

## ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU A AKÚTNYM KORONÁRNYM SYNDRÓMOM

Dana Zrubcová, Zuzana Spáčilová, Ľuboslava Pavelová, Andrea Solgajová

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ, UKF Nitra

[dzrubcova@ukf.sk](mailto:dzrubcova@ukf.sk); [zspacilova@ukf.sk](mailto:zspacilova@ukf.sk); [lpavelova2@ukf.sk](mailto:lpavelova2@ukf.sk); [asolgajova@ukf.sk](mailto:asolgajova@ukf.sk)

**Abstrakt: Východiská:** Adaptívne stratégie zvládania záťaže sa u pacientov spájajú s dosiahnutím lepších výsledkov v zdravotnom stave pacienta a vyššej kvality života.

**Cieľ:** V príspevku analyzujeme, aké stratégie zvládania záťaže sú zastúpené u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a akútnym koronárnym syndrómom. Hodnotíme rozdiely v stratégiách zvládania záťaže podľa lekárskej diagnózy, pohlavia a veku pacientov.

**Metódy:** Výberový súbor tvorilo celkovo 79 hospitalizovaných pacientov: 49 pacientov s cievnou mozgovou príhodou ( $M_{vek}=57,22$ ;  $SD=11,56$ ) a 30 pacientov s akútnym koronárnym syndrómom ( $M_{vek}=67,03$ ;  $SD=10,20$ ). Hodnotenie stratégií zvládania záťaže prebiehalo 72 hodín po prekonaní ochorenia s použitím dotazníka Brief Cope. Výskum bol schválený etickou komisiou. Išlo o dizajn korelačného deskriptívneho výskumu. Pre štatistické spracovanie dát bol použitý Studentov t-test a Pearsonov korelačný koeficient, prostredníctvom programu IBM Statistics 21.

**Výsledky:** Zistili sme, že u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a akútnym koronárnym syndrómom sú vo vyššej miere zastúpené adaptívne formy zvládania záťaže. Z maladaptívnych foriem bola v najvyššej miere v oboch stavoch zastúpená stratégia Sebarozptýlenie. Podľa pohlavia boli zistené rozdiely iba v niektorých stratégiách zvládania záťaže, pričom maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok bola viac zastúpená u mužov s cievnou mozgovou príhodou. U mladších pacientov s cievnou mozgovou príhodou bola zastúpená maladaptívna stratégia Sebaobviňovanie viac ako u starších. Adaptívne stratégie u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom boli viac zastúpené u mladších pacientov.

**Implikácie:** V procese starostlivosti je potrebné včas rozpoznať adaptáciu na ochorenie a spôsoby zvládania a v prípade maladaptívnych stratégií je potrebná aj včasná intervencia za účelom dosiahnutia pozitívnych výsledkov u pacienta v procese liečby.

**Kľúčové slová:** Zvládanie. Akútne stavy. Vek. Pohlavie. Ošetrovateľstvo.

### Úvod

Záťaž je podľa Helusa (2018, s. 173) „*namáhanie adaptačných schopností osobnosti organizmu*“ a stres ako „*záťaž dosahujúca taký stupeň, že hrozí presiahnutie síl jedinca ju zvládť. To vyvoláva celú radu psychických a fyziologických procesov ohrozujúcich zdravie jedinca, prípadne aj jeho život*“. Snaha prispôbiť sa trvalej prítomnosti stresoru môže viesť k vyčerpaniu organizmu, čo má za následok zvýšenú náchylnosť k ochoreniam. Trvalý stres s nízkou intenzitou viac vyčerpáva jedinca ako jednorazový stres vysokej intenzity. Chronický stres môže spôsobiť telesné poruchy ako vysoký krvný tlak, žalúdočné vredy a ochorenia srdca (Helus, 2018). To súvisí nielen s ochoreniami srdca, ale vysoký krvný tlak môže byť príčinou vzniku cievnej mozgovej príhody.

Vzhľadom na častý výskyt srdcovocievnych ochorení, najmä cievnej mozgovej príhody a akútneho koronárneho syndrómu odborníci odporúčajú skúmať aj vplyv modifikovateľných

psychologických faktorov pri vzniku, liečbe a v prevencii srdcovocievnych ochorení. Stratégie zvládania záťaže môžu byť vnímané ako modifikovateľné psychologické charakteristiky, ako tzv. stabilizačné faktory, ktoré môžu jednotlivcom napomáhať upevniť si psychosociálnu adaptáciu počas stresujúceho obdobia a tým predísť ochoreniu. V prípade, že ochorenie už vznikne Sarason et al. (1990) uvádzajú, že medzi pacientmi, ktorí sa zotavujú zo srdcových ochorení, sa adaptívne stratégie pozitívne spájajú s vyššou kvalitou života a maladaptívne s nižšou kvalitou života. Adaptívne stratégie zvládania záťaže sú spojené s dosiahnutými pozitívnymi zdravotnými výsledkami u pacientov (Chalfont, Bennett, 1999; Svensson et al., 2016), a preto je potrebné podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001).

Medzi najčastejšie faktory ovplyvňujúce zvládanie záťaže sa popisuje samotné ochorenie, resp. prejavy a prognóza ochorenia, vek, osobnosť, predchádzajúca životná skúsenosť a sociálna podpora (Zacharová, 2017). Ďalej Zacharová (2017) uvádza, že množstvo súčasne prebiehajúcich stresových faktorov zvyšuje náročnosť záťažovej situácia a zvládanie záťaže. Veľmi podobne popisujú vplyv rôznych faktorov na zvládanie záťaže u pacientov so srdcovocievnyimi ochoreniami aj iní autori, napríklad vplyv pohlavia (Bogg, Thornton, Bundred, 2000), ako aj veku (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001).

Vychádzajúc z uvedených teoretických východísk je cieľom výskumu zistiť, ktoré stratégie zvládania záťaže sú zastúpené u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a akútnym koronárnym syndrómom a zistiť rozdiely v stratégiách zvládania záťaže podľa typu ochorenia (lekárskej diagnózy), pohlavia a veku pacientov.

## **Metódy**

Výberový súbor tvorilo  $n=79$  (100%) hospitalizovaných pacientov: 49 pacientov s cievnou mozgovou príhodou ( $M_{vek}=57,22$ ;  $SD=11,56$ ) a 30 pacientov s akútnym koronárnym syndrómom ( $M_{vek}=67,03$ ;  $SD=10,20$ ). Pacienti boli dotazovaní počas hospitalizácie, 72 hodín po prekonaní cievnej mozgovej príhody alebo akútneho koronárneho syndrómu.

K zaradujúcim kritériám patrili: lekárska diagnóza cievne mozgová príhoda alebo akútny koronárny syndróm, lucídne vedomie, schopnosť komunikácie, schopnosť spolupráce a vyjadrenie informovaného súhlasu s výskumom.

Pre zber dát bol použitý sebavýpoved'ový dotazník Brief Cope (Carver, 1997), skrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém patrí – aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálna opora, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie, akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na únik predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, odangažované správanie, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavuje stratégiu adaptívnu a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov (Baumgartner, 2001, s.198). Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály odporúčaná psychológom, ktorá býva bežne používaná v klinickej praxi.

Zber dát prebiehal v časovom období september 2018 – február 2019. Výskum bol schválený etickou komisiou FN v Nitre, kde výskum prebiehal. Išlo o dizajn korelačného deskriptívneho výskumu. Pre štatistické spracovanie dát bol použitý Studentov t-test dva nezávislé výbery a Pearsonovova korelácia, prostredníctvom štatistického programu IBM SPSS Statistics 21.

## **Výsledky**

Celkovo vo zvládání záťaže boli u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a akútnym koronárnym syndrómom preferované vo väčšej miere adaptívne formy zvládania záťaže.

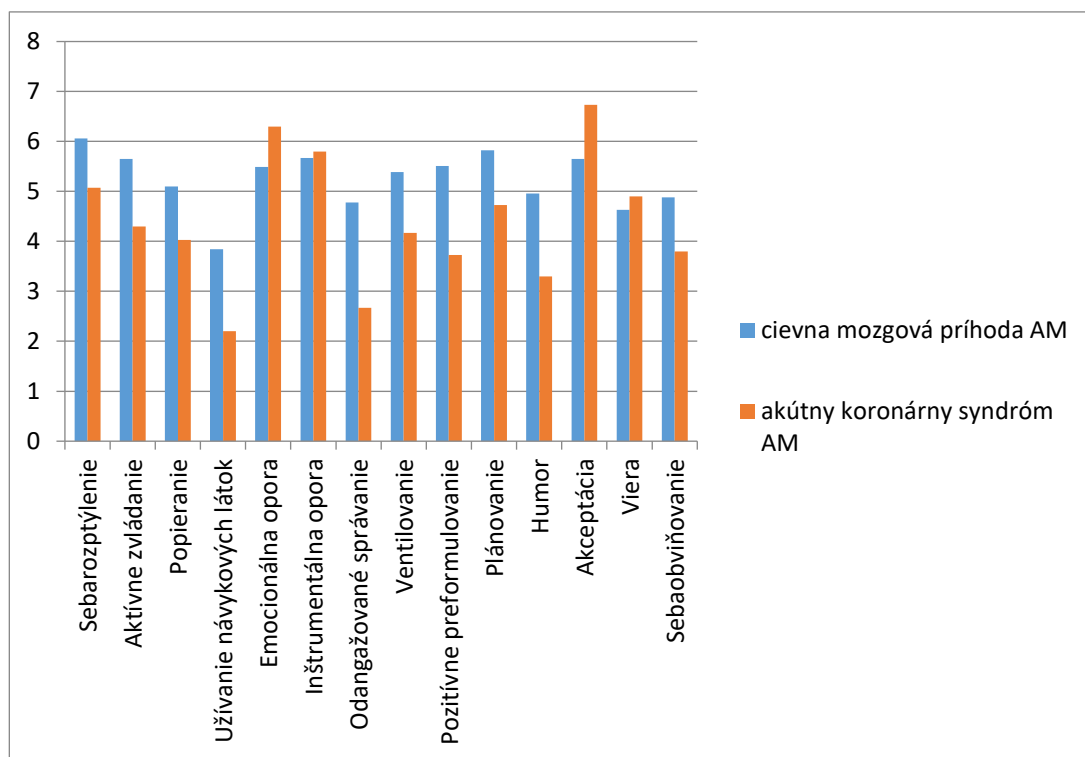
U pacientov s cievnou mozgovou príhodou patrili medzi najviac preferované a často používané adaptívne stratégie Plánovanie (M=5,82), Inštrumentálna opora (M=5,67), Aktívny coping (M=5,65), Akceptácia (M=5,65), Pozitívne preformátovanie (M=5,51) a Emocionálna opora (M=5,49). Z maladaptívnych stratégií bola ako často používaná stratégia Sebarozptýlenie (M=6,06).

U pacientov s akútnym koronárnym syndrómom bola z adaptívnych stratégií najviac zastúpená stratégia Akceptácia M=6,73, používaná ako často až vždy; ako často využívané adaptívne stratégie boli zastúpené Emocionálna opora (M=6,30) a Inštrumentálna opora (M=5,80). Ďalšie adaptívne stratégie boli zastúpené v menšej miere, skôr len výnimočne využívané. Z maladaptívnych stratégií bola používaná stratégia Sebarozptýlenie (M=5,07) v menšej miere ako u pacientov s cievnou mozgovou príhodou (tab.1, graf 1).

Tab. 1 Zvládanie záťaže u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a s akútnym koronárnym syndrómom

	Cievná mozgová príhoda			Akútny koronárny syndróm		
	N	M	SD	n	M	SD
Sebarozptýlenie	49	6,06	1,13	30	5,07	1,53
Aktívne zvládanie	49	5,65	1,36	30	4,30	1,06
Popieranie	49	5,10	1,45	30	4,03	1,43
Užívanie návykových látok	49	3,84	1,85	30	2,20	1,10
Emocionálna opora	49	5,49	1,16	30	6,30	1,06
Inštrumentálna opora	49	5,67	1,33	30	5,80	1,27
Odangažované správanie	49	4,78	1,25	30	2,67	1,03
Ventilovanie	49	5,39	1,20	30	4,17	1,46
Pozitívne preformulovanie	49	5,51	1,29	30	3,73	1,26
Plánovanie	49	5,82	1,15	30	4,73	1,29
Humor	49	4,96	1,47	30	3,30	1,69
Akceptácia	49	5,65	1,13	30	6,73	1,26
Viera	49	4,63	1,90	30	4,90	2,38
Sebaobviňovanie	49	4,88	1,22	30	3,80	1,16

Legenda: n – absolútna početnosť; M – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka



Graf 1 Znázornenie zvládania zátáže u pacientov s cievnu mozgovou príhodou a s akútnym koronárnym syndrómom

Ďalej boli skúmané rozdiely vo zvládaní zátáže podľa pohlavia. U pacientov s cievnu mozgovou príhodou bol zistený štatisticky významný rozdiel v dvoch stratégiách. V maladaptívnej stratégii Užívanie návykových látok ( $p < 0,05$ ), ktorá bola zastúpená vo vyššej miere u mužov ( $M=4,41$ ). Z adaptívnych foriem bola u mužov viac zastúpená stratégia Pozitívne preformulovanie ( $M=6,09$ ) so štatisticky významným rozdielom v porovnaní so ženami ( $p < 0,003$ ).

U pacientov s akútnym koronárnym syndrómom bol podľa pohlavia zistený iba jeden štatisticky významný rozdiel, a to v adaptívnej stratégii Viera ( $p=0,001$ ), ktorá bola ako často využívaná stratégia u žien ( $M=6,38$ ), pričom u mužov to bolo iba výnimočne ( $M=3,76$ ).

Poslednou skúmanou oblasťou bol aj vplyv veku na voľbu stratégií zvládania zátáže u pacientov v akútnom stave. U pacientov s cievnu mozgovou príhodou bol zistený štatisticky významný vzťah medzi maladaptívnou stratégiou Sebaobviňovanie a vekom ( $r = -0,291$ ). V druhej skupine pacientov s akútnym koronárnym syndrómom boli zistené štatisticky významné vzťahy medzi adaptívnymi stratégiami a vekom: Aktívny coping ( $r = -0,494$ ), Plánovanie ( $r = -0,560$ ), Emocionálna opora ( $r = -0,462$ ) a stratégiou Humor ( $r = -0,366$ ).

## Diskusia

Stratégie zvládania zátáže môžu byť vnímané ako modifikovateľné psychologické charakteristiky, ako tzv. stabilizačné faktory, ktoré môžu jednotlivcom napomáhať upevniť si psychosociálnu adaptáciu počas stresujúceho obdobia a tým predísť ochoreniu. V prípade, že ochorenie už vznikne, zvládanie zátáže je ponímané ako stabilizačný faktor, ktorý jednotlivcom napomáha

upevniť si psychosociálnu adaptáciu. Zahŕňa kognitívne a behaviorálne úsilie na zníženie alebo odstránenie stresujúcich podmienok a asociovanej emocionálnej úzkosti (Frasure-Smith, 1991). Pri cievnej mozgovej príhode aj pri akútnom koronárnom syndróme sa popisuje vysoký výskyt emocionálnej úzkosti, a podpora zvládania záťaže má veľké opodstatnenie. U pacientov s cievnu mozgovou príhodou sa výskyt úzkosti popisuje u viac ako štvrtiny pacientov (Campbell Burton et al., 2013), u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom u viac ako polovice (Frasure-Smith, Lesperance, Talajic, 1993; van Melle, et al., 2004; Sarkar, et al., 2011).

Naše zistenia o zastúpení stratégií zvládania záťaže v obidvoch skupinách pacientov sú uspokojivé, vzhľadom na to, že vo väčšej miere sú preferované ako často využívané adaptívne formy zvládania záťaže, rovnomerne aj na problém aj na emócie zamerané zvládanie záťaže. Najviac preferovanou stratégiou bola u pacientov s cievnu mozgovou príhodou stratégia Plánovanie (zvládanie zamerané na problém) a u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom stratégia Akceptácia (zvládanie zamerané na emócie).

Stratégie zvládania záťaže predstavujú špecifický spôsob zvládania záťaže. Výber vhodnej stratégie uľahčí prispôbenie sa novým zmenám a zvládanie záťažových situácií bude jednoduchšie (Baštecká a kol., 2015). Podľa Lazarusa (1996 In Heretik a kol., 2007) reakcia na stresor nie je jednorazová a automatická, ale ide o dynamický proces, v ktorom sa nachádzajú kognitívne a vôľové zložky. Kognitívne modely v zvládaní ochorenia pacientom kladú dôraz na myšlienkovú kognitívitu, môže ísť napríklad o model sebaovládanie alebo sebariadenia, tzn. ide o zvládanie ochorenia ako riešenie daného problému, kedy pacient vníma svoje príznaky ochorenia, ale vytvára si svoje vlastné predstavy o ochorení. Riešenie problému znamená dosiahnutie normálneho zdravotného stavu. Zdravotný stav je chápaný ako norma a akékoľvek odchýlky sú chápané ako problémy, ktoré treba akútne riešiť. Motiváciou pre pacienta sú práve tieto odchýlky od normy (Křivohlavý, 2002).

Svensson et al. (2016) uvádzajú, že stratégie zvládania záťaže zamerané na riešenie problému, sú vo vzťahu so zníženým výskytom cievnej mozgovej príhody a úmrtia na srdcovocievne ochorenia. Zároveň uvádza, že stratégie vyhýbanie sa riešeniu problému resp. maladaptívne stratégie boli zistené vo vzťahu so zvýšenou úmrtnosťou u pacientov so srdcovocievny ochoreniami, najmä u hypertonikov. Z maladaptívnych stratégií bola ako často používaná stratégia Sebarozptýlenie v obidvoch skupinách pacientov.

Ďalej boli skúmané rozdiely vo zvládaní záťaže podľa pohlavia, pričom boli zistené rozdiely v adaptívnych aj maladaptívnych stratégiách. V skupine pacientov s cievnu mozgovou príhodou bol zistený štatisticky významný rozdiel v dvoch stratégiách. V maladaptívnej stratégii Užívanie návykových látok, ktorá bola zastúpená vo vyššej miere u mužov a zároveň aj v adaptívnej stratégii viac zastúpenej mužov Pozitívne preformulovanie.

U pacientov s akútnym koronárnym syndrómom bol podľa pohlavia zistený štatisticky významný rozdiel v adaptívnej stratégii Viera, ktorú viac preferovali ženy. Iba zistenia v skupine pacientov s akútnym koronárnym syndrómom sú zhodné so zisteniami autorov Bogg, Thornton, Bundred (2000), ktorí uvádzajú, že ženy po prekonaní akútneho koronárneho syndrómu využívali adaptívne stratégie zvládania záťaže vo vyššej miere ako muži.

Poslednou skúmanou oblasťou bol aj vplyv veku na voľbu stratégií zvládania záťaže u pacientov v akútnom stave. U mladších pacientov s cievnu mozgovou príhodou bola viac preferovaná maladaptívna stratégia Sebaobviňovanie. V druhej skupine pacientov s akútnym koronárnym syndrómom boli u mladších pacientov viac preferované adaptívne stratégie Aktívny coping, Plánovanie, Emocionálna opora a Humor. Týmto potvrdzujeme, že vek patrí k faktorom ovplyvňujúcim voľbu stratégií zvládania záťaže ako uvádza Zacharová (2017).

## **Záver**

Zistili sme, že u pacientov s cievnou mozgovou príhodou a akútnym koronárnym syndrómom sú vo vyššej miere zastúpené adaptívne formy zvládania záťaže. Z maladaptívnych foriem bola v najvyššej miere v oboch stavoch zastúpená stratégia Sebarozptýlenie. Podľa pohlavia boli zistené rozdiely iba v niektorých stratégiách zvládania záťaže, pričom maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok bola viac zastúpená u mužov s cievnou mozgovou príhodou. U mladších pacientov s cievnou mozgovou príhodou bola zastúpená maladaptívna stratégia Sebaobviňovanie viac ako u starších. Adaptívne stratégie u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom boli viac zastúpené u mladších pacientov. V celom procese starostlivosti je potrebné včas rozpoznať adaptáciu na ochorenie a spôsoby zvládania záťaže. V prípade maladaptívnych stratégií je potrebná včasná intervencia za účelom dosiahnutia pozitívnych výsledkov u pacienta.

## **Literatúra**

- Baštecká, B, Mach, J. a kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baumgartner, F. (2001): Zvládanie stresu – coping. In Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 191-208). Praha : Grada.
- Bogg, J., Thornton, E., Bundred, P. (2000). Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 4(4), 163-168.
- Buetow, S., Goodyear-Smith, F., Coster, G. (2001). Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice*, 18(2), 117-122.
- Frasure-Smith, N. (1991). In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology*, 67(2), 121-127.
- Helus, Z. (2018): *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- Heretik, A., Heretik, A., jr. a kol. 2007. *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Chalfont, L., Bennett, P. (1999). Personality and coping: their influence on affect and behaviour following myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 3(3), 110-116.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (1990). *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley&Sons.
- Svensson, T. et al. (2016). Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. *European Heart Journal*, 37(11), 890-899.
- van Melle J. P., Verbeek D. E. P., van Den Berg M. P., Ormel, J., van Der Linde M. R., De Jonge P. (2006). Beta-blockers and depression after myocardial infarction: a multicenter prospective study. *Journal of the American College Cardiology*, 48(2), 2209-2214.
- Zacharová, E. a kol. (2007). *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing.

## **COPING IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT AND ACUTE CORONARY SYNDROME**

*Abstract:* Background: Adaptive coping strategies in patients are associated with the achievement of better results in the patients' health status and a higher quality of life. Objective: In the paper, we analyse which coping strategies are present in patients with cerebrovascular accident and acute coronary syndrome. We analyse the differences in coping strategies related to patients' medical diagnosis, gender and age. Methods: The sample consisted of 79 hospitalized patients: 49 patients with cerebrovascular accident ( $M_{age}=57.22$ ;  $SD=11.56$ ) and 30 patients with acute coronary syndrome ( $M_{age}=67.03$ ;  $SD=10.20$ ). The assessment of coping strategies was conducted 72 hours after the disease outbreak with the use of the Brief Cope inventory. The study was approved by the Ethics Committee. A descriptive correlational research design was used. For statistical data analysis, we used the Student's t-test and the Pearson correlation coefficient in the IBM Statistics 21 programme.

Results: We found out that in the patients with cerebrovascular accident and acute coronary syndrome adaptive forms of coping were present in a higher extent. As for maladaptive strategies, the strategy self-distraction was the most frequent in both conditions. Related to gender, the differences were only found in some coping strategies; the maladaptive strategy substance abuse was more frequent in men with cerebrovascular accident. The maladaptive strategy self-blame was more frequent in younger patients with cerebrovascular accident than the older ones. Adaptive strategies in patients with acute coronary syndrome were more frequent in younger patients.

Implications: In the process of care, early detection of the adaptation to a disease and coping strategies is necessary; in case of maladaptive strategies, an early intervention is also necessary in order to achieve positive results in patients in the treatment process.

*Keywords:* Coping. Acute conditions. Age. Gender. Nursing.

Grantová podpora:

Príspevok bol podporený projektom VEGA 1/0418/19 Zvládanie záťaže v procese rekonvalescencie po cievnej mozgovej príhode.