

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci
partnerského vztahu**

**Aspects of Coping with Oncological Illness within
Intimate Relationship**



Magisterská diplomová práce

Autor práce: Kateřina Purová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Olomouc

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu“ vypracovala samostatně na základě uvedených pramenů (viz. Seznam použitých zdrojů a literatury).

V..... dne Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Marečkové, Ph.D. za její čas a ochotu, kterou mi při tvorbě diplomové práce věnovala. Další poděkování patří MuDr. V. Krušínské, MuDr. J. Koutné a MuDr. I. Přemyslovské-Purové, za spolupráci a ochotu při předávání dotazníků onkologickým pacientům a pacientkám.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Partnerský vztah.....	8
1.1. Partnerství v jednotlivých obdobích života	8
1.2. Vývoj partnerského vztahu	13
1.3. Očekávání mužů a žen	15
2. Onkologické onemocnění	18
2.1. Vymezení a vznik onkologického onemocnění	18
2.2. Fáze onkologického onemocnění	19
2.3. Psychosociální důsledky onkologického onemocnění	20
2.4. Statistika vybraných onkologických onemocnění	21
3. Sociální opora.....	24
3.1. Význam a působení sociální opory	24
3.2. Druhy sociální opory	26
4. Zvládání.....	27
4.1. Zvládání versus obrana	27
4.2. Zvládání nemoci	28
4.3. Zvládání bolesti	29
4.4. Styly zvládání nemoci.....	30
4.5. Strategie zvládání nemoci.....	30
4.6. Taktiky zvládání nemoci.....	31
4.7. Metody měření copingových strategií.....	31
4.8. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu	32
4.9. Výchozí studie pro výzkumnou část.....	37
Praktická část.....	42
5. Hlavní teoretická východiska a výzkumné cíle	42

6. Výzkumné metody.....	45
6.1. Typ výzkumného šetření.....	45
6.2. Metoda WOC-CA.....	45
7. Průběh a etika výzkumného šetření	48
8. Výzkumný soubor	49
8.1. Způsob výběru výzkumného souboru.....	49
8.2. Velikost výzkumného souboru.....	49
8.3. Sociodemografické údaje.....	50
8.4. Popis výzkumného souboru.....	50
9. Výsledky výzkumu	52
9.1. Použité statistické metody.....	52
9.2. Výsledky měření.....	56
9.3. Ověření platnosti hypotéz	57
10. Diskuse.....	62
11. Závěr	65
Souhrn	66
Seznam použitých zdrojů a literatury	68
Přílohy	
Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce	
Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	
Příloha č. 3: Dotazníky	

Úvod

Tématem předkládané diplomové práce jsou aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu. Diagnóza nádorového onemocnění zásadním způsobem ovlivní život nemocného a také jeho blízkých, kteří mu poskytují potřebnou podporu a pomoc. U nemocných dochází nejenom ke změnám v oblasti tělesné či emoční, ale také v oblasti sociální, na úrovni mezilidských vztahů. Dostávají se do role pacientů, kteří potřebují pomoc a péči od svých blízkých. Poskytovateli péče mohou být partneři, děti, rodiče, sourozenci či přátelé. Pro tuto práci se však stává stěžejní zvládání nádorového onemocnění v rámci intimního vztahu. Partnerský vztah se svojí kvalitou a významem liší od ostatních sociálních vztahů, např. těch, které vznikají mezi rodiči a dětmi. Mezi partnery dochází ke specifickým interakcím a aktivaci jak individuálních, tak společných strategií zvládání.

Onkologické onemocnění je v dnešní společnosti značně rozšířené, o čemž svědčí i následující statistické údaje. Podle statistik WHO (Světová zdravotnická organizace) ročně umírá na onkologické onemocnění 8 000 000 lidí na světě. Z toho k 1 850 000 úmrtí dochází v Evropě, což je více než 20 % z celkového počtu. Nádorová onemocnění představují po kardiovaskulárních problémech druhou nejčastější příčinu smrti (GSK, 2012). V české republice v roce 2009 zemřelo na onkologické onemocnění 27 700 osob, což tvoří 25,8 % ze všech úmrtí za tento rok. U mužů byl podíl zhoubných novotvarů na úmrtí vyšší než u žen (Slováček et al., 2011).

Práci tvoří dvě hlavní části. Teoretická část je členěna do jednotlivých kapitol, které pojednávají o tématu partnerství, sociální opoře, charakteristice onkologického onemocnění a copingu. Tato část nabízí především základní přehled a orientaci v uvedených tématech. Poslední kapitoly jsou věnovány výzkumům v oblasti partnerského zvládání stresu a představují hlavní teoretický zdroj pro vlastní výzkumné šetření. Praktická část práce je zaměřena na ověření dvou stanovených cílů. Prvním cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi muži a ženami v míře užívání vybraných copingových strategií. Na základě prostudovaných zdrojů předpokládám, že ženy budou používat více vyhledávání sociální opory, zatímco muži budou více používat neadaptivní copingové strategie. Další cílem bylo ověřit, jestli existují souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a vybranými způsoby zvládání.

V zahraniční literatuře je téma zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerství poměrně hodně diskutované. V českých literárních zdrojích jsem se s danou

problematikou téměř nesetkala. Ačkoli je k dispozici množství zahraničních studií, v českém prostředí není tato oblast příliš prozkoumána. Cílem práce je ověřit výše zmíněné předpoklady, vycházející ze zahraničních výzkumů, u onkologických pacientů a jejich partnerů v českém prostředí. Práce může přispět k lepšímu porozumění danému tématu a tím i ke zkvalitnění péče o onkologicky nemocné a jejich blízké.

Předkládaná magisterská diplomová práce tematicky navazuje na vlastní postupovou práci a přebírá zejména poznatky a informace z její teoretické části. Tato část práce je však částečně přepracována a doplněna o další poznatky a literární zdroje. Praktická část práce je založena na nově provedeném výzkumném šetření, které se liší jak v oblasti výzkumných cílů a předpokladů, tak v použité metodice a charakteristikách výzkumného souboru.

Teoretická část

1. Partnerský vztah

První kapitola je věnována otázce partnerského vztahu. Partnerství může být chápáno jako oboustranná nabídka společné životní cesty psychické i fyzické (Klimeš, 2005). Partnerský vztah je významným aspektem, který se podílí na zvládání náročných životních událostí. Partner představuje zdroj opory a pomoci, která může být v situaci onemocnění nepostradatelná. Intimní vztah dvou lidí se zakládá na společné lásce, důvěře a porozumění, které boj s nádorovým onemocněním mohou podpořit. v následující kapitole se zaměřuji na charakteristiku partnerského vztahu v jednotlivých životních etapách. V průběhu života nabývá partnerství rozdílného významu a slouží k uspokojování rozličných potřeb. V mladém dospělí hraje významnou roli především milostná touha, zatímco ve starším věku se do popředí dostává zejména intimita, pocit jistoty a bezpečí. V další části se zabývám vývojem partnerského vztahu a rozdílným očekáváním mužů a žen.

1.1. Partnerství v jednotlivých obdobích života

Mladá dospělost

V období mladé dospělosti je partnerství nejdůležitější variantou intimního vztahu. Pro mladé partnery mívá větší význam než přátelství. V rámci partnerského vztahu se vytváří tzv. párová identita, která má pozitivní vliv na vývoj vztahu i osobnostní rozvoj partnerů. Intimní vztah s druhým člověkem může přispět k pochopení sebe sama, realizaci osobního potenciálu nebo rozvoji intimních oblastí osobnosti. Období mladé dospělosti zahrnuje věkovou kategorii od 20 do 35 let věku (Vágnerová, 2007).

Partnerský vztah v mladé dospělosti je symetrický i komplementární. Symetrie představuje rovnost mezi oběma partnery. Komplementarita vztahu je dána odlišnými rolemi obou partnerů, které se vzájemně doplňují. Rozdílnost mezi muži a ženami vnáší do vztahu určitou míru napětí a vzrušení, což podporuje jeho vztahovou dynamiku (Vágnerová, 2007).

V období rané dospělosti dochází k navazování stabilnějších monogamních vztahů. Někdy se objevuje tzv. seriální monogamie, která spočívá ve vystřídání několika za sebou následujících vztahů s jedním partnerem. Stálý partnerský vztah je v první polovině mladé

dospělosti typický spíše pro ženy, které dříve osobnostně dozrávají. Pro ženy je také více než pro muže důležitá citová jistota a stabilita. Vymětalová (2000; in Vágnerová, 2007) udává, že stálého partnera mělo ve věku od 18 do 29 let 65,7 % žen oproti 50,7 % mužů. Autorka dále uvádí, že délka partnerského vztahu v první polovině mladé dospělosti činí v průměru dva a půl roku.

Pro mladou dospělost jsou typické dva druhy partnerských vztahů. Jde o vášnivý a přátelský vztah. Vášnivé partnerství zahrnuje bouřlivé emoce, majetnickou lásku a romantiku. Významnou roli hraje sexualita. Tento druh partnerského vztahu převládá u 20letých lidí na počátku mladé dospělosti. Romantické zamilování nemá dlouhé trvání a není příliš stabilní. Potřeba navazovat nezávazné sexuální a romantické vztahy většinou klesá po 30. roce života. Přátelské partnerství se vyznačuje zejména vyšší mírou intimity, vzájemnou solidaritou a oporou mezi partnery. Četnost těchto partnerství narůstá v průběhu 30. let. Důležitým aspektem je přátelství a určitá úroveň racionality (Vágnerová, 2007).

V tomto životním období uzavírají někteří partneři manželství, které patří mezi nejstarší sociální instituce v dějinách lidstva. Manželství představuje určitou formu institucionalizace partnerského vztahu a jeho hlavní funkcí je sociální potvrzení kvality partnerství a jeho výlučnosti. Uzavření sňatku s sebou přináší nové povinnosti i privilegia. V současné době se však počet uzavřených manželství snižuje a dochází k odkladu sňatku do pozdějšího věku. Dnes se také stále častěji setkáváme s partnery, kteří žijí v nesezdaném soužití. Tento typ soužití je charakterizován společným bydlením bez uzavření manželství. Může být vyjádřením potřeby uchovat si svou nezávislost nebo představuje určitou formu přechodu či přípravy na manželství. Tato alternativa soužití je preferována zejména mladými lidmi, přičemž 70 % z nich se domnívá, že společné bydlení představuje dobrou předmanželskou zkušenost (Vágnerová, 2007).

V jednom z výzkumů (Willi 1997, Riehl-Emde, Willi, 1997) bylo zjištěno, že stabilní svodní partneři popisují svůj vztah významně častěji jako šťastný. Tito partneři jsou také významně častěji spokojeni s dalšími aspekty vztahu, jako je komunikace, vzájemná něha či sexuální život. Nejmenší spokojenost ve vztahu pak udávají manželé s dětmi. Spokojenější vztah svobodných párů může být ovlivněn faktem, že v rámci neformálního svazku se lidé snadněji rozecházejí.

Odborníci dlouho předpokládali, že intimní vztahy více působí na mentální zdraví žen než mužů. Poslední výzkumy poukazují na to, že v této oblasti nejsou přítomné výraznější genderové rozdíly. Míra emoční podpory ze strany partnera a vzájemné napětí

ovlivňuje příznaky deprese u žen a má vliv na užívání návykových látek u mužů. R. W. Simon a A. E. Barrett (2010) vychází ve své studii z předpokladu, že v období mladé dospělosti existují určité rozdíly v míře působení intimního vztahu na psychiku mužů a žen. Autoři zjistili, že přítomnost blízkého vztahu souvisí s menší mírou depresivních symptomů. Na druhé straně rozpad romantického vztahu je spojen s větší mírou prožívání deprese a problémy se závislostí. Ztráta blízkého vztahu negativně působí na vnímání vlastní sociální identity, oslabuje pocit sebedůvěry a může narušit sociální integraci v mladé dospělosti. Tyto faktory pak mohou narušovat duševní pohodu a zdraví mladých lidí. Dále bylo zjištěno, že současný sociální status, ve smyslu nedávného rozchodu nebo momentálního soužití v partnerství, má větší vliv na psychiku ženy. Jedním z vysvětlení může být větší emoční závislost žen na těchto vztazích a dále vnímání možné ztráty materiální podpory. Psychická pohoda mužů je v tomto ohledu spíše spojena s vnímanou oporou a mírou napětí v soudobém partnerském vztahu. Větší citlivost mužů na kvalitu aktuálního vztahu v tomto období může být způsobena faktem, že partnerka pro muže představuje primární zdroj intimity a blízkosti. Ženy na rozdíl od mužů rozvíjí další blízké vztahy také v rámci rodiny a okruhu svých přátel (Simon, Barrett, 2010).

Střední dospělost

V období střední dospělosti dochází k určitým proměnám partnerského vztahu. Partneři mohou prožívat stereotyp všedního života a mají mnoho povinností a problémů spojených s rodičovstvím. Matlin (2000; in Vágnerová, 2007) uvádí, že spokojenost v manželství v průběhu prvních 20 let postupně klesá. Orbuch a jeho kolegové, zjistili, že největší nárůst nespokojenosti v manželství se objevuje po 20 až 24 letech společného života. Období střední dospělosti zahrnuje věkové rozmezí od 35 do 45 let člověka.

Muži mohou své ženy vnímat jako méně atraktivní, než tomu bylo dříve. Ženy na tuto skutečnost reagují výčitkami a vynucováním milostných projevů, což vede ještě k většímu citovému odcizení (Říčan, 2004). Mezi partnery často dochází ke snížení míry intimity, vzájemné přitažlivosti, sdílení společných aktivit či snížení pocitu jistoty a opory. V období střední dospělosti mnoho partnerů zažívá druhou manželskou krizi, která bývá méně intenzivní než ta první. Většinou se objevuje v prvních deseti letech vztahu, kdy dochází k založení rodiny a následně výchově dětí. Nespokojenost nebo rozdílnost hodnot a představ o budoucím životě mohou zapříčinit rozpad partnerství (Vágnerová, 2007).

Lidé se v průběhu společného života neustále vyvíjí a mění. Mění se i postoj k jejich partnerovi a jejich vlastní sebepojetí. Pokud je vzájemný vztah uspokojivý, jsou

partneři ochotní akceptovat fyzickou i psychickou proměnu toho druhého. Neschopnost akceptovat proměnu partnera a vztahu může vést k vzájemným konfliktům a značné nespokojenosti. Hlavním cílem této etapy vztahu je vytvoření pocitu jistoty, opory a solidarity pro období společného stárnutí a stáří (Vágnerová, 2007).

Vztah ve střední dospělosti prochází fází tzv. střízlivého sdílení. Člověk se stává více uzavřený a orientuje se spíše do svého nitra. Potřeba vzájemného otevření a prolnutí osobností mizí, avšak potřeba sdílení, empatie a vzájemného pochopení má stále svůj význam. Nespokojenost ve vztahu nemusí vždy vést k rozpadu partnerství, ale může být kompenzována navázáním mimomanželského vztahu (Vágnerová, 2007).

Starší dospělost

Hlavní hodnotou dlouholetého manželství je především společně strávený život, rodinné zázemí a společný domov. V období starší dospělosti spokojenost ve vztahu postupně narůstá (Carstensen et al., 1996; in Vágnerová, 2007). Spokojenost a stabilita vztahu může být ovlivněna prožitými událostmi a tím, jak se s nimi partneři vypořádali. Starší dospělost představuje období od 45 do 60 let věku. V této etapě je pro partnerství typický kompromis a někdy se objevuje také rezignace. Jedním z důležitých aspektů spokojeného vztahu je rovnováha, kdy má každý z partnerů vymezenou svojí osobní identitu a zároveň je mezi partnery vytvořena silná párová identita. I v tomto období se musí partneři potýkat s určitými změnami. Jde např. o proměnu chápání intimity a generativity, změny v oblasti zdravotního stavu, proměna osobnosti nebo osamostatnění dospělých dětí (Vágnerová, 2007).

Postupně dochází k proměně rolí obou partnerů. Muži se stávají méně výbojní, jsou mírnější a laskavější. Naproti tomu ženy se stávají dominantnější, průbojnější a ráznější (Říčan, 2004).

V této životní etapě narůstá význam soukromého života na úkor profesní kariéry. Starší lidé se začínají více orientovat na rodinu a blízké vztahy. Díky nárůstu emoční zralosti dochází ke stabilizaci vztahu. Tato skutečnost se projevuje snížením četnosti konfliktů a nárůstem pozitivních interakcí mezi partnery. V oblasti intimity se musí partneři vyrovnat s redukcí sexuálního života i se změnou jeho kvality. Pro spokojený vztah je nyní více důležitá potřeba jistoty a bezpečí než sexuální uspokojení. Další zásadní změnou je odchod dospělých dětí. Partneři mají nyní více času a mohou se věnovat svým zájmům a sami sobě. Lidé žijící v dlouhodobém vztahu znají pozitivní i negativní

vlastnosti svého partnera a hodnotí jej často realisticky. Partner je přijímán takový, jaký je i se svými zápornými stránkami (Vágnerová, 2007).

Kvalita vztahu může být ovlivněna vztahovými a emočními změnami v průběhu různých období života. Studie zabývající se výzkumem partnerství zachycují zvyšující se úroveň spokojenosti ve vztahu v období pozdní dospělosti. Starší partneři mezi sebou rozvíjí spíše pozitivní interakce a redukují ty negativní. Dávají méně prostoru pro rozvinutí možných konfliktů a zaměřují se spíše na rozvíjení vzájemné pohody. Teorie a výzkumy zaměřené na problematiku stárnutí ukazují, že v průběhu života dochází ke změnám v oblasti sociálního chování a emotivity, které mají značný vliv na blízké vztahy včetně těch partnerských. Lidé v období starší dospělosti mají lepší emoční kontrolu a stabilitu ve srovnání s jedinci v období střední a mladé dospělosti. Míra pozitivní a negativní interakce mezi partnery v různých obdobích života souvisí také s jejich spokojeností ve vztahu (Henry et al., 2007).

N. J. M. Henry et al. (2007) se ve své studii zaměřili na rozdíly v pozitivních (laskavost) a negativních (hostilita) interakcích mezi partnery ve středních letech a staršími páry. Dále se autoři zabývali tím, zda tyto interakce ovlivňují spokojenost ve vztahu vzhledem k rozdílnému věku. Starší partneři dosahovali vyšší míry partnerské spokojenosti a vnímali chování svého partnera jako více pozitivní než negativní oproti skupině partnerů ve středním věku. Ukázalo se, že to zda partneři vnímají chování svého protějšku jako pozitivní či negativní má vliv na spokojenost ve vztahu u obou věkových skupin. Výsledky ukazují, že v určitých situacích jsou negativní a pozitivní projevy partnera více významné pro starší páry.

Stáří

Spokojenost ve vztahu mírně stoupá a vztah mezi partnery bývá stabilizovaný. Starší partneři si projevují více pozitivních emocí a dochází ke značné redukci vzájemných konfliktů. V období stáří, nad 60 let věku, se objevuje tendence k odstranění genderových rozdílů v partnerském chování, které byly typické v mladším věku. Spokojenost v manželství je dána především shodnými postoji a hodnotami, které si partneři během společného života na základě společných zážitků vytvořili. Po mnoha letech soužití se partneři velmi dobře znají, rozumějí si a přizpůsobili se jeden druhému (Říčan, 2004, Vágnerová, 2007).

Partnerský vztah může být v tomto období ovlivněn odchodem do důchodu. Lidé mají často strach z celodenního trávení času se svým partnerem, které může vést k vyvolání konfliktů a neshod. Muži ztrácí odchodem do důchodu významnou část své identity a určitou míru sociální prestiže. Ženy si často udržují více sociálních kontaktů a jejich společenská pozice se nemění v takové míře jako u mužů. V souvislosti s odchodem do důchodu se mění životní styl manželů. Důležité je vytvoření nových životních cílů a udržování oblíbených aktivit a zálib. Svůj význam má i společné trávení času s dětmi a vnoučaty (Vágnerová, 2007).

Ve stáří opět dochází k posílení párové identity a vztahové intimity. Intimita se může projevit i v oblasti sexuality, která však v tomto období již ztrácí na významu. Na partnerský vztah má vliv i zdravotní stav manželů. Nemoc představuje značně zátěžovou situaci, se kterou se musí partneři vyrovnat. V období stáří se objevuje rovněž strach ze smrti životního partnera. Starší lidé se se smrtí partnera vyrovnávají velmi těžce. Pro zvládnutí této těžké životní situace má svůj význam podpora a pomoc blízké rodiny, která ovдовělému člověku pomůže s překonáním pocitů osamělosti a smutku (Vágnerová, 2007).

1.2. Vývoj partnerského vztahu

V průběhu vývoje partnerského vztahu se rozvíjí i jednotlivé vztahové složky. Sternberg (1987; in Vágnerová, 2007) rozlišuje tři základní vztahové komponenty. Jedná se o intimitu, milostnou touhu a připoutání. Různé kombinace těchto tří komponent vytváří odlišné typy vztahů. Intimita vyjadřuje vzájemnou tělesnou i duševní blízkost mezi partnery. Pro vytváření této vztahové komponenty je důležité sdílení přítomnosti i budoucnosti, otevřenost či vzájemná důvěra a respekt mezi partnery. Další významnou složkou představuje milostná touha neboli zamilovanost. Projevuje se okouzlením a touhou po milovaném člověku. Partner je často idealizován a obdivován. Zamilovanost je pouze přechodnou etapou při utváření vztahu. Pro vznik stabilního partnerství je nutné vytvoření stabilnější vazby, která v ideálním případě zahrnuje i vzájemnou lásku. Třetí složkou vztahu je připoutání. Vazba mezi partnery vzniká na základě sdílení společných zážitků, problémů, hodnot a zvyklostí. Připoutání představuje významný aspekt trvání vztahu a jeho stability.

Na počátku vztahu stojí období zamilovanosti a romantické lásky, označované též jako fáze narcistické lásky. V období zamilovanosti se partneři postupně otevírají a poznávají. Mezi partnery často dochází ke vzájemné idealizaci, kdy je milovaný člověk

hodnocen na základě prožívaných emocí. Partner bývá vnímán jako inteligentnější, vtipnější či atraktivnější než ve skutečnosti je. Zamilovaný člověk si vytváří určitou iluzi o novém vztahu, což je důvodem pozdějšího šoku z reality. Důležitou složkou fáze zamilovanosti je milostná touha, která má velmi výrazný emoční základ. Ovlivňuje také rozumové hodnocení, motivaci, postoje a chování zamilovaného člověka. Období romantické lásky trvá poměrně krátkou dobu, většinou kolem jednoho roku (Vágnerová, 2007).

Zamilovaní partneři mají pocit, že je jejich vztah něčím jedinečným. Vzájemně si otevírají prostor blízkosti a důvěrnosti jak v rovině psychické tak sexuální. Na počátku vztahu se objevuje tendence k sebestylizaci, která spočívá ve snaze přizpůsobit se představám partnera. Cílem této tendence je udržení partnerovi lásky a obdivu. Postupně však dochází k projevování skutečných či potlačovaných vlastností a potřeb. Vzájemné poznání může vyvolat pocit, že partner je jiný než jsme si na začátku mysleli. Pokud se partneři akceptují i po vzájemném hlubším poznání může jejich vztah přejít do další fáze. Jestliže nejsme schopni přijmout partnera, takového jaký je, vztah mnohdy zaniká (Vágnerová, 2007).

Další fází vztahu je realistické období. V této fázi je partnerský vztah založen spíše na intimitě a vzájemném připoutání než na milostné touze, jak tomu bylo v předchozí etapě. Vlastnosti partnera, které nám dříve imponovaly, nám nyní mohou být spíše na obtíž. Partner je vnímán více realisticky i se svými negativními projevy. Po prvotní fázi splynutí dochází k vytvoření určité autonomie. V rámci zralejšího vztahu se rozvíjí vzájemná tolerance, respektují se odlišné vlastnosti, postoje i projevy partnera. Partneři si poskytují určitý osobní prostor a svobodu. V této etapě dochází k budování pravého vztahu, který je založený na sdílení hodnot, společných cílů a otevřené komunikaci (Vágnerová, 2007).

Zralý realistický vztah se podílí na uspokojování většiny psychických potřeb. v rámci partnerství lidé zažívají nové zkušenosti, rozvíjí své sociální dovednosti, umění komunikace a kooperace. Na základě hodnocení partnera se rozvíjí vlastní sebepoznání. Partnerství uspokojuje také potřebu citové jistoty, prostřednictvím vzájemné intimity a citového přijetí. Partnerský vztah umožňuje rozvoj osobnosti díky novým sociálním zkušenostem. Pro dobré fungování vztahu je nezbytná určitá míra autonomie. Každý člověk potřebuje určitý osobní prostor pro svůj vlastní rozvoj a seberealizaci. Představa dalšího společného života uspokojuje potřebu otevřené budoucnosti. Společné plánování a

představa o budoucím manželství či rodičovství slouží k upevnění párové identity a stability vztahu (Vágnerová, 2007).

V jedné ze studií (Riehl-Emde, Frei, Willi, 1994, Riehl-Emde 1998) partneři označili lásku jako nejdůležitější motiv pro setrvání ve vztahu. Mezi další významné faktory byla zahrnuta také identifikace s partnerstvím, vzájemné rozhovory a osobní vývoj.

K rozpadu partnerství dochází v situaci, kdy je vztah mezi partnery dysfunkční. Někdy jsou partneři natolik rozdílní, že se nemohou shodnout ani v základních otázkách společného života. v jiných případech je příčinou rozpadu vztahu dysfunkční partner, jehož osobnostní vlastnosti nejsou s fungováním vztahu slučitelné (Vágnerová, 2007). S. W. Duck (in Hayesová, 2003) je autorem modelu o průběhu dezintegrace blízkého vztahu, který zahrnuje 4 fáze:

1. *Intrapsychické fáze* – Jeden z partnerů začíná pociťovat silnou nespokojenost ve vztahu. Zvažuje výhody a nevýhody vztahu. Jestli-že již nechce ve vztahu dále pokračovat, přechází do druhé fáze
2. *Dyadická fáze* – Dochází k zapojení druhého partnera. Ten, který chce ze vztahu odejít, mu sdělí svůj úmysl nebo se chová chladně a odtahitě. Když se partneři rozhodnou pro ukončení vztahu, následuje třetí fáze.
3. *Sociální fáze* – Jedná se o společenské důsledky rozchodu. Partneři oznámí svůj rozchod rodině a přátelům.
4. *Fáze úpravy hrobu* – Bývalí partneři se snaží vyrovnat s rozchodem. Po uplynutí určité doby dochází k hledání a vytváření nových vztahů.

Rozpad partnerského vztahu s sebou vždy přináší určitou zátěž. Jde zejména o negativní pocity, snížení sebehodnocení a sebedůvěry. Trauma vyvolané rozchodem může mít různou míru v závislosti na významu a uspokojivosti vztahu. Ztráta vztahu je vnímaná jako ztráta důležité hodnoty. Člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí a nemůže uspokojit ani další potřeby, které byly ve vztahu zajištěny. Opuštění ze strany partnera bývá chápáno jako zrada a důkaz vlastní nízké hodnoty. Mezi typické reakce na ztrátu vztahu patří úzkost, smutek, vztek a pocity viny. Pro vyrovnání se s touto zátěžovou situací má značný význam proces truchlení (Vágnerová, 2007).

1.3. Očekávání mužů a žen

Představy mužů a žen o partnerství se do značné míry liší. Je to dáno zejména rozdílným uvažováním a prožíváním. Určité aspekty vztahu jsou však stejně důležité pro

oba partnery, Jde např. o vzájemnou lásku, věrnost, upřímnost, respekt či shodné postoje a hodnoty (Vágnerová, 2007).

Pro muže je důležitá především fyzická atraktivita partnerky. Muž mnohdy vnímá pouze fyzický vzhled ženy, aniž by si všímal ostatních vlastností. K partnerským problémům bývají muži méně citliví a často si neuvědomují, že by se vztah díky těmto problémům mohl rozpadnout. Nemluví o svých pocitech a neradi řeší problémové situace. Tento přístup často brání vyřešení vztahových potíží již na jejich počátku. Nespokojenost partnerky mohou zlehčovat, protože jejich stížnosti jim připadají pouze banální. Muži chtějí ženám imponovat a očekávají od nich projevování obdivu. Jestliže má žena příliš velké požadavky, vztah může být vnímán jako ohrožující. Partnerství je pro muže významné především v souvislosti s potvrzením vlastního výkonu (Vágnerová, 2007). Muž očekává, že mu žena ve společné domácnosti poskytne určitý komfort. Jedná se především o dobré jídlo, čisté prostředí a vytvoření příjemné rodinné atmosféry. Muži nemají rádi, když je partnerky zatěžují neustálými starostmi či požadavky. Od svých partnerek očekávají projevování obdivu a chvály, které se týkají jejich schopností či šikovnosti (Kratochvíl, 2005).

Ženy na rozdíl od mužů vyžadují citlivost a vnímavost partnera k jejím potřebám. Hlavní očekávání se týká především vzájemného vyjadřování pocitů a lásky. Muži jsou oceňováni za jejich ctižádost, úspěšnost v zaměstnání a schopnost získat finanční prostředky. Ženy jsou citlivější k partnerským sporům a neshodám, které jsou doprovázeny silnými negativními emocemi. Projevuje se také silnější potřeba udržet partnerský vztah a řešit partnerské problémy (Vágnerová, 2007). Žena má zejména potřebu „vypovídat se“ ze svých zážitků, starostí a pocitů. Potřeba sdílení je jedním z hlavních očekávání týkajících se partnerského vztahu. Kromě potřeby sdílet své zážitky a pocity, však žena očekává i určitou míru vzájemnosti, tj. že i partner se podělí se svými prožitky a myšlenkami. Když se žena svěřuje se svými starostmi a problémy, většinou nepotřebuje, aby jí muž radil, ale spíše aby ji vyslechl a pochopil, co právě teď prožívá. Od muže se očekává empatické naslouchání a poskytnutí citové podpory. Důležité je, aby se žena mohla na svého partnera spolehnout a mít v něj důvěru. Žena také ocení, když muž vycítí, co právě potřebuje a tato její očekávání splní. Pro spokojenost ve vztahu jsou důležité i opakované projevy lásky vyjádřené ve slovech, ocenění či pomoci (Kratochvíl, 2005).

Výše popsané rozdíly týkající se různých potřeb mužů a žen vychází dle mého názoru spíše ze zažitých stereotypů a je potřeba, aby na ně bylo pohlíženo s určitým nadhledem. V poslední době se objevují výzkumy, které svými výsledky tyto zažité představy

nabourávají. Autoři jedné ze studií zaměřili svojí pozornost na prozkoumání stereotypů v oblasti projevů mužů a žen v rámci intimních vztahů. Studie se věnuje hledání genderových rozdílů v oblasti požadavků a očekávání ve vztahu. Evoluční a biologické teorie předpokládají, že muži mají větší zájem o sex, menší zájem o intimitu a hůře sdílí své pocity. U žen se zase předpokládá menší zájem o sex, více emočních potřeb a větší tendence projevovat bolest. Výsledky výzkumu přítomnost těchto stereotypů neprokázaly. Na základě výsledků byl objeven pouze jeden významný rozdíl. Výzkumníci zjistili, že ženy mají větší touhu po získávání opory v rámci jejich vztahů. To, co muži a ženy očekávají i získávají v rámci blízkých vztahů, je tedy více podobné nežli rozdílné, což je v rozporu s předpoklady mnohých evolučních teorií (Perrin et al., 2011).

2. Onkologické onemocnění

„Nádor, hovorově označovaný jako rakovina, je stav, kdy v důsledku nahromadění více změn v genetické výbavě buňky a jejím fyzikálně-chemickém, biochemickém a biologickém uspořádání dochází k nadměrnému množení změněných buněk“ (Janáčková, 2007, s. 121-122). Nejčastěji se vyvíjí ve formě kulovitého nebo oválného ložiska, které po dosažení určité velikosti tlačí na okolní tkáň a orgány nebo dochází k jejich roztahování a napínání. Narušení zdravé tkáně či orgánu je nejčastější příčinou nádorové bolesti (Janáčková, 2007).

Následující kapitola je věnována problematice onkologického onemocnění. Tento typ onemocnění představuje značnou zátěž, která významným způsobem ovlivní dosavadní život nemocného člověka. Nádorové onemocnění nemá vliv pouze na život nemocného, ale také na život jeho blízkých, kteří o něj pečují a jsou zdrojem jeho sociální opory.

2.1. Vymezení a vznik onkologického onemocnění

Galenos označil rakovinu jako tumor (z lat. *tumere* – bobtnati). Nádory rozlišujeme na benigní a maligní. Maligní neboli zhoubné nádory metastazují, tj. vytvářejí druhotná nádorová ložiska v různých částech těla. Rakovina představuje druhou nejčastější příčinu úmrtí a její průběh je spojen s velkými bolestmi a utrpením (Křivohlavý, 2002).

Diagnóza onkologického onemocnění nevyžaduje pouze jeho přijetí, ale také zvládnutí toho, co s sebou nemoc přináší. Léčebné postupy mají řadu nepříznivých vlivů, které musí pacient zvládnout. Následkem chemoterapie nebo ozařování se může objevit nevolnost, zvracení, vypadávání vlasů, malátnost a řada dalších nepříjemností. Kromě zdravotních problémů se objevují i problémy v oblasti psychické. Po operaci mohou pacienti prožívat depresi či úzkost, zvláště dojde-li k trvalému narušení jejich těla (Křivohlavý, 2002). Telch a Telch (1985; in Křivohlavý, 2002) zjistili, že u 39 % patientek po mastektomii¹, kde byl zjištěn maligní nádor, bylo potřeba psychiatrické pomoci. U patientek s benigním nádorem to bylo 12 % a u jiných typů rakoviny se počet těchto patientek pohyboval od 18 do 25 %.

Nádor není považován za lokální onemocnění postihující určitý orgán nebo tkáň, ale je chápán jako onemocnění celého organismu. Z hlediska léčby nádorového onemocnění hraje velmi důležitou roli jeho včasné rozpoznání. V současné době existuje více různých způsobů léčby onkologického onemocnění, které mohou být vzájemně

¹ Jedná se o operační odstranění prsu např. z důvodu výskytu zhoubného nádoru v této oblasti.

kombinovány. Jde zejména o chirurgické zákroky, radioterapii nebo chemoterapii. U některých typů nádorů bývá využívána také hormonální léčba (Koutecký, Konopásek, 1999).

Kromě somatické rehabilitace vyžaduje nádorové onemocnění také rehabilitaci psychologickou a sociální. Psychologická rehabilitace má za cíl pomoci pacientovi zvládat jeho obavy, strach či pochybnosti v průběhu léčby i po jejím skončení. Úkol sociální rehabilitace spočívá v opětovném začlenění nemocného člověka do společnosti. Jak vyplývá z výše uvedeného textu, péče o onkologického pacienta je značně komplexní a zahrnuje různé oblasti (Koutecký, Konopásek, 1999).

Vznik rakoviny je spjat s určitými genetickými predispozicemi a důležitou roli hraje také životní styl. Mezi silné rizikové faktory při vzniku rakoviny patří kouření či riziková dieta. Určitý vliv mohou mít i psychické faktory jako je míra prožívaného stresu či deprese (Křivohlavý, 2002).

Nádorové onemocnění je pravděpodobně výsledkem vysoce komplexního vzájemného působení mnoha faktorů různého typu. Někteří autoři se domnívají, že jedním ze spouštěčů nádorového onemocnění mohou být určité osobnostní rysy. V této souvislosti bývá zmiňována tzv. osobnost typu C². Rakovina je považována za multifaktoriálně podmíněné onemocnění, jehož příčiny je nutné zkoumat především prospektivně (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

2.2. Fáze onkologického onemocnění

V první fázi nemoci se objevují určité příznaky, se kterými se nemocný obrací na svého lékaře. Většina lidí v této fázi neočekává, že jsou jejich zdravotní problémy projevem postupujícího nádorového onemocnění. Ve druhé fázi je pacient konfrontován s výsledky vyšetření a je mu sdělena jeho diagnóza. Seznámení nemocného jedince s diagnózou nádorového onemocnění má značné traumatizující účinky. Ve fázi traumatizace dochází k omezení schopnosti účinně využívat stávající copingové strategie. Přijetí diagnózy a spolupráce s lékaři je důležitým krokem pro zahájení náročné léčby (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Třetí fáze onkologického onemocnění zahrnuje léčebný proces. Rychlé zahájení léčby omezuje možnost pacienta celou situaci zpracovat a srovnat se s ní. Z hlediska léčby je důležité, aby pacient neztratil kontrolu nad tím, co se s ním děje a měl možnost o jejím

² Lidé s osobností typu C (karcinogenní) údajně snadněji onemocní rakovinou. Jedná se o jedince, kteří mají tendenci potlačovat negativní emoce, což může vést ke vzniku vnitřního napětí. Častěji prožívají pocity beznaděje a mají tendenci vyhýbat se otevřenému konfliktu s ostatními lidmi.

průběhu spolurozhodovat. Čím větší je možnost pacienta podílet se na rozhodování o léčbě, tím menší bude pocit jeho bezmocnosti a ztráty kontroly nad situací. Tato skutečnost mu umožní onkologické onemocnění lépe psychicky zvládnout (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Jestliže je léčba úspěšná, pacient přechází do fáze remise. Nádor byl odstraněn a pacient se nyní vrací ke svému dřívějšímu životu. Teprve v této fázi u mnohých pacientů dochází k psychickému zpracování celé události. Pacienti se musí naučit přijmout fakt, že jejich život se jednou pro vždy změnil. I když je pacient momentálně vyléčen, stále mu hrozí riziko recidivy. Úkolem této fáze je naučit se snášet život v nejistotě a zajistit si co nejvyšší kvalitu života (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Opuštění nemocnice po ukončení léčby je mnohými pacienty vnímáno jako ohrožující. Mají pocit, že ztrácí oporu odborného personálu a mají strach z návratu do běžného života. Někteří svobodní pacienti mohou mít strach z navázání vztahu a založení rodiny. Jiní se bojí, že budou pro svoji rodinu přítěží. Z těchto důvodů je prospěšné udržovat kontakt s nemocnicí nebo bývalými pacienty. Na některých klinikách se odehrávají skupinová setkání bývalých pacientů, která umožňují sdílet osobní problémy. Tyto skupiny pomáhají zvládnout návrat k běžnému životu a brání vytvoření sociální izolace (Křivohlavý, 2002).

Znovuobjevení nádorového onemocnění je označováno jako recidiva. V této fázi člověk prožívá pocity bezmocnosti a deprese. Někdy se u pacientů setkáváme také s pocity viny. Pacient je opět konfrontován se smrtí a umíráním a musí opět aktivovat jednotlivé způsoby zvládání nemoci (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Ve fázi progresu, dochází k dalšímu postupu onemocnění. V této etapě bývá pacient informován o možných paliativních opatřeních. Postupující nádorové onemocnění je často spjato s prožíváním silných bolestí, které je nutné zmírnit. Právě v této fázi má značný význam pomoc a podpora druhých. Poslední fáze onkologického onemocnění je označována jako terminální (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

2.3. Psychosociální důsledky onkologického onemocnění

Významné změny způsobené nádorovým onemocněním vyžadují značné psychosociální přizpůsobení. Změny v oblasti biologické, změny vzhledu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu mohou negativně působit na mnoho oblastí lidského života. Zasažen bývá sexuální život, duševní zdraví i celková duševní a tělesná pohoda.

Odhadem se závažné duševní potíže u populace pacientů vyskytují ve 23 až 66 % (Telch & Telch, 1986; in Nezu, 2004).

Diagnóza rakoviny představuje značnou zátěž pro partnerský vztah. Mnoho párů není na závažné změny spojené s tímto onemocněním připraveno a tak často dochází k rozvodům či rozchodům. V jedné ze studií bylo zjištěno, že přibližně 24 % patientek, které přežily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, se kterými se ony musely vyrovnat. Nádorové onemocnění může mít také značný vliv na sexuální funkčnost a plodnost. Narušení sexuální funkčnosti je spjato zejména s negativním vnímáním vlastního tělesného obrazu pacientů (Tschuschke, 2004).

Zvládání onkologického onemocnění vyžaduje od pacienta značné úsilí a psychickou stabilitu. Někteří pacienti nejsou schopni se s takto zátěžovou životní situací vyrovnat sami. Za těchto okolností je důležitá především pomoc blízkých lidí nebo odborníků vzdělaných v oblasti psychoonkologie. Přibližně 25 až 40 % pacientů potřebuje při zvládání svého onemocnění profesionální pomoc (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010). Mezi organizace poskytující psychosociální pomoc onkologicky nemocným patří v ČR např. Amelie o. s., Mamma HELP a Liga proti rakovině.

U onkologických pacientů lze uplatnit terapii zaměřenou na řešení problémů (*problem-solving therapy* = PST). Jedna z definic označuje řešení problémů za „proces, pomocí něhož jedinec hledá a objevuje efektivní prostředky zvládání problematických situací, s nimiž se setkává v každodenním životě“ (D’Zurilla, Nezu, 1982, s. 202; in Nezu et al., 2004, s. 39). Terapie zaměřená na řešení problémů spočívá v orientaci pacienta vůči problémové situaci a snaze o její efektivní řešení. Lazarus a Folkmanová považují řešení problémů za jednu z forem zvládání zaměřeného na problém, zatímco v rámci PST je pojetí řešení problémů širší. Nezu & D’Zurilla (1989; in Nezu et al., 2004) se domnívají, že řešení problému zahrnuje jak cíle zaměřené na problém, tak cíle zaměřené na emoce nebo obojí podle povahy problému.

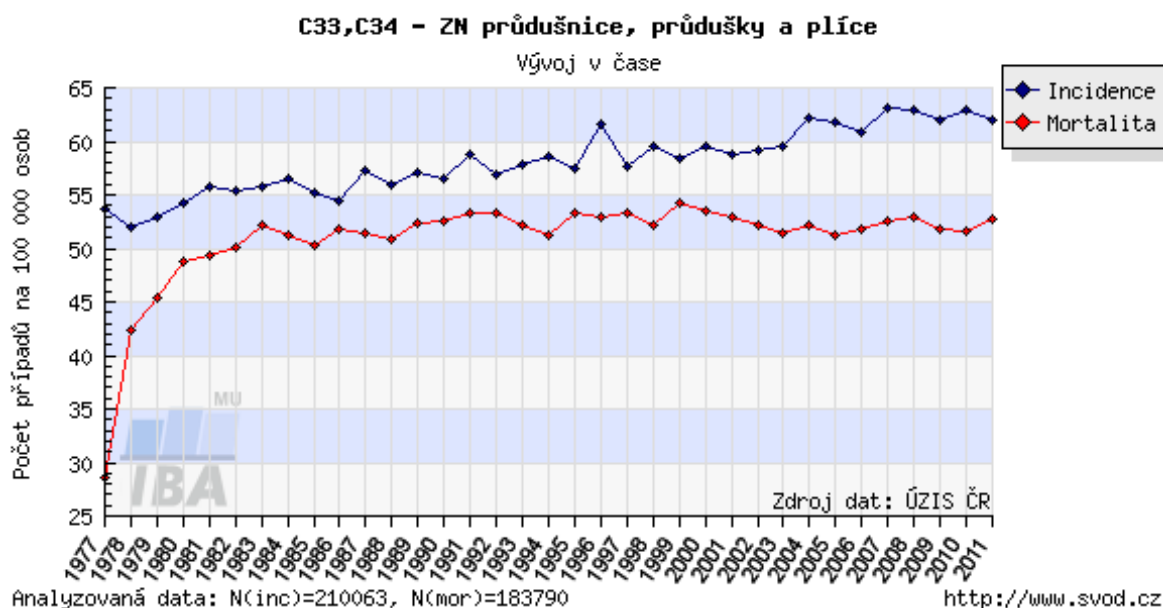
2.4. Statistika vybraných onkologických onemocnění

Ze statistických údajů vyplývá, že každý 3. člověk žijící v ČR onemocní v průběhu svého života rakovinou a každý 4. tomuto onemocnění podlehně. Každý rok je zaznamenáno více než 77 000 nových případů (data za rok 2010). V počtu nemocných ČR zaujímá přední místa v Evropě. V četnosti výskytu rakoviny tlustého střeva je dokonce na 1. místě. Mezi roky 1998 a 2008 počet nově diagnostikovaných pacientů vzrostl o 28 %, přičemž průměrný meziroční nárůst byl 2,5 % (Linkos, 2011).

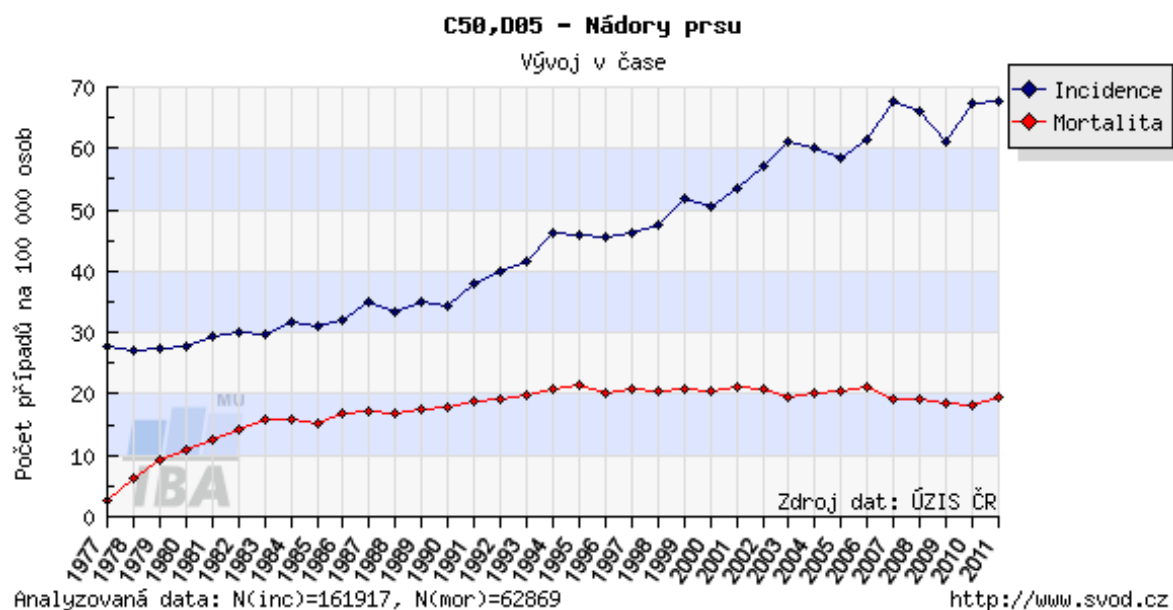
Nejčastějším zhoubným onemocněním u mužů je karcinom plic (obrázek č. 1). Dále přibýlo karcinomů tlustého střeva, konečníku a prostaty. U žen je nejčastějším zhoubným onemocněním karcinom prsu (obrázek č. 2). Narůstají také případy výskytu karcinomu plic, zatímco nálezy karcinomu děložního čípku se nezvyšují. Na základě populačních dat a odhadů odborníků je v roce 2011 očekáváno 7 125 nových případů zhoubných nádorů prsu u žen, 8 573 zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku a 6 785 zhoubných nádorů plic (Linkos, 2011).

Jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů v ČR představuje karcinom prsu. Ve věkovém rozmezí 20-54 let představuje karcinom prsu nejčastější příčinu úmrtí (obrázek č. 3). Každý rok je zaznamenáno více než 6000 nových případů, což představuje zhruba 120 pacientek na 100 000 českých žen. Na následky tohoto onemocnění zemře v ČR každý rok přibližně 2000 pacientek, což představuje přibližně počet 35 pacientek na 100 000 (Institut biostatistiky a analýz, 2009).

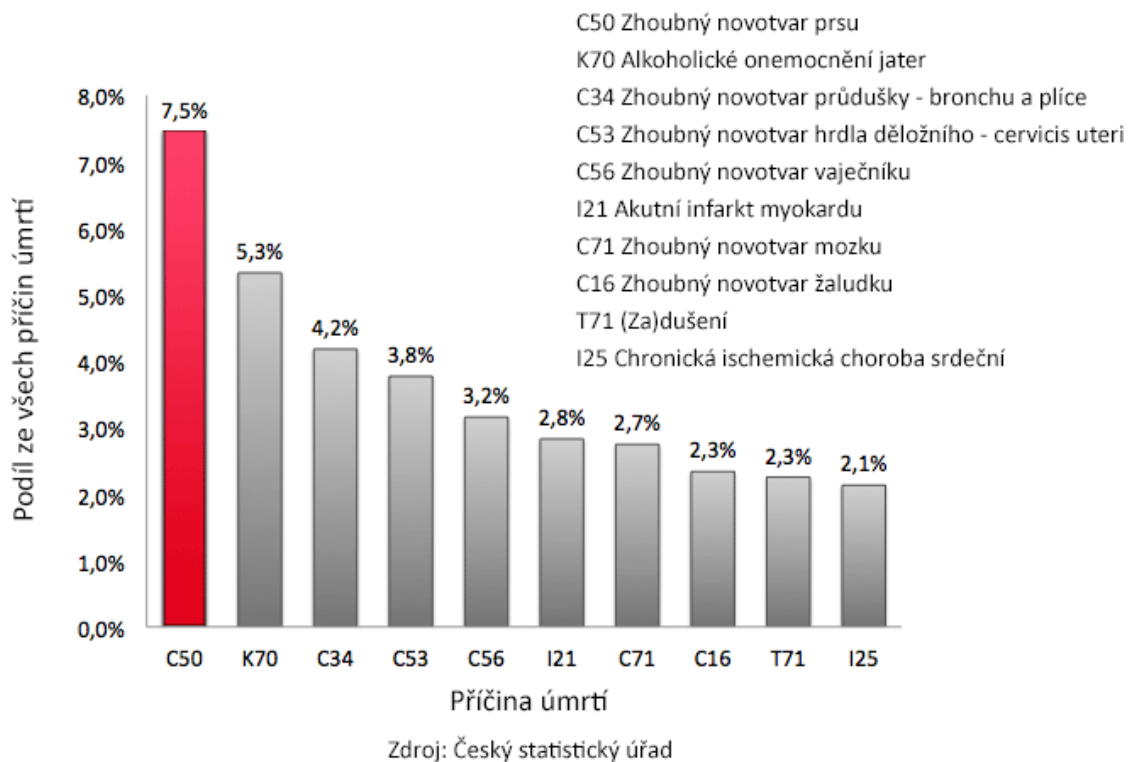
Obrázek č. 1: Časový vývoj incidence a mortality nádorů průdušnice, průdušek a plic u mužů v České republice v letech 1977–2011 (SVOD, 2011)



Obrázek č. 2: Časový vývoj incidence a mortality nádorů prsu u žen v České republice v letech 1977 – 2011 (SVOD, 2011)



Obrázek č. 3: Nejčastější příčiny úmrtí žen v ČR ve věkové kategorii 20-54 let (Institut biostatistiky a analýz, 2009)



3. Sociální opora

Sociální opora představuje významný faktor, který se podílí na zvládání těžké životní situace. Goodwin et al. (1987; in Křivohlavý, 2002) zjistil, že pacienti, kteří měli pevnější rodinné zázemí, měli také kvalitnější život a žili déle. Pozitivní vliv sociální opory může spočívat ve skutečnosti, že pacienti žijící v rodinném prostředí, jsou svými blízkými vedeni k navštívení lékaře. Tento fakt umožňuje včasné diagnostikování nemoci a její léčbu. (Křivohlavý, 2002).

Další autoři tvrdí, že „systém sociální opory je chápán jako určitý, nárazníkový či tlumící systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí“ (Cohen, Wills; in Křivohlavý, 2003, s. 93).

3.1. Význam a působení sociální opory

Sociální opora se uplatňuje při zvládání náročných situací jako je nemoc, životní krize, úraz nebo hluboké zklamání. v těchto situacích sociální opora působí jako určitý nárazník (*buffer*) či tlumič nárazů (*buffering effect*; Pierce, Sarason a Sarason, 1991; Křivohlavý, 2003). Pomoc druhých lidí má za cíl tlumit negativní působení stresové situace na člověka, který se s ní momentálně potýká. Tento tlumivý vliv se projevuje různými způsoby. Druzí lidé nám mohou poskytnout důležitou informaci týkající se problému, zvýšit naše sebevědomí a sebeúctu, pomoci nám nalézt vhodnou strategii zvládání či snížit negativní působení stresoru na naše zdraví.

Z hlediska účinku můžeme sociální oporu dělit na přímou a nepřímou. Model zabývající se přímým účinkem (*direct effect model*) předpokládá, že sociální opora příznivě působí na psychickou pohodu člověka (*well-being*). Nepřímý model (*buffer effect model*) naproti tomu zdůrazňuje nárazníkové působení sociální opory a předpokládá její interakci s momentální hladinou stresu. Podle tohoto modelu uspokojivá sociální opora zabraňuje nepříznivému působení stresorů (Paulík, 2010).

Jedná se o jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů, který ovlivňuje působení různých nepříznivých událostí na psychický i tělesný stav člověka, na jeho životní pohodu a kvalitu života vůbec (Křivohlavý, 2003).

Můžeme rozlišit dva aspekty sociální opory. Jedná se o poskytování a přijímání. Bolger et al. (2000, s. 954; in Belcher at al. 2011) označují účinek přijímání opory jako „očividnou oporu“ a poskytování opory jako „neviditelnou oporu“. Jedním ze zajímavých závěrů jejich práce je, že partnerovo poskytování opory má pozitivní vliv na náladu druhého bez ohledu na to, zda si druhý partner tuto oporu uvědomuje.

Podpůrné sociální vztahy se formují především mezi lidmi v rámci rodiny. Dakof a Taylorová (1990; in Křivohlavý, 2003) zjistili, že dobré vztahy a poskytování sociální opory mezi manželi, kde jeden z nich trpí rakovinou, má pro jejich vztah značný pozitivní vliv. Onkologické onemocnění nepředstavuje zátěž pouze pro nemocného, ale také pro jeho blízké, kteří mu poskytují pomoc a péči. Blíže se kvalitou života partnerů (blízkých) onkologických pacientů ve své postupové práci zabývá např. V. Koutná (2010).

Některé práce se zaměřují nejen na pozitivní, ale také na negativní vlivy sociální opory. Problematické může být nepochopení postiženému člověku a jeho potřebám či zvýšený nátlak a poskytování sociální opory za každou cenu. Nadměrná pomoc lidem v tísní se projevuje např. u starších jedinců. Poskytovatelé sociální opory dělají za starší lidi veškeré činnosti a tak jim nezbyvá nic, co by mohli dělat sami. Tito lidé mohou v důsledku zmíněného jednání ztratit schopnost samoobslužnosti, což se negativně podepíše na jejich sebevědomí a sebehodnocení. Pro člověka v zátěžové situaci je důležité, aby se ji mohl pokusit vyřešit sám. Schopnost postarat se sám o sebe je jedním z významných faktorů kvality života (Křivohlavý, 2003).

U sociální opory lze rozlišit obecný a specifický vliv. Obecný vliv je chápán jako kladné působení dobrých mezilidských vztahů daného člověka na jeho psychický i fyzický stav. Specifický vliv sociální opory se vztahuje ke zcela určitým životním situacím, které člověk musí zvládnout (Křivohlavý, 2003).

Některé studie potvrdily vliv sociální opory na zdravotní stav. Např. výsledky jednoho z výzkumů ukázaly, že sociální opora výrazně tlumila negativní dopad prožitého katastrofického zážitku a u lidí s vyšší mírou sociální opory byl objeven nižší výskyt posttraumatické stresové poruchy (Shepherd, Hodkinson, 1990; in Křivohlavý, 2003). Při dalším zkoumání bylo prokázáno, že lidé s nízkou mírou sociální opory častěji trpí stresovou nemocí než jiní jedinci (Kaplan a Toshioma, 1990; in Křivohlavý, 2003). Zajímavé jsou také výsledky studií zaměřených na zkoumání vztahu mezi sociální oporou, dlouhověkostí a mortalitou. Bylo zjištěno, že lidé s nízkou mírou sociální opory vykazují 2 – 4 krát vyšší úmrtnost než lidé s vysokou mírou sociální opory (Berkman, Syme, 1979; Křivohlavý, 2003). Vztah mezi sociální oporou a zdravotním stavem popisuje L. Brannonová a Jess Feist (1997, s. 134; in Křivohlavý, 2003, s. 112) následujícím způsobem: „Evidence z dosavadních studií ukazuje, že sociální opora, jak se zdá, zmírňuje, až eliminuje škodlivé negativní vlivy stresu a poskytuje tak ochranu při nemoci a úmrtí“.

Sociální opora a sociální izolace mají, jak bylo výzkumně zjištěno, vliv na riziko úmrtnosti jak u rakoviny, tak u dalších nemocí. Tyto faktory mohou mít také vliv na

samotný průběh nádorového onemocnění. Goodwin et al. (1987; in Tschuschke, 2004) zjistili, že lidé žijící v manželství vykazují lepší šanci na přežití než svobodní jedinci. Míra poskytované sociální a emocionální opory může rovněž ovlivňovat úroveň prožívaného stresu.

3.2. Druhy sociální opory

Křivohlavý (2003) ve své knize Psychologie zdraví, rozlišuje následující druhy sociální opory:

- *Instrumentální opora*: Jedná se o konkrétní formu pomoci, která spočívá např. v poskytnutí finančního obnosu či materiální podpory, zařízení neodkladných záležitostí nebo obstarání potřebných věcí. Jde tedy o určitou věcnou pomoc, kterou jedinec poskytuje ze své vlastní vůle osobě v tísní.
- *Informační opora*: Pomoc spočívá v poskytnutí potřebné informace od lidí, kteří mají s podobnou problémovou situací zkušenost. Jejich rady mohou člověku v tísní usnadnit řešení jeho problému. Součástí této opory je také naslouchání potřebám druhého.
- *Emocionální opora*: Součástí poskytované opory je v tomto případě emocionální blízkost. Jedná se zejména o projevy lásky, soucítění a náklonnosti. Druhému člověku je dodávána naděje a odvaha ke zvládnutí nepříznivých událostí.
- *Hodnotící opora*: Pro zvládnutí náročných situací je důležitá určitá míra sebevědomí a kladné sebehodnocení. Ty mohou být posíleny proječováním úcty a respektu vůči postižené osobě. Do této kategorie řadíme také sdílení těžkostí s druhým člověkem a účast na společném řešení některých problémů.

4. Zvládání

Zvládání bývá v anglické literatuře označováno pojmem *coping*. Toto slovo je odvozeno z řeckého *kolaphos*, což v překladu znamená „rána uštědřená protivníkovi v boxu“. Celý proces zvládání je často označován jako moderování. Moderování je řízení dění za účelem změnit momentální nepříznivý stav (Křivohlavý, 2002).

R. S. Lazarus (1966; in Křivohlavý, 2002, s. 98) definuje zvládání následujícím způsobem: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující pro jeho zdroje“. Zvládání je chápáno jako dynamický proces, kterým se člověk vyrovnává s určitou ohrožující situací. Od snahy vyrovnat se náročnou situací je nutné odlišit tzv. zvládací reakce, které jsou vrozené a probíhají mimo vědomí člověka (Křivohlavý, 2003).

Onkologické onemocnění jistě představuje značně zátěžovou situaci, se kterou se nemocný a jeho blízcí musí vyrovnat. Následující kapitola je věnována jednotlivým způsobům zvládání, které je v tomto kontextu chápáno jako zvládání nemoci.

4.1. Zvládání versus obrana

Zájem o zkoumání reakcí člověka na stresové události se poprvé objevuje v 19. století a spadá až ke kořenům psychoanalýzy (Tschuschke, 2004). V této době se pro zvládání náročných situací používal a dodnes používá pojem obrana (z anglického *defense*). Jedná se především o různé obranné mechanismy, které byly popsány v rámci psychoanalýzy (Freud, 1936; Beutel, 1988; in Tschuschke, 2004).

V oblasti zvládání nemoci bylo provedeno velké množství výzkumů, což v průběhu desetiletí vyvolalo značnou metodologickou a pojmovou nesourodost. Důležité je především ujasnit rozdíl mezi dvěma hlavními koncepty, tedy zvládáním a obranou (Tschuschke, 2004).

Obrana představuje psychoanalytický koncept, který vychází z Freudovy definice obrany „jako nevědomého boje individua proti nelibým představám a pocitům“ (Freud, 1926; in Tschuschke, 2004, s. 24). Koncept zvládání je na rozdíl od obrany mnohem mladší. Výzkumná činnost v této oblasti započala v 60. letech minulého století. Mezi dvě hlavní dimenze zvládání dnes řadíme zvládání zaměřené na emoce a zvládání zaměřené na problém (Parker, Endler, 1996; in Tschuschke, 2004)

Názory týkající se vztahu mezi zvládáním a obranou jsou značně různorodé. Cohen a Lazarus (1982; in Tschuschke, 2004) chápou zvládání jako nadřazený pojem a obranu jako zvláštní formu zvládání. Na druhé straně Vaillant (1986; in Tschuschke, 2004) chápe

zvládání jako zdařilou formu obrany. Některá další pojetí spíše zdůrazňují doplňující vztah mezi těmito dvěma koncepty. Faller (1998; in Tschuschke, 2004) dokonce uvádí, že obrana může být nevědomým filtrem, který znesnadňuje či zabraňuje reakci zvládání.

4.2. Zvládání nemoci

Nemocný člověk se dostává do role pacienta, která s sebou přináší řadu fyzických, ale také psychických a sociálních změn. Nemoc se netýká jen samotného pacienta, ale také jeho rodiny, přátel, zaměstnání a dalších lidí, se kterými je v kontaktu (Křivohlavý, 2002).

S rolí pacienta jsou spojena jistá očekávání. Od nemocného se očekává, že bude se svojí nemocí bojovat a bude dělat něco proto, aby svůj zdravotní stav zlepšil. Někdy se u pacientů můžeme setkat s pocitem viny za vlastní onemocnění. Sebeobviňování nemá jen negativní důsledky, ale může působit i pozitivně. Člověk, který má pocit viny za vlastní zdravotní stav, se může aktivně snažit o jeho zlepšení. Nemoc zbavuje člověka určitých povinností, ale je spojena také s řadou nároků. Od nemocného se očekává určitá míra optimismu a odhodlání s nemocí bojovat (Křivohlavý, 2002).

Strategie zvládání nemoci můžeme rozdělit do dvou skupin. Jedná se o strategie aktivní a pasivní. Aktivní strategie zvládání se vyznačují vlastní snahou pacienta o řešení problému. Jedná se např. o rozhodnutí člověka navštívit lékaře či podstoupit operaci. Pasivní strategie zvládání, označované také jako únikové či vyhýbavé, se vyznačují snahou člověka vyhnout se řešení problému (Křivohlavý, 2002).

Shontz (1975; in Křivohlavý 2002) rozlišil následující etapy zvládání nemoci:

- *Šok* – Tato reakce se objevuje u většiny pacientů, kteří se dozvěděli, že trpí závažnou nemocí. Šok se může projevit jako ustrnutí nebo zděšené chování. Cílem je odpoutání člověka od reality.
- *Usebrání* – Jedná se o návrat člověka do reality. Tento stav se vyznačuje narušeným myšlením a negativním prožíváním. Objevují se pocity strachu, bezmocnosti, obavy, žal a zármutek.
- *Stažení se ze hry* – V této fázi dochází k vědomému úniku před situací. Dochází k popírání problému, ale také ke změně pohledu na vzniklou situaci. Dává člověku možnost vytvořit plán dalšího řešení.
- *Tvorba programu k řešení krize* – Nemoc je chápána jako narušení rovnováhy, kterou je třeba odstranit a dosáhnout opět vyrovnaného stavu.

Pro pacienty je důležité nalézt určitý smysl jejich nemoci. Nemocní se často ptají, proč onemocněli zrovna oni nebo jaké změny s sebou nemoc přinese. Hledání určité příčiny napomáhá vyrovnat se s krizovou situací (Křivohlavý, 2002).

Zajímavou otázkou pro pacienty a jejich blízké je zejména to, zda může určitý způsob zvládání nemoci ovlivnit její průběh (Faller, 1998; in Tschuschke, 2004). Výsledek jedné ze studií ukázal, že strategie zvládání zaměřené na odvedení pozornosti od nemoci jsou spojeny s vyšší mírou prožívaného stresu (McCaul, 1999; in Tschuschke, 2004). Dále bylo zjištěno, že výše zmíněná strategie má nepříznivý vliv na pravděpodobnost přežití u pacientů s leukémií (Tschuschke et al., 2001; in Tschuschke, 2004). Snaha o odvedení pozornosti od problému omezuje možnost konfrontace se zátěží, a tak znemožňuje aktivaci vhodných zvládacích strategií. Dále bylo zjištěno, že méně adaptivní způsoby zvládání nemoci, jako jsou vyhýbavé strategie a potlačování myšlenek spojených s rakovinou, souvisí s vyšším rizikem výskytu recidivy (Eping-Jordan et al., 1994; Tschuschke et al., 2001; in Tschuschke, 2004).

4.3. Zvládání bolesti

Bolest patří k nejčastějším příznakům doprovázejících nádorové onemocnění. V prvních fázích nemoci se objevuje poměrně vzácně, zatímco u pokročilých a metastazujících forem nádoru trpí bolestí kolem 90 % pacientů (Bauer, 2000; in Janáčková, 2007). Kromě nádoru samotného je bolest způsobena také léčebnými postupy. Jedná se zejména o operace, radioterapii či chemoterapii (Janáčková, 2007).

Silná bolest představuje značný stresor a jen těžko se na ni můžeme adaptovat. Míra snášení bolesti je značně individuální a závisí na řadě činitelů. Jde např. o dosavadní zkušenosti jedince, význam, který bolesti přisuzuje, doba jejího trvání nebo přesvědčení o jejím zvládnutí (Paulík, 2010).

Bolest představuje multidimenzionální fenomén, který se projevuje jak v rovině fyziologické tak psychologické a sociální. Brannon a Feist (1997; in Křivohlavý, 2002, s. 83) definují bolest takto: „Bolest je nepříjemným senzorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození“. Z hlediska trvání se bolest rozlišuje na akutní a chronickou. Akutní bolest má dobu trvání do jednoho měsíce, zatímco chronická trvá déle než půl roku (Křivohlavý, 2002).

Podle statistických šetření je počáteční fáze rakoviny doprovázena bolestí ve 30 – 40 % případů, v terminální fázi pak v 60 – 90 % (Křivohlavý, 2002).

K tlumení bolesti se používají různé typy léků. Mezi nejčastěji používané patří analgetika, která snižují intenzitu bolesti, aniž by bylo ovlivněno vědomí pacienta. Dalšími způsoby mírnění bolesti jsou chirurgické zákroky, elektrická stimulace nervů, akupunktura či psychologické postupy. Mezi psychologické způsoby tlumení bolesti patří např. placebo, hypnóza, relaxace nebo kognitivně-behaviorální terapie (Křivohlavý, 2002).

4.4. Styly zvládání nemoci

Styl zvládání je definován jako „obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem“ (Taylorová, 1995; in Křivohlavý, 2002, s. 100).

Mezi dva nejvíce studované styly zvládání těžkostí patří styl zvaný „vyhýbání se těžkostem“ (*avoidant style*) a „stavění se na odpor těžkostem“ (*confrontative or vigilant style*). První z těchto stylů spočívá ve snaze uniknout před ohrožující situací, zatímco ve druhém se projevuje aktivní odpor vůči tomu, co člověka ohrožuje (Křivohlavý, 2002).

Pro zvládnutí nemoci má svůj význam také katarze. Sdílení zážitků, pocitů a obav vede k duševnímu očištění, které s sebou přináší určitou úlevu. Greenberg a Stone (1990; in Křivohlavý, 2002) zjistili, že možnost vypovídat se druhému ze svých prožitků a myšlenek má pozitivní vliv na psychický stav lidí, kteří prožili nějaké trauma.

4.5. Strategie zvládání nemoci

Termín strategie se používá pro označení určitého propracovaného plánu či postupu, který vede k dosažení vytyčeného cíle. Mezi nejznámější strategie zvládání řadíme strategie zaměřené na řešení problému a strategie zaměřené na zvládání emocí. Strategie zaměřené na řešení problému zahrnují vlastní aktivitu a snahu jedince konstruktivně řešit náročnou situaci. Může se jednat o snahu léčit nemoc, odstranit nežádoucí situační vlivy atp. Na druhé straně strategie zaměřené na zvládání emocí mají za cíl regulovat emoční stav, který se v důsledku nemoci změnil. Zahrnují snahu člověka zmírnit prožívaný strach, obavy, úzkost a další negativní emoce. Preference v používání těchto strategií je do určité míry vrozená (30 %), ale významnou roli hraje také výchova v rámci rodiny a společenské prostředí. Cílem strategií zvládání je omezit to, co člověka ohrožuje, zachovat si pozitivní obraz sebe sama, udržet si duševní rovnováhu a pokračovat v sociální interakci (Křivohlavý, 2002).

Efektivita použitých strategií je odvozena od jejich schopnosti snížit prožívaný stres a psychické napětí. Zvládání může mít za následek pozitivní změnu osobnosti, která se projevuje zralejším postojem k realitě (Křivohlavý, 2003).

4.6. Taktiky zvládání nemoci

Taktika stejně jako strategie představuje způsob, jakým člověk dosahuje stanoveného cíle. Liší se však v tom, že u taktiky se jedná spíše o dílčí kroky, menší úseky boje. Mezi taktiky řadíme např. relaxaci, dechová cvičení, imaginaci, meditaci, poslech hudby, četbu, humor či poskytování sociální podpory. Jak píše M. Svatošová (1995; in Křivohlavý, 2002, s. 105): „Nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je sebrat se a jít někomu udělat radost“.

4.7. Metody měření copingových strategií

V následující kapitole předkládám stručný popis vybraných metod určených k měření copingových strategií, které představují často používané nástroje měření v rámci soudobého výzkumu.

Coping Strategies Indicator (CSI; Amirkhan 1990) se skládá z 33 možných copingových strategií. V rámci této metody je coping vnímán jako specifická odpověď člověka na určitou situaci. Respondenti si nejdříve vybaví nedávnou stresující zkušenost a následně u každého ze způsobů zvládání označí, do jaké míry ho při zvládání této situace používají. Metoda zahrnuje tři hlavní subškály. Jedná se o řešení problému, vyhledávání sociální opory a vyhýbání.

Ways of Coping-Revised (WOC-R; Folkman, Lazarus, 1985) je empiricky odvozený dotazník. Coping je stejně jako u CSI považován za specifickou odpověď na určitý stresor. Respondent si nejdříve vybaví nedávnou stresující situaci a následně hodnotí, do jaké míry používá 66 předložených způsobů zvládání. Tato metoda zahrnuje 8 hlavních faktorů. Jedná se o konfrontaci, distancování, sebeovládání, vyhledávání sociální opory, přijímání zodpovědnosti, vyhýbání, plánované řešení problémů a pozitivní přehodnocení.

Pro zhodnocení copingových strategií zaměřených na zvládání emocí a problémů slouží např. metoda *Ways of coping checklist-Revised* (WCCL-R; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). Původní verze *Ways of coping checklist* (WCCL; Folkman, Lazarus, 1984) obsahovala 68 položek. Vitaliano et al. (1985; in Sawang et al., 2010) administrovali metodu WCCL-R rozsáhlému vzorku studentů medicíny ($n = 425$). Revidovaná verze obsahuje 42 položek, z nichž některé měří zvládání zaměřené na problém a některé zvládání zaměřené na emoce. Zvládání zaměřené na emoce je hodnoceno v rámci čtyř kategorií. Jedná se o vyhledávání sociální opory, sebeobviňování, denní snění a vyhýbání.

COPE (Carver et al., 1989) byl na rozdíl od předchozích metod odvozen z teoretického předpokladu, že coping je spíše stabilní odpověď než specifickou reakcí na daný stresor. Tato metoda měří 15 copingových strategií. Respondenti mají hodnotit, jak se obecně vyrovnávají se stresujícími situacemi v jejich životě (Clark et al., 1995).

4.8. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu

V této části práce zaměřuji pozornost na copingové strategie užívané partnery v situaci, kdy je u jednoho z nich diagnostikováno nádorové onemocnění. Jak už bylo zmíněno, onkologické onemocnění ovlivňuje i život blízkých, zejména partnerů onkologických pacientů. Diagnóza rakovina vyvolává u partnerů pocity smutku, zlosti a strachu ze smrti milovaného člověka. Pro vyrovnání se s touto náročnou situací je nezbytné, aby oba partneři aktivovali určité způsoby zvládání. Kromě individuálních copingových strategií byly popsány i takové, které jsou společné pro oba partnery.

Autoři jedné z kvalitativních studií se domnívají, že nejružnější stresové situace v životě jedince neovlivňují pouze jeho osobu, ale také jeho partnera, děti, přátele a tím celý jeho společenský život. Z tohoto důvodu je důležité zaměřit výzkum na proces zvládání stresu v rámci partnerského vztahu (Kayser, Watson, Andrade, 2007).

Rolland (1994; in Feldman, Broussard, 2006) si povšiml, že vážné onemocnění u žen může negativně ovlivňovat partnerské i rodinné fungování. Důvodem je zejména to, že ženy v rodině zaujímají významnou pozici spojenou s mnoha praktickými i pečujícími funkcemi. Partneři žen s rakovinou prsu zastávají často nezastupitelnou roli v péči o nemocnou partnerku a společnou rodinu. Přesto bývá vliv této náročné životní situace na partnera přehlížený. Většina pozornosti odborníků se zaměřuje spíše na pacienta a jeho potřeby (Northouse & Peters-Golden, 1993; in Feldman, Broussard, 2006).

Až do roku 1970 byli partneři považováni spíše za pasivní pozorovatele než za aktivní účastníky v záležitostech souvisejících s nemocí. V 70. a 80. letech se objevují první deskriptivní studie, které popisují negativní vliv rakoviny na druhého z partnerů. Patří sem např. studie zkoumající psychosomatické příznaky, narušení intimity a sexuality, vyšší míru úzkosti a deprese či pocity strachu z onemocnění a jeho léčby.

Pro označení procesu zvládání v rámci vztahu se užívá termín dyadický coping. Jedná se o interakci mezi stresem jednoho z partnerů a reakcí druhého partnera zaměřenou na jeho zvládnutí. Podle Bodenmannovi teorie (1995, 1997, 2005; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) je coping proces, kdy partneři vzájemně reagují na svůj stres a snaží se tak udržet určitý stupeň životní pohody. Stres jednoho z partnerů je vnímán druhým partnerem,

který na něj odpovídá určitou reakcí. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu je ovlivněno tím, jak páry hodnotí stres spojený s tímto onemocněním, jak o nemoci komunikují, jak se snaží tuto nemoc zvládnout, zda jsou jejich snahy v souladu a jaký význam přisuzují zkušenostem s rakovinou (Kayser, Watson, Andrade, 2007).

Dyadický coping zahrnuje to, jak spolu páry komunikují, řeší problémy, vyrovnávají se se stresory, vzájemně si poskytují podporu apod. Tento druh copingu předpokládá zúčastněnost obou partnerů, kteří se na zvládání těžkých životních situací podílí společně, nikoli každý zvlášť (Bodenmann et al., 2006; in Morgan, 2009).

Podporující copingové strategie zahrnují vzájemnou pomoc mezi partnery, poskytování rady, vyjadřování důvěry v partnerovi schopnosti a vzájemnou soudržnost. Pro zvládání stresových situací je důležitá vzájemná důvěra, spolehlivost, věrnost a také přesvědčení, že partner nám poskytne pomoc a podporu i navzdory nepříznivým životním okolnostem. Negativní dyadický coping na druhé straně zahrnuje hostilitu, vyhýbání se otevřené komunikaci, povrchnost či poskytování podpory, která je partnerem vnímána jako neupřímná či sarkastická. Tyto strategie zvládání mohou u partnera vyvolat pocity opuštěnosti a nechtěnosti (Bodenmann, 2005; in Morgan, 2009).

Coyne a Smith (1991; in Manne et al., 2007) popsali dvě copingové strategie zaměřené na zvládání náročných situací v rámci partnerského vztahu (*relationship-focused coping*). První z nich označily jako *protective buffering*. Tato strategie spočívá ve skrývání skutečných obav, starostí a pocitů před partnerem, ve snaze vyhnout se vzájemným sporům a tak snížit míru prožívané zátěže a znepokojení na straně partnera. Cílem této strategie je především zmírnit jeho stres, avšak potlačování negativních pocitů a skrývání vlastních obav má ve výsledku spíše negativní vliv na psychiku obou partnerů. Druhou strategii označili jako *active engagement*. Tato strategie spočívá ve vyjadřování myšlenek a emocí mezi partnery a snahu o řešení problémů. Sdílení myšlenek a pocitů s druhým člověkem je důležité pro přijetí a zvládnutí náročných životních situací, mezi které nepochybně patří i onkologické onemocnění. Ve vztahu je neméně důležitá také intimita. Jedná se o proces, kdy člověk sdílí své osobní pocity, myšlenky, přání či představy s druhým jedincem. Pokud onkologicky nemocný nedává najevo své obavy a pocity, pak není možné, aby je jeho partner zaznamenal a poskytnul mu odpovídající podporu a péči.

Coyne a Smith (1991; in Manne et al., 2007) ve své studii zjistili, že vyšší úroveň distresu na straně žen, jejichž muži prodělali infarkt myokardu, byla spojena s užíváním strategie *protective buffering* na straně obou partnerů. Tato studie se však nezajímala o vliv používání této strategie na míru distresu u nemocných mužů.

Manne et al. (2007) se domnívají, že souvislost mezi užívání strategie *protective buffering* a mírou distresu, je ovlivněna mírou spokojenosti ve vztahu. Používání strategie *protective buffering* brání uspokojování psychických potřeb, které byly pro partnery žijící ve spokojeném vztahu obvyklé. Omezení sdílení pocitů, myšlenek, obav, vzájemné podpory a intimity, může u partnerů vést k rozvoji distresu. Na druhé straně u méně spokojených vztahů, jsou partneři zvyklí vyhledávat oporu spíše u jiných rodinných příslušníků či přátel. Omezení vzájemného sdílení, tak u těchto partnerů nevede k prožívání vyšší míry stresu. Na základě svého výzkumu zjistili, že užívání strategie *protective buffering* vede k vyšší míře distresu u těch pacientek, které uváděly vyšší míru spokojenosti ve vztahu než u těch, které byly ve vztahu méně spokojené.

Autoři Hinnen et al. (2008) se snažili zjistit, zda diagnóza rakoviny prsu představuje rizikový faktor, který negativním způsobem ovlivňuje partnerské vztahy. Jedná se o longitudinální studii, která se zaměřila na srovnávání žen s rakovinou prsu s kontrolní skupinou. Podle autorů může být spokojenost ve vztahu ovlivněna určitými intrapersonálními a interpersonálními faktory. Mezi intrapersonální faktory zařadili například typ připoutání, osobnostní vlastnosti a asertivitu. Asertivita je schopnost sdělovat vlastní myšlenky a pocity s respektem k pocitům a myšlenkám druhých lidí (Wolpe, Lazarus, 1996; in Hinnen et al., 2008). Výsledky ukázaly, že pacientky, které používaly nižší míru asertivity, byly ve vztahu méně spokojené.

Další longitudinální studie (Manne et al., 2006) zkoumá vztah mezi komunikačními strategiemi, mírou psychického distresu a spokojeností v partnerském vztahu u žen s rakovinou prsu a jejich partnerů. Důležitou otázkou je, zda komunikace mezi partnery týkající se rakoviny, může ovlivnit přijetí a přizpůsobení se této náročné životní situaci. Výsledky minulých výzkumů ukazují, že otevřená komunikace je důležitá především pro ženy, ať už jsou v pozici pacienta či pečující osoby. Výsledky ukázaly, že pacienti i partneři, kteří zhodnotili komunikaci ve vztahu jako konstruktivní, vykazovali nižší míru distresu a větší spokojenost v partnerství.

Gilbar a Zusman (2007) se ve své studii zaměřili na podobnosti a rozdíly mezi ženami s rakovinou a jejich manžely v oblasti copingových strategií, psychologického distresu a jejich vztahu s lékařem. Pacientky vykazovaly více symptomů psychického stresu než jejich partneři. Dále se ukázalo, že pacientky používají ve větší míře strategie zaměřené na problém, zatímco v oblasti strategií zaměřených na zvládání emocí žádný rozdíl mezi pacientkami a jejich partnery objeven nebyl. Co se týče vztahu k lékaři, mezi partnery nebyl objeven žádný významný rozdíl.

Kayser, Watson a Andrade (2007) na základě svého kvalitativního výzkumu rozlišili dva způsoby zvládání rakoviny v rámci partnerského vztahu. Jedná se o zúčastněný a nezúčastněný přístup. Zúčastněný přístup v sobě zahrnuje tři vztahové kvality. Jedná se o účast na nemoci partnera (přemýšlení o dopadu nemoci na partnera a vztah), autenticitu (projevování skutečných pocitů a obav) a vzájemnost (empatie, sdílení pocitů a zkušeností). Páry, které užívali zúčastněný přístup, vnímali rakovinu jako společný stresor, který ovlivnil jejich život a vztah. Tito partneři také otevřeně mluvili o nemoci, používali copingové strategie zaměřené na problém i na emoce a uváděli určité pozitivní aspekty rakoviny. Jednalo se o individuální růst, posílení vztahu či změnu priorit.

Skerrett (1998; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) vedl rozhovory s 20 páry týkající se zvládání rakoviny prsu. Na základě získaných dat byly páry rozděleny na odolné a problematické. Páry v první skupině měly vytvořeny společné strategie zvládání, byly pro sebe vzájemnou oporou a o nemoci mluvily otevřeně. Páry z druhé skupiny neměly vytvořeny společné strategie zvládání a nebyly schopny vést otevřenou komunikaci.

Zunkel (2002; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) objevil 4 důležité aspekty zvládání rakoviny prsu v rámci partnerského vztahu. Jedná se o oporu a pomoc, podílení se na pacientově uzdravení, pomáhání s domácností a odvedení pozornosti od nemoci. Na základě svého výzkumu rozlišil dva typy procesu zvládání. Jedná se o přijetí onemocnění a jeho bagatelizaci. V prvním případě se rakovina stává součástí rodinného života, páry otevřeně projevují své pocity týkající se onemocnění a léčby. Ve druhém případě dochází k omezení dopadu rakoviny na rodinný život.

Strategie zvládání stresu v rámci partnerského vztahu se do značné míry liší od strategií zaměřených na zvládání problémů i emocí. Zvládání zaměřené na vztah (*relationship-focused coping*) představuje interpersonální proces vedoucí k navázání, udržení nebo přerušení partnerského vztahu. Styl zvládání v rámci vztahu, který umožňuje posílení a zachování partnerství, zahrnuje vyjednávání, uzavírání kompromisů s partnerem, zvažování osobních limitů a vzájemnou empatii. Na druhé straně styl zvládání v rámci vztahu, který vede k narušení či rozpadu partnerství, zahrnuje kritizování, ignorování a omezení kontaktu s partnerem (Kramer, 1993).

Zvládání v rámci partnerství zahrnuje kognitivní a behaviorální snahy o udržení blízkých vztahů v průběhu určité stresující situace. Jak vyplývá z předchozího textu, používané copingové strategie partnerů můžeme dělit na pozitivní a negativní, podle toho, jaký dopad mají na vztah. Mezi pozitivní strategie zvládání byla zahrnuta také empatie. Empatie představuje porozumění pocitům druhého člověka a je nepostradatelná pro

posilování a udržení partnerského vztahu (Hepworth & Larsen, 1990; in Kramer, 1993). Jedna ze strategií zvládání zahrnující empatii se nazývá *empathic responding*. Empatie je považována za základ emočního porozumění, které podporuje prosociální a pečující tendence mezi lidmi (Eisenberg, 2000; in O'Brien et al., 2009). Empatie slouží k zvládání či předcházení konfliktům, zvládání stresu prožívaného partnerem, udržení blízkosti, emoční intimity a spokojenosti ve vztahu (O'Brien et al., 2009).

O'Brien et al. (2009) se ve své studii zabývali interpersonální dimenzí stresu a jeho zvládáním mezi partnery. Studie se zabývá rolí partnerského copingu v přizpůsobení se každodenním stresorům u sezdáných párů. Autoři studie předpokládali, že vyšší míra užívání empatie mezi manželi bude souviset s větší spokojeností ve vztahu. Dále autoři předpokládali, že rostoucí vnímání závažnosti stresoru povede k většímu užívání empatie. Míra užívání empatie byla měřena pomocí zkrácené formy *Empathic Responding Scale* (O'Brien, DeLongis, 1996). Jedná se o šesti-položkovou škálu. Obě složky empatie (kognitivní a behaviorální) byly hodnoceny třemi položkami. Bylo zjištěno, že mezi muži a ženami neexistuje významný rozdíl v míře užívání empatie sloužící ke zvládání stresorů. Vnímání vyšší závažnosti stresoru vedlo k většímu užívání empatie na straně obou partnerů. Potvrdil se také předpoklad, že vyšší míra užívání empatie souvisí s větší spokojeností ve vztahu u obou partnerů.

Kramer (1993) se ve své studii zabývá interpersonální podstatou zvládání stresu u žen, jejichž muži trpí Alzheimerovou nemocí. Autor studie vychází z předpokladu, že mezi jednotlivými strategiemi zvládání existuje určitý vztah. Například pečující osoby, které jsou empatické, ve větší míře používají strategie zaměřené na zvládání problémů. Naslouchání pocitům nemocného partnera usnadňuje porozumění jeho problémům a tím i jejich následné řešení. Druhý předpoklad se týká existence souvislosti mezi copingovými strategiemi zaměřenými na zvládání emocí a negativním stylem zvládání v rámci partnerského vztahu. Nedostatečná komunikace o problémech a omezené sdílení mezi partnery může vést k navýšení emočního napětí. Partneři se tak více než na zvládání problémů soustředí na své emoční prožívání. Negativní emoce plynoucí z narušené komunikace mohou negativně působit na partnerský vztah a spokojenost obou partnerů. Pro měření copingových strategií zaměřených na zvládání problémů a emocí autor použil autor revidovanou verzi *Ways of coping Checklist* (WCCL; Vitaliano et al., 1985). Zvládání v rámci partnerského vztahu bylo měřeno pomocí škály, kterou vyvinuli O'Brien a DeLongis (1991). Na základě svého výzkumu Kramer potvrdil oba výše zmíněné předpoklady. Pozitivní styl zvládání v rámci partnerské vztahu pozitivně koreloval se

zvládáním zaměřeným na problém. Pozitivní korelace byla objevena také mezi negativním stylem zvládání v rámci partnerského vztahu a zvládáním zaměřeným na emoce.

Další přehled výzkumů na téma zvládání onkologického onemocnění nabízí např. některé zahraniční sborníky. Pro příklad zde uvádím sborník ze 13. světového kongresu psychoonkologie, který se konal v r. 2011 v turecké Antalyi: *Psycho-Oncology - Jurnal of the Psychological, Social and Behavioral Dimension of Cancer*.

4.9. Výchozí studie pro výzkumnou část

V následující kapitole uvádím výzkumné studie, ze kterých vychází hlavní cíle praktické části práce. Jedná se zejména o studie, zabývající se zkoumáním rozdílů v oblasti užívání určitých způsobů zvládání náročných situací mezi skupinou mužů a žen. Další poznatky se týkají možných vlivů působení těchto používaných copingových strategií na další oblasti, zejména spokojenost v partnerství a psychickou pohodu u obou partnerů. Důležité jsou také informace, které se vztahují ke zkoumání míry souvislosti mezi jednotlivými způsoby zvládání.

Lazarus a Folkman (1984; in Dunkel-Schetter et al., 1992, s. 79) definují coping jako „kognitivní a behaviorální snahu o zvládání zátěže, která je zhodnocena jako náročná nebo překračující zdroje zvládání“. Vnímání problémů spojených s onemocněním je značně individuální, což vede k rozličným reakcím na straně nemocných. Lazarus a Folkman (1984; in Wootten et al., 2007) se domnívají, že odpověď na stresovou situaci závisí především na jejím kognitivním zhodnocení. Zhodnocení situace a následná copingová odpověď mohou ovlivnit výslednou emoční reakci člověka.

Copingové strategie jsou významné z hlediska jejich vlivu na zvládání stresových situací, na emoční pohodu a následně také psychické a fyzické zdraví člověka (Dunkel-Schetter et al., 1992). Rakovina zahrnuje množství situací, se kterými se musí pacient vyrovnat. Patří sem například bolestivé symptomy, nejasná prognóza a změny v oblasti sociálních vztahů (Dunkel-Schetter et al., 1992). Na způsobech zvládání onkologického onemocnění se mohou podílet i situační faktory jako je typ rakoviny, stádium a doba trvání nemoci či aktuální léčba (Dunkel-Schetter et al., 1992).

Dunkel-Schetter et al. (1992) zjistili, že nejvíce stresující je pro pacienty strach z nejisté budoucnosti (41 %) dále fyzická omezení (24 %), bolest (12 %) a problémy ve vztazích (3 %). Nejvyšší korelace v oblasti copingových strategií byla objevena mezi škálou vyhledávání sociální opory a pozitivního zaměření, nejnižší pak mezi škálou vyhledávání sociální opory a distancování. Vyhledávání sociální opory, zaměření na

pozitiva a distancování souvisely s nižší mírou emočního stresu, zatímco kognitivní a behaviorální vyhýbavé strategie byly spojeny s vyšším emočním vypětím. Nejvíce používaným způsobem zvládání bylo distancování (26 %). Vyhledávání sociální opory, pozitivní zaměření a kognitivní vyhýbavé strategie pacienti využívají přibližně ve 20 % případů. Nejméně užívanou strategií (11 %) bylo behaviorální vyhýbání.

Přibližně jeden ze šesti mužů v průběhu svého života onemocní rakovinou prostaty (Jemal et al., 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Stres provázející toto onemocnění je obvykle sdílen oběma partnery, kteří jsou si vzájemnou oporou (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Helgason et al. (2001; in Wootten et al., 2007) uvádí, že muži s rakovinou prostaty, kterým se od partnerů nedostává dostatečné emoční opory, častěji prožívají depresi, smutek a únavu a vykazují celkově nižší psychickou a celkovou pohodu než muži s vyšší mírou emoční podpory.

Diagnóza rakoviny může být provázena vznikem vtíravých myšlenek, které se týkají záležitostí spojených s onemocněním. Druhou možnou reakcí je vyhýbání. Jedná se o úsilí nemyslet na nemoc, nemluvit o ní a vyhýbat se tomu, co nemoc připomíná (Weiss, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Bylo zjištěno, že u lidí s vysokou mírou vyhýbání se často objevují negativní psychické příznaky, což je způsobeno neschopností celou událost kognitivně zpracovat. Někdy však může vyhýbání zmírňovat prožívaný stres, především dočasně, protože pomáhá lidem nemyslet na stresující událost (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Pacienti a jejich ženy, kteří ve větší míře zažívali obtěžující myšlenky spojené s nemocí, vykazovali méně negativních vlivů za předpokladu, že míra obtěžujících myšlenek byla vysoká i na straně jejich partnerů. Dále bylo zjištěno, že vyšší míra vyhýbání na straně pacientů nebo jejich žen souvisí s vyšší mírou negativního vlivu na jejich partnera. Lidem, jejichž partneři užívají více vyhýbavých strategií, se může dostávat méně sociální opory v rámci vztahu (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Neprojevování skutečných obav a pocitů vůči partnerovi mu neumožňuje rozpoznat, co jeho protějšek skutečně prožívá a tak mu brání v poskytnutí odpovídající péče o podpory.

Onkologičtí pacienti s vysokou mírou sociální opory se lépe vyrovnávají se svojí nemocí. Rodinní členové, především partneři, jsou velmi důležitým zdrojem sociální opory pro své blízké. Sociální opora je zřejmě více důležitá pro ženy, než pro jejich partnery. Ženy také často lépe rozumí tomu, co jejich partner prožívá a jsou vnímavější k projevované sociální opoře ve vztahu (Carlson et al., 2001; in Julkunen, Gustavsson-

Lilius, Hietanen, 2009). Cronkite a Moos (1984, in Dunkel-Schetter et al., 1992) zjistili, že ženy bez rodinné podpory s větší pravděpodobností užívají vyhýbavé copingové strategie.

Zvládání negativních emocí může být důležitým faktorem, který ovlivňuje atmosféru v rodinném prostředí a to, jak se členové rodiny s nemocí vyrovnávají. Styly zvládání hněvu mohou ovlivňovat pacientovo vnímání sociální opory poskytované partnerem a kvalitu jeho života. Vysoká míra potlačování hněvu u partnerů negativně koreluje s vnímanou úrovní sociální opory na straně pacienta. Na druhé straně kontrolování hněvu u obou partnerů pozitivně koreluje s poskytovanou sociální oporou. (Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen, 2009).

Studie zabývající se vztahem genderových charakteristik a adaptací na zátěž zjistili, že muži reagují na stres s větší mírou aktivity (agrese, rivalita, útočení), bagatelizace a externalizace než ženy. Zdá se, že muži jsou více odolní vůči působení akutních stresorů, ale hůře odolávají působení dlouhodobého stresu. Ženy jsou odolnější vůči dlouhodobé zátěži a mají větší tendenci k podpurným projevům a vyhledávání sociální opory (Paulík, 2010).

Významným faktorem, který ovlivňuje psychiku ženy, je spokojenost ve vztahu. Míra spokojenosti souvisí s úrovní podpory, které se pacientovi od partnera dostává. Mezi muži a ženami existují jisté rozdíly v preferencích partnerské podpory. Manne et al. (1999; in Giese-Davis et al., 2000) ve svém výzkumu zjistili, že ženy s rakovinou preferují emoční podporu více než nemocní muži. Neméně důležitá je také komunikace mezi partnery. Ženy s rakovinou prsu, vnímaly jejich vztah jako více užitečný, jestliže komunikace s partnerem byla otevřená a empatická (Pistrang, Barker, 1995).

Stres je jedním z mnoha faktorů, který má rozdílný vliv na muže a ženy. Některé výzkumy ukazují, že muži a ženy mají typické zdroje stresu (např., Almeida et al., 2002; in Yeh et al., 2009) a že stejné stresory na ně mohou působit rozdílně (např., Frey, 2000; in Yeh et al., 2009). Porter and Stone (1995; in Yeh et al., 2009) zjistili, že ženy uvádějí více problémů a stresu v souvislosti s vlastní osobou, rodinou a druhými lidmi, zatímco muži uvádějí více problémů spojených s prací. Stejně tak existují mezi muži a ženami rozdíly ve zvládání stresových situací. Několik studií zmiňuje, že typickou odpovědí mužů na stres je útok nebo útěk, kdežto typická ženská odpověď souvisí s pečující tendencí a je nazývána „pečování a přátelskost“ (např., Belle, 1987; in Yeh et al., 2009). Ženská role je spojena se schopností prožívat, vyjadřovat a komunikovat emoce ostatním stejně tak jako pochopit emoční prožitky druhých. Mužská role je naopak vymezená schopností potlačovat nebo

kontrolovat vlastní emoce. Výše zmíněné rozdíly mohou být do značné míry ovlivněny především výchovou a přejímáním tradičních mužských a ženských rolí.

Kayser, Sormanti, Ttrainchamps (1999) se domnívají, že ženy se vypořádávají s těžkými životními událostmi odlišným způsobem než muži. U žen je zvládání onkologického onemocnění spojeno se vztahovými faktory. Schopnost zvládnout rakovinu se rozvíjí především v rámci blízkých vztahů. Přizpůsobení se náročnému onemocnění se odvíjí od míry vzájemnosti ve vztahu, důvěry ženy v jeho trvání a od její schopnosti zapojit rodinu do procesu zvládání rakoviny. Blízké vztahy mohou vést ke zvýšení její duševní pohody. Podle vztahové teorie je snaha o dosažení a rozvoj empatického vztahu hlavním a významným úkolem ženského psychického vývoje (Jordan 1991; in Kayser, Sormanti, Ttrainchamps, 1999).

Vyšší míra sociální opory je spojena s posílením copingu, snížením stresu a zlepšením imunitní funkce na straně pacienta i partnera (Ey et al., 1998; in Banthia et al., 2003). V poskytování sociální opory existují určité rozdíly mezi muži a ženami. Muži mají nižší tendenci vyhledávat vnější sociální oporu a psychologické služby než ženy (Nicholas, 2000; in Banthia et al., 2003) a jsou více závislí na podpoře, kterou jim poskytuje jejich partner (Hoekstra-Weebers et al., 1998; Revenson, 1994; in Banthia et al., 2003). Ženy oproti tomu mají tendenci využívat několik různých zdrojů podpory současně (Nicholas, 2000; in Banthia et al., 2003).

Způsob, kterým se lidé vypořádávají s náročnými situacemi, ovlivňuje zvládání stresu a jeho působení na lidské zdraví (Lazarus & Folkman, 1984; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007). Genderové rozdíly v užívání copingových strategií se podle určitých autorů objevují již v dětství. Výsledky některých studií (např., Eschenbeck & Kohlmann, 2002; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007) ukazují, že dívky užívají více vyhledávání sociální opory a zvládání zaměřené na problém, zatímco chlapci užívají více distancování a vnějších projevů zvládání.

Sabo et al. (1986; in Feldman, Broussard, 2006) zjistil, že pro muže je důležité především to, jak se jejich ženy vyrovnávají s nemocí a mají tendenci skrývat své vlastní pocity. Dále bylo zjištěno, že muži mají pochybnosti ohledně své schopnosti pomoci ženám vyrovnat se s jejich onemocněním a užívají únik jako primární obranu před starostmi. Morse (1991; in Feldman, Broussard, 2006) uvádí, že někteří muži užívají zvýšenou sebekontrolu k utajení vlastních pocitů smutku a strachu před svými ženami.

Ženy ve srovnání s muži mají obvykle širší sociální síť a více blízkých přátel (Cutrona & Russell 1987; in Drageset, Lindstrom, 2003) a užívají sociální oporu častěji

jako jeden ze způsobů copingu (Monat & Lazarus 1991; in Drageset, Lindstrom, 2003). Sociální opora nemusí být vždy považována za adaptivní způsob copingu (Stroebe et al. 1996; in Drageset, Lindstrom, 2003). Vyjadřování negativních emocí, jako je třeba úzkost, může vést k zesílení tohoto pocitu. Neustálé mluvení o problémech může být nepříjemné i pro posluchače a hrozí tak omezení sociálního kontaktu a opory z jejich strany.

Sociální opora ovlivňuje psychologické, emoční a kognitivní zvládání náročných životních situací (Wills & Fegan, 2001; in Hoyt, Stanton, 2011). Někdy může usnadnit používání efektivních copingových strategií prostřednictvím lepšího porozumění problému a větší motivace k adaptivnímu řešení situace. Některé osobnostní vlastnosti jako je ochota pomáhat nebo projevovat emoce mohou ovlivňovat to, jaké způsoby zvládání náročných životních situací lidé používají. Např. lidé s vyšší potřebou emoční exprese budou ve větší míře vyhledávat sociální oporu. Tradiční mužská role je často spojována s vlastnostmi jako je samostatnost a nezávislost, které mohou souviset s užíváním méně adaptivních způsobů zvládání onemocnění, zejména v oblasti sociální výměny (Hoyt, 2009; in Hoyt, Stanton, 2011).

Jak vyplývá z výše uvedeného textu, sociální opora je velmi důležitou součástí při zvládání náročných situací v životě partnerů. Otevřená komunikace umožňuje, aby se ostatní lidé dozvěděli o podstatě našich problémů a na základě toho nám mohli poskytnout odpovídající pomoc a podporu. Odreagování vlastních prožitků a obav v rámci sociálního kontaktu může také vést ke snížení emočního napětí a tím k lepší aktivaci dalších adaptivních způsobů zvládání. V oblasti vyhledávání sociální opory byly zjištěny také určité rozdíly mezi muži a ženami. Výzkumy ukazují, že potřeba sdílení v náročné životní situaci je více důležitá u skupiny žen. Muži mají naopak tendenci své skutečné pocity a obavy potlačovat. Tyto tendence mohou určitě do značné míry souviset s tradiční ženskou a mužskou rolí. U žen se více než u mužů toleruje otevřené projevování pocitů či vlastní slabosti a bezbrannosti. Muži tím pádem mohou směřovat spíše k používání méně adaptivních copingových strategií, mezi které řadíme zejména různé druhy vyhýbání a omezenou komunikaci o vlastním prožívání.

Praktická část

5. Hlavní teoretická východiska a výzkumné cíle

Ze zahraničních studií vyplývá, že v oblasti vyhledávání sociální opory existují určité rozdíly mezi skupinou mužů a žen. Práce zabývající se touto problematikou dospívají ve většině případů k tomu, že vyhledávání sociální opory je více charakteristické spíše pro ženy, zatímco muži používají častěji různé způsoby vyhýbání a distancování. V následujícím textu znovu uvádím některé z důležitých výzkumných poznatků vztahujících se k vlastnímu cíli předkládané práce.

Carlson et al. (2001; in Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen, 2009) dospěli k závěru, že sociální opora je více důležitá pro ženy než pro jejich partnery a že ženy jsou vnímavější k projevované sociální opoře ve vztahu a k tomu, co prožívá jejich partner.

Studie zabývající se vztahem genderových charakteristik a adaptací na zátěž zjistili, že muži reagují na stresové události s větší mírou aktivity (agrese, rivalita, útočení), bagatelizace a externalizace než ženy, které mají naopak větší tendenci k podpurným projevům a vyhledávání sociální opory (Paulík, 2010).

Manne et al. (1999a; in Giese-Davis et al., 2000) ve svém výzkumu zjistili, že ženy s rakovinou preferují emoční podporu více než nemocní muži. Dalším důležitým faktorem zvládání je také komunikace mezi partnery. Ženy s rakovinou prsu, vnímaly jejich vztah jako více podporující, jestliže komunikace s jejich partnerem byla otevřená a empatická (Pistrang, Barker, 1995).

Autoři Kayser, Sormanti, Ttrainchamps (1999) se domnívají, že ženy se vypořádávají s těžkými životními událostmi odlišným způsobem než muži. U žen je zvládání onkologického onemocnění spojeno zejména se vztahovými faktory a schopnost zvládnout rakovinu se rozvíjí v rámci blízkých vztahů.

Genderové rozdíly v užívání copingových strategií se podle určitých autorů objevují již v dětství. Výsledky některých studií (např., Eschenbeck & Kohlmann, 2002; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007) ukazují, že dívky užívají více vyhledávání sociální opory a zvládání zaměřené na problém, zatímco chlapci užívají více distancování a vnějších projevů zvládání. Ženy ve srovnání s muži mají obvykle širší sociální síť a více blízkých přátel (Cutrona & Russell 1987; in Drageset, Lindstrom, 2003) a užívají sociální oporu častěji jako jeden ze způsobů zvládání (Monat & Lazarus 1991; in Drageset, Lindstrom, 2003).

Tradiční mužská role je často spojována s vlastnostmi jako je samostatnost a nezávislost, které mohou souviset s užíváním méně adaptivních způsobů zvládání onemocnění, zejména v oblasti sociální výměny (Hoyt, 2009; in Hoyt, Stanton, 2011). Morse (1991; in Feldman, Broussard, 2006) uvádí, že někteří muži užívají zvýšenou sebekontrolu k utajení vlastních pocitů smutku a strachu před svými ženami.

Prvním cílem práce je zjistit, zda existují rozdíly v míře užívání vybraných copingových strategií mezi muži a ženami, kteří se potýkají s náročnou životní situací (onkologické onemocnění). Na základě prostudovaných zdrojů předpokládám, že ženy užívají více vyhledávání sociální opory, zatímco muži užívají více neadaptivních způsobů zvládání. Do méně adaptivních copingových strategií je zařazeno kognitivní a behaviorální vyhýbání a dále distancování. Tyto copingové strategie brání projevování skutečných myšlenek, pocitů a obav, což může mít negativní vliv na další oblasti v životě člověka. Jedná se např. o míru prožívaného stresu, zdravotní stav či spokojenost v partnerství. Pro zjištění tohoto předpokladu, byly stanoveny následující hypotézy.

- **H1:** *Ženy budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru na subškále vyhledávání sociální opory měřené pomocí WOC-CA než muži.*
- **H2:** *Muži budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru neadaptivního copingu měřeného pomocí WOC-CA než ženy.*

Dalším cílem výzkumného šetření je zjistit, zda míra vyhledávání sociální opory souvisí s užíváním dalších copingových strategií. Například Wills & Fegan (2001; in Hoyt, Stanton, 2011) se domnívají, že sociální opora ovlivňuje psychologické, emoční a kognitivní zvládání náročných životních situací a že někdy může usnadnit používání efektivních copingových strategií prostřednictvím lepšího porozumění problému a větší motivace k adaptivnímu řešení situace. Dunkel-Schetter et al. (1992) zjistili, že nejvyšší korelace v oblasti copingových strategií byla objevena mezi škálou vyhledávání sociální opory a pozitivním zaměřením, nejnižší pak mezi škálou vyhledávání sociální opory a distancováním. Na základě zjištěných poznatků předpokládám, že míra vyhledávání sociální opory bude pozitivně korelovat s adaptivními způsoby copingu a negativně korelovat s těmi méně adaptivními. Mezi adaptivní copingové strategie jsem zařadila zaměření na pozitiva a mezi méně adaptivní pak oba způsoby vyhýbání a distancování. Pro ověření těchto předpokladů byly stanoveny následující hypotézy.

- **H3:** *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem na subškále zaměření na pozitiva, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů.*
- **H4:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem neadaptivního copingu, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů.*

6. Výzkumné metody

6.1. Typ výzkumného šetření

Pro ověření stanovených hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Výzkumná data byla získávána prostřednictvím dotazníků. Jednalo se o verzi dotazníku A, určenou pro onkologické pacienty/pacientky, a verzi dotazníku B, určenou pro jejich partnery/partnerky. Vytvořený dotazník se skládá ze dvou hlavních částí. Jedná se o vybrané sociodemografické údaje (viz. kapitola č. 8: Výzkumný soubor) a metodu WOC-CA určenou k měření vybraných copingových strategií. K dotazníkům byl přiložen informační průvodní dopis s údaji o účelu výzkumného šetření (viz. kapitola č. 7: Průběh a etika výzkumného šetření).

6.2. Metoda WOC-CA

Dunkel-Schetter et al. (1992) pro účely svého výzkumu přizpůsobili původní verzi WOC a vytvořili škálu WOC-CA (*cancer version*). Jedná se o škálu přizpůsobenou pro onkologické pacienty, kteří tvořili výzkumný soubor. Původní verze WOC byla navržena pro opakovaná měření a respondenti si mají sami zvolit stresovou situaci, kterou v poslední době prožili. Škála WOC-CA je navržena pro měření zvládání stresu souvisejícího s onkologickým onemocněním. Autoři studie nejdříve vymezili soubor specifických stresorů spojených s rakovinou: 1. strach a nejistota ohledně budoucnosti; 2. omezení ve fyzické způsobilosti, vzhledu nebo životním stylu; 3. akutní bolest, symptomy; 4. problémy s rodinou nebo přáteli. Respondenti měli z těchto navržených problémů vybrat ten, který je pro ně nejvíce stresující, nebo si zvolili svůj vlastní. U vybraného problému pak měli vyznačit, jak moc stresující pro ně byl v minulých 6 měsících. Z 51 položek z revidovaného WOC (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986, in Dunkel-Schetter et al., 1992) autoři vynechaly 6, které byly posouzeny jako nevhodné pro onkologické pacienty. Z dřívější verze WOC, která má 67 položek, byly k vybraným 45 položkám přidány 4. Tři z nich zahrnují zvažování budoucnosti (čekám nebo se na to připravuji) a jedna se týká srovnání vlastní situace vzhledem k možným výsledkům. Některé z vybraných 49 položek byly přeformulovány, tak aby byl jejich význam pro pacienty jasnější a srozumitelnější. K tomuto počtu autoři přidali ještě tři položky, které popisují často se vyskytující způsoby zvládání u onkologických pacientů. Konečnou verzi WOC-CA tedy tvoří 52 položek měřících určité způsoby zvládání stresu. Poslední položka č. 53 je věnována vlastnímu popisu používaných copingových strategií ze strany respondentů.

Celou škálu tvoří pět subškál. Jedná se o vyhledávání sociální opory s 11 položkami (př. Mluvím s někým o tom, jak se cítím), zaměření na pozitiva s 8 položkami (př. Znovu objevuji, co je v životě důležité), distancování s 12 položkami (př. Snažím se zapomenout na celou záležitost), kognitivní vyhýbání s 9 položkami (př. Doufám, že se stane zázrak) a behaviorální vyhýbavé strategie zahrnující 12 položek (př. Snažím se nejednat unáhleně).

Dunkel-Schetter et al. (1992) ve své studii stanovil reliabilitu WOC-CA na hodnotu 0.92 Cronbachovy alfy. Zabalagui (1999; in Hjörleifsdóttir et al. 2006) ve své studii zjistila, že jednotlivé copingové strategie v rámci metody WOC-CA dosahují hodnoty Cronbachovy alfy v rozmezí 0.66 až 0.92. Hjörleifsdóttir et al. (2006) pak udává nejvyšší hodnotu reliability pro subškálu měřící sociální oporu 0.81 a nejnižší pro subškálu měřící behaviorální vyhýbavé strategie 0.46. Tento výsledek může souviset se závěry Rosenbergera et al. (2002; Hjörleifsdóttir et al. 2006), který identifikoval tři faktory v rámci metody WOC-CA namísto pěti. Při zkombinování subškály kognitivního a behaviorálního vyhýbání pak bylo dosaženo hodnoty Cronbachovy alfy 0.80.

Metodou WOC-CA ve svém výzkumu dále zabývali E. E. Hjörleifsdóttir et al. (2006). Ve své studii se pokusili otestovat použitelnost dvou dotazníkových metod u Islandské populace. Jednalo se o metodu *Brief Symptom Inventory* (BSI 18; Zabora et al., 2001) a *Ways of Coping Inventory-Cancer Version* (WOC-CA; Dunkel-Schetter et al., 1992). Výzkumný soubor zahrnoval 40 onkologických pacientů, z toho 53 % žen a 47 % mužů. Autoři zjistili, že ženy vykazují více depresivních symptomů než muži. Nejvíce používanou copingovou strategií bylo distancování a muži se více zaměřovali na pozitiva.

Všech 52 položek metody WOC-CA bylo pro účely vlastního výzkumu přeloženo z anglického jazyka a jejich významová správnost zkontrolována. Položka č. 53 věnována popisu vlastních způsobů zvládání do dotazníku zahrnuta nebyla. Cílem výzkumu bylo totiž zjistit míru užívání vybraných copingových strategií v souladu se stanovenými hypotézami. Ke každé položce byla přiřazena pětibodová škála Likertova typu (0 – nikdy, 4 – velmi často). Respondenti měli u každé položky ze seznamu označit, jak často příslušný způsob zvládání použili v průběhu minulých 6 měsíců. Úvodní část dotazníku byla pozměněna pro účely vlastního výzkumného šetření. V původní verzi dotazníku měli pacienti z předepsaných stresorů vybrat ten nejzávažnější nebo si zvolit svůj vlastní. U vybraného problému pak měli stanovit, jak moc stresující pro ně byl v průběhu minulých 6 měsíců. Jelikož se jednalo i o problémy spojené s fyzickým stavem (akutní bolest, symptomy, omezení ve fyzické způsobilosti, atd.), nebyly položky příliš vhodné pro použití u verze dotazníku B určenou pro partnery onkologických pacientů. Z tohoto

důvodu byl v úvodu dotazníku uveden pouze text, kde bylo onemocnění (dotazník A) nebo onemocnění partnera (dotazník B) označeno jako náročná životní situace, ke které se vztahují níže uvedené položky. Respondenti měli do příslušného políčka křížkem označit, jak často daný způsob zvládání této náročné životní situace použili v průběhu minulých 6 měsíců.

7. Průběh a etika výzkumného šetření

Po stanovení výzkumných hypotéz a sestavení dotazníků pro pacienty a partnery následovala jejich distribuce. Dotazníky spolu s průvodními dopisy byly pacientům předávány prostřednictvím lékařek a zdravotních sester v gynekologické a onkologické ambulanci a dále při setkání žen v rámci programu neziskové organizace Liga proti rakovině v Šumperku. Kritériem pro zařazení pacientů do výzkumu byl život v partnerství a přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze jednoho z partnerů. Sběr výzkumných dat probíhal od března do září r. 2014. Pacientům byly při návštěvě výše zmíněných zařízení předány dotazníky spolu s obálkou s předepsanou adresou a známkou. Každá sada obsahovala průvodní dopis, dotazník A určený pro pacienta a dotazník B určený pro jeho partnera. Partneři si dotazníky mohli vyplnit v klidu v domácím prostředí a poté zaslat na uvedenou adresu. Respondenti byli prostřednictvím průvodního dopisu informováni o účelu, dobrovolnosti a anonymitě výzkumného šetření. Součástí průvodního dopisu byl také kontaktní e-mail pro zodpovězení případných dotazů.

8. Výzkumný soubor

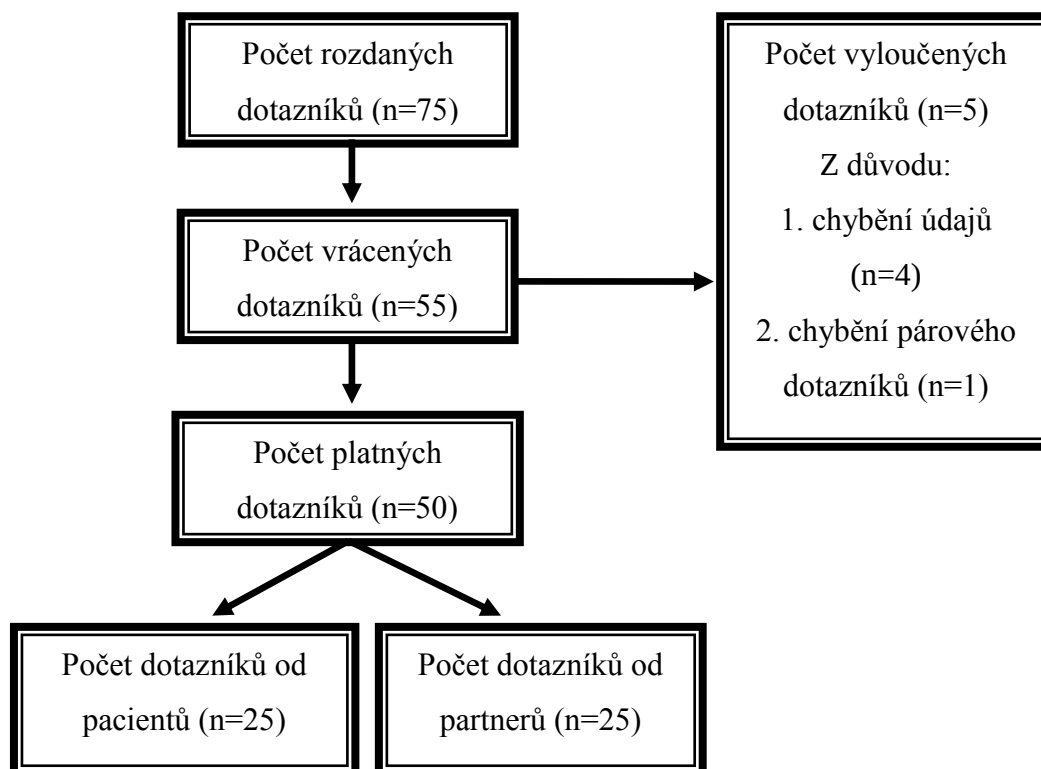
8.1. Způsob výběru výzkumného souboru

Základní populaci pro výběr účastníků do výzkumu tvořili onkologičtí pacienti, popřípadě lidé, kteří se ve svém životě potýkali s onkologickým onemocněním, a jejich partneři. Byla použita kombinace záměrného a příležitostného typu výběru probandů. Kritériem pro zařazení pacienta do výzkumu byla přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze a život v partnerství. Onkologičtí pacienti nemuseli být s partnerem sezdání nebo spolu bydlet ve společné domácnosti. Výzkumného šetření se mohli zúčastnit ti pacienti, kteří v době od března do září r. 2014 navštívili některé ze zařízení, kde probíhala distribuce dotazníků. Partnerem se v kontextu tohoto výzkumného šetření míní člověk, který je s pacientem v intimním vztahu.

8.2. Velikost výzkumného souboru

Do výzkumného šetření byla zahrnuta data od 50 respondentů. Celkem se vysbíralo 25 platných párových dotazníků od onkologických pacientů a jejich partnerů. Graf č. 1 znázorňuje proces formování výzkumného souboru.

Graf č. 1: Proces formování výzkumného souboru



8.3. Sociodemografické údaje

V první části dotazníku pro onkologické pacienty/pacientky a jejich partnery/partnerky jsou obsaženy vybrané sociodemografické údaje. V dotazníku pro pacienty (A) se jedná o pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ nádorového onemocnění, jeho trvání (délka od první diagnózy) a momentální stav (léčba x remise), délku vztahu s partnerem, bydlení ve společné domácnosti a život v manželství. V dotazníku pro partnery (B) jsou otázky obdobné, pouze s vynecháním položky typ nádorového onemocnění, jeho doba trvání a momentální stav.

8.4. Popis výzkumného souboru

Do výzkumného šetření se zapojilo 50 párů, z toho 25 mužů a 25 žen. Z celkového počtu 25 onkologických pacientů jsou pouze 4 muži (8 %). Všechny páry z výzkumného souboru jsou heterosexuální. Všichni partneři spolu bydlí ve společné domácnosti a kromě dvou případů se jedná o páry sezené. Průměrný věk mužů ve výzkumném souboru je 63,47 let a ženy dosahují průměrné hodnoty 63,43 let. Průměrná délka vztahu mezi partnery činí 39,27 let. Četnosti nejvyššího dosaženého vzdělání mužů a žen jsou znázorněny v tabulce č. 1. U mužů je nejvíce zastoupené vyučení na střední škole (44 %) a u žen je to střední vzdělání s maturitou (48 %).

Tabulka č. 1: Četnosti nejvyššího dosaženého vzdělání u mužů a žen z výzkumného souboru

Dosažené vzdělání	Četnosti muži	Četnosti ženy
Základní	0 (0 %)	2 (8 %)
Střední - vyučen	11 (44 %)	8 (32 %)
Střední - maturita	7 (28 %)	12 (48 %)
Vysokoškolské	7 (28 %)	3 (12 %)

Průměrná doba trvání nádorového onemocnění (doba od první diagnózy) u pacientů z výzkumného souboru je 5,8 let. Z celkového počtu 25 onkologických pacientů je 20 z nich momentálně v období remise. Pouze u zbylých 5 pacientů (20 %) momentálně probíhá léčba. Momentální léčba onemocnění nebyla podmínkou pro účast ve výzkumu. Pacienti se mohli nacházet i v období remise jejich nemoci. Onkologické onemocnění

může narušit běžné fungování téměř ve všech oblastech života. S těmito změnami se musí partneři vyrovnávat dlouhodobě, i když akutní symptomy onemocnění v období remise vymizí. Zvládání se nemusí týkat pouze projevů léčby, ale i pracovní oblasti, partnerského a rodinného fungování či přetrvávajících obav z návratu onemocnění. Zabora et al. (1997; in Hjörleifsdóttir et al., 2006) poukazuje na to, že onkologické onemocnění není jednorázovou zkušeností, ale spíše se jedná o sérii zkušeností, začínající stanovením diagnózy a pokračujícím až k remisi nebo a u mnohých pacientů až do recidivy či terminální fáze.

Tabulka č. 2 znázorňuje četnosti jednotlivých typů nádorového onemocnění (zasažená oblast či orgán), které se v souboru vyskytly. Největší zastoupení v souboru tvoří rakovina prsu (44 %) a na druhém místě v četnosti jsou nádory orgánů trávicího traktu (24 %).

Tabulka č. 2: Četnosti jednotlivých typů nádorového onemocnění u pacientů z výzkumného souboru

Typ nádorového onemocnění	Četnosti
Prs	11 (44 %)
Orgány trávicího traktu	6 (24 %)
Vaječníky	2 (8 %)
Prostata	2 (8 %)
Krev, lymfa, kosti	2 (8 %)
Ledviny	1 (4 %)
Plíce	1 (4 %)

9. Výsledky výzkumu

9.1. Použité statistické metody

Pro statistické zhodnocení výsledných dat byl využit program Statistica 12. Pro použití parametrických statistických metod musí být splněny tři základní podmínky. Jedná se o práci s metrickými proměnnými, normální rozložení četností a velikost souboru $n > 15$. Výsledné skóry na jednotlivých subškálách odpovídají součtu bodů za jednotlivé položky v dotazníku. Tyto skóry pak byly převedeny na průměrné hodnoty, které jsou ke statistickému zpracování vhodnější. Číselné hodnoty získané na jednotlivých subškálách tedy představují metrické proměnné. Velikost porovnávaných skupin u hypotézy H1 a H2 je rovna 25. Z celkového počtu 50 respondentů srovnáváme skupinu 25 žen a 25 mužů. U hypotézy H3 a H4 zjišťujeme korelace mezi vybranými subškálami a pracujeme tak s celým souborem 50 respondentů. První dvě podmínky pro použití parametrických statistických metod jsou tedy splněny.

Poslední podmínkou je normální rozložení četností u vybraných proměnných v souvislosti se stanovenými hypotézami. Bylo potřeba ověřit normální rozložení proměnné sociální opora, zaměření na pozitiva a neadaptivní coping. K tomuto účelu jsem využila Shapiro-Wilkův W test. Výsledky této statistické analýzy jsou zobrazeny v níže uvedených grafech č. 2, č. 3 a č. 4. Pro proměnnou sociální opora je výsledná hodnota $W = 0,96$ a hodnota $p = 0,06$ ($p > 0,01$), což znamená, že soubor pochází z populace s normálním rozdělením četností. Základní údaje popisné statistiky proměnné sociální opora jsou uvedeny v následující tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Základní statistické údaje proměnné sociální opora

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
2	0,36	3,18	0,62

Pro proměnnou zaměření na pozitiva je výsledná hodnota $W = 0,99$ a $p = 0,78$ ($p > 0,01$), což znamená, že proměnná zaměření na pozitiva má normální rozložení četností. Základní statistické údaje této proměnné uvádím v níže uvedené tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Základní statistické údaje proměnné zaměření na pozitiva

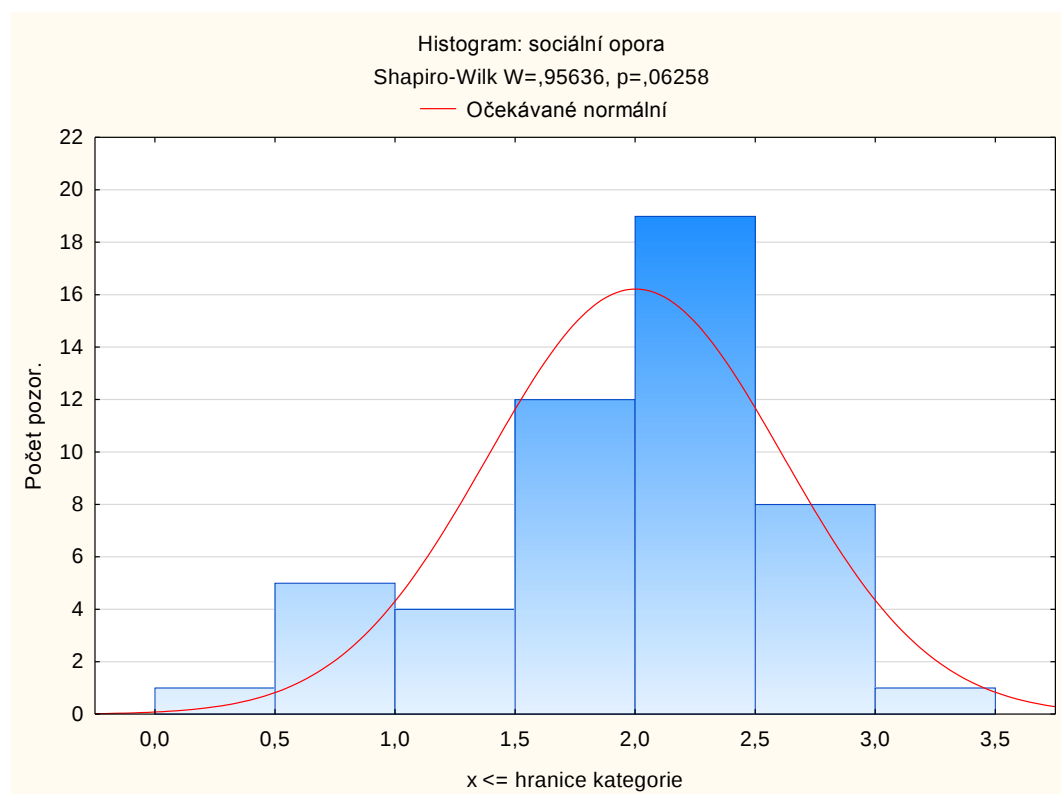
Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
1,83	0,25	3,13	0,63

Pro proměnnou neadaptivní coping je výsledná hodnota $W = 0,95$ a $p = 0,04$ ($p > 0,01$), což znamená, že proměnná neadaptivní coping má normální rozložení četností. Základní statistické údaje této proměnné opět uvádím v níže uvedené tabulce č. 5.

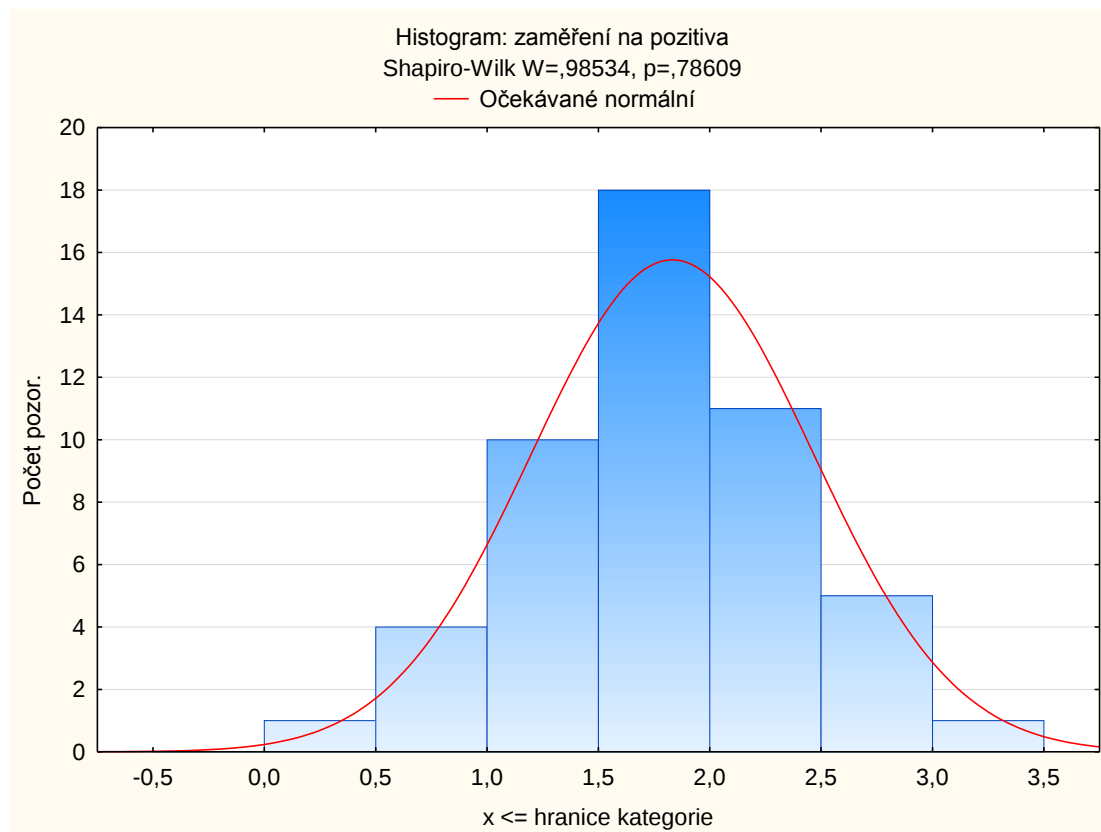
Tabulka č. 5: Základní statistické údaje proměnné neadaptivní coping

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
1,72	1,12	2,82	0,36

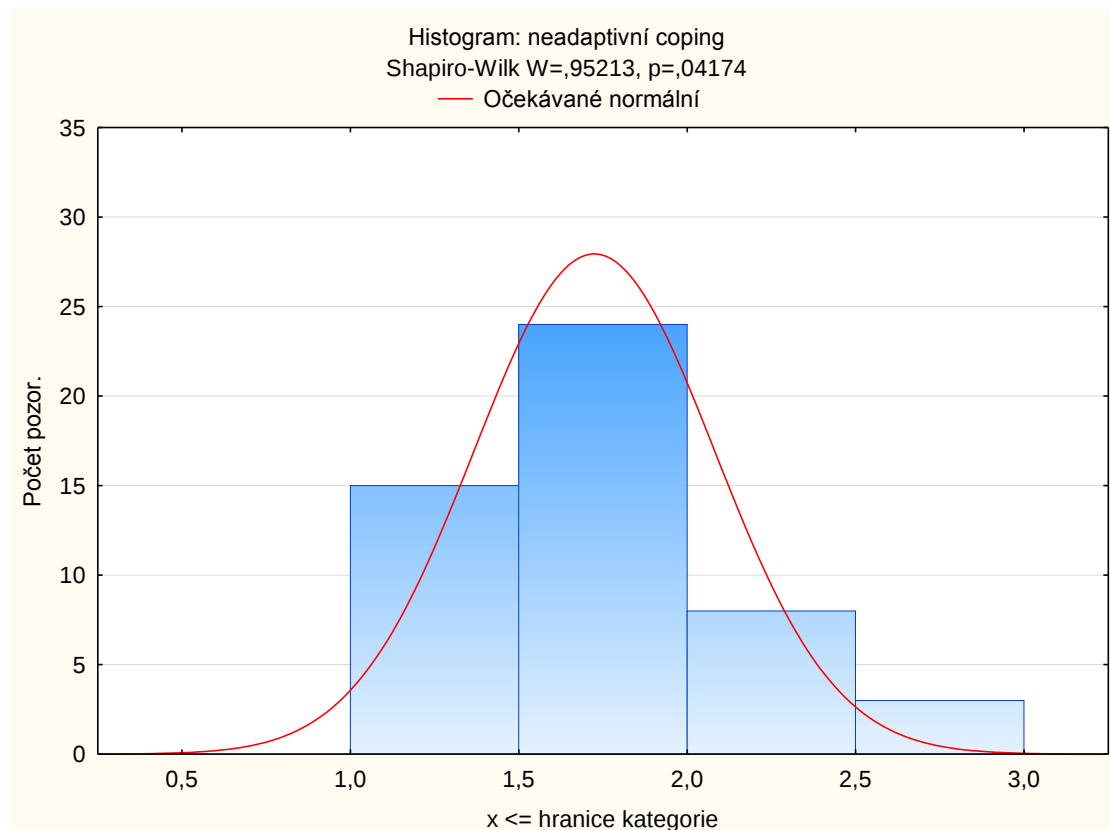
Graf č. 2: Ověření normálního rozložení proměnné sociální opora



Graf č. 3: Ověření normálního rozložení proměnné zaměřený na pozitiva



Graf č. 4: Ověření normálního rozložení proměnné neadaptivní coping



Jak vyplývá z uvedených grafů a výsledných hodnot W testu, všechny posuzované proměnné mají normální rozložení četností. Třetí podmínka pro použité parametrických statistických metod je tímto také splněna. U hypotézy H1 a H2 bylo potřeba dále ověřit homogenitu rozptylu proměnné vyhledávání sociální opory a neadaptivní coping, tak aby bylo možné vybrat příslušný t-test pro jejich ověření. K tomuto účelu byl použit Leveneův test. Výsledné hodnoty testu pro obě proměnné jsou uvedeny v následujících tabulkách č. 6 a č. 7.

Tabulka č. 6: Výsledky Leveneho testu pro proměnnou sociální opora

Kritická hodnota t	Leveneho F	Stupně volnosti	Hodnota p
-1,72	0,62	48	0,09

Tabulka č. 7: Výsledky Leveneho testu pro proměnnou neadaptivní coping

Kritická hodnota t	Leveneho F	Stupně volnosti	Hodnota p
-1,29	0,00	48	0,20

V obou případech je hodnota $p > 0,05$, což znamená, že soubory jsou pro obě porovnávané proměnné homogenní. Z tohoto důvodu by měl být pro ověření hypotéz použit t-test pro stejné rozptyly.

Pro ověření H1: *Ženy budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru na subškále vyhledávání sociální opory měřené pomocí WOC-CA než muži*; a H2: *Muži budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru neadaptivního copingu měřeného pomocí WOC-CA než ženy*; byl použit Studentův t-test pro testování rozdílů mezi dvěma nezávislými skupinami. Nezávisle proměnnou je v obou případech pohlaví. Závisle proměnnou u H1 představuje míra vyhledávání sociální opory a u H2 míra používání neadaptivního copingu.

Hypotéza H3: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem na subškále zaměření na pozitiva, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů*; a hypotéza H4: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem neadaptivního copingu, obojí*

měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů; byly testovány s využitím Pearsonova korelačního koeficientu. Jedná se o test, který hledá souvislosti mezi dvěma metrickými proměnnými. U hypotézy H3 hledáme pozitivní souvislost mezi proměnnou vyhledávání sociální opory a zaměřením na pozitiva. V případě hypotézy H4 hledáme negativní souvislost mezi proměnnou vyhledávání sociální opory a neadaptivním copingem.

9.2. Výsledky měření

V následující kapitole uvádím výsledky měření s využitím škály WOC-CA u onkologických pacientů a jejich partnerů. V níže umístěné tabulce jsou obsažena data pro srovnání míry užívání jednotlivých copingových strategií mezi muži a ženami ve výzkumném souboru. Dále jsou tato data uvedena i pro onkologické pacienty a jejich partnery, tak aby je bylo možné případně srovnat s výsledky zahraničních studií. Na škále WOC-CA mohli respondenti u každé položky získat 0-4 body. Následně se body získané na každé subškále sečetly a vydělily jejich počtem, tak aby byla získána průměrná hodnota. Z těchto průměrných skóre byl pro každou subškálu vypočítán opět průměr a tato hodnota převedena na procentuální vyjádření. Takto získané hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 8 pro jednotlivé skupiny.

Tabulka č. 8: Míra užívání jednotlivých copingových strategií u vybraných skupin

Subškály WOC-CA	Muži	Ženy	Pacienti	Partneři
Sociální opora	46,25 %	53,75 %	51,00 %	49,00 %
Kognitivní vyhýbání	36,50 %	44,50 %	40,50 %	40,75 %
Distancování	52,50 %	53,25 %	55,00 %	52,50 %
Zaměření na pozitiva	40,50 %	51,00 %	48,50 %	43,00 %
Behaviorální vyhýbání	34,00 %	35,25 %	33,00 %	35,50 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že jednotlivé hodnoty se v porovnávaných skupinách liší ve většině případů jen málo. Mezi skupinou mužů a žen byl zaznamenán největší rozdíl v míře vyhledávání sociální opory, u kognitivního vyhýbání a zaměření na

pozitiva. Nejvíce je obecně používána strategie distancování a na druhém místě vyhledávání sociální opory. Nejméně používanou strategií je pak behaviorální vyhýbání. Jednotlivé copingové strategie jsou také ve většině případů využívány z méně než 55 %. Z hlediska výzkumných hypotéz považuji za vhodné uvést také průměrné hodnoty používání neadaptivního copingu u skupiny mužů a žen. Jedná se o průměrnou hodnotu vypočítanou ze skóre dosažených na subškále kognitivní vyhýbání, distancování a behaviorální vyhýbání. Muži dosáhli hodnoty 41,50 % a ženy 44,5 %, což představuje rozdíl pouhé 3 %.

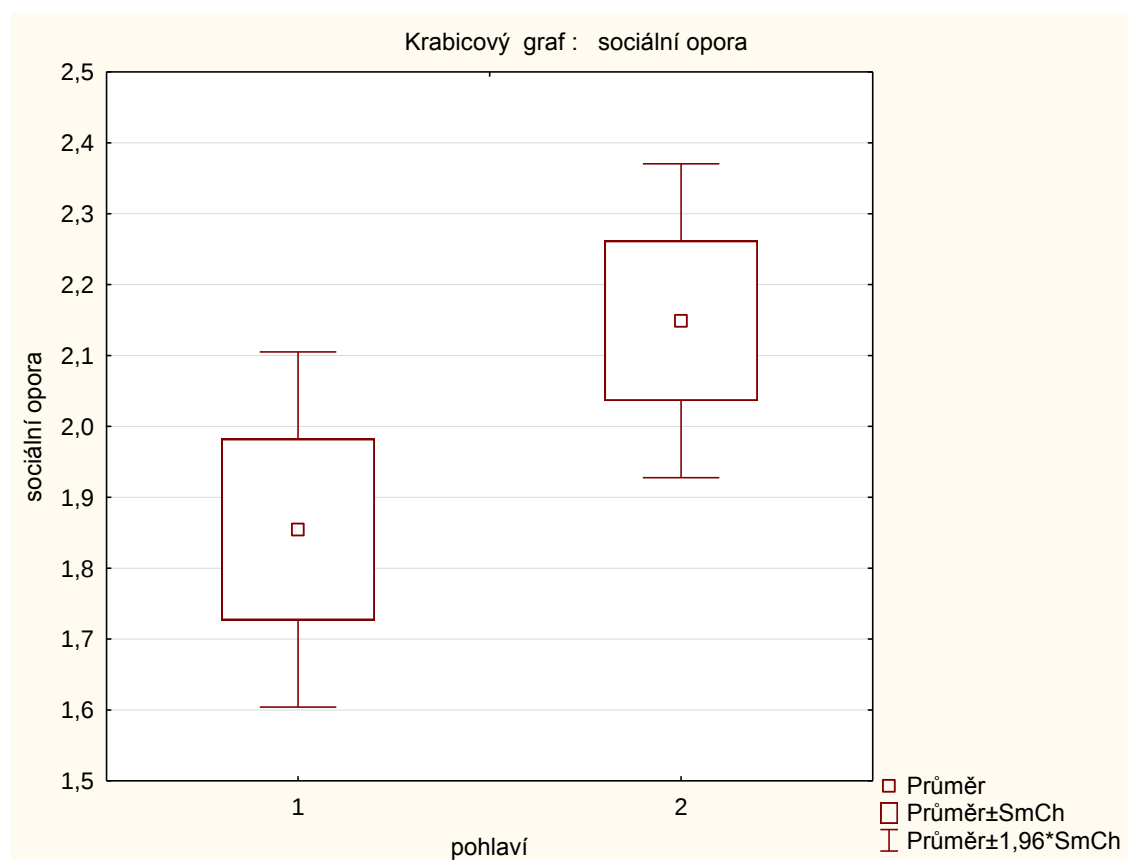
9.3. Ověření platnosti hypotéz

Hypotézu H1: *Ženy budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóre na subškále vyhledávání sociální opory měřené pomocí WOC-CA než muži;* na základě statistické analýzy s využitím Studentova t-testu pro dva nezávislé výběry **zamítám**. Výsledná hodnota Studentova $t = -1,73$ ($p = 0,09 > 0,05$), což znamená, že muži a ženami neexistuje statisticky významný rozdíl v míře vyhledávání sociální opory. Výsledné hodnoty Studentova t-testu jsou uvedeny v následující tabulce č. 9. Průměrné skóre dosažené oběma skupinami jsou pro přehlednost zaznamenány do krabicového grafu č. 5.

Tabulka č. 9: Výsledky Studentova t-testu pro ověření hypotézy H1

Průměr muži	Průměr ženy	Kritická hodnota t	Hodnota p	Stupně volnosti
1,85	2,15	-1,73	0,09	48

Graf č. 5: Krabicový graf znázorňující průměrné skóry vyhledávání sociální opory u skupiny mužů (1) a žen (2)

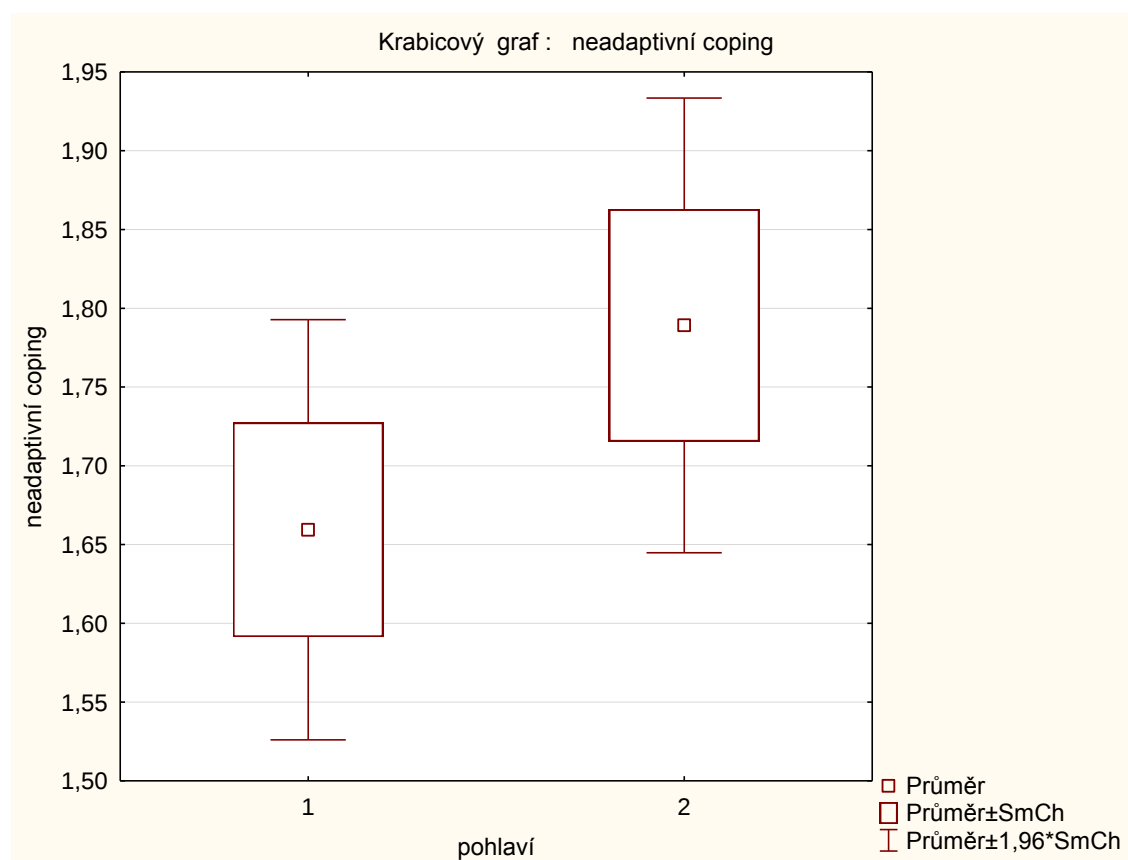


Hypotézu H2: *Muži budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru neadaptivního copingu měřeného pomocí WOC-CA než ženy; na základě statistické analýzy prostřednictvím Studentova t-testu taktéž **zamítám**.* Výsledná hodnota Studentova $t = -1,29$ ($p = 0,20 > 0,05$), což znamená, že mezi skupinou mužů a žen neexistuje statisticky významný rozdíl v míře používání neadaptivního copingu. Výsledné hodnoty Studentova t-testu uvádím v následující tabulce č. 10. Opět také přidávám krabicový graf č. 6 s průměrnými hodnotami skóru pro obě skupiny.

Tabulka č. 10: Výsledky Studentova t-testu pro ověření hypotézy H2

Průměr muži	Průměr ženy	Kritická hodnota t	Hodnota p	Stupně volnosti
1,66	1,79	-1,29	0,20	48

Graf č. 6: Krabicový graf znázorňující průměrné skóry neadaptivního copingu u skupiny mužů (1) a žen (2)

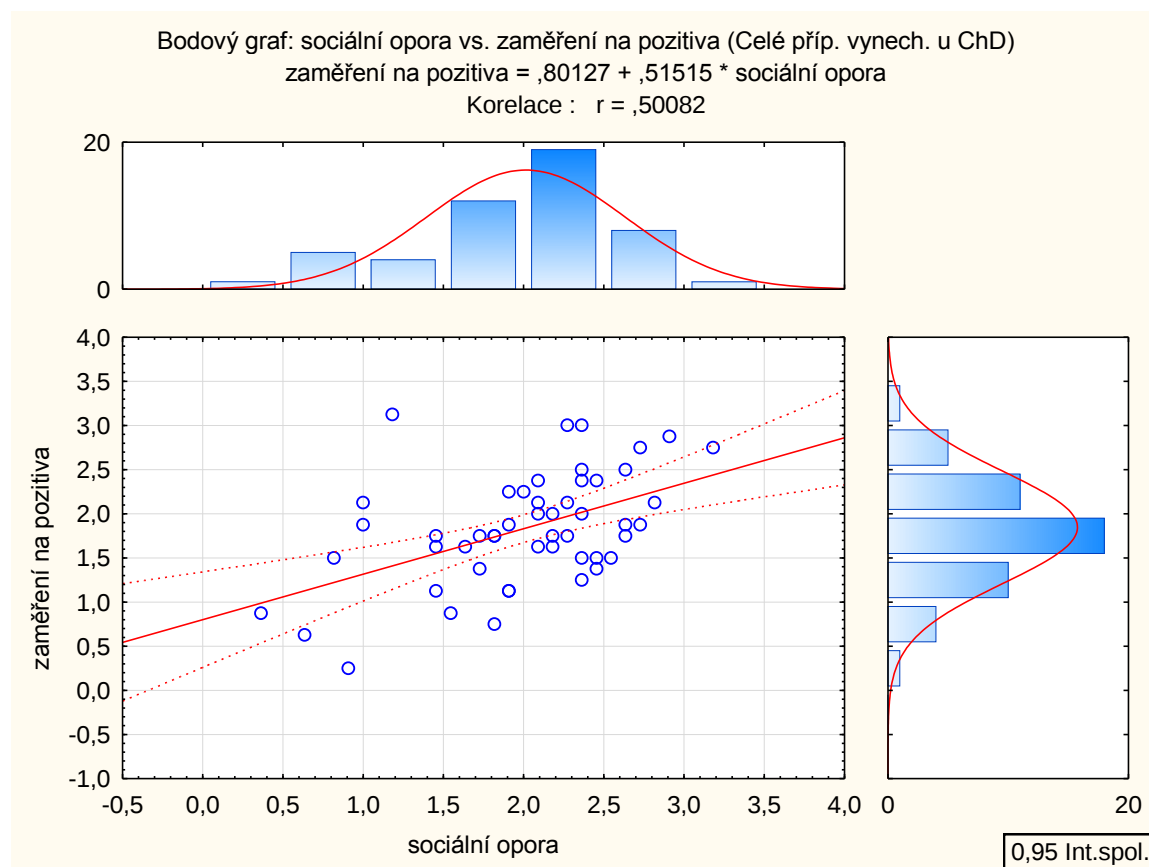


Hypotéza H3: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem na subškále zaměření na pozitiva, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů;* byla testována s využitím Pearsonovy korelace. Výsledná hodnota $r = 0,50$ ($\alpha = 0,05$), což značí přítomnost statisticky významné pozitivní souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a zaměřením na pozitiva. Na základě těchto výsledků **hypotézu H3 přijímám**. Výsledná tabulka č. 11 a bodový graf č. 7 jsou přiloženy níže.

Tabulka č. 11: Výsledky Personovy korelace pro ověření hypotézy H3

Průměr – sociální opora	Průměr – zaměření na pozitiva	Směr. odchylka – sociální opora	Směr. odchylka – zaměření na pozitiva	Výsledná korelace
2,00	1,83	0,62	0,63	0,50

Graf č. 7: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a zaměřením na pozitiva.

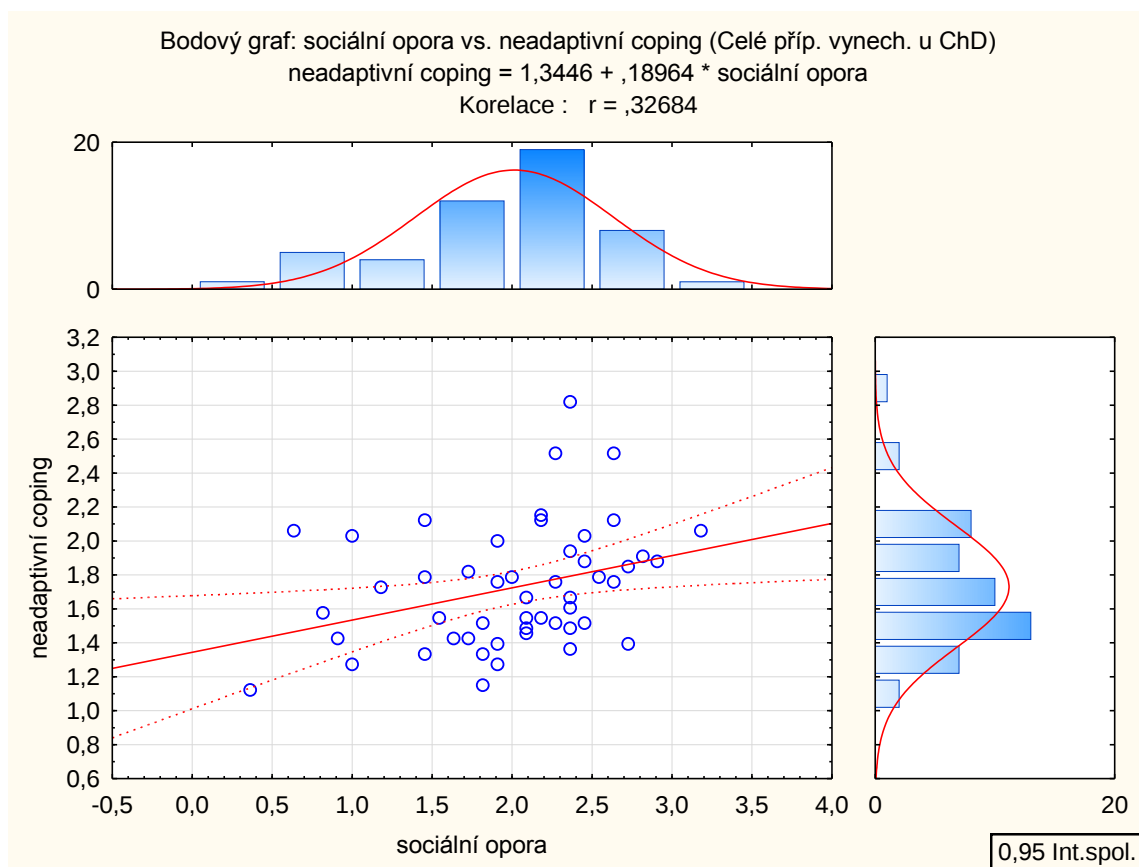


Hypotéza H4: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem neadaptivního copingu, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů; byla na základě statistické analýzy prostřednictvím Pearsonovy korelace **zamítnuta**. Výsledná hodnota $r = 0,33$, což znamená, že mezi vyhledáváním sociální opory a neadaptivním copingem neexistuje statisticky významná negativní souvislost. Níže uvádím tabulku č. 12 a graf č. 8 získaný ze statistické analýzy.*

Tabulka č. 12: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H4

Průměr – sociální opora	Průměr – neadaptivní coping	Směr. odchylka – sociální opora	Směr. odchylka – neadaptivní coping	Výsledná korelace
2,00	1,83	0,62	0,36	0,33

Graf č. 8: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a neadaptivním copingem.



10. Diskuse

Praktická část práce se zabývá dvěma hlavními otázkami. Jedná se o hledání rozdílů v používání vybraných copingových strategií mezi muži a ženami a hledání jejich vzájemných souvislostí. Prvním cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v míře vyhledávání sociální opory, jako copingové strategie, mezi muži a ženami, kteří se potýkají s náročnou životní situací (onkologické onemocnění). Pro tento účel jsem stanovila hypotézu H1, která zní: *Ženy budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru na subškále vyhledávání sociální opory měřené pomocí WOC-CA než muži.* Při formulaci tohoto předpokladu vycházím především ze zahraničních výzkumů, které se tímto tématem zabývají. Carlson et al. (2001; in Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen, 2009) dospěli k závěru, že sociální opora je více důležitá pro ženy než pro jejich partnery a že ženy jsou vnímavější k projevované sociální opoře ve vztahu a k tomu, co prožívá jejich partner. Manne et al. (1999a; in Giese-Davis et al., 2000) ve svém výzkumu zjistili, že ženy s rakovinou preferují emoční podporu více než nemocní muži. Další autoři uvádí, že ženy ve srovnání s muži mají obvykle širší sociální síť a více blízkých přátel (Cutrona & Russell 1987; in Drageset, Lindstrom, 2003) a užívají sociální oporu častěji jako jeden ze způsobů zvládání (Monat & Lazarus 1991; in Drageset, Lindstrom, 2003). Na základě statistické analýzy, se však výše zmíněnou hypotézu potvrdit nepodařilo. Výsledná hodnota $p = 0,09$ a je tedy větší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledná hodnota může být do jisté míry ovlivněna velikostí porovnávaných skupin výzkumného souboru ($n = 25$). Při větším počtu respondentů, by se hodnota p mohla dostat pod hladinu statistické významnosti. Dalším důvodem může být zvýšená míra vyhledávání sociální opory na straně mužů. Většina mužů v souboru ($n = 21$) jsou partneři žen, které se léčí nebo se dříve léčily s onkologickým onemocněním. Onemocnění partnerky představuje značně zátěžovou situaci, která u mužů může vést ke zvýšené potřebě vyhledávání sociální či emoční podpory oproti běžným situacím.

Další předpoklad se vztahuje k větší míře používání neadaptivního copingu na straně mužů. Do této kategorie bylo zařazeno distancování, kognitivní a behaviorální vyhýbání. Výsledky některých studií (např., Eschenbeck & Kohlmann, 2002; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007) ukazují, že chlapci užívají více distancování a vnějších projevů zvládání. Tradiční mužská role je také často spojována s vlastnostmi jako je samostatnost a nezávislost, které mohou souviset s užíváním méně adaptivních způsobů zvládání onemocnění, zejména v oblasti sociální výměny (Hoyt, 2009; in Hoyt, Stanton, 2011).

Morse (1991; in Feldman, Broussard, 2006) uvádí, že někteří muži užívají zvýšenou sebekontrolu k utajení vlastních pocitů smutku a strachu před svými ženami. Na základě těchto a dalších pramenů jsem stanovila hypotézu H2: *Muži budou dosahovat statisticky významně vyššího průměrného skóru neadaptivního copingu měřeného pomocí WOC-CA než ženy*. Na základě statistické analýzy nebyla hypotéza H2 potvrzena ($p = 0,20$). Z hlediska výsledků je zřejmý největší rozdíl v oblasti užívání kognitivního vyhýbání. Při procentuálním porovnání míry používání této copingové strategie dosáhli muži hodnoty 36,5 %, zatímco ženy hodnoty 44,5 %. Další výzkum by bylo vhodné zaměřit na ověření statistické významnosti tohoto rozdílu. U distancování a behaviorálního vyhýbání byl rozdíl mezi skupinou mužů a žen jen velmi malý. Z těchto výsledků vyplývá, že používání vyhýbavých strategií a distancování může být v těžké životní situaci důležitým způsobem zvládání bez ohledu na pohlaví člověka. Otázkou také zůstává, na kolik jsou tyto strategie skutečně neadaptivní. Bylo zjištěno, že u lidí s vysokou mírou vyhýbání se často objevují negativní psychické příznaky, což je způsobeno neschopností celou událost kognitivně zpracovat. Někdy však může vyhýbání zmírňovat prožívaný stres, především dočasně, protože pomáhá lidem nemyslet na stresující událost (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Distancování bylo spolu s vyhledáváním sociální opory nejpoužívanější strategií vůbec. Nejméně užívaná pak byla strategie behaviorální vyhýbání. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumem Dunkel-Schettera et al. (1992). Tito autoři zjistili, že nejvíce používaným způsobem zvládání bylo distancování (26 %). Vyhledávání sociální opory, pozitivní zaměření a kognitivní vyhýbavé strategie pacienti využívali přibližně ve 20 % případů. Nejméně užívanou strategií (11 %) bylo behaviorální vyhýbání. Ve vlastním výzkumném souboru je pořadí užívání jednotlivých copingových strategií srovnatelné s výše popsanými výsledky. Jednotlivé procentuální hodnoty jsou však ve vlastním výzkumu o poznání větší.

Další část výzkumu byla zaměřena na hledání souvislostí mezi užíváním sociální opory a vybranými copingovými strategiemi. Hypotéza H3: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem na subškále zaměření na pozitiva, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů*; byla na základě statistického ověření přijata. Byla objevena silná pozitivní korelace ($r = 0,50$) mezi vyhledáváním sociální opory a zaměřením na pozitiva. Tento výsledek podporuje předpoklad, že podpora blízkých lidí a vzájemné sdílení může podpořit aktivaci dalších adaptivních způsobů zvládání náročné životní situace. Hypotézu H4: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi*

průměrným skórem na subškále vyhledávání sociální opory a průměrným skórem neadaptivního copingu, obojí měřené pomocí WOC-CA, u onkologických pacientů a jejich partnerů; na základě jejího testování zamítám. Mezi vyhledáváním sociální opory a neadaptivním copingem byla objevena středně silná pozitivní korelace ($r = 0,30$). Toto zjištění může souviset s tím, že sociální opora vede k aktivaci i dalších způsobů zvládání bez ohledu na míru jejich adaptivnosti.

Výsledky mohou být do jisté míry ovlivněny složením výzkumného souboru. Vzorek respondentů je značně homogenní a vzhledem k populaci není reprezentativní. Do výzkumu byla zahrnuta data od pacientů, kteří v době sběru dotazníků navštívili některé z pracovišť, kde probíhala jejich distribuce. Většinu pacientů tvoří onkologicky nemocné ženy ($n = 21$) a většina pacientů se v současné době nachází v remisi jejich onemocnění ($n = 20$). Všichni partneři spolu bydlí ve společné domácnosti a až na 2 případy žijí v manželství. Většina partnerství také trvá velmi dlouhou dobu. Všechny tyto aspekty se mohou podílet na výše zmíněných výsledcích. Z hlediska dalšího výzkumu by kromě již uvedených otázek stála za pozornost copingová strategie zaměřená na pozitiva. V této oblasti byl objeven 10,5 % rozdíl ve prospěch skupiny žen.

11. Závěr

Prvním cílem praktické části práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v míře užívání vybraných copingových strategií mezi skupinou mužů a žen v náročné životní situaci (onkologické onemocnění). Hypotéza H1 zahrnovala předpoklad, že ženy budou používat více vyhledávání sociální opory, jako copingové strategie, než muži. Tento předpoklad se při statistickém testování ověřit nepodařilo. Stejně tak byla zamítnuta i hypotéza H2, podle které by měli muži používat více neadaptivního copingu než ženy. Mezi skupinou mužů a žen tedy nebyl objeven statisticky významný rozdíl v míře užívání vybraných způsobů zvládání měřených pomocí metody WOC-CA.

Dalším cílem výzkumu bylo hledání souvislostí mezi mírou vyhledávání sociální opory a dalšími copingovými strategiemi. V hypotéze H3 jsem předpokládala existenci pozitivní souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a zaměřením na pozitiva. Na základě statistické analýzy byla objevena silná pozitivní souvislost a hypotéza H3 byla přijata. Předpoklad o existenci negativní souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a neadaptivním copingem se potvrdit nepodařilo a hypotéza H4 byla tímto zamítnuta.

Souhrn

Tématem překládané magisterské diplomové práce je zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Jedná se o část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do jednotlivých kapitol, které pojednávají o partnerském vztahu, sociální opoře, onkologickém onemocnění a copingu. Tato část nabízí základní teoretický přehled v uvedených tématech. Poslední část je věnována kapitole o zvládání náročných životních situací v rámci partnerského vztahu a výzkumným studiím, které se touto problematikou zabývají.

Partnerský vztah se svojí kvalitou do značné míry liší od ostatních sociálních vztahů. Je založen především na vzájemné důvěře, sdílení, intimitě a fyzické blízkosti. Partner představuje pro onkologického pacienta významný zdroj sociální a emocionální opory při zvládání náročné životní situace. Nádorové onemocnění, které takovou situaci jistě představuje, vyžaduje aktivaci vhodných způsobů zvládání jak na straně pacientů, tak na straně jejich partnerů. Onkologické onemocnění ovlivňuje všechny oblasti života nemocného včetně jeho sociálních vztahů, které mohou být výrazně narušeny. Z tohoto hlediska je důležité zaměřit pozornost na strategie zvládání náročných situací v rámci partnerského vztahu. Méně adaptivní způsoby mohou negativně ovlivňovat psychické i fyzické zdraví a spokojenost ve vztahu u obou partnerů. Na druhé straně existují i takové způsoby zvládání, které mohou přispět k lepšímu přijetí všech změn, které s sebou nemoc přináší.

Praktická část práce je zaměřena na dva hlavní výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v míře užívání vybraných způsobů zvládání náročné životní situace mezi skupinou mužů a žen. Pro tento účel byly stanoveny hypotézy H1 a H2. V rámci první hypotézy předpokládám, že ženy budou používat více vyhledávání sociální opory než muži. Druhá hypotéza obsahuje předpoklad, že muži používají více neadaptivního copingu než ženy. Dalším cílem bylo ověřit existenci souvislostí mezi vybranými copingovými strategiemi. K tomuto účelu jsem stanovila hypotézu H3 a H4. První z nich předpokládá existenci pozitivní souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a zaměřením na pozitiva. Druhá hypotéza zase obsahuje předpoklad o existenci negativní souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a neadaptivním copingem.

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří se v minulosti léčili nebo momentálně léčí s onkologickým onemocněním, a jejich partneři. Byla použita kombinace záměrného a příležitostného typu výběru probandů. Kritériem pro zařazení pacienta do výzkumu byla

přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze a život v partnerství. Onkologičtí pacienti však nemuseli žít v manželství nebo bydlet s partnerem ve společné domácnosti. Výzkumného šetření se mohli zúčastnit ti pacienti, kteří v době od března do září r. 2014 navštívili některé ze zařízení, kde probíhala distribuce dotazníků. Do výzkumu byla zařazena data od 50 respondentů (25 párů). Z celkového množství pacientů ($n = 25$) byli pouze 4 muži.

K ověření stanovených předpokladů bylo využito kvantitativní výzkumné šetření. Vytvořený dotazník obsahuje dvě části. První část zahrnuje položky pro zjišťování vybraných sociodemografických údajů. V dotazníku pro pacienty/pacientky (A) se jedná o pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ nádorového onemocnění, trvání onemocnění (doba od první diagnózy), momentální stav (léčba či remise), délku vztahu se současným partnerem, bydlení ve společné domácnosti a rodinný stav. V dotazníku pro partnery/partnerky (B) jsou otázky obdobné, pouze s vynecháním položek typ, délka trvání a momentální stav nádorového onemocnění. Další část tvoří položky z metody WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992), které byly přeloženy z anglického jazyka a jejich významová správnost zkontrolována. Škála WOC-CA je navržena pro měření zvládání stresu souvisejícího s onkologickým onemocněním. K dotazníkům byl přiložen průvodní dopis s informacemi o účelu výzkumného šetření a o dodržování etických principů. Pacientům byly předány dva dotazníky a obálka s předepsanou adresou a známkou. Po vyplnění dotazníků pacientem a jeho partnerem byly zaslány na uvedenou adresu a následně vyhodnoceny.

Výsledná data byla podrobena statistické analýze prostřednictvím programu Statistica 12. Na základě statistického ověření jsem zamítla hypotézu H1, H2 a H4. Přijata byla pouze hypotéza H3. Z těchto výsledků vyplývá, že nebyl objeven statisticky významný rozdíl mezi skupinou mužů a žen v oblasti vyhledávání sociální opory a používání neadaptivního copingu. Nebyla také potvrzena existence negativní souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a neadaptivním copingem. Podařilo se ale potvrdit statisticky významnou pozitivní souvislost mezi vyhledáváním sociální opory a zaměřením na pozitiva. Blíže se ke zjištěním výsledků, jejich možným souvislostem a interpretacím vyjadřuji ve výše uvedené diskuzi.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- 2) Badr, H., & Taylor, C. (2008). Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer. *Health Psychology*, 27(5), 616-627. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.616
- 3) Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169-180. doi: 10.1037/a0018165
- 4) Banthia, R., Malcarne, V. L., Varni, J. W., Ko, C. M., Sadler, G., & Greenbergs, H. L. (2003). The Effects of Dyadic Strength and Coping Styles on Psychological Distress in Couples Faced with Prostate Cancer. *Journal Of Behavioral Medicine*, 26(1), 31-52. doi:10.1023/A:1021743005541
- 5) Belcher, A. J., Laurenceau, J., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology*, 30(6), 665-673. doi:10.1037/a0024705
- 6) Clark, K. K., Bormann, C. A., Cropanzano, R. S., & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal Of Personality Assessment*, 65(3), 434-455. doi:10.1207/s15327752jpa6503_5
- 7) Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (2011). *Česká republika a rakovina v číslech*. Získáno 9. října 2014 z <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
- 8) Drageset, S., & Lindstrøm, T. C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 10(4), 401-409. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00618.x
- 9) Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87. doi:10.1037/0278-6133.11.2.79

- 10) Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., Vyzula, R. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. Masarykova univerzita, [2005]. Získáno 9. října 2014 z <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861
- 11) Eschenbeck, H., Kohlmann, C., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal Of Individual Differences*, 28(1), 18-26. doi:10.1027/1614-0001.28.1.18
- 12) Fagundes, C. P., Berg, C. A., & Wiebe, D. J. (2012). Intrusion, avoidance, and daily negative affect among couples coping with prostate cancer: A dyadic investigation. *Journal Of Family Psychology*, 26(2), 246-253. doi:10.1037/a0027332
- 13) Feldman, B. N., & Broussard, C. (2006). Men's Adjustment to Their Partners' Breast Cancer: A Dyadic Coping Perspective. *Health & Social Work*, 31(2), 117-127.
- 14) Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal Of Family Psychology*, 14(2), 251-266. doi:10.1037/0893-3200.14.2.251
- 15) Gilbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018. doi:10.1002/pon.1168
- 16) GSK. (2012). *Onkoportál - nové internetové informační centrum pro onkologické pacienty, jejich blízké a veřejnost, ověřené zdravotnickými odborníky*. Získáno 17. října 2014 z <http://www.gsk.cz/pro-novinare/zpravy/onkoportal-informacni-centrum-pro-onkologicke-pacienty.html>
- 17) Hayesová, N. (2003). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 18) Henry, N. M., Berg, C. A., Smith, T. W., & Florsheim, P. (2007). Positive and negative characteristics of marital interaction and their association with marital satisfaction in middle-aged and older couples. *Psychology And Aging*, 22(3), 428-441. doi:10.1037/0882-7974.22.3.428
- 19) Hinnen, C., Hagedoorn, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2008). Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping. *British Journal Of Health Psychology*, 13(4), 737-754. doi:10.1348/135910707X252431

- 20) Hjörleifsdóttir, E. E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A., & Gunnarsdóttir, E. D. (2006). Distress and coping in cancer patients: Feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. *European Journal Of Cancer Care*, 15(1), 80-89. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00620.x
- 21) Holland, J. C., & Watson, M. (Eds.). (2011). *Psycho-Oncology - Jurnal of the Psychological, Social and Behavioral Dimension of Cancer*. Abstracts of the 13th World Congres of Psycho-Oncology, 16-20, Antalya, Turkey.
- 22) Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2011). Unmitigated Agency, Social Support, and Psychological Adjustment in Men With Cancer. *Journal Of Personality*, 79(2), 259-276. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00675.x
- 23) Institut biostatistiky a analýz. (2009). *Rakovina prsu: Úvod*. Získáno 9. října 2014 z <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu>
- 24) Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál.
- 25) Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal Of Psychosomatic Research*, 66(3), 235-244. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.011
- 26) Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology Of Women Quarterly*, 23(4), 725-739. doi:10.1111/j.1471-6402.1999.tb00394.x
- 27) Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a 'we-disease': Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 404-418. doi:10.1037/1091-7527.25.4.404
- 28) Klimeš, J. (2005). *Partneři a rozchody*. Praha: Portál.
- 29) Koutecký, J., & Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo rakovina*. Praha: Makropulos.
- 30) Koutná, V. (2010). *Kvalita života partnerů (blízkých) onkologických pacientů*. Nepublikovaná ročníková práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 31) Kramer, B. J. (1993). Expanding The Conceptualization of Caregiver Coping: The Importance of Relationship-Focused Coping Strategies. *Family Relations*, 42(4), 383-391.
- 32) Kratochvíl, S. (2005). *Manželská terapie*. Praha: Portál.
- 33) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

- 34) Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 35) Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 234-247. doi:10.1002/pon.941
- 36) Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal Of Family Psychology*, 21(3), 380-388. doi:10.1037/0893-3200.21.3.380
- 37) Morgan, M. (2009). Considering the patient-partner relationship in cancer care: Coping strategies for couples. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13(1), 65-72. doi:10.1188/09.CJON.65-72
- 38) Nezu, A. M., et al. (2004). *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- 39) O'Brien, T., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E., & Zwicker, A. (2009). Couples coping with stress: The role of empathic responding. *European Psychologist*, 14(1), 18-28. doi:10.1027/1016-9040.14.1.18
- 40) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- 41) Perrin, P., Heesacker, M., Tiegs, T., Swan, L., Lawrence, A., Smith, M., & Mejia-Millan, C. (2011). Aligning Mars and Venus: The Social Construction and Instability of Gender Differences in Romantic Relationships. *Sex Roles*, 64(9/10), 613-628. doi:10.1007/s11199-010-9804-4
- 42) Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- 43) Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital Romantic Relationships and Mental Health in Early Adulthood: Does the Association Differ for Women and Men? *Journal Of Health & Social Behavior*, 51(2), 168-182. doi:10.1177/0022146510372343
- 44) Slováček, L., Šimková M., Petera J., & Filip S. (2011). Může pacient v terminálním stadiu onkologického onemocnění důstojně zemřít doma? A za jakých podmínek? *Klinická Onkologie*; 24(3): 221–223. Získáno 17. října 2014 z <http://www.eonkologie.cz/cs/2011-3/2011-03-slovacek>

- 45) Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- 46) Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie. II, Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- 47) Willi, J. (2006). *Psychologie lásky*. Praha: Portál.
- 48) Wootten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: Investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology*, 16(11), 994-1002. doi:10.1002/pon.1159
- 49) Yeh, S., Huang, C., Chou, H., & Wan, T. (2009). Gender Differences in Stress and Coping among Elderly Patients on Hemodialysis. *Sex Roles*, 60(1/2), 44-56. doi:10.1007/s11199-008-9515-2

Seznam Příloh

Příloha č. 1: Formulář zadání DP

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt DP

Příloha č. 3: Dotazníky

Příloha č. 1: Formulář zadání DP

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie

Forma: Prezenční

Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
PUROVÁ Kateřina	Bří. Čapků 368/34, Šumperk	F100027

TÉMA ČESKY:

Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu

NÁZEV ANGLICKY:

Aspects of coping with oncological illness within intimate relationship

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Marie Marečková, Ph.D. - HUM

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury a dalších zdrojů týkajících se problematiky zvládání onkologického onemocnění na straně onkologických pacientů a jejich partnerů.
2. Vypracování teoretické části práce na základě prostudovaných zdrojů a literatury. Členění práce do jednotlivých kapitol zabývajících se otázkou partnerství, onkologického onemocnění, copingu a zahraničních studií vztahujících se k výzkumnému záměru.
3. Realizace kvantitativního výzkumu s využitím dotazníků na souboru onkologických pacientů a jejich partnerů.
4. Zpracování a vyhodnocení získaných dat s pomocí vhodných statistických metod. Interpretace výsledků výzkumného šetření.
5. Diskuze nad výsledky studie, použitými metodami a charakteristikami výzkumného souboru.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology, 29*(2), 169-180.

Badr, H., & Taylor, C. (2008). Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer. *Health Psychology, 27*(5), 616-627.

Belcher, A. J., Laurenceau, J., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology, 30*(6), 665-673.

Drageset, S., & Lindstrøm, T. C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 10*(4), 401-409.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*(2), 79-87.

Eschenbeck, H., Kohlmann, C., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal Of Individual Differences, 28*(1), 18-26.

Fagundes, C. P., Berg, C. A., & Wiebe, D. J. (2012). Intrusion, avoidance, and daily negative affect among couples coping with prostate cancer: A dyadic investigation. *Journal Of Family Psychology, 26*(2), 246-253.

Feldman, B. N., & Broussard, C. (2006). Men's Adjustment to Their Partners' Breast Cancer: A Dyadic Coping Perspective. *Health & Social Work, 31*(2), 117-127.

Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2011). Unmitigated Agency, Social Support, and Psychological Adjustment in Men With Cancer.

Journal Of Personality, 79(2), 259-276.

Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal Of Psychosomatic Research*, 66(3), 235-244.

Wootten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: Investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology*, 16(11), 994-1002.

Yeh, S., Huang, C., Chou, H., & Wan, T. (2009). Gender Differences in Stress and Coping among Elderly Patients on Hemodialysis. *Sex Roles*, 60(1/2), 44-56.

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu

Autor práce: Kateřina Purová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 72 stran, 123 871 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 49

Abstrakt: Tématem předkládané diplomové práce je zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerství. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Výzkumná část se zaměřuje na dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo ověřit, zda existuje rozdíl v míře užívání vybraných copingových strategií mezi skupinou mužů a žen. Druhým cílem, bylo zjistit, zda mezi vybranými způsoby zvládání existují určité souvislosti. Na základě prostudovaných zdrojů byly stanoveny 4 hypotézy. Výzkumný soubor tvořilo 50 respondentů (25 párů). Jednalo se o onkologické pacienty a jejich partnery. Data byla získávána prostřednictvím vytvořeného dotazníku. První část byla zaměřena na zjišťování vybraných sociodemografických údajů. Další část byla tvořena položkami z metody WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992) určenými k měření copingových strategií. Na základě statistické analýzy se podařilo potvrdit existenci pozitivní souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a zaměřením na pozitiva. Další ze stanovených předpokladů se potvrdit nepodařilo.

Klíčová slova: partnerství, onkologické onemocnění, sociální opora, copingové strategie, zvládání zaměřené na vztah

ABSTRACT OF THESIS

Title: Aspects of Coping with Oncological Illness within Intimate Relationship

Author: Kateřina Purová

Supervisor: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Number of pages and characters: 72 pages, 123 871 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 49

Abstract: The theme of this thesis is coping with cancer within intimate relationships. The work consists of theoretical and practical parts. The research part focuses on two main objectives. The first objective was to determine whether there is a difference in the extent of using of chosen coping strategies between a group of men and women. The second objective was to determine whether there is some connection between chosen ways of coping. On the basis of literary sources were determined 4 hypotheses. The research sample consists of 50 respondents (25 pairs). It includes the cancer patients and their partners. The data were collected by using questionnaires. The first part focused on the detection of socio-demographic data. The other part was made up of items from the method WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992) designed to measure coping strategies. The statistical analysis was able to confirm the existence of a positive correlation between the degree of seeking social support and focus on the positives. Another set of assumptions to confirm failed.

Key words: intimate relationship, social support, oncological illness, coping strategies, relationship-focused coping

Příloha č. 3: Dotazníky

Použité dotazníky jsou součástí tištěné verze magisterské diplomové práce.