

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ: POZITÍVNY ODKAZ TRAUMY

GABRIEL BANÍK

Abstrakt: V príspevku sú prezentované výsledky výskumu zaoberajúceho sa výskytom posttraumatického rozvoja ako špecifickej reakcie na prežitú traumu u vzorky pacientov s onkologickým ochorením. Teoreticky je rozpracované zaradenie onkologických ochorení medzi traumatické udalosti, postavenie sociálneho pracovníka pri práci s pacientmi s onkologickým ochorením a psychologický dopad traumatickej udalosti na človeka.

Kľúčové slová: Posttraumatický rozvoj. Trauma. Onkologické ochorenie. Sociálna práca.

Abstract: In the article are presented results of research dealing with occurrence of posttraumatic growth like specific reaction on survival of trauma in patients with cancer. Theoretically is described inclusion of cancer into the traumatic events, status of social workers in work with patients with cancer and psychologic impact of traumatic event on people.

Keywords: Posttraumatic growth. Trauma. Cancer. Social work.

Úvod

Pracovníci pomáhajúcich profesií sa pri výkone svojej práce pravidelne stretávajú s ľuďmi, ktorí zažili, alebo práve zažívajú náročnú životnú situáciu. V psychológii a psychiatrii je známe, že udalosti, ktoré môžeme typologicky zaradiť medzi traumatické, väčšinou spôsobujú ľuďom ťažkosti. Zažívajú pri nich negatívne emócie, pocity izolácie a obmedzenia. Niekedy sa dokonca na ich základe môžu vyvinúť psychické poruchy, ktoré majú rôznu dĺžku trvania. Čo nasleduje po prekonaní traumatickej udalosti, po jej úspešnom zvládnutí? Môže jedinec okrem negatívnych zmien, ktoré úzko súvisia s výskytom traumatickej udalosti zažiť aj zmenu, ktorú bude vnímať ako pozitívnu? Za posledných 15 rokov sa zvyšuje záujem nielen psychológov, ale aj lekárov a sociálnych pracovníkov o oblasť pozitívnych dopadov silne negatívnych udalostí na človeka. Taktiež rastie aj vedecké skúmanie tejto oblasti. Potvrdenie výskytu pozitívneho dopadu negatívnych udalostí a podrobné preskúmanie toho, s čím tento výskyt súvisí, by otvorilo priestor pre hľadanie vhodnej intervencie, ktorá by umožnila nielen pomoc pri zvládnutí náročnej situácie, ale aj pôsobenie na človeka tak, aby podporila jeho rozvoj.

1. Teoretické východiská

1.1 Traumatické udalosti

Aké udalosti môžeme považovať za traumatické? Najčastejšie ide o prírodné alebo človekom zapríčinené katastrofy, vojny, ťažký úraz, situácie, keď bol dotýčaný obeťou väznenia, mučenia, terorizmu, znásilnenia, iného zločinu alebo bol svedkom násilnej smrti alebo utrpenia (Ševčíková, Vojtová, 2007). Patrí tu aj závažné ochorenie, ktoré nemusí mať len akútny priebeh, čo potvrdzuje zaradenie onkologického ochorenia v roku 1994 v štvrtej edícii *DSM-IV* medzi stresory, ktoré môžu vyvolať PTSD (posttraumatickú stresovú poruchu) (Sumalla et al., 2009). Môžeme tu zaradiť aj rôzne straty – najmä tie, ktoré sú vnímané ako traumatické, ktoré zničia sny, narušia očakávania alebo predpoklady a zoberú daným jedincom veľa z toho, čo predtým dávalo ich životu zmysel a význam (Davis et al., 2007). Lawrence G. Calhoun a Richard G. Tedeschi (1999) uvádzajú, že ide udalosti, ktoré majú tieto vlastnosti:

- udalosť je šokujúca, prichádza náhle a neočakávane,
- človek ju nevie ovplyvniť, je mimo jeho možnosti kontrolovať a riadiť ju,
- jedinec nenesie vinu za priebeh udalostí, spravidla nemôže za to, čo sa stalo,
- ohrozuje alebo priamo spôsobuje fyzické alebo psychické zranenia,
- okolnosti, ktoré sa objavili s danou situáciou, sú nezvyčajné, sú pre jedinca mimoriadne a výnimočné,
- udalosť prináša jedincovi dlhodobé a často nezvratné problémy,
- jedinec prechádza do ďalšej etapy života, v ktorej je omnoho zraniteľnejší.

1.2 Pacienti s onkologickým ochorením ako cieľová skupina sociálnej práce

U pacientov s onkologickým ochorením sa vyskytujú okrem bolesti vyplývajúcej z náročnej liečby, ďalších fyzických a psychických ťažkostí, aj problémy sociálne. Preto je dôležité spolupôsobenie interdisciplinárneho tímu. Interdisciplinárny tím by mal byť tvorený z lekárov z rôznych odborov, pretože pacienti s onkologickým ochorením trpia komorbiditou s ochoreniami rôznych ďalších biologických systémov a taktiež sa často vyskytujú komplikácie ochorenia. K týmto problémom sa pripájajú psychosociálne, nutričné a ďalšie problémy. Preto by v takomto tíme nemal chýbať psychiater a psychológ, dietológ, duchovný poradca, algeziológ, sociálny poradca a odborník v ošetrovatelstve. Interdisciplinárna starostlivosť dôležitá a je charakterizovaná účasťou početných špecialistov na formulácii individualizovaného liečebného plánu pre každého chorého pacienta, napriek tomu zatiaľ nebola jasne definovaná optimálna štruktúra tohto procesu (Jurga, 2007).

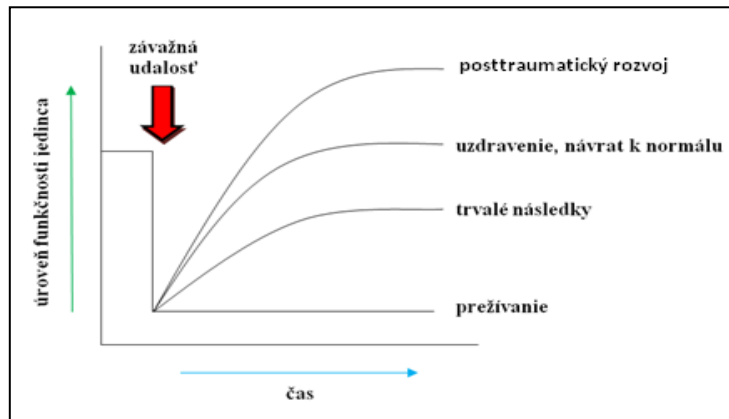
Sociálny pracovník by sa mal zaoberať psychickými a sociálnymi potrebami pacienta a reálnymi možnosťami ich uspokojenia. Cieľom však nie je trvalá starostlivosť podporujúca klientovu pasivitu, ale poskytovanie pomoci v krízovej situácii. Za dôležité sa považuje motivovať klienta k vlastnej zodpovednosti a rozhodovaniu za seba i svojich blízkych. Zaoberá sa aj problémami rodiny pacienta. Snaží sa zmierniť pacientove obavy a naučiť tak jeho ako i jeho rodinu nadviazať znovu blízky vzťah, prípadne zlepšiť vzťah, ktorý už bol predtým narušený (Baranová, 2011). *ASCO (American Society of Clinical Oncology, 2009)* uvádza, že sociálny pracovník by mal poskytovať poradenstvo, edukáciu, informácie a odporúčať komunitné zdroje nielen pre pacientov s onkologickým ochorením ale v prípade potreby aj pre ich rodiny a blízkych. *ASCO* ďalej opisuje tieto dôležité oblasti pôsobenia sociálneho pracovníka pri práci s pacientom s onkologickým ochorením:

- 1) starostlivosť o prežívanie pacienta – pomáha nájsť stratégie zvládania situácií týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti. Môže to prebiehať prostredníctvom rozhovoru s odborníkom, ktorý pomáha zvládať podobné situácie pomocou rôzneho typu poradenstva alebo rôznych podporných skupín;
- 2) pochopenie nových rolí a zodpovedností – pomáha vyrovnáť sa pacientovi s reakciami jeho okolia na jeho ochorenie. Pomáha pochopiť pacientovi to, ako sa zmenia jeho povinnosti a zodpovednosti počas liečby. Vysvetľuje pacientovi, aký druh podpory potrebuje;
- 3) spojenie medzi pacientom a lekárskeym tímom – pomáha napríklad vysvetliť pacientovi a jeho rodine, aké sú možnosti liečby;
- 4) prístup k zdrojom – pomáha pri vyplňovaní žiadostí o preukaz dokladujúci jeho zdravotné znevýhodnenie, vysvetľuje, aké sú práva pacienta a kde môže nájsť rôzne podporné skupiny;
- 5) pomoc v oblasti vzťahov a intimity – pomáha vysvetliť manželom alebo partnerom, ako môže vplyvať onkologické ochorenie na ich vzťah a prežívanie intimity;
- 6) pomoc pri prispôbení sa na život po liečbe – pomáha pri obavách z návratu ochorenia a opätovnom zaradení sa do normálneho života.

1.3 Psychologické dopady prežitej traumy

Jiří Mareš (2008) uvádza rozdielne dôsledky prežitej traumy (Obrázok č. 1). Závažná udalosť znižuje funkčnú úroveň jedinca. Na začiatku pôsobenia traumatickej udalosti jedinec prežíva intenzívne negatívne pocity a v popredí sú negatívne dopady tejto udalosti. V procese vyrovnávania sa s touto udalosťou môže toto znížené prežívanie a nižšia úroveň funkčnosti jedinca vyústiť do psychopatologických reakcií.

Obrázok č. 1: Rozdielne dôsledky prežitej traumy



Zdroj: upravené podľa J. Mareša (2008)

Silne stresujúce situácie a traumatické udalosti môžu dokonca u jedinca vyvolať psychické poruchy, ktoré môžeme identifikovať nielen na podklade typickej symptomatológie a priebehu, ale predovšetkým na základe etiopatogenézy. V *MKCH -10* do tejto skupiny (F43) môžeme zaradiť: akútnu reakciu na stres (F43.0), posttraumatickú stresovú poruchu (F43.1) a poruchu prispôsobenia (F43.2), vo všetkých troch prípadoch ide o poruchy, pri ktorých sú vyvolávajúcou príčinou mimoriadne stresujúce životné zážitky alebo významné životné zmeny (Raboch et al., 2001). Pri týchto troch psychických poruchách časom dochádza ku stabilizácii a návratu na pôvodnú normálnu funkčnú úroveň jedinca. K normálnej funkčnej úrovni sa môže jedinec vrátiť aj bez toho, aby tomuto zotaveniu predchádzalo prežitie niektorej zo spomínaných psychických porúch. Môže nastať aj taká situácia, že funkčná úroveň jedinca zostane znížená natrvalo a to sa môže prejaviť ako pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickej skúsenosti (F62.0). O takýchto zmenách hovoríme v prípade, že sa u jedinca bez predchádzajúcej poruchy osobnosti vyvinuli povahové zmeny v dôsledku katastrofickeho zážitku alebo nadmerného stresu (Raboch et al., 2001). Okrem toho, že sa môžu v dôsledku závažnej udalosti v procese vyrovnávania sa s touto udalosťou vyskytnúť problémy v podobe psychických porúch, alebo nastane uzdravenie bez predošlého výskytu problémov, tak sa môže vyskytnúť aj prípad, že sa jedinec dostane nad svoju pôvodnú funkčnú úroveň a hovorí o pozitívnych zmenách. Tomuto javu hovoríme posttraumatický rozvoj.

R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun (2004) zdôrazňujú, že posttraumatický rozvoj sa nevyskytuje ako priamy výsledok traumy. Uvádzajú, že ide o pozitívne zmeny rezultujúce z „boja“ s traumatickou udalosťou. Tatjana Barskova a Rainer Osterreich (2009) poukazujú na to, že rozvoj sa vyskytuje ako výsledok zvládania traumatickej situácie a pri jeho výskyte sa zvyšuje predchádzajúca úroveň psychosociálneho fungovania jedinca. Enric C. Summalla et al. (2009) opisujú, že pozitívne zmeny nezahŕňajú len tie zmeny, ktoré sú asociované s emóciami a kogníciami spojenými s traumou, ale zaraďuje sa tu všetko, čo môže byť adaptívne „zlomené a zresetované“ procesom rozvoja. Môže ísť o jedincove základné presvedčenia alebo hlavné predpoklady týkajúce sa toho, ako vidí svet, jeho vzťahov s druhými, jeho identitu a individualitu. R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun (1996) identifikovali týchto najčastejších 5 oblastí, v ktorých môže nastať pozitívna zmena: 1. vzťahy s druhými, 2. nové možnosti, 3. osobný (osobnostný) rozvoj, 4. spirituálna zmena, 5. ocenenie života.

L. G. Calhoun a R. G. Tedeschi (2006) vytvorili taktiež model posttraumatického rozvoja, v ktorom opisujú proces vzniku posttraumatického rozvoja. Opisujú v ňom, že na začiatku tohto procesu je **predtraumatická osobnosť**, ktorá má svoje základné predpoklady

a presvedčenia o svete, má svoje sny a ciele. Nasleduje „seizmická“ (ohrozujúca) udalosť, ktorá narúša tieto časti predtraumatickej osobnosti. Christopher G. Davis et al. (2007) predpokladajú, že rozvoj je urýchlený významnými **výzvami** na vlastnú identitu alebo **spochybnením** základných predpokladov, ktoré dávajú jedincovi životu zmysel, cez nich sa rozvíja vytváranie zmyslu alebo rekonštrukcia schémy. Dochádza k procesu **ruminácie**, ktorú R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun (2004) nevnímajú ako negatívny jav, ale ako signál o tom, že prebieha kognitívny proces, ktorý sa snaží rekonštruovať základnú kognitívnu schému zmenenú traumou. Procesu spracovávania traumatickej udalosti napomáha **sebaverejňovanie** („self-disclosure“) – môže mať podobu rozprávania alebo písania o prežitej traume. Dôležité je aj **zvládanie a redukcia** stresu. *Pôsobenie stresu* je dôležitý faktor, ktorý podnecuje ruminácie, je ale dôležitý jeho manažment. Významnú úlohu zohrávajú aj **sociokultúrne vplyvy**. Maya J. Schroevers et al. (2010) poukazujú na to, že podpora druhých môže pomôcť ľuďom nájsť pozitívny význam a vnímať posttraumatický rozvoj. L. G. Calhoun, Arnie Cann a R. G. Tedeschi (2010) zdôrazňujú, že je dôležité aj to, aby jedinec akceptoval zmeny, ktoré nastali v jeho svete po traumatickej udalosti.

2. Výskumná vzorka a metódy

2.1 Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo zmerať prítomnosť posttraumatického rozvoja u pacientov s onkologickým ochorením. Rozvoj bol meraný dvoma metodikami, prvou (SRGS-SF), ktorá meria jeden faktor – faktor rastu spojeného so stresom, a druhou metodikou (PTGI), ktorá meria päť oblastí rozvoja. Zamerali sme sa aj na to, či existuje v rámci našej vzorky štatisticky významný rozdiel z hľadiska pohlavia, demografických ukazovateľov a z hľadiska ochorenia a liečby.

2.2 Výskumná vzorka

Keďže je mnoho typov onkologických ochorení tak sme sa rozhodli pre konkrétnu oblasť onkologických ochorení, a to najmä kvôli vnútornej konzistencii výberovej skupiny. Výberovým kritériom bolo hematologické onkologické ochorenie, konkrétne Hodgkinov a NonHodginov lymfóm, myelóm a leukémia. Celkový počet pacientov bol 72, z toho bolo 35 mužov (48,6%) a 37 žien (51,4%), s priemerným vekom 48,32 (SD=14,6; rozsah=18 – 77). Ďalej sme zisťovali rodinný stav, vzdelanie, z hľadiska ochorenia sme zisťovali presný typ ochorenia podľa výberových kritérií, spôsob liečby, aktuálny stav liečby a aktuálny stav ochorenia.

2.3 Metódy merania

PTGI (posttraumatic growth inventory) sa považuje za hlavnú metodiku na meranie posttraumatického rozvoja. Autormi tohto dotazníka sú R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun (1996). Vychádzali z troch dimenzií zmien, ktoré boli identifikované pri podobných výskumoch: zmeny v sebaapercpcii, zmeny v interperosálnych vzťahoch a zmeny v životnej filozofii. Z pôvodného počtu 34 položiek bol vytvorený sebaový 21 položkový dotazník. Týchto 21 položiek meria 5 faktorov – oblastí: 1. vzťahy s druhými (7 položiek, napr. „*mám teraz väčší pocit spolupatričnosti s druhými*“), 2. nové možnosti (5 položiek, napr. „*mám teraz nové záujmy a rozvíjam ich*“), 3. osobný rozvoj (4 položky, napr. „*viac si teraz dôverujem, verím si*“), 4. spirituálna zmena (2 položky, napr. „*lepšie rozumiem tomu, že človek má taktiež duchovné potreby*“), 5. ocenenie života (3 položky, napr. „*zmenil som svoj názor na to, čo je v živote dôležité, zmenil som svoje priority*“). Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachova=0,937. Na začiatku dotazníka si proband vyberá z rôznych traumatických udalostí. My sme úvod dotazníka prispôbili tak, že nebola možnosť

vybrať si typ traumatickej udalosti, ale všetci probandi sa vyjadrovali k položkám vo vzťahu k ich ochoreniu. Podľa českého prekladu PTGI (Preiss, Kurtiš a Mareš, 2008), sme v rámci tejto metodiky zisťovali aj dobu od uplynutia diagnostikovania ochorenia, čo bolo aj jedným z kritérií výberu probandov (najmenšia doba bola 6 mesiacov od diagnostikovania).

SRGS-SF (stress related growth scale – short form) je 15 položková krátka verzia dotazníka SRGS. Jej autormi sú Crystal L. Park, Lawrence H. Cohen et al. (1996). Vychádza z pôvodnej 50 položkovej metodiky, ktorá meria 5 faktorov. Krátka forma meria jeden všeobecný faktor – stresom indukovaný rozvoj. Proband si vyberá jednu z troch možností podľa trojstupňovej škály (0 = vôbec nie, 1 = trochu, 2 = vo veľkej miere). Probandove odpovede sa vždy viažu k prežitej traumatickej, náročnej udalosti. Mali sme k dispozícii americkú, originálnu verziu dotazníka. Na preklad dotazníka do slovenského jazyka sme použili metódu dvojitého prekladu. Každá položka sa viaže s úvodnou vetou: „*vd'aka tejto udalosti...*“ – tu si má proband dosadiť nejakú preňho náročnú, traumatickú udalosť – v našom prípade všetci probandi odpovedali vo vzťahu k svojmu ochoreniu. Úvod spájajú s položkami, napr. „*vd'aka tejto udalosti...som sa naučil úprimnejšie komunikovať s inými.*“ Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachov $\alpha=0,911$. Výsledné skóre môže byť od 0-30, pričom vyššie skóre reprezentuje väčší rozvoj.

3. Výsledky

V Tabuľke č. 1 uvádzame, ako probandi z našej vzorky (N=72) skórovali v škálach merajúcich posttraumatický rozvoj.

Tabuľka č. 1: Výsledné skóre pacientov v škále Posttraumatického rozvoja a jeho oblastí, a škále Rozvoja indukovaného stresom

	N	min.	max.	M	SD
PTGI oblasti (možné skóre)					
Celkový posttraumatický rozvoj (0-105)	72	1	103	69,06	22,60
Vzťahy s druhými (0-35)	72	0	34	23	8,62
Nové možnosti (0-25)	72	0	25	14,82	6,46
Osobný rozvoj (0-20)	72	0	20	13,39	5,13
Spirituálna zmena (0-10)	72	0	10	6,49	3,36
Ocenenie života (0-15)	72	0	15	11,36	3,54
So stresom spojený rast (SRGS-SF) (0-30)	72	0	30	19,99	7,18

pozn. PTGI = *Posttraumatic growth inventory*, SRGS-SF = *Stress-related growth scale – short form*, M = priemer, SD = štandardná odchýlka

Pri porovnaní skórovania u mužov a žien síce ženy skórovali vyššie (PTGI = 69,51, SRGS-SF = 20) ako muži (PTGI = 68,57, SRGS-SF = 19,97), ale tento rozdiel nebol štatisticky významný. Podobne pri porovnávaní z hľadiska ďalších demografických charakteristík vzorky, aj pri porovnaní z hľadiska liečby a stavu a typu ochorenia neboli zistené štatisticky významné rozdiely. Pacienti, ktorí absolvovali transplantáciu krvotvorných buniek, skórovali vyššie vo všetkých oblastiach, ako zvyšok pacientov, ale tieto rozdiely neboli signifikantné.

4. Diskusia

Aj keď niektorí pacienti hovorili, že sa v dôsledku ochorenia vôbec nezmenili a v dotazníkoch merajúcich posttraumatický rozvoj a stresom indukovaný rozvoj mali skóre (0-1), tak môžeme na základe výskumných zistení tvrdiť, že u onkologických pacientov sa vyskytuje posttraumatický rozvoj (PTGI M = 69,06 a SRGS M = 19,99). Výsledky sú porovnateľné s výsledkami Mayi J. Schroeversovej a Irene Teoovej (2008), ktorí skúmali PTG u 113 onkologických pacientov (rôzne druhy onkologických ochorení), a uvádzajú PTGI (M = 73,12). L. G. Calhoun a R. G. Tedeschi (2006) uvádzajú prehľad 29 nezávislých štúdií,

ktoré skúmali PTG u onkologických pacientov, priemerné skóre sa pohybovalo od $M = 42,9 - 64,1$. Podarilo sa nám nájsť výskum realizovaný na Slovensku, v ktorom Eva Žiaková a Zuzana Maštcenová (2004) administrovali dotazník PTGI v rámci skúmania kvality života. Výskum bol realizovaný na vzorke 44 onkologických pacientok (väčšina s rakovinou prsníka) a skóre PTGI bolo $M = 71,41$. Pri skúmaní rozdielov v skórovaní PTG, jeho oblastí a SRG sme prišli na to, že muži a ženy skórovali približne rovnako, celkovo aj vo všetkých oblastiach. Väčšina štúdií, napr. Glen W. Bates et al. (2004) vo výskume PTG u 129 dospelých uvádza, že ženy dosahujú vyšší PTG ($M = 48,4$) ako muži (38,4). R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun (1996) uvádzajú, že v rámci 117 účastníkov výskumu, u ktorých bola zistená závažná trauma, skórovali vyššie ženy ($M = 81,6$) ako muži (70,25). To, že ženy uvádzajú vyšší PTG zistili aj Tanya Vishnevská et al. (2010) v meta-analýze 70 štúdií, ktoré použili PTGI alebo SRGS. V našom výskume síce tiež ženy skórovali vyššie, ale rozdiel nebol štatisticky významný. To, že neboli zistené signifikantné rozdiely mohlo byť ovplyvnené veľkosťou výskumnej vzorky.

Dôležitým zistením bolo, že pacienti rozdeľovali svoj život na obdobie pred diagnostikovaním ochorenia a po diagnostikovaní ochorenia. Zaujímavé a pre ďalší výskum podnetné je to, že posttraumatický rozvoj sa nevyskytol u všetkých pacientov. Pacientov by sme na základe rozhovorov počas administrovania dotazníkov mohli rozdeliť na tri skupiny: do (1) skupiny by sme mohli zaradiť pacientov, u ktorých bol zistený výskyt posttraumatického rozvoja, ako (2) skupinu by sme mohli označiť pacientov, ktorí počas administrovania uvádzali vyjadrenia typu: „ja som taký bol aj pred ochorením“ alebo „možno sa to v dôsledku ochorenia zmenilo, ale minimálne“, a do (3) skupiny by sme mohli zaradiť pacientov, ktorí sa pri administrovaní dotazníka vyjadrovali v zmysle: „to nemyslíte vážne, ako mi mohlo moje ochorenie spôsobiť niečo pozitívne?“ alebo „nie, vôbec nepociťujem takúto zmenu“. Keďže neboli zistené štatisticky významné rozdiely z hľadiska rodu ani ďalších demografických charakteristík a taktiež ani z hľadiska liečby, stavu a typu ochorenia, tak na výskyt, resp. rôznu úroveň posttraumatického rozvoja pravdepodobne vplyvajú ďalšie premenné a môžeme predpokladať, že to sú najmä premenné, ktoré L. G. Calhoun a R. G. Tedeschi (1996; 2004; 2010) uvádzajú vo svojom modeli posttraumatického rozvoja. Intervencia sociálneho pracovníka a jeho aktívne zapájanie sa do starostlivosti o pacientov s onkologickým ochorením (ASCO, 2009) by mohlo byť významnou premennou, ktorá by pravdepodobne mohla pozitívne vplyvať na výskyt posttraumatického rozvoja u týchto pacientov.

Záver

V praxi by mohol sociálny pracovník v rámci práce s onkologickými pacientmi preskúmať ich podpornú sieť. Mohol by zistiť, akú formu sociálnej opory pacient potrebuje, či ju má k dispozícii a či o ňu vie požiadať sám. Ak pacient nemá sociálnu oporu k dispozícii, tak by mu ju mohol sociálny pracovník pomôcť vyhľadať v podobe rôznych svojpomocných skupín. V týchto skupinách by mohlo byť podporené pacientovo rozprávanie a zdieľanie sa o svojom ochorení. Sociálny pracovník by mohol pacientovi pomôcť taktiež pri adaptovaní sa na zmeny, ktoré traumatická udalosť spôsobila a týmto spôsobom mu pomôcť akceptovať zmenený svet v dôsledku ochorenia. V pozícii terapeuta by sa vo vzťahu k rozvoju nemal ponáhľať, mal by počkať na vhodný okamžik, povzbudzovať klienta, facilitovať podmienky rozvoja a poskytovať výzvy (Mareš, 2009), pretože hoci je povzbudzujúce vedieť, že pozitívny rozvoj a benefity je možné získať v reakcii na veľké utrpenie, je taktiež dôležité byť citlivý na fakt, že očakávanie, že človek by mal nájsť pozitívny význam, môže byť pridanou záťažou pre ľudí s onkologickým ochorením (Mitchell, 2007).

Literatúra:

- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. 2009. *How an Oncology Social Worker Can Help* [online]. [cit. 2011-12-23]. Dostupné na: <<http://www.cancer.net/patient/All+About+Cancer/Cancer.Net+Feature+Articles/Quality+of+Life/How+an+Oncology+Social+Worker+Can+Help>>.
- BARANOVÁ, Anna. – Liga proti rakovine SR. 2011. *Úloha sociálneho pracovníka pri práci s onkologickým pacientom* [online]. [cit. 2011-12-23]. Dostupné na: <<http://www.zzz.sk/?clanok=11606>>.
- BARSKOVA, Tatjana, OESTERREICH, Rainer. 2009. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health : A systematic review. In *Disability and Rehabilitation*, doi: 10.1080/09638280902738441, Vol. 31, No 21, p. 1709 – 1733.
- BATES, Glen W., TRAJSTMAN, Suzzane E. A., JACKSON, Craig A. 2004. Internal consistency, test-retest reliability and sex differences on the posttraumatic growth inventory in an australian sample with trauma. In *Psychological Reports*, ISSN 0033-2941, Vol. 94, p. 793-794.
- CALHOUN, Lawrence G., TEDESCHI, Richrad G. 1999. *Facilitating posttraumatic growth : A clinician's guide*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1999. 184 p. ISBN 978-0-8058-2412-4.
- CALHOUN, Lawrence G., TEDESCHI, Richrad G. 2006. *Handbook of posttraumatic growth : Research and practice*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 2006. 387 p. ISBN 0-8058-5767-2.
- CALHOUN, Lawrence G., CANN, Arnie, TEDESCHI, Richard G. 2010. The posttraumatic growth model : Sociocultural considerations. In WEISS, Tzipi, BERGER, Roni (eds.). *Posttraumatic growth and culturally competent practice*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Son, Inc., 2010. ISBN 978-0-470-35820-3, p. 1-15.
- DAVIS, Christopher G., WOHL, Michael J. A., VERBERG, Norine. 2007. Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. In *Death Studies*, doi: 10.1080/07481180701490578 2007, Vol. 31, No. 8, p. 693-712.
- JURGA, Ludovít. M. 2007. Variabilita onkologickej starostlivosti – aký je prínos edukácie v onkológii pre „State of the art of treatment“. In *Edukační sborník : sborník z konference XXXI. Brněnské onkologické dny s XXI. Konferencí pro sestry a laboranty*. Brno : Masarykův onkologický ústav v Brně, 2007. ISBN 978-9780-86793-09-2, s. 39 – 43.
- MAREŠ, Jiří. 2008. Posttraumatický rozvoj : nové pohledy, nové teórie a modely. In *Československá psychologie*. ISSN 0009 – 062X, roč. 52, č.6, s. 567-583.
- MAREŠ, Jiří. 2009. Posttraumatický rozvoj : výskum, diagnostika, intervence. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, roč. 53, č.3, s. 271-290.
- MITCHELL, Jill. 2007. Finding positive meaning in the experience of breast cancer [online]. In *CSW update, Newsletter of the UCLA center for the study of women*, Los Angeles, 2007, p. 7-9. [cit. 2011-12-23]. Dostupné na: <<http://escholarship.org/uc/item/0rv353th>>.
- PARK, Crystal L., COHEN, Lawrence H. & MURCH, Renee L. 1996. Assessment and prediction of stress-related growth. In *Journal of personality*, doi: 10.1111/1467-6494.ep9606210694, Vol. 64, No. 1, p. 72-105.
- RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- SCHROEVERS, Maya J., TEO, Irene. 2008. The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients : relationships with psychological distress and coping strategies, doi: 10.1002/pon.1366, In *Psycho-Oncology*, 2008, Vol. 17, No. 12, p. 1239-1246.
- SCHROEVERS, Maya J., HELGESON, Vicki S., SANDERMAN, Robbert, RANCHOR, Adelita V. 2010. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. In *Psycho-Oncology*, doi: 10.1002/pon.1501, 2010, Vol. 19, No. 1, p. 46-53.
- SUMALLA, Enric C., OCHOA, Cristian, BLANCO, Ignacio. 2009. Posttraumatic growth in cancer : Reality or illusion? In *Clinical psychology review*, 2009. ISSN: 1873-7811, Vol. 29, No. 1, p. 24-33.
- ŠEVČÍKOVÁ, Andrea, VOJTOVÁ, Hana. 2007. Psychotraumatológia – základné poznatky. In *Psychiatrie*. ISSN: 1211-7579, roč. 11, č.3, s. 176-181.
- TEDESCHI, Richard G. & CALHOUN, Lawrence, G. 1996. The posttraumatic growth inventory : Measuring the positive legacy of trauma. In *Journal of traumatic stress*. ISSN: 08949867, Vol. 9, No. 3, p. 455-471.
- TEDESCHI, Richard G., CALHOUN, Lawrence G. 2004. Posttraumatic growth : conceptual foundations and empirical evidence. In *Psychological Inquiry*. ISSN 1047-840X, Vol. 15, No. 1, p. 1-18.
- VISHNEVSKY, Tanya, CANN, Arnie, CALHOUN, Lawrence G., TEDESCHI, Richard G., DEMAKIS, George J. 2010. Gender differences in self-reported posttraumatic growth : A meta-analysis. In *Psychology of women quarterly*, doi:10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x, Vol. 34, No.1, p. 110-120.
- ŽIAKOVÁ, Eva, MAŠTENOVÁ, Zuzana. 2004. Kvalita života onkologických pacientiek. In DŽUKA, Jozef (ed.). *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov : Prešovská Univerzita, 2004, s. 508-519.

Kontakt na autora:

Mgr. Gabriel Baník

*Prešovská Univerzita v Prešove, Filozofická Fakulta, Inštitút psychológie,
ul. 17. novembra 1, 08078, Prešov, Slovenská republika
E-mail: gabriel.banik@gmail.com*