,6**
	2000	166,4	102,8
VYBRANÉ KRAJINY EU			
ŠTÁT	**komparácia rokov**	**MUŽI**	**ŽENY**
Veľká Británia	**2012**	**153,9**	**112,5**
	2000	175,6	126,4
Francúzsko	**2012**	**179,8**	**95,5**
	2000	218,0	101,8
Nemecko	**2012**	**152,3**	**98,9**
	2000	188,9	114,4
ŠVAJČIARSKO	**2012**	**131,1**	**83,9**
	2000	167,1	99,3
RAKÚSKO	**2012**	**152,3**	**99,7**
	2000	176,6	104,3
KRAJINY V4			
ŠTÁT	**komparácia rokov**	**MUŽI**	**ŽENY**
Maďarsko	**2012**	**253,0**	**137,8**
	2000	287,2	150,5
Poľsko	**2012**	**203,9**	**113,8**
	2000	230,2	134,1
ČR	**2012**	**188,2**	**109,2**
	2000	246,8	135,8
Slovensko	**2012**	**196,8**	**100,7**
	2000	252,9	122,1

[222] WHO. World Health Statistics, Global Health Observatory Data Repository.

Ako vyplýva z analýzy WHO, každým rokom narastá počet pacientov, ktorí musia znášať dôsledky diagnózy, agresívnej liečby a psychického tlaku na sociálne postavenie v spoločnosti. Realita choroby a jej liečba pre klientov predstavuje znášanie dôsledkov diagnózy, agresívnej liečby a psychického tlaku. Diagnóza rakoviny vytvára narušenie, v niektorých prípadoch vo veľkých rozmeroch v životoch klientov, čo následne spôsobuje zlyhanie v spôsobe života. Klient s onkologickou chorobou môže zaznamenať rôzne negatívne prejavy v jednotlivých štádiách liečby ochorenia (Tab. 13).

Tab. 13 Psychosociálne problémy pacienta v jednotlivých štádiách liečby ochorenia[223]

Objavenie symptómov	**Diagnóza a predbežné opatrenia**
Úzkosť, hľadanie lekárskej pomoci alebo odkladanie návštevy lekára	• **Akútny smútok, strach, zlosť, depresia** • **úľava (poznanie symptómov), otupenosť, strata motivácie, poruchy spánku** • **Rozhodovanie sa o možnej liečbe, overovanie diagnózy** • **Prispôsobiť sa novým sociálnym rolám a povinnostiam**
Liečba	Zotavovanie po liečbe
• **Počiatočná energia v zvládaní rakoviny** • **Počiatočný strach, úzkosť a smútok kvôli strate pohody (telesnej a duševnej)** • **Pocit bezmocnosti, beznádej, depresia** • **Vedľajšie efekty liečby**	• Strach z recidívy • Pocit úspechu • Hodnotenie životných priorít • Problém prispôsobiť sa obmedzeniam v súkromnom a v pracovnom živote
Recidíva a progres	Paliatívna starostlivosť
• **Podobné reakcie ako pri zistení diagnózy** • **Popretie situácie** • **Strach, sklamanie, pocit viny, sebaobviňovanie, žiaľ** • **zúfalstvo, zlosť, hlboká depresia** • **negácia liečby, rozhodovanie sa o možnej liečbe, zvažovanie alternatívnej možnosti liečenia**	• strach z izolácie, zo smrti, z možných telesných komplikácií – bolesť, problémy s dýchaním a pod. • úzkosť, žiaľ • hodnotenie významu života

V súčasnosti už nedochádza k čiastkovej analýze aspektov choroby, ale k celkovému pochopeniu negatívnych prejavov a potrieb pacienta s onkologickou diagnózou, čo so sebou prináša samozrejmú potrebu po nových typoch služieb. Vzhľadom k súčasným trendom je podstatné vymedziť priestor pre onkologickú sociálnu prácu i na Slovensku, ktorá by reagovala na špecifické potreby človeka s danou diagnózou. Príkladnou krajinou v tejto oblasti môžu byť Spojené štáty americké, kde odbor Sociálna práca má svoje korene a za svoje obdobie existencie sa vyvíjala podľa aktuálnej spoločenskej situácie, potreby a podľa spoločenských zdrojov a pod. O tom, že onkologická sociálna práca je v USA pevne

[223] CIBULA, D. a kol. Onkogynekologie.
RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. Lékařská psychologie ve zdravotnictví.

zakorenená v štruktúre pomáhajúcich profesií v onkológii svedčí i fakt, že sa tu stretávame konkrétne i s asociáciami sociálnych pracovníkov pôsobiacich v onkologickej praxi (viď napr. organizáciu Association of Oncology Social Work, skr. AOSW v USA, kreovanej už v osemdesiatych rokoch 20. storočia).

Samotná Americká asociácia onkologických sociálnych pracovníkov[224] v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou odporúča interakciu všetkých funkčných súčastí tímu poskytovateľov onkologickej starostlivosti v kontexte komplexného bio-psycho-sociálneho fungovania onkologického pacienta. To znamená, že v spolupráci s ošetrujúcim lekárom a klinickým psychológom sa naskytuje priestor pre onkologického sociálneho pracovníka. Sociálne služby poskytované onkologickým sociálnym pracovníkom by mali byť zamerané na poskytovanie kognitívnej opory formou dôležitých a nápomocných informácií klientovi, za účelom identifikácie prekážok starostlivosti (napr. informácie o medicínskych možnostiach, o zdravotnom poistení a možnostiach jeho využívania) a nájdenia dostupných primeraných zdrojov komunity. Táto forma opory zahrňuje aj poskytnutie rád a sociálnych spôsobilostí, ktoré pomôžu onkopacientovi zvládať záťaž onkologickej choroby vo všetkých bodoch liečebnej trajektórie. V rámci podpornej skupiny pod vedením facilitátora – onkologického sociálneho pracovníka ako koordinátora podpornej skupiny môže poskytovať emočnú oporu. Technologický pokrok v oblasti onkológie okrem oblasti medicíny postupne zavádza aj efektívne princípy interaktívnej komunikácie v sociálno-psychologickej pomoci. Novým druhom poskytnutia sociálnej opory sú online podporné skupiny, ktoré sú progresívnym spôsobom fungujúce alternatívne možnosti pomoci pri zvládaní onkologickej choroby v každom veku[225]. Mnohí autori Cordella, Poiani[226], Barak, Boniel-Nissim, Suler[227], Dormann, White[228]) medzi pozitívne benefity online podpornej skupiny voči tradičnej (face to face) zaraďujú dostupnosť časovú, geografickú i finančnú.

Okrem týchto foriem sociálnej opory podľa Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (The National Association of Social Workers[229]) onkologickí sociálni pracovníci ponúkajú mnoho služieb. Sociálne služby poskytované onkologickým sociálnym pracovníkom by mali byť zamerané na poskytnutie pomoci formou služby alebo prostriedkov, ktoré môžu napomáhať zvládanie priebehu liečby (organizovanie stravovania, zabezpečenie doprovodu na liečbu, zabezpečiť stráženie detí či pomoc v domácnosti).

Následne vhodne zvolená intervencia poskytovaná onkologickým sociálnym pracovníkom zahŕňa podporovanie optimálneho sociálneho fungovania pacienta a jeho rodiny, aby sa mohli stať aktívnymi účastníkmi rozhodovania a riadenia starostlivosti o zdravie. Levická[230] poukazuje na sociálne fungovanie ako na kľúčový komponent v sociálnej práci, keďže „význam sociálnej práce je v pomoci smerujúcej ku skvalitneniu života jednotlivcov i skupín tým, že sa zameriava na zlepšovanie fungovania jednotlivcov, skupín i

[224] AOSW. Standards of Practice in Oncology Social Work.
[225] ŽIAKOVÁ, T. a K. ŠIŇANSKÁ. Súčasné podoby online podporných skupín.
[226] CORDELLA M. and A. POIANI. Behavioural Oncology: Psychological, Communicative, and Social Dimensions.
[227] BARAK, A., BONIEL-NISSIM M., SULER J. Fostering Empowerment in Online Support Groups.
[228] DORMANN S. M., WHITE M. Receiving Social Support Online: Implications for Health Education.
[229] www.socialworkers.org
[230] LEVICKÁ, J. Sociálna práca, s.19.

komunít vo vnútri spoločnosti.“ Funkčný systém poskytovateľov sociálnej opory poskytuje rovnováhu pre pacienta s onkologickým diagnózou v jeho sociálnom fungovaní. V rámci modelu funkčného systému poskytovateľov starostlivosti o onkologického pacienta, by sme chceli poukázať na využitie socioterapie. Na základe vyššie uvedeného, účelovosť socioterapie za pomoci rôznych socioterapeutických programov je možné vidieť najmä pri zvyšovaní kvality života onkopacienta a v jeho podporovaní pri opätovnom zaradení sa do sociálnych rolí, čím sa stabilizuje následne sociálne fungovanie v jeho sociálnom systéme.

5.1 Sociálna opora ako kľúčový a významný faktor reziliencie onkologicky chorých pacientov a pacientok

Onkologické choroba vstupuje do života jedinca ako obrovská záťaž. Spôsob ako zvládať záťaž je individuálny pre každého jedinca, keďže súvisí s tým, ako jednotlivci vnímajú stresové situácie. Nápomocná môže byť reziliencia jedinca, ktorá sa rozvíja kvôli nepriaznivej situácií a rušivým vplyvom. V tomto zmysle je jej výsledkom ovládanie situácie, efektívny coping a pozitívna adaptácia na určitú nepriaznivú (stresujúcu) situáciu. Rozvíjanie konceptu odolnosti je potenciálne dôležité pre podporu duševného zdravia. Avšak úroveň reziliencie, v súvislosti s onkologickou chorobou a vplyvom vulnerability sa významne znižuje.

Štúdie[231] naznačujú, že rakovina je nielen individuálna skúsenosť fyzického a psychického utrpenia, ale aj psychosociálny stav, ktorý moduluje medziľudské vzťahy pacienta. Negatívne prejavy ako strach z návratu ochorenia, neistota, strata sebadôvery, strata telesnej integrity, frustrácia, problémy v rodinnom, manželskom a sexuálnom živote spolu s klinickou symptomatológiou (únava, bolesť a pod.)., môžu viesť k dištancii od sociálnej siete. Výsledná sociálna izolácia a uzatváranie sa do seba negatívne ovplyvňuje náročný liečebný proces ako aj schopnosť vzdorovať onkologickej chorobe, čím sa kráti priemerná doba prežívania onkologických pacientov[232]. Podľa Kroenkeovej a spolupracovníkov[233] sociálna izolácia zvyšuje mortalitu prežívajúcich pacientov 2,1-násobne, u pacientov starších ako 65 rokov až 3,8-násobne. Sociálna izolácia je objektívnym ukazovateľom veľkosti sociálnej siete a nedostatku sociálneho kontaktu, pričom sociálne vzťahy ako súčinnosť sociálnej opory sú vnímané ako významný protektívny faktor zdravia[234]. Sociálna opora v tomto zmysle je považovaná v procese liečenia ako kľúčový prvok reziliencie, keďže pomáha absorbovať a manažovať dôsledky stresu závažných životných zmien i každodenných problémov[235].

V rámci realizovaného výskumu v Košickom kraji na Slovensku, ktorý prebiehal v období rokov 2015-2017, na podnet riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako

[231] LEVINE C. et al. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-termCare. SHIELDS C. G. et al. Couple and Family Interventions in Health Problems.
[232] COURNOYER, B. R. The Social Work Skills Workbook.
[233] KROENK, CH., In BENCOVÁ, V. a I. KRAJČOVIČOVÁ. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka.
[234] HOLT-LUNSTAD, J., T. B. SMITH, T.B., LAYTON. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.
[235] AIDA, J. et al. Disaster, Social Capital, and Health.

jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klietok.“ nás zaujímalo, či miera potreby sociálnej opory súvisí s ostatnými stratégiami zvládania záťažovej situácie u onkologicky chorých respondentov. Snahou výskumu bolo tiež podchytiť aj potenciálnu súvislosť medzi vybranou stratégiou zvládania – Potrebou sociálnej opory a dimenziami osobnostných charakteristík onkologicky chorých respondentov.

V rámci riešenia grantovej úlohy sa výskumu zúčastnilo 504 respondentov z Košického kraja. Výskumu sa zúčastnilo 297 (58,9%) respondentov a respondentiek, v zastúpení 193 (38,3 %) žien a 104 (20,6%) mužov s onkologickou diagnózou. Výskumná vzorka bola získaná po dohode s vedením Východoslovenského ústavu onkologických chorôb a etickej komisie v období január – jún 2016. Priemerný vek respondentov, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba bol 58,6 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žilo 203 (68,3%) respondentov. Kontrolnú výskumnú vzorku tvorilo 207 (41,1%) respondentov a respondentiek, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba. Z hľadiska rodu boli zastúpení v počte 141 (27,9%) žien a 66 (13,2%) mužov. Priemerný vek respondentov bez diagnostikovanej onkologickej choroby bol 52,5 roka, v manželskom/partnerskom zväzku žije 135 (65,2%) respondentov. Respondenti a respondentky, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba boli vyberaní párovým porovnaním podľa zastúpenia vekových skupín a rodu v súvislosti s veľkosťou časti výskumnej vzorky, ktorá pozostávala z respondentov s onkologickou chorobou. Snahou autoriek bolo zachovať proporcionalitu medzi výbermi. Výskumná vzorka bola v tejto súvislosti volená zámerne a nenáhodne (viď. 3. kapitola). Limity výskumnej štúdie vidíme vo veľkosti výskumného súboru. Na základe toho nie je možné zovšeobecňovať výsledné zistenia na celú populáciu na Slovensku.

Zostavená dotazníková batéria okrem zisťovania demografických údajov bola zameraná aj na zisťovanie preferencie stratégií zvládania, prostredníctvom metodiky SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen)[236], ktorá sa zameriava na zachytenie individuálnych tendencií k využívaniu rôznych stratégií zvládania. Osobnostné charakteristiky boli zisťované prostredníctvom osobnostného Freiburského dotazníka[237] (viď. 3. kapitola). Na základe čiastkových výsledkov autorského výskumu je možné predpokladať, že respondenti, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba preferujú vo väčšej miere stratégie, ktoré patria do kategórie efektívnych. Súčasne tento výsledok potvrdzuje aj subjektívne hodnotenie respondentov, keďže 88,9% respondentov s onkologickou chorobou z celkového počtu výskumného súboru s onkologickou diagnózou samých seba označilo za ľudí, ktorí dokážu zvládať záťaž. (viď. 3. kapitola).

Na základe stanovenia si hranice priemerného skóre pre konkrétne stratégie zvládania (x=14,1) boli stratégie rozdelené do dvoch skupín. Čím vyššie bolo dosiahnuté priemerné skóre od danej hranice (x=14,1), tým považujeme stratégiu za viac preferovanú. Na základe deskriptívneho spracovania stratégie Potreba sociálnej opory v rámci výskumného súboru patrí do skupiny preferovaných stratégií (x=14,3). Ako vyplýva z analýzy údajov v prvej časti výskumu zameraných na identifikovanie zvolených stratégií prostredníctvom

[236] JANKE J. a G. ERDMANNOVA. Strategie zvládání stresu – SVF 78.
[237] KOLLÁRIK T., E. POLIAKOVÁ a A. RITOMSKÝ. Freiburský osobnostný dotazník.

metodiky SVF 78, pre respondentov s onkologickou diagnózou (viď. 3. kapitola) opodstatnenosť stratégie Potreba sociálnej opory je významná ako tendencia v strese nadviazať kontakt, či získať oporu pri riešení problému a je možné ju radiť ako k pozitívnym, tak k negatívnym stratégiám zvládania záťaže.

Dôležitým zistením autorského výskumu je, že z hľadiska rodu sa preukázal na vzorke onkologicky chorých respondentov štatisticky významný rozdiel (Tab. 14) v preferovaní stratégie Potreba sociálnej opory. Následne, na základe priemerného skóre možno konštatovať, že ženy vo väčšej miere využívajú túto stratégiu zvládania záťažovej situácie, teda pociťujú potrebu opory a pomoci v záťažovej situácií viac ako muži.

Tab. 14 Mann-Whitney U test – rozdiely vo využívaní stratégie Potreba sociálnej opory z hľadiska rodu

	ROD	**N**	**X**	**Z**	**p (α)**
POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY	**ŽENY**	194	165,7	-4,454	<0,001***
	MUŽI	104	119,2		

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

Tento fakt možno vysvetliť tým, že ženy v záťažových situáciách siahajú viac po emocionálnej a muži po inštrumentálnej opore[238]. V ďalšej štúdii Lim a Zebract[239] uviedli (2008), že každý onkopacient je súčasťou nejakého sociálneho systému, ale len funkčná sociálna opora priamo ovplyvňuje jeho kvalitu života. Podobne Sammarco a Konecny[240] identifikovali významnú pozitívnu koreláciu medzi vnímanou sociálnou oporou a celkovou kvalitou života u žien v Latinskej Amerike, ktorým bola diagnostikovaná rakovina prsníka.

Snahou autorského výskumu bolo zistiť aj prípadné rozdiely medzi stratégiou Potreba sociálnej opory z hľadiska miesta bydliska. Štatisticky sa preukázalo, že existuje rozdiel v preferovaní stratégie Potreby sociálnej opory z hľadiska bydliska onkologicky chorých respondentov (Tab. 15). Na základe priemerného skóre možno konštatovať, že respondenti z obce vo väčšej miere využívajú túto stratégiu zvládania záťažovej situácie, teda pociťujú potrebu opory a pomoci v záťažovej situácií viac ako respondenti z mesta.

[238] GRAV, S. et al. Association between Social Support and Depression in the General Population: the HUNT Study, a Cross-sectional Survey.
[239] LIM, J. W., and B. ZEBRACK. Different Path Ways in Social Support and Quality of Life between Korean American and Korean Breast and Gynecological Cancer Survivors.
[240] SAMMARCO, A., L. M. KONECNY. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: a Comparative Study.

Tab. 15 Mann-Whitney U test – rozdiely vo využívaní stratégie Potreba sociálnej opory z hľadiska bydliska

	BYDLISKO	N	X	Z	p (α)
POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY	**OBEC**	78	119,7	-2,719	0,007
	MESTO	131	96,24		

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

Podobne v porovnaní medzi respondentmi žijúcimi v obci a vo veľkomeste sa preukázal štatisticky významný rozdiel v preferovaní stratégie Potreby sociálnej opory (Tab. 16).

Tab. 16 Mann-Whitney U test – rozdiely vo využívaní stratégie Potreba sociálnej opory z hľadiska bydliska 2

	BYDLISKO	N	X	Z	p (α)
POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY	**OBEC**	78	99,7	-3,935	0,000
	VEĽKOMESTO	89	70,3		

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

Na základe priemerného skóre možno konštatovať, že respondenti z obce vo väčšej miere využívajú túto stratégiu zvládania záťažovej situácie, teda pociťujú potrebu opory a pomoci v záťažovej situácií viac ako respondenti z veľkomesta. Toto zistenie je možné vysvetliť z niekoľkých hľadísk. Mnoho pacientov nemá adekvátne informácie o svojej diagnóze, čo vedie k posilneniu pocitu bezmocnosti a neistoty. Dostatok informácii priaznivo pôsobí na stav pacienta, keďže získava pocit ovládnuteľnosti situácie a určitej miery kontroly[241]. Medicínske vedomosti boli doménou zdravotníckych pracovníkov, a preto pacienti mali prístup k týmto poznatkom prostredníctvom len svojho vyšetrujúceho lekára.

Druhým možným vysvetlením je nežiaduca osamelosť ako jedna z najvýznamnejších psychosociálnych stresorov, ktorým ľudia čelia po diagnostikovaní chronickej choroby[242]. Pacienti s onkologickou diagnózou sa stretávajú s náhlym pocitom odlúčenia od ľudí, ktorí im boli najbližší. Náhle akoby boli katapultovaní z relatívne normálneho a zdravého prostredia zdieľaného s ostatnými milovanými jedincami do sveta, kde sú konfrontovaní myšlienkou smrteľnosti a neistej budúcnosti. Prispôsobovanie sa novej realite je zložitý a emocionálne náročný proces nielen pre pacienta, ale aj pre priateľov a rodinu vo všetkých fázach liečebnej trajektórie.

[241] TSCHUSKE, V. Psychoonkologie: osychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.
[242] UDER-KRAAN, C. F. et al. Empowering Process and Outcomes of Participation in Online Support Groups for Patient with Breast Cancer, Arthritis, or Fibromyalgia.

Onkologická choroba je výraznou situáciou, v ktorej je pochopiteľné, že pacienti prežívajú psychickú záťaž, s ktorou si sami nevedia pomôcť a preto majú snahu o získanie sociálnej opory. Túto skutočnosť považujeme ako základ pre opodstatnenie poskytovania profesionálnej sociálnej opory (podporné skupiny, socioterapia, a pod.) v rámci socioonkológie, ktorá v súčasnosti absentuje najmä na regionálnej úrovni.

Pod vplyvom informačno-technologického pokroku v komunikačných možnostiach aj pomocou digitálnych technológií (napr. internet) sa využívajú aj oficiálne komunikačné nástroje virtuálne (online) prostredníctvom vytvorenej sociálnej siete alebo aj cez mobilnú aplikáciu. S narastajúcim prístupom k internetu v domácností i na pracoviskách a bezplatnosť prihlásenia do online podporných skupín môže zvýšiť atraktívnosť ich dostupnosti a to pre každého bez rozdielu na vek či sociálny status. Potrebné je mať základné počítačové a informačné vedomosti o tom, ako používať klávesnicu, počítač alebo mobil. Získavanie informácii je možné asynchrónnou formou dištančného poradenstva ako sú napr. online onkoporadne (Liga proti rakovine, Onkopacient,..) Formy online podporných skupín ako elementu, ktorý by pokryl časť sociálnej opory v našich podmienkach absentuje úplne.

V prípade štatistického spracovania výsledkov z pohľadu korelácii medzi jednotlivými dimenziami osobnostných charakteristík s dôrazom na stratégiu Potreba sociálnej opory možno konštatovať existenciu vybraných korelácii v Tabuľke 17.Štatisticky významné súvislosti sa preukázali medzi stratégiou Potreba sociálnej opory a dimenziami osobnostných charakteristík (Nervozita, Depresivita, Vzrušivosť, Reaktívna agresivita, Zdržanlivosť a Otvorenosť).

Tab. 17 Spearmanov korelačný koeficient- súvislosť medzi Potrebou sociálnej opory a dimenziami osobnostných charakteristík

POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY		***NERVOZITA***	***DEPRESIVITA***	***VZRUŠIVOSŤ***	***REAKTÍVNA AGRESIVITA***	***ZDRŽANLVOSŤ***	***OTVORENOSŤ***
	r	0,249	0,207	0,201	0,127	0,172	0,119
	p (α)	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,028**	0,003**	0,04*

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

Slabý pozitívny vzťah sa preukázal medzi stratégiami Potrebou sociálnej opory a dimenziami osobnostných charakteristík Nervozita, Depresivita, Vzrušivosť. Možno predpokladať, že čím viac sa respondenti prejavujú ľahkou unaviteľnosťou, vyčerpanosťou, podráždenosťou (Nervozita), majú pocity menejcennosti, prejavujú agresivitu voči sebe samému, majú pocity viny, nestálej nálady (Depresivita), majú nízku frustračnú toleranciu, netrpezlivosť, nepokoj (Vzrušivosť), tým viac majú prianie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc.

Autorské zistenia naznačujú, že sociálna opora je obzvlášť dôležitá pre pacientov s onkologickou chorobou pri riešení depresie, pocitov bezmocnosti či podráždenosti čo následne môže ovplyvniť imunitný systém a urýchliť progres choroby. Dewe et al.[243] definujú dve oblasti, pričom v prvej oblasti priamych účinkov naznačujú, že sociálna opora priamo znižuje napätie. To znamená, že ľudia, ktorí majú prístup k iným ľuďom a využívajú ich oporu v ich prostredí, sú menej náchylní na záťaž, z ktorej vyvstáva pocit napätia, zároveň naopak pociťujú väčšiu pohodu. Druhou oblasťou, ktorá poukazuje na opodstatnenosť sociálnej opory v kontexte výsledkov autorského výskumu, je aj vysvetlenie účinkov sociálnej opory ako protektívnej stratégie, ktorá funguje ako moderátor vzťahu medzi záťažou a napätím (alebo pohodou). Táto tzv. vyrovnávacia oblasť popisuje, že jednotlivci, ktorí dostávajú sociálnu oporu, budú menej zaťažovaní (pociťovať vyššiu pohodu) než tí, ktorí nedostanú oporu od iných. Táto skutočnosť je v dôsledku protektívnych vlastností sociálnej opory. Vyrovnávací efekt tejto oblasti spočíva v tom, že prostredníctvom sociálnej opory jedinec môže zmeniť vnímanie stresoru či záťaže vo svoj prospech. Ak sociálna opora u pacientov zlyháva, vedie to pravdepodobne k zvýšeniu stresu, až k depresii[244].

Slabý pozitívny vzťah sa preukázal medzi stratégiou Potreba sociálnej opory a dimenziami osobnostných charakteristík Reaktívna agresivita, Zdržanlivosť a Otvorenosť. Toto zistenie môže poukazovať na fakt, že čím viac pociťujú onkologicky chorí respondenti pocity hanblivosti, ťažkosti v nadväzovaní kontaktov (Zdržanlivosť)alebo sa prejavujú egocentricky, s autoritatívnym spôsobom myslenia (Reaktívna agresivita) tým viac majú potrebu sociálnej opory. Naopak aj keď sa onkologicky chorí respondenti prejavujú sebakriticky až s bezstarostným nadhľadom (Otvorenosť), možno u nich predpokladať, že pociťujú potrebu opory a pomoci v záťažovej situácií.

Tab. 18 Spearmanov korelačný koeficient - súvislosť medzi stratégiou Potreba sociálnej opory a neefektívnymi stratégiami zvládania

NEEFEKTÍVNE STRATÉGIE U DIAGNOSTIKOVANÝCH	**POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY**	
	r	**p (α)**
Vyhýbanie sa	0,234	<0,001***
Rezignácia	0,343	<0,001***
Únikové tendencie	**0,501**	<0,001***
Perseverácia	**0,439**	<0,001***
Sebaobviňovanie	0,316	<0,001***

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

[243] DEWE, P. J. et al. Coping with Work Stress. A Review and Critique.
[244] CORDELLA, M. and A. POIANI. Behavioural Oncology: Psychological, Communicative, and Social Dimension.

Ako uvádza Tab. 18 stredne silné pozitívne korelácie sa preukázali medzi stratégiou Potreba sociálnej opory a neefektívnymi stratégiami Rezignácia, Perseverácia, Sebaobviňovanie. Silná pozitívna korelácia sa preukázala medzi stratégiou Potreba sociálnej opory a stratégiou Únikové tendencie. Autorské zistenia naznačujú, že čím viac sa respondenti snažia zamedziť alebo vyhnúť sa pociťovanej záťaži (Úniková tendencia), tým viac pociťujú potrebu opory a pomoci v záťažovej situácií. Zároveň možno konštatovať, že ak sa nedokážu onkologicky chorí respondenti pri pociťovaní záťaže myšlienkovo odpútať (Perseverácia) alebo pripisujú záťaž vlastnému chybnému konaniu (Sebaobviňovanie), alebo ak majú pocity bezmocnosti (Rezignácia) tak tým viac majú pri pociťovaní záťaže snahu vyhľadávať a zaistiť si sociálnu oporu a pomoc.

Tab. 19 Spearmanov korelačný koeficient - súvislosť medzi potrebou sociálnej opory a efektívnymi stratégiami zvládania

EFEKTÍVNE STRATÉGIE U DIAGNOSTIKOVANÝCH	**POTREBA SOCIÁLNEJ OPORY**	
	r	**p (α)**
Odklon	0,275	<0,001***
Pozitívna sebainštrukcia	0,186	<0,001***
Náhradné uspokojenie	**0,486**	<0,001***
Kontrola reakcií	0,253	<0,001***
Kontrola situácie	0,329	<0,001***
Odmietanie viny	0,139	0,017*

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

Zároveň ako vyplýva z výskumných zistení (Tab. 19), čím viac sa respondenti snažia kontrolovať a riešiť daný problém (stratégie Kontrola reakcií a Kontrola situácie), tým väčšiu majú potrebu zaistiť si sociálnu oporu. Teda čím viac majú tendenciu hovoriť si „musím sa vzchopiť“, snažia sa potlačiť svoje rozrušenie, zachovať si pevný postoj, premýšľajú o svojom ďalšom konaní a vytvárajú si plán pomoci, tým viac majú tendenciu niekoho ďalšieho požiadať o radu, snažia sa s niekým o probléme hovoriť.

Opierajúc sa o tieto čiastočné výsledky je možné konštatovať, že onkologická choroba je výraznou životnou situáciou, v ktorej je pochopiteľné, že pacienti prežívajú psychickú záťaž, s ktorou si sami nevedia pomôcť a preto majú snahu o získanie sociálnej opory. Aby sociálna opora pôsobila ako efektívny nástroj, je potrebné pacientovi vytvoriť kvalitnú sieť sociálnej opory, pozostávajúcej z prvkov z jeho prirodzeného prostredia a z prvkov z prostredia profesionálov podieľajúcich sa na liečbe pacienta, ktoré je schopný využívať. V tomto ohľade je potrebné zvoliť nielen vhodnú formu, ale aj mieru tejto formy pomoci. Iba tak môže byť využívaná ako efektívny nástroj pomoci.

To nás následne viedlo ku predpokladu, že zvýšenie reziliencie prostredníctvom socioterapie v socioonkológii môže priniesť potenciálne efektívne zmeny vo vybraných stratégiách zvládania ako aj v osobnostných charakteristikách. Navrhovaný koncept programu

so zameraním na zníženie stresového napätia a zvýšenie reziliencie je charakteristický efektívnym zvládnutím, prípadne adaptáciou na neprimerané životné situácie.

5.2 Využitie socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi za pomoci programu so zameraním na zníženie stresového napätia a zvýšenie reziliencie

V súčasnosti v rámci multidisciplinárneho prístupu v procese zvládania onkologickej choroby je dôležitá psychosociálna starostlivosť vzhľadom na jej minimalizovanie psychosociálneho dopadu onkologickej choroby na jedinca. Rôzne výskumné štúdie poukazujú na význam intervencií zameraných na zníženie stresu a vnútorného napätia za účelom zvýšenia duševnej pohody, k zlepšeniu zvládania záťaže a redukovanie stresu u osôb s onkologickou diagnózou[245]. Devine a Westlake[246] vo svojej výskumnej štúdií zistili, že pacienti s rakovinou, ktorí prijímali edukačné programy alebo rôzne formy psychosociálnej intervencie vykazovali oveľa nižšiu mieru úzkosti, depresie, poruchy nálad, fyzickej bolesti. Zároveň výsledky analýzy preukázali, že mali aj významne viac informácií o svojej diagnóze než sa preukázalo u kontrolnej skupiny. V tomto kontexte je v nasledujúcej časti poukázať na využitie socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi so zameraním na zníženie stresového napätia.

Socioterapia je taký spôsob práce s pacientom a jeho sociálnym systémom, ktorý smeruje k sfunkčneniu a náprave narušených sociálnych vzťahov[247]. Cieľom socioterapeutickej činnosti je podporovanie aktivity jedinca so zámerom rozvíjania jeho sociálnych spôsobilostí, ktoré sú potrebné k optimálnemu fungovaniu v jeho sociálnom systéme[248]. Z tohto hľadiska socioterapeut pomáha onkopacientovi dostať sa cez kritické obdobie, v ktorom sa práve nachádza, aby získal realistický náhľad na riešenie problémov a naučil sa zvládať záťažové situácie[249]. Výsledným zámerom je, že si pacient uvedomí svoju hodnotu, sebaúctu a vlastnú zodpovednosť za kvalitu života[250].

Socioterapiu je možné vymedziť „ako druh intervencie v sociálnej práci, ktorý sa môže opierať o rôzne prístupy (koncepty), pričom využíva rozmanité metódy, formy a techniky práce, ktorej cieľom je aktvivizácia (sociálneho) potenciálu klienta s dôrazom na vzťahy klienta k prostrediu. Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva terapeutický vzťah“[251]. V tomto zmysle techniky, metódy či formy používané v socioterapii by mali byť použité

---

[245] CARLSON L., and B. BULTZ. Cancer Distress Screening. Needs, Models, and Methods.
CUNNINGHAM, A. J. Adjuvant Psychological Therapy for Cancer Patients: Putting in on the Same Footing as Adjunctive Medical Therapies.
MAYER, J. T., and M. M. MEVIN. Effects of Psychsocial Interventions with Adults Cancer Patients: a Meta-analysis of Randomized Experiments.
REHSE, B., and R. PURKOP. Effects of Psychosocial Interventions on Quality of Life in Adult Cancer Patients.
[246] DEVINE, C. E.,WESTLAKE, S.K. The Effects of Psychoeducational Care Provided to Adults with Cancer: Meta-analysis of Studies.
[247] ÚLEHLA, I. Manifest socioterapie .
[248] MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálnych zařízeních.
[249] LOPRINZI, C. E. et al. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial.
[250] LOZSI, L. a kol.. Socioterapia.
[251] BALOGOVÁ, B. a D. ŠOLTÉSOVÁ. Socioterapia a jej vymedzenie, s. 16.

transparentne, primerane kontextu a cieľom práce s daným klientom. Zvolený postup intervencie by mal zohľadňovať klientovu mieru motivácie k zmene. Následne klient je tým, kto posudzuje účinnosť zvoleného postupu (napr. spätnou väzbou, testovacími hárkami pred a po sedení....) a dokáže byť zdrojom veľkého potenciálu socioterapeutickej pomoci v spolupráci s profesionálom[252].

Následne socioterapeut pomáha onkopacientovi dostať sa cez kritické obdobie za pomoci socioterapeutických programov zameraných na zníženie stresu a zvýšenie emocionálnej stability. Účasť pacientov na programe im prináša benefity ako sociálna participáciu a rôzne formy sociálnej opory, ktoré môžu ovplyvniť zdravie tým, že fungujú ako „ nárazníkové " (buffering) faktory pri záťaži[253]. Sociálna participácia poskytuje príležitosti učiť sa novým zručnostiam a predáva im pocit spolupatričnosti k určitej skupine. To znamená, že sociálna účasť môže ovplyvniť zdravie priamo aktiváciou kognitívnych systémov a nepriamo tým, že dáva pocit súdržnosti a zmysluplnosti[254]. Pacienti so závažnou diagnózou, ktorá ohrozuje ich bytie sú často vyčerpaní, nervózni a frustrovaní reálnymi obmedzeniami vyplývajúcimi z ich choroby. Z tohto hľadiska je dôležité aby porozumeli tomu, čo ich vedie k samotnému správaniu a aké sú ich reakcie na stres, ktoré si osvojili počas života.

Táto myšlienka vychádza napríklad zo zistení štúdie, v ktorej bol overený efekt SMART programu (Stress Management and Resiliency Training). Zameraním metodiky je zvýšenie odolnosti, zníženie stresu a úzkosti u klientov, ktorým bola diagnostikovaná rakovina. V štúdii bolo pozorované štatisticky významné zlepšenie odolnosti, vnímaného stresu, úzkosti a celkovej kvality života po 12. týždňoch v porovnaní s východiskovou hodnotou. V kontrolnej skupine nebol zaznamenaný žiadny významný rozdiel[255]. Výsledok podobnej štúdie[256] dáva do popredia intervenčný program zostavený v niekoľkých moduloch, ktorý je zameraný na zníženie miery neistoty, zvýšenie odolnosti, expresivity a nadobudnutie sociálnej opory pre onkologických klientov. Za pomoci kognitívno-behaviorálneho prístupu B- Smart program (Stress Management and Relaxation Training) využíva terapiu riešenia problémov, sociálne učenie, pozitívne modely interpersonálnych vzťahov a techniky relaxácie. Zistenia štúdie[257] ukázali, že absolvovania programu B- Smart program (Stress Management and Relaxation Training) zvyšuje rezilienciu žien s rakovinou. Konečné výsledky ukazujú pozitívny vplyv absolvovania programu na zvládanie stresu a vnímanie stresu, čo zvýšilo kvalitu žien vo výskumnom súbore (v počte 30 žien s onkologickým diagnózou) v porovnaní s kontrolnou skupinou (v počte 30 žien bez onkologickej diagnózy).

Tieto skutočnosti naznačujú, že onkologické ochorenie vstupuje do života jedinca ako obrovská záťaž. Spôsob ako zvládať záťaž je individuálny pre každého jedinca. Kto a ako nazerá na svoj život a z neho vyplývajúce rôzne životné situácie je práve to, čo je

[252] ÚLEHLA, I. Manifest socioterapie.
[253] LOZSI, L. a kol. Socioterapia.
[254] BERKMAN, L. F., and T. GLASS. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health.
[255] LOPRINZI, C. E. et al. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial.
[256] ANTHONI, M. H. et al. Cognitive Behavioral Stress Management Effects on Psychological and Physiological Adaptation in Women under Going Treatment for Breast Cancer.
[257] NAEINI, E. et al. The Effectiveness of Stress Management Training on Hardiness in Patients with Breast Cancer.

špecifické u onkologicky chorých ľudí. Obdobne ako v predchádzajúcich výskumných štúdiách, aj vo výskumnej štúdii[258] vybrané výsledné zistenia pojednávajú o rozdieloch v dimenziách osobnostných charakteristík a vybraných stratégií zvládania záťaže medzi skupinou respondentiek s onkologickou diagnózou (v počte 193) a skupinu žien bez onkologickej diagnózy (v počte 141). Na podchytenie rozdielov v rámci oblasti osobnostných charakteristík respondentiek sa využil Mann-Whiteyho U test. Tab. 20 pojednáva o vybraných dimenziách osobnostných charakteristík, v ktorých sa medzi skupinami respondentiek preukázal štatisticky významný rozdiel.

Tab. 20 Mann-Whitney U test – rozdiel medzi dimenziami osobnostných charakteristík a diagnostikovanou onkologickou chorobou u respondentiek

		Nervozita	**Zdržanlivosť**
DIAGNOSTIKA ONKOLOG. CHOROBY U RESPONDENTIEK	*Z*	-5,83	-2,78
	p(α)	<0,001***	0,005**

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

Vychádzajúc zo štatisticky významných rozdielov možno na základe deskripcie dosiahnutého priemerného skóre (Tab. 21) konštatovať, že u respondentiek s onkologickou diagnózou dominuje Nervozita ako osobnostná charakteristika, čo znamená že majú pocit napätia, podráždenosti a vyčerpanosti. Ako druhou významnou osobnostnou charakteristikou prevažujúcou u respondentiek s onkologickou diagnózou je Zdržanlivosť. Štatisticky významné rozdiely v tejto dimenzii poukazujú na to, že onkologicky choré pacientky v porovnaní so ženami bez onkologickej diagnózy v rámci osobnej charakteristiky sú viac hanblivé a zdržanlivé pri styku s inými najmä v skupinových situáciách. Majú ťažkosti v nadväzovaní kontaktov a pociťujú neistotu v rozhodovaní. Tieto výsledné zistenia poukazujú na skutočnosť, že osobnostné charakteristiky sa uplatňujú v podmienkach zvládania záťaže. V stresových situačných podmienkach sa osobnosť premieta do vyrovnávacích procesov (copingové stratégie), čo následne ovplyvňuje výber týchto stratégií a platí to aj naopak. Stratégie zvládania záťaže ovplyvňujú následné psychické procesy.

[258] 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.“

Tab. 21 Deskripcia priemerného skóre vo vybraných dimenziách osobnostných charakteristík u respondentiek z hľadiska diagnostikovania onkologickej choroby

DIAGNOSTIKA ONKOLOGICKEJ CHOROBY		**Nervozita**	**Zdržanlivosť**
Diagnostikovaná	*N*	193	193
	X	169,3	180,1
Nediagnostikovaná	*N*	141	141
	X	108,9	150,6

Na základe výsledkov znázornených v Tab. 22 môžeme konštatovať štatisticky významnú súvislosť medzi vybranými dimenziami osobnostných charakteristík u respondentiek s onkologickou diagnózou a stratégiami zvládania záťaže (Perservácia, Únikové tendencie, Podhodnotenie). V stresových situačných podmienkach respondentky s onkologickou diagnózou využívajú vybrané stratégie zvládania Perserverácia a Únikové tendencie vo väčšej miere ak prežívajú nervozitu a sú viac hanblivé či zdržanlivé pri styku s inými. To znamená, že tendenčne sa snažia zo záťažovej situácie uniknúť avšak myšlienkami sa nemôžu od nej odpúta a neustále je analyzujú.

Tab. 22 Spearmanov korelačný koeficient - súvislosť medzi dimenziami osobnostných charakteristík a stratégiami zvládania u respondentiek s onkologickou diagnózou

STRATÉGIE ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE		**Perserverácia**	**Únikové tendencie**	**Podhodnotenie**
NERVOZITA	*Z*	0,332	0,303	-,258
	p(α)	<0,001***	<0,001***	<0,001***
ZDRŽANLIVOSŤ	*Z*	0,330	0,260	-0,320
	p(α)	<0,001***	<0,001***	<0,001***

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

Ako štatisticky významná sa preukázala aj stratégia Podhodnotenie pri zvládaní záťažových a stresujúcich situácií, ktorá je využívaná u respondentiek s onkologickou

diagnózou. Môžeme predpokladať, že onkologicky choré respondentky majú tendenciu znižovať vážnosť stresovej situácie, podhodnocujú vlastné reakcie na záťaž alebo naopak, v záťažovej situácii si prisudzujú schopnosť vydržať.

Zámerom prezentovaného čiastkového výskumu bolo načrtnúť samotnú opodstatnenosť dimenzie osobnostných charakteristík jedinca s onkologickou diagnózou pri zvládaní náročných situácii. Vhodne zvolenými psychosociálnymi intervenciami s využitím kognitívno – behaviorálnej terapie môžu osobnostné charakteristiky efektívne pôsobiť na zníženie stresového napätia a následne zvýšiť rezilienciu u onkopacientov. Takýmto príkladom je aj program Stres manažment a tréning relaxácie v nasledujúcej podkapitole.

5.3 Program Stres manažment a tréning relaxácie

B - SMART (Stress Management and Relaxation Training)

Aby B-SMART program (Stress Management and Relaxation Training) pôsobil komplexne, je potrebné, aby každý modul nadväzoval na predchádzajúci. Pre onkopacientov je zase dôležité, aby sa zúčastnili všetkých stretnutí bez absencie.

Prvý modul: Zdôvodnenie účasti na programe Stresový manažment.

Tento modul pozostáva z dvoch častí. Prvá časť zahŕňa skupinovú diskusiu o stresových situáciách, s ktorými sa skupina onkopacientov stretáva každý deň. Zámerom je expresné definovanie a popis stresu. Cieľom je uvedomenie si zdrojov záťaže ako aj účinkov stresu na telo vo všeobecnosti a na fyziologické systémy tela, ako je imunitný systém. Následne je predstavený a precvičovaný súbor psychologických techník označovaný ako kognitívno-behaviorálne techniky stresového manažmentu – zamerané na budovanie efektívnych stratégií zvládania záťaže. Patria sem „kognitívne“ postupy na zvýšenie vedomia o prepojení medzi spôsobmi, ako premýšľať o stresoroch (t. j. o kognitívnych hodnoteniach alebo „selftalk“) a emocionálnymi odpoveďami na ne (t.j. pocity). Ide o proces, ako zmeniť svoje myslenie (proces, na ktorý sa odkazuje ako kognitívna reštrukturalizácia), aby sa mohli následne upraviť emocionálne odpovede. Tento modul je ukončený progresívnou svalovou relaxáciou zameraného na odbúranie napätia, ktoré často spôsobuje nežiaduce fyzické následky (bolesť hlavy, chrbtice a pod.)

Druhý modul: Stres a proces uvedomenia.

Reakcia na stresové udalosti môže zahŕňať zmeny vo vzorcoch myslenia (kognitívne), emocionálnych stavoch (emocionálne), spôsoboch správania (behaviorálne), fyzických reakciách (fyzické) na okolie či v komunikácii s ostatnými (sociálne). Monitorovanie a uvedomovanie si vlastných reakcií na stresové situácie je dôležitým faktorom stresového manažmentu. Táto forma intervencie pomáha jedincom byť si vedomí situácií, v ktorých sa dostávajú do stresu, ako aj následne ich vlastných typických reakcií na stres či vlastných emocionálnych stavov vo vzťahu k správaniu. Tento postoj je dôležitý obzvlášť preto, lebo žijeme v dobe kedy prirodzené fyzické reakcie na stres musia byť modifikované s ohľadom na spoločenskú vhodnosť/nevhodnosť. Rôzne chronické a civilizačné choroby ako obezita, problémy s krvným tlakom, či depresia sú spojené so zlým (ne)zvládaním stresu a záťaže. Fyziologické následky prežívania stresu v situáciách, ktoré

vyžadujú potlačenie pre telo prirodzenej, bezprostrednej odozvy na stresovú situáciu (napr. útek, útok, krik), sú rozdielne. Pre lepšie zvládanie odozvy na stresové situácie je vhodný takzvaný proces ohodnotenia, ktorý spočíva v uvedomení si myšlienkových procesov a emocionálnej hodnoty, ktoré spájajú danú udalosť (stresový faktor) s vypätou reakciou. Bez emocionálneho ohodnotenia danej situácie by nevznikala ani stresová odozva.

Tretí modul: Identifikácia negatívnych automatických myšlienok a kognitívnych deformácií.

Efektívny stres manažment predpokladá denné pravidelné cvičenie, ktoré pomáha bojovať s kontrolou emočných a kognitívnych procesov. Tieto procesy bez kontroly majú vlastný nekontrolovaný priebeh počas stresovej situácie a vedú jedinca k automatickým myšlienkovým pochodom, negatívnemu mysleniu a kognitívnej nesústredenosti. Negatívne myšlienky vzbudzujú neadekvátne očakávania a predsudky, ktoré sú spojené s potenciálne stresovou situáciou, a prejavujú sa vo forme čierno-bieleho myslenia, nadmerného zovšeobecňovania, zámerného potláčania pozitívnych prvkov, predčasných záverov, zveličovania, či bagatelizovania.

Štvrtý modul: Racionálna zmena myslenia.

Kognitívna reštrukturalizácia je proces, v ktorom je podstatné priraďovanie myšlienok ku korešpondujúcim pocitom, uvedomovanie si vnútorných dialógov a asociácií. Prostredníctvom tohto uvedomenia sa je dôležité prerušenie cyklu extrémnych emočných reakcií. Pozitívny výsledok procesu je definovaný ako racionálna zmena myslenia. Prostredníctvom tejto zmeny sa cvičenia v monitorovaní vlastných kognitívnych a emocionálnych procesov stávajú stratégiami zvládania (coping) stresu.

Piaty modul a Šiesty modul: Zvládanie (coping) stresu.

Dôležitým aspektom je uvedomenie a diagnostika charakteru bezprostredného stresoru ako aj rozlíšenie troch dimenzií, podľa ktorých sa vymedzuje charakter zvládania (coping) stresu. Po prvé ide o kontrolovateľnosť (identifikovanie, či je stresor kontrolovateľný alebo nekontrolovateľný). Po druhé, či reakcia naň zvykne byť pasívna alebo aktívna. Podľa toho by sa potom mala voliť stratégia zvládania, ktorá pre kontrolovateľné aspekty stresorov môže byť

- zameraná na problém (kognitívne rozhodovanie, riešenie konfliktov, vyhľadávanie informácií, alebo pomoci, vytváranie cieľov);
- v prípade nekontrolovateľných aspektov, zameraná na emócie (zmeny správania, emočné prejavy, fyzické relaxačné techniky).

Vzorce reakcií a zvládanie stresu, ktoré z danej schémy vyplývajú môžu byť ďalej zjemňované relaxačnými cvičeniami, ktoré podporujú odbúranie fyzických reakcií na stres (bolesť fyzická, emočná).

Siedmy modul: Sociálna opora – potreba a udržanie medziľudských vzťahov a komunikačných sietí pre zvládanie stresu.

Nemenej podstatným faktorom je sociálna opora, ktorá slúži ako:

1. emocionálno-psychologická forma opory (povzbudenie, láska, modlitba, osobné vedenie, mentorovanie, duchovné vedenie),
2. informatívna forma opory (predávanie osobných skúseností, osobné rady ohľadom zdravia, rozhodovania, správania),
3. bezprostredne osobná forma opory (dotyk, blízkosť druhého človeka, finančná pomoc, ponuka práce, zdieľanie vecí, ubytovania).

To je aplikovateľné predovšetkým preventívne, v nestresovej situácii ako príprava na potenciálne stresové situácie (pocit blízkosti, seba-identity, zaradenosti, spolupatričnosti, úspechu, zdieľania). V stresovej situácii získava sociálna opora formu utešovania, upokojovania, a zmiernenia pocitu samoty.

V tomto module sa trénuje schopnosť prijímať sociálnu oporu, vhodne sa jej dožadovať a uvedomovať si dostupnosť sociálnej siete. Určité vzorce exitujúcich vzťahov môžu brániť priechodnosti vhodnej formy sociálnej opory a zároveň môžu vytvárať nové stresové situácie v rámci podpornej skupiny. Je preto vhodné zvážiť úroveň intímnosti, osobnej angažovanosti, a cvičiť samotnú schopnosť prijímať či poskytovať sociálnu oporu blízkej osobe, s ktorou už má jedinec vybudovaný vzťah.

Ďalšia úroveň vyžaduje zvážiť stratégie zvyšovania kvality podpornej siete prostredníctvom položenia si nasledovných otázok: Som ochotný prijať pomoc? Som ochotný pýtať si pomoc? Bojím sa pýtať si pomoc? Sú ostatní ochotní pomôcť? Potrebujem sa zariadiť sám a hľadať pomoc inde?

Ôsmy modul: Tréning manažmentu hnevu. Školenie časového manažmentu. Relaxácia.

Reakcia na stres často zahŕňa hnev a nezvládnutie emócií. Je potrebné cvičiť identifikáciu zdrojov, ktoré nás robia nahnevanými, ako aj modelovanie foriem vyjadrenia hnevu. Hnev má veľký vplyv na fyziologické procesy (krvný tlak, hladina cukru, svalové napätie, zhoršené trávenie, atď.). V tomto ohľade je prostredníctvom rolových cvičení dôležité zistiť, či je daná osoba zvyknutá absorbovať hnev alebo ho zvykne uvoľniť výbuchom hnevu.

Deviaty modul: Tréning asertivity.

Trénovanie asertivity poskytuje jedincom súbor interpersonálnych nástrojov na manažovanie stresu. Pre naučenie sa spôsobilosti je potrebné poznanie základných foriem. Nácvik asertívneho správania sa zameriava na zmenu správania a prežívania jedinca. Neasertívne správanie je považované za dôsledok nesprávneho učenia od detstva, ktoré v niektorých situáciách viedlo k vzniku bezmocnosti. Opätovným osvojením si asertívneho štýlu správania, sa jedinec naučí efektívnejšie komunikovať s okolím a vyjadrovať pozitívne aj negatívne emócie, čo následne znižuje hladinu nahromadených emócií, ktoré by potenciálne mohli viesť k prežívaniu stresu, úzkosti a frustrácii. Asertivita je dôležitá z hlavného dôvodu: osvojenie si asertívneho životného štýlu umožňuje jedincom nadobudnutie sebarealizácie.

Správne využitá (trénovaná) asertivita, je zameraná na nasledovné aspekty:

- umožniť postaviť sa za svoje práva a názory bez toho aby boli utláčané práva iných;
- vedieť vyjadriť pozitívne aj negatívne emócie;
- naučiť sa vhodne vyjadriť nesúhlas;
- získanie pocitu sebaúcty a sebarešpektu.

Desiaty modul: Analýza toho, čo sa doteraz členovia kurzu naučili. Získanie spätnej väzby od účastníkov.

Ako vyplýva z prezentovaného programu uvedomenie si zdrojov záťaže ako aj účinkov stresu na telo vo všeobecnosti je obzvlášť dôležité pre pacientov s onkologickou chorobou. Počas tejto životnej udalosti je jedinec ohrozovaný samotnou chorobou čo má vplyv nie len na jeho fyzický stav, ale aj na psychickú pohodu. V stresových situačných podmienkach sa osobnosť onkopacienta premieta do vyrovnávacích procesov (copingových stratégii), čo následne ovplyvňuje výber týchto stratégií. Vhodne zvolenými psychosociálnymi intervenciami s využitím rôznych metód a foriem socioterapie je možné efektívne pôsobiť na zníženie stresového napätia a následne zvýšiť rezilienciu u onkopacientov.

Záver

Predložená monografia, čerpajúca hlavne z najnovších výsledkov grantového výskumu projektu VEGA č. 1/0230/15 s názvom *Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov terapie s touto skupinou klientov a klientok* predstavuje východzí bod k ďalším nevyhnutným krokom a to je prepojenie získaných výsledkov výskumu do praxe k samotným onkológom do nemocníc, do ich ambulancií a tak ku samotným pacientom a pacientkam, ktorí/é nevyhnutne tieto informácie pri úspešnej liečbe potrebujú. Naša predstava spočíva vo vydaní a distribuovaní brožúrok pre lekárov a pre pacientov, upravená tak, aby bola dostupná aj odborníkom v onkologickej liečbe ale aj laikom, ktorí nevyhnutne musia pracovať sami so sebou nielen v somatickom slova zmysle, ale aj v psychickom a sociálnom rozmere. Táto aktivita a tento náš plán sa môže uskutočniť za pomoci edukačných aktivít aj v Centrách pomoci Ligy proti rakovine SR v Bratislave, Košiciach a Martine. Ďalej, s edukačným prínosom prebieha s celoslovenskou pôsobnosťou (ako jediný na Slovensku) v Košiciach každoročne v závere roka v rámci Košických chemoterapeutických dní *Pacientsky seminár pre onkologicky chorých*. Prvý sa uskutočnil v roku 2004 a dňa 2. decembra 2017 v poradí už XIII. *Pacientsky seminár*. Medzi spoluorganizátorov patria: *Slovenská chemoterapeutická spoločnosť, Slovenská onkologická spoločnosť, Lekárska fakulta UPJŠ a Liga proti rakovine, pobočka Košice*. V programe pacientskych seminárov sa spájajú odborné témy so základnými problémami ľudskej existencie, ako sú práva pacientov, vyrovnávanie sa s krízovými situáciami, komunikácia lekára s pacientom, úloha rodiny, svojpomocné pacientske kluby a pod. Práve tie sa pri absentujúcej psychosociálnej sieti v onkológii stávajú významnou oporou a zdrojom informácií pre pacientov.

V komplexnej multidisciplinárnej starostlivosti o onkologicky chorých navrhujeme nasledovné odporúčania:

- postupne zriaďovať Centrá pomoci onkologicky chorým vo všetkých krajských mestách, aby boli služby dostupné všetkým obyvateľom na území celej SR;
- zabezpečovať pre všetkých onkologicky chorých v SR dostupnosť komplexnej starostlivosti vrátane sociálnej oblasti, ako aj špecializované sociálne poradenstvo;
- zabezpečovať edukačnú, prednáškovú a publikačnú činnosť zameranú na psychosociálnu pomoc onkologicky chorým;
- do komplexnej starostlivosti o onkologicky chorých zahrnúť aj antistresové programy;
- organizovať preventívne aktivity v medzirezortnej spolupráci so zapojením masmédií a širokej verejnosti.

V porovnaní s vyspelými krajinami Európskej únie patrí Slovenská republika ku krajinám s najvyššou incidenciou onkologických ochorení a úmrtí na rakovinu. V mnohých vyspelých krajinách EÚ sa podarilo znížiť výskyt nádorových ochorení vďaka rôznorodým aktivitám vyplývajúcim z *národných onkologických programov*; žiaľ na Slovensku i napriek dlhoročnej príprave je onkologický plán stále dlhodobo v štádiu plánovania, rôznych rokovaní a v štádiu schvaľovania. Podľa vyjadrenia Sirackej je Slovensko jednou zo štyroch európskych krajín, ktorá vôbec nemá *Národný onkologický program*. Ten je potrebný, aby sa vedelo presne plánovať a cielene investovať. Počet ľudí s onkologickými ochoreniami stúpa,

vďaka novým terapiám pribúdajú aj počty preživších pacientov. Tí však po liečbe potrebujú viac starostlivosti, psychosociálne programy a onkologickú rehabilitáciu; ide o to, aby sa títo pacienti mohli vrátiť do bežného života.

V závere považujeme za dôležité taktiež zdôrazniť potrebu aktívnej a neustále sa prehlbujúcej spolupráce pracovníkov pomáhajúcich profesií v rezorte zdravotníctva, v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny, v rezorte školstva, vo verejnej správe, i v treťom sektore ako aj multidisciplinárny prístup k prevencii a liečbe onkologických ochorení za bezpodmienečne nevyhnutný.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

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

ADWIN, C. M. *Stress, Coping, and Development, Second Edition: An Integrative Perspective*. USA: Guilford Press, 2009. ISBN 9781606235607.

AFSHAR, H. et al. The Association of Personality Traits and Coping Styles According to Stress Level. *Journal of Research in Medical Sciences* [online]. 2015, **20**(4), 353-358 [cit. 2017-03-02]. ISSN 1735-1995. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468450/

AIDA, J. et al. Disaster, Social Capital, and Health. In: KAWACHI, I. et al. *Global Perspectives on Social Capital and Health*. NY: Springer Science, 2013. ISBN 978-1-4614-7464-7

ANDRÁŠIOVÁ, M. *Keď do života vstúpi rakovina.* Bratislava: Landy, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-970127-0-0.

ANDRÁŠIOVÁ, M., Z. TRUPLOVÁ a Z. JANKOVSKÁ. *Onkopacient.sk.* [online]. [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: http://www.onkopacient.sk/

ANGENENDT, G. et al. *Praxis der Psychoonkologie*. Stuttgart: Verlag, 2010. ISBN 9783830474395.

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

ANTONI, M. H et al. Cognitive Behavioral Stress Management Effects on Psychological and Physiological Adaptation in Women under Going Treatment for Breast Cancer. *Brain, Behavior and Immunity*. 2009, **23**(5), 58 –591. ISSN 0889-1591

ANTONOVSKY, A. *Health, Stress and Coping: New Perspectives on mental and Physical Wellbeing.* Tualatin: River City Books, LLC, 1979. ISBN 978-08-7589-412-6.

AOSW. *Standards of Practice in Oncology Social Work.* 2012. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na: http://www.aosw.org/aosw/Main/professionals/standards-of-practice/AOSWMain/Professional-Development/standards-of-practice.aspx?hkey=51fda308-28bd-48b0-8a75-a17d01251b5e>

AOSW. *What do Oncology Social Workers Do?* [online]. [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: http://www.aosw.org/

APOSW. *Pediatric Oncology Social Workers Help Children and Families Every Day* [online]. [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: http://www.aposw.org/docs/APOSWBrochure.pdf

ARMITAGE, CH. J., and M. CONNER. Social Cognition Models and Health Behaviour: A structured Review. *Psychology and Health*. 2000, **15**(2), 2000, 173-190.

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

BAHNSON, C.B., L.F. WATSON, and S. KUNE. Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine* [online]. 1991, **21**(1), 29–41 [cit. 2017-09-12]. ISSN 0033-2917. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2047503

BALOGOVÁ B. a D. ŠOLTÉSOVÁ. Socioterapia a jej vymedzenie. *JOURNAL SOCIOTERAPIE* [online]. 2015, **1**(1), 9-17 [cit. 2015-12-22]. ISSN 2453-7543. Dostupné na:http://socialnapraca.weebly.com/uploads/5/4/2/4/5424089/journal.pdf

BARAK, A., M. BONIEL-NISSIM M., and J. SULER. Fostering Empowerment in Online Support Groups. *Computers in Human Behavior.* 2008, **24**(5), 1867–1883. ISSN 0747-5632.

BAŠTECKÁ, B. a P. GOLDMANN. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

BENCOVÁ, V. a I. KRAJČOVIČOVÁ. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, **3**(4), 110-113 [cit. 2015-10-22]. ISSN 1337-6893. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=50>

BENDA, W. et al. Improvements in Muscle Symmetry in Children with Cerebral Palsy after Equine-Assisted Therapy (Hippotherapy). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2003, **9**(6), 817-825. ISSN 1075-5535.

BERČ, A. a kol. *Onkologické ošetrovateľstvo II.* Košice: ZZ design studio, 2010. ISBN 978-80-969605-5-2.

BERKMAN, L. F., and T. GLASS. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: KAWASCCHI, I. eds. *Global Perspectives on Social Capital and Health.* New Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 137-173. ISBN 978-1-4614-7464-7.

BERNARD, H. F. Epidemiologic Aspects of Stress, Aging, Cancer and the Immune System. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 1988, **521**, 16–28 [cit. 2017-5-11]. ISSN 1749-6632. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1988.tb35262.x/full

BLATNÝ, M. a Z. ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství*. 2008, **54**(6), 638-645. ISSN 0042-773X.

BLATNÝ, M. Kvalita života dětí po léčbe nádorového onemocnění: Současné poznatky a směry výzkumu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa.* 2007, **42**(4), 291-306. ISSN 0555-5574.

BOLGER, N., and E. A. SCHILLING. Personality and The Problems of Everyday Life: The Role of Neuroticism in Exposure and Reactivity to Daily Stressors. *Journal of Personality*. 1991, **59**(3), 355–386. ISSN 0022-3506.

BREITBART, W. Spirituality and Meaning in Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 2005, **4**(4), 237-240. ISSN 1760-4133.

BUTOW, P. N. et al. Epidemiological Evidence for a Relationship between Life Events, Coping Style, and Personality Factors in the Development of Breast Cancer. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 2000, **49**(3), 169-181 [cit. 2016-03-20]. ISSN 0022-3999. Dostupné z: http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(00)00156-2/fulltext

CAMPBELL, S. et al. Cancer Peer Support Programs - Do They Work? *Patient Education and Counseling*. 2004, **55**(1), 3-15. ISSN 0738-3991.

CARDENAL, V. et al. Personality, Emotions and Coping Styles: Predictive Value for the Eolution of Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*. 2012, **15**(2), 756-767. ISSN 1138-7416.

CARLSON, L., and B. BULTZ. Cancer Distress Screening. Needs, Models, and Methods. *Journal of Psychosoaticm Research*. 2003, **55**(5), 403–409. ISSN 0022-3999.

CARLSON, L., and M. SPECA. *Mindfulness-Based Cancer Recovery: A Step-by-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment and Reclaim Your Life*. USA: New Harbinger Publications, 2011. ISBN 978-16-088-2235-5.

CIBULA, D. a kol. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.

CONTRADA, R. J., H. LEVENTHAL, and A. O'LEARY. Personality and Health. In: PERVIN, L. A. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New Yourk/London: The Guilford Press, 1990. p. 638–669. ISBN 978-16-0918-059-1.

CORDELLA, M., and A. POIANI. *Behavioural Oncology: Psychological, Communicative, and Social Dimensions*. New York: Springer, 2014. ISBN 978-1-4614-9605-2.

COSTA, D. S. J. et al. The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes. *Australian Psychologist*. 2016, **51**(2), 89-99. ISSN 0005-0067.

COSTIN, A., and L. BRAN. The Social Workers Role of Educator. *Journal Plus Education*. 2016, **14**(1), 285-292. ISSN 2068-1151.

COURNOYER, B. R. *The Social Work Skills Workbook*. NY: Cengage Learning. 7thedition, 2013. ISBN 978-1-2851-7719-9.

CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. Psychológia optimálneho prežívania. Bratislava: Citadella, 2015. ISBN 978-80-89-628-711.

CUNNINGHAM A. J. Adjuvant Psychological Therapy for Cancer Patients: Putting in on the Same Footing as Adjunctive Medical Therapies. *Psycho-Oncology*. 2000, **9**(5), 367–371. ISSN 1099-1611.

CURT, G. A. Impact of Cancer – Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist* [online]. 2000, **5**(5), 353-360 [cit. 2017-10-12]. ISSN 1549-490X. Dostupné z: http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/5/353.long

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

ČERNÁK, I. a A. KÚTNA. E-learning vo výučbe. In: *eLearn 2006: zborník z medzinárodného seminára, konaného v dňoch 8. a 9. 02.2006 v Žiline.* Žilina: EDIS, 2006, s. 37- 41. ISBN 80-8070-505-4.

DAVIS, C. et al. Social Workers as Patient Navigators for Breast Cancer Survivors: What Do African American Medically Underserved Women Think of This Idea? *Social Work in Health Care*. 2009, **48**(4), 561-578. ISSN 0098-1389.

DEVINE, C. E., and S. K. WESTLAKE. The Effects of Psychoeducational Care Provided to Adults with Cancer: Meta-analysis of Studies. *Oncology Nursing Forum*. 1995, **22**(9), 1369-1381. ISSN 1369-1381.

DEWE, P. J. et al. *Coping with Work Stress. A Review and Critique*. Malden: Willey-Blackwell, 2010. ISBN 978-0-470-99766-6.

DIRGĖLIENĖ, I. Educational Aspects in Social Work: Experience & NBSP; of Communal Empowerment. *Acta Pedagogica Vilnensia* [online]. 2010, 172-180 [cit 2017-11-26]. ISSN 1392-5016. Dostupné z: http://www.journals.vu.lt/acta-paedagogica-vilnensia/article/view/2998/2141

DORMANN S. M., and M. WHITE Receiving Social Support Online: Implications for Health Education. *Health Education Research*. 2001, **16**(6), 693–707. ISSN 0268-1153.

DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie.* Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

EYSENCK, H. J. Cancer, Personality and Stress: Prediction and Prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy* [online]. 1994, **16**(3), 167–215 [cit. 2017-2-11]. ISSN 0146-6402. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0146640294000018

FAGUNDES, CH. P., M. E. LINDGREN, and J. K. KIECOLT-GLASER. Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life. In: CARR, B. I., and J. STEEL, eds. *Psychological Aspects of Cancer.* New York: Springer, 2013, p. 1-11. ISBN 978-1-4614-4865-5.

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

FAULKNER, R. A., and M. DAVEY. Children and Adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on the Family. *The American Journal of Family Therapy*. 2002, **30**(1), 63-72. ISSN 0192-6187.

FRANKL, V. E. *Psychoterapia pro laika*. Bratislava: Lúč, 2009. ISBN 978-80-71146-90-2.

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-72950-84-3.

GARSSEN, B. Psychological Factors and Cancer Development: Evidence after 30 Years of Research. *Clinical Psychology Review* [online]. 2004, **24**(3), 315-338 [cit. 2017-03-28]. ISSN 0272-7358. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735804000169

GEJDOŠ, P. a M. POTKÁNY. E-learning - efektívny nástroj zvyšovania kvality vzdelávania. In: *eLearn 2007: zborník príspevkov z medzinárodného seminára, konaného v dňoch 5. a 6.02.2007 v Žiline.* Žilina: EDIS, 2007, s. 34-39. ISBN 978-80-8070-645-6.

GINZBURG, K. et al. Breast Cancer and Psychosocial Factors: Early Stressful Live Events, Social Support, and Well-being. *Psychosomatics*. 2008, **49**(5), 407-412. ISSN 1545-7206.

GLASOVÁ, M. Zomierajúci adolescent - problém sprevádzania. *Medicínska etika a bioetika*. 1999, **6**(1-2), 13-14. ISSN 1335-0560.

GRAV, S. et al. Association between Social Support and Depression in the General Population: the HUNT Study, a Cross-sectional Survey. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2012, **21** (1-2), 111–120 [cit. 2017-10-5]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22017561

GREENSTEIN, M. and W. BREIBART. Cancer and the Experience of Meaning. A Group Psychotherapy Program for People with Cancer. *American Journal of Psychotherapy*. 2000, **54**(4), 486-599. ISSN 0268-1153.

GRUNFELD, E. et al. Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2004, **170**(12), 1795-1801. ISSN 0820-3946.

GUEX, P. An Introduction to Psycho-Oncology. London: Routledge, 1994. ISBN 0-415-06436-8.

HAJDU, S. I. A Note from History: Landmarks in History of Cancer, Part 1. *Cancer* [online]. 2011, **117**(5), 1097-1102 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25553/pdf

HALACHOVÁ, M a E. ŽIAKOVÁ. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania. In: ŽIAKOVÁ, E. ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHĽADU 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, 2016, s. 111-117. ISBN 978-80-8152-405-9.

HALACHOVÁ, M. a D. ROVENSKÁ. *Virtuálne a reálne prostredie dospievajúceho.* Košice: UPJŠ, 2017. ISBN 978-80-8152-532-2.

HAMMERLID, E., and C. TAFT. Health-related Quality of Life in Long-term Head and Neck Cancer Survivors: A Comparison with General Population Norms. *British Journal of Cancer*. 2001, **84**(2), 149–156. ISSN 1532-1827.

HAMPEL, P. et al. Coping Among Children and Adolescents with Chronic Illness. *Anxiety, Stress, and Coping.* 2005, **18**(2), 145–155. ISSN 1061-5806.

HAYES, S. et al. Design and Implementation of the Exercise for Health Trial - a Pragmatic Exercise Intervention for Women with Breast Cancer. *Contemporary Clinical Trials*. 2011, **32**(4), 577-585. ISSN 1551-7144.

HNILICA, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

HOLLAND, J. C. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. 2002, **64**(2), 206-221. ISSN 0033-3174.

HOLT-LUNSTAD, J., T. B. SMITH, T.B., LAYTON. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine.* 2010, **7**(7). ISSN 1549-1277.

HOSŤOVECKÝ, M. a J. VINCÚROVÁ. E-learning ako nová forma vzdelávania. In: *eLearn 2007: zborník z medzinárodného seminára, konaného v dňoch 8. a 9.02.2006 v Žiline.* Žilina: EDIS, 2006, s. 81-84. ISBN 80-8070-505-4.

HUBA, M. *Základy e-vzdelávania.* Bratislava: Vydavateľstvo STU, 2007. ISBN 978-80-227-2748-8.

HUNTER, B. *Staying Alive: Life – Changing Strategies for Surviving Cancer*. NY: Crown Publishing Group, 2010. ISBN 9781578561322

CHERNIN, M. The Social Worker as Educator of Family Practice Residents. Principles for Practice. *Social Work in Health Care.* 2008, **6**(3), 25-34. ISSN 0098-1389.

CHIRIKOS, T. N., A. RUSSELL-JACOBS, and A. B. CANTOR. Indirect Economic Effects of Long-Term Breast Cancer Survival. *Cancer Practise* [online]. 2002, **10**(5), 248–255 [cit. 2017-10-26]. ISSN 1523-5394. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-5394.2002.105004.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+2nd+Dec+2017+starting+from+0800+EST+%2F+1300+GMT+%2F+21.00+SGT+for+2.5+hours+due+to+urgent+server+maintenance.+Apologies+for+the+inconvenience.

CHOVANCOVÁ, K. Relevantnosť sociálnej edukácie v intervencii sociálneho pracovníka v kontexte úpravy práv a povinností k maloletému dieťaťu. In: *Nová sociálna edukácia človeka. Zborník z medzinárodnej interdisciplinárnej konferencie konanej dňa 7.11.2016 v Prešove.* Prešov: Prešovská univerzita, 2016. s. 283-291. ISBN 978-80-555-1742-1.

CHRZ, V., I. ČERMÁK a V. PLACHÁ. Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu:narativní přístup. *Československá psychologie*. 2006, **50**(6), 507-521. ISSN 0009-062X.

IŠTVÁNOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Onkologicky chorí pacienti ako klienti sociálnej práce. *Prohuman* [online]. 2015 [cit. 2017-09-08]. Dostupné z: http://www.prohuman.sk/socialna-praca/onkologicky-chori-pacienti-ako-klienti-socialnej-prace

IT SPOLOČNOSŤ KONTIS. *E-learning*. [online]. [cit. 2017-11-20]. Dostupné z: http://www.kontis.sk/uvod_prinos.asp?menu=elearning&submenu=prinos&gclid=CKjfk92_h6kCFVOMzAod3lG7iA

JACOBS, J. R., and G. B. BOVASSO. Early and Chronic Stress and Their Relation to Breast Cancer. *Psychological Medicine* [online]. 2000, **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. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.

JANKOVSKÝ, J. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. *Sociální práce / Sociálna práca*. 2007, **7**(1), 97-105. ISSN 1213-6204.

JONES, K. J. et al. Development and Evaluation of an Educational Interactive CD ROM For Teens with Cancer. *Pediatric Blood & Cancer*. 2010, **55**(3), 512–519. ISSN 1545-5017.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KLENER, P., J. VORLÍČEK a kol. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-151-4.

KOČIŠOVÁ, A. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. I. časť. *Sociálne a politické analýzy*. 2012, **6**(2), 97-182. ISSN 1337-555

KOČIŠOVÁ, A. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. II. časť. *Sociálne a politické analýzy*. 2012, **7**(1), 222-294. ISSN 1337-555

KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Salutoprotektívne faktory a možnosti edukácie, navigácie a poradenstva pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých. In: *Health Promotion – Self-care – Risk-taking Behavior Prevention*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2014.

KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Salutoprotektívne faktory a stratégie zvládania pri onkologických ochoreniach. *Acta Chemotherapeutica*. 2016, **25**(1-3), 157-165. ISSN 1335-0579.

KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ. Zmysel života v sociálnej práci v prospech onkologicky chorých. In: ŽIAKOVÁ, E., D. ŠLOSÁR, eds. *Sociálna práca – Cesta k zmyslu života*. Košice: FF UPJŠ, 2013. s. 177-183. ISBN 978-80-8152-012-9.

KOČIŠOVÁ, A. a M. WAGNEROVÁ. Sociálny kapitál ako významný zdroj liečby onkologicky chorých. *Acta Chemotherapeutica*. 2009, **18**(2), 102-112. ISSN 1335-0579.

KOČIŠOVÁ, A., M. WAGNEROVÁ a E. ŽIAKOVÁ, E. Multiodborový prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých. *Acta Chemotherapeutica*. 2012, **21**(1-3), 169-176. ISSN 1335-0579.

KOČIŠOVÁ, A. a T. ŽIAKOVÁ. Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHĽADU 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, 2016. s. 11-19. ISBN 978-80-8152-405-9.

KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.

KOLLÁRIK, T., E. POLIAKOVÁ a A. RITOMSKÝ. *Freiburský osobnostný dotazník*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1984.

KOUTECKÝ, J., E. KABÍČKOVÁ a J. STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi.* Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-288-5.

KOVÁČ, D. *Psychológiou k metanoi*. Bratislava: VEDA, SAV, 2000. ISBN 978-80-224-0965-0.

KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. 2001, **XLV**(1), 34-43. ISSN 0009-062X.

KOVÁČ, D. Kultivace integrované osobnosti. *Psychologie Dnes*. 2004, 2, 12-14. ISSN 1212-9607.

KOŽUCHOVÁ, M. Dieťa predškolského veku a počítač. In: *Infotech 2007: zborník príspevkov diel 1 z konferencie Infotech 2007 – Moderní informační a komunikační*

technologie ve vzdělávání, konanej dňa 11.09.2007 v Olomouci. Olomouc: Votobia, 2007, s. 24-28. ISBN 978-80-7220-301-7.

KRATOCHVÍL, O. a J. STRIŠŠ. Dištančné a e-learningové technológie v službách rozvoja ľudských zdrojov. In: *eLearn 2006: zborník z medzinárodného seminára, konaného v dňoch 8. a 9.02.2006 v Žiline.* Žilina: EDIS, 2006, s. 165-169. ISBN 80-8070-505-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0178- 0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej naslouchám.* Praha: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-405-7.

KUKUROVÁ, H. a A. KOČIŠOVÁ. 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, 2004, s. 238-240. ISBN 80-88910-16-1.

LAURIA, M. M. Oncology Social Work. In: MIZRAHI, T., and L. DAVIS eds. *Encyclopedia of Social Work. Volume 3 (J-R)*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19530661-3.

LAZARUS, R. S. Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*. 1993, **55**(3), 234-247. ISSN 0033-3174.

LÁTKA, J. Hodnocení a výskum kvality života v ošetřovatelství. In: *V. mezinárodní sympozium ošetřovatelství : sborník*. Ostrava : Zdravotně-sociální fakulta, OU, 2006. s.126-132.

LEHTO, U. S. et al. Baseline Psychosocial Predictors of Survival in Localised Breast Cancer. *British Journal of Cancer*. 2006, **94**(9), 1245-1252. ISSN 0007-0920.

LEVICKÁ, J. *Sociálna práca*. Trnava : OLIVA, 2007. ISBN 978-80-969454-2-9.

LEVINE, C. et. al. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-term Care. *Health Aff (Millwood)* [online]. 2010, **29**(1), 116-24 [cit. 2016-11-11]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048369

LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Rodinné vzťahy. In: *Time management - rodinný život verzus pracovný čas a posolstvo osobnosti bl. Sári Salkaházi.* Prešov: Michal Vaško - vydavateľstvo, 2015. s. 44-53. ISBN 978-80-7165-959-4.

LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Komunikačné závislosti ako faktor zvyšovania agresivity v sociálnych vzťahoch adolescentov. In: ŽIAKOVÁ, E., D. ŠLOSÁR, eds. *Sociálna práca - cesta k zmyslu života: Košické dni sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 6.12.2012 v Košiciach.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. s. 78-86. ISBN 978-80-8152-012-9.

LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. Násilné a agresívne prejavy v prostredí internetu. In: LOVAŠOVÁ, S., K. ŠIŇANSKÁ, M. HALACHOVÁ, V. LICHNER, eds. *Násilie v sociálnej práci: zborník príspevkov z 1. medzinárodnej elektronickej vedeckej konferencie KSP FF UPJŠ s medzinárodnou účasťou.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. s. 193-201. ISBN 978-80-8152-063-1.

LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR. *Problematické používanie internetu u adolescentov v kontextoch teórie a praxe sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. ISBN 978-80-8152-533-9.

LIM J. W., and B. ZEBRACK. Different Pathways in Social Support and Quality of Life between Korean American and Korean Breast and Gynecological Cancer Survivors. Quality of Life Research. 2008, **17**(5), 679-689. ISSN 0962-9343.

LOKICH, J. J. *Primer of Cancer Management*. Netherlands: Springer, 2012. ISBN 978-94-010-9678-2

LOPRINZI et al. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Vreast Cancer*. 2011, **11**(6), 364–368. ISSN 1526-8209.

LOVAŠ, L., M. MESÁROŠOVÁ, eds. Psychologické aspekty a kontexty sebaregulácie. Košice: FF UPJŠ v Košiciach, 2011. ISBN 978-80-7097-922-8.

LOVAŠOVÁ, S. Coping with School Failure, Stress and Social Support in the Context of Self-care. *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research.* 2015, **5**(2), 39-42. ISSN 1804-7890.

LOVAŠOVÁ, S. *Sociálna práca: formy, postupy a metódy.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016. ISBN 978-80-8152-386-1.

LOZSI, L. a kol. *Socioterapia.* Partizánske: Experiment. a.s., 2013. ISBN 978-80-971386-0-8.

LUKÁČOVÁ, L. a A. BAŠISTOVÁ. Syndróm vyhorenia – fenomén dnešnej doby alebo riziko pomáhajúcich profesií? *MENTAL*. 2016, **4**(2), 17-26. ISSN 1339-4614.

MAGUROVÁ, D. a Ľ. MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

MACHALOVÁ, M. *Edukačná sociálna práca.* Prešov: PU v Prešove, 2014. ISBN 978-80-555-1118-4.

MACHALOVÁ, M. Perspektíva preventívnej edukačnej sociálnej práce (interdisciplinárny prístup a inovácie). *Prohuman.* 2017 [online]. [cit 2017-11-26]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: http://www.prohuman.sk/socialna-praca/perspektiva-preventivnej-edukacnej-socialnej-prace-interdisciplinarny-pristup-a-inovacie

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.

MAREŠ, J. *Sociální opora u detí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-7066-485-1.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.

MAYER, J. T., and M. M. MELVIN. Effects of Psychosocial Interventions with Adults Cancer Patients: a Meta-analysis of Randomized Experiments. *Health Psychology*. 1995, **14**(2), 101–108. ISSN 0278-6133.

MAYO CLINIC. *Patient and Visitor Guide. Cancer Education* [online]. [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: https://www.mayoclinic.org/patient-visitor-guide/education-centers/cancer-education

McCAULEY, J. et al. Spiritual Beliefs and Barriers among Managed Care Practitioners. *Journal of Religiojn and Health*. 2005, **44**(2), 137-146. ISSN 0022-4197.

McCORKLE, R. et al. Self-Management: Enabling and Empowering Patients Living with Cancer as a Chronic Illness. *A Cancer Journal for Clinicians* [online]. 2011, **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. Prežívanie gynekologických ochorení vo vzťahu ku kvalite života: porovnanie pacientiek s malígnym a benígnym ochorením prsníkov. In: DŽUKA, J. ed. *Psychologické dimenzie kvality života. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v máji 2004 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. s. 388-398. ISBN 80-8068-282-8.

MESÁROŠOVÁ, M. et al. *Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení*. Košice: VÚSI, 2007. ISBN 978-80-89338-009.

MESÁROŠOVÁ, N., and A. OSTRÓ. Psychological Responses to Cancer among Female Patients with Malignang and Benign Breast Disease. *Studia Psychologica*. 2005, 47, 91-102. ISSN 0039-3320.

MLADOSIEVIČOVÁ, B., E. KAISEROVÁ a A. FOLTINOVÁ. *Možné neskoré následky protinádorovej liečby v detstve.* Bratislava: SAP, 2007. ISBN 978-80-8095-004-0.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Finding Comfort in Spirituality [online]. [cit. 2017-10-09]. Dostupné z: https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/spirituality.aspx

NAEINI, E. et al. The Effectiveness of Stress Management Training on Hardiness in Patients with Breast Cancer. *Abnormal and Behavioural Psychology.* 2006, **15**(5), 440-447. ISSN 2472-0496.

NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům pri zvládání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7.

ORAVCOVÁ, J. *Sociálna psychológia.* Banská Bystrica: UMB – Fakulta humanitných vied, 2004. ISBN 80-8055-980-5.

PALAŠČÁKOVÁ, D. a M. GOMBÁR. E-learning ako nástroj zabezpečovania kvality v procese výchovy a vzdelávania na Prešovskej univerzite v Prešove. In: *eLearn 2007: zborník z medzinárodného seminára, konaného v dňoch 5. a 6.02.2007 v Žiline.* Žilina: EDIS, 2007, s. 54-59. ISBN 978-80-8070-645-6.

PARK, C. L. Positive Psychology Perspectives Across the Cancer Continuum: Meaning, Spirituality, and Growth. In: CARR, B. I., J. STEEL, eds. *Psychological Aspects of Cancer*. New York: Springer, 2013. p. 101-117. ISBN 978-1-4614-4865-5.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PAYNE, J. Social Objectives in Cancer Care: The Example of Palliative Day Care. European Cancer Care. 2006, **15**(5), 440-447. ISSN 1365-2354.

PÁLUŠOVÁ, M. a N. ADAMEC. Multimediálne prostriedky IKT a internet vo výchovno-vzdelávacom procese. In: *Infotech 2007: zborník príspevkov diel 1 z konferencie Infotech 2007 - Moderní informační a komunikační technologie ve vzdělávání, konanej dňa 11.09.2007 v Olomouci.* Olomouc: Votobia, 2007, s. 428-429. ISBN 978-80-7220-301-7.

PELCÁK, S. *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví*. Dizertačná práca. Brno: Fakulta sociálních studií, MU, 2008.

PETERKOVÁ, H. a kol. Typ C – osobnost či copingová strategie? *Psychosom*. 2013, **11**(4), 244-256. ISSN 2336-7741.

PHILLIPS, J. L., and D. C. CURROW. Cancer as a Chronic Disease. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* [online]. 2010, **17**(2), 47-50 [cit. 2017-09-16]. ISSN 1322-7696. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769610000260

PLAVNICKÁ, J. a M. HALACHOVÁ. Kyberšikanovanie adolescentov v kontexte zvládania záťaže. In: *Prístupy a prostriedky poznávania v sociálnovednom výskume: zborník príspevkov zo 7. doktorandskej konferencie konanej 24. novembra 2016 v Prešove.* Prešov: PU, 2017, s. 130-138. ISBN 978-80-5551-809-1.

RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

REHSE, B., and R. PURKOP. Effects of Psychosocial Interventions on Quality of Life in Adult Cancer Patients. *Patient Education and Counseling*. 2003, **50**(2), 179–186. ISSN 0738-3991.

ROLLAND, J. S. Cancer and the Family: An Integrative Model. *Cancer* [online]. 2005, **104**(11), 2584-2595 [cit. 2017-09-25]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.21489/full

SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A. a E. ŽIAKOVÁ. 2016. Reziliencia onkologických pacientov. In: ŽIAKOVÁ, E., ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHĽADU 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, 2016, s. . ISBN 978-80-8152-405-9.

SAMMARCO, A., and M. KONECNYL. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: a Comparative Study. *Oncological Nursing Forum*. 2010, **37**(1), 93-99. ISSN 0190-535X.

SARASON, I. G., J. H. JOHNSON, and J. M. SIEGEL. Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978, **46**(5), 932-946. ISSN 0022-006X.

SEDLAK, R. et al. Ich Habe Krebs, aber Mein Lebengehtweiter! [online]. 2004 [cit. 2017-11-26]. Dostupné z: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/ShowSingleNews.176.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=210&cHash=56ee45556fd9c66a86c498e3e29da7c6

SHIELDS, C. G., et. al. Couple and Family Interventions in Health Problems. Journal *of Maritalal and Family Therapy* [online]. 2012, **38**, 265–280 [cit. 2017-3-24]. ISSN 0194-472X. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283390

SIRACKÁ, E. Práva onkologických pacientov. *Rodinný lekár* [online]. 2003, **1** [cit. 2015-12-28]. ISSN 1336-0930. Dostupné z: http://www.apotheka.sk/article/190/prava-onkologickych-pacientov

SKŘIVANOVÁ, K. et al. Aplikace poznatku psychoneuroimunologie v kontextu komplexní onkologické léčby. *Klinická onkologie*. 2014, **27**(2), 103-107. ISSN 0862-495X.

SLÁMA, K. Kvalita života onkologicky nemocných. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

SNYDER, C. et al. Patient Viewpoint: a Website for Patient – Reported Outcomes Assessment. *Quality of Life Research*. 2009, **10**(3), 793-800. ISSN 0962-9343.

SOLÁRIKOVÁ, P., I. BREZINA et al. Biomarkery a psychická odolnosť somatizácie pri akútnom strese. *Sociální procesy a osobnost*. [elektronický zdroj]. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2014, s. 314-318. ISBN 978-80-86174-21-1.

STEINER, J. F. et al. Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes. What are the research needs? *Cancer* [online]. 2004, **101**(8), 1703–1711 [cit. 2017-12-28]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20564/full

STEWART, B. W., and C. P. WILD. *World Cancer Report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014. ISBN 978-92-832-0443-5.

SVENSSON et al. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Cancer Epidemiology*. 2016, **40**, 126-133. ISSN 1877-7821.

ŠAFRÁNEKOVÁ, A. a A. KOČIŠOVÁ. *Sociálna práca v prospech onkologických pacientov a pacientiek*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ, 2016. DP

ŠEVČÍKOVÁ, V. a S. LOVAŠOVÁ. Možnosti dištančného poradenstva v školskej sociálnej práci. In: *Internetové poradenství: EcceHomo!: sborník příspěvků z 5. mezinárodní konference věnované problematice internetového poradenství.* Brno: Modrá linka, 2017. s. 21-30. ISBN 978-80-2702-270-0.

ŠIŇANSKÁ, K. *Možnosti e-learningu pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých adolescentov a pri hľadaní ich zmyslu života. Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť*. Prešov: VŠZaSP, 2013. ISBN

ŠIŇANSKÁ, K., KOČIŠOVÁ, A. Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce. *Sociální práce / Sociálna práca*. 2017, **5**, 52-68. ISSN 1213-6204.

ŠKANDEROVÁ, J. Starostlivosť o dieťa s onkologickým ochorením. *Revue profesionálnej sestry.* 1996, **3**(5), 6-7. ISSN 1335-1753.

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

ŠVANCARA, J. *Wilhelm Janke Gisela Erdmanová Strategie zvládaní stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.

TOKÁROVÁ, A. Edukačné aspekty sociálnej práce. *Pedagogika*. 2013, **4**(3), 214-232. ISSN 1338-0982.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Neefektívne formy zvládania záťaže onkologicky chorých pacientov a pacientok. *Sociální práce / Sociálna práca*. 2017, **17**(5), 69-82. ISSN 1213-6204.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. *Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ, 2017. ISBN 978-80-8152-524-7.

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

UDER-KRAAN, C. F et al. Empowering Process and Outcomes of Participation in Online Support Groups for Patient with Breast Cancer, Arthritis, or Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*. 2008, **18**(3), 405–417. ISSN 1049-7323.

ÚLEHLA, I. Manifest socioterapie [online]. 2011 [cit. 2017-09-09]. Dostupné z: www.g-i.cz/cz/clanky/233-manifest-socioterapie

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky za roky 2012 – 2014* [online]. 2015 [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Sprava_o_zdravotnom_stave_obyvatelstva_SR_za_roky_2012_2014.pdf

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-022-7.

VAN HARTEN, W. H. et al. Assessment of Rehabilitation Needs in Cancer Patients. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2009, **21**(3), 247-258. ISSN 0342-5282.

VAN PELT, J. Social Work and Public Health - Perfect Partners. *Social Work Today* [online]. 2009, **9**(1), 28. [cit 2017-11-26]. ISSN 1468-263X. Dostupné z: http://www.socialworktoday.com/archive/011909p28.shtml

VARDY, J., and I. TANNOCK. Cognitive Function after Chemotherapy in Adults with Solid Tumours. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* [online]. 2007, **63**(3), 183-202 [cit. 2017-11-02]. ISSN 1040-8428. Dostupné z: doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2007.06.001

VEACH, T. A., D. R. NICHOLAS, and M. A. BARTON. *Cancer and the Family Life Cycle. A Practitioner´s Guide*. New York: Taylor & Francis, 2002. ISBN 1-58391-016-6.

VEČEŘA. *Sociální stát. Východisko a přístupy*. Praha: SLON, 1996. ISBN 80-85850-16-8.

VEENHOVEN, R. The Four Quality of Life. *Journal of Happiness Study*. 2000, **1**(1), 1-39. ISSN 1389-4978.

VELIKOVA-TZONKOVA, B. Perceived Social Support in Cancer Survivors: Some Preliminary Results. *Psychological Thought*. 2013, **6**(1). ISSN 2193-7281.

VINEY, L. L., and M. T. WESTBROOK. Coping with Chronic Illness: Strategy Preferences, Changes in Preferences and Associated Emotional Reactions. Coping with Chronic Illness: Strategy Preferences, Changes in Preferences and Associated Emotional Reactions. *Journal of Chronic Diseases*. 1984, **37**(6), 489-502. ISSN 0021-9681.

VOJTEKOVÁ, I. a V. OZOROVSKÝ. Edukačný proces. *Sestra*. 2004, **3**(1), 13. ISSN 1335-9444.

VODVÁŘKA, P. *Podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika*. Praha: Galén, 2004. ISBN 978-80-7262-264-1.

WATSON, M., J. HOMEWOOD, and J. HAVILAND. Coping Response and Survival in Breast Cancer Patients: A New Analysis. *Stress and Health*. 2012, **28**(5), 376-380. ISSN 1532-3005.

WHO, INTERNETIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. [online]. 2012 [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

WHO. *World Health Statistics, Global Health Observatory Data Repository*, 2012 [online]. Dostupné z: http://apps.who.int/gho/data/node.imr.NCD_CCS_BreastCancer

WHO. *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO, 1995.

WILSON, I. B., and P. D. CLEARY. Linking Clinical Variables with Health-related Quality of Life: A Conceptual Model of patient Outcomes. *JAMA*. 1995, **273**(1), 9-65. ISSN 0098-7484.

WONG, P. T. P., ed. *The Human Quest for Meaning*. New York: Routledge Taylor & Francis, 2012. ISBN 978-04-15876-77-3.

WRIGHT, K. Social Support within an On-line Cancer Community: Anassessment of Emotional Support, Perceptions of Advantages and Disadvantages, and Motives for Using the Community from a Communication Perspective. *Journal of Applied Communication Research*. 2002, **30**(3), 195-209. ISSN 0090-9882.

ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-103-5.

ZEBRACK, B. J. Psychological, Social, and Behavioral Issues for Young Adults with Cancer. *Cancer* [online]. 2011, **117**(S10), 2289-2294 [cit. 2017-10-25]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26056/full

ZIMET, G. D. et al. Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988, **52**(1), 30-41. ISSN 0022-3891.

ŽIAKOVÁ, E. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: ŽIAKOVÁ, E., ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHĽADU 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, 2016, s. 7-10. ISBN 978-80-8152-405-9.

ŽIAKOVÁ, E. et al. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: FF PU v Prešove, 2008. ISBN 978-80-8068-731-1.

ŽIAKOVÁ, E. a kol. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 2005. ISBN 80-8068-060-4.

ŽIAKOVÁ, E., A. KOČIŠOVÁ a M. WAGNEROVÁ. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Acta chemotherapeutica*. 2015, **1**(3), 221–226. ISSN 1335-0579.

ŽIAKOVÁ, E. a L. TÓTHOVÁ. Modal Personality as a Factor of Selection of Coping Strategies in Oncology Women. In: BALOGOVÁ, B. *Multiculturalism in Social Work*. Waszawa: Wydawnictwo Jedność w różnorodności, 2017, p. 121-126. ISBN 978-83-947394-5-4.

ŽIAKOVÁ, T. a K. ŠIŇANSKÁ. Súčasné podoby online podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízkych s využitím edukačných programov. In: ŽIAKOVÁ, E., ed. *Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci: 5. ročník Košických dní sociálnej práce : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej v Košiciach* [online]. 2017. Košice: KSP FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-502-5. Dostupné z: https://unibook.upjs.sk/img/cms/2017/ff/zbornik-2016-dsp.pdf

Výsledky vedeckého výskumu ako inšpirácia pre vznik a rozvoj socioonkológie na Slovensku
Vedecká monografia

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.; Mgr. Lucia Tóthová, PhD.; PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.; Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.; PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.; Mgr. Antónia Sabolová Fabianová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Rok vydania: 2017

Počet strán: 106

Rozsah:7,99 AH

Vydanie: prvé

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 15.12.2017

ISBN 978-80-8152-576-6