

# KVANTITATÍVNE VS. KVALITATÍVNE METÓDY AKO PSYCHOTERAPEUTICKÝ NÁSTROJ VO VÝSKUME MYELÓMU

Zuzana Ondrušová<sup>1,2</sup>, Soňa Kráľová<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Klinika hematológie a transfuziológie LFUK, SZU a UNB, Bratislava, <sup>2</sup>Slovenská myelómová spoločnosť, Bratislava <sup>3</sup>Ústav sociálnej antropológie, FSEV UK, Bratislava

## Úvod

Psychosociálna podpora onkologických pacientov je v súčasnosti pretrvávajúcim problémom v oblasti Slovenského zdravotníctva. Rôzne podporné skupiny a neziskové organizácie poskytujú pomoc a podporu pacientom s rakovinou. V prípade pacientov s mnohopočetným myelómom poskytujú takúto podporu a pomoc Slovenská myelómová spoločnosť. Spôsob, akým Slovenská myelómová spoločnosť spolupracuje s pacientmi, umožňuje hlbší prístup k jednotlivcom prostredníctvom individuálnych a skupinových stretnutí spolu s kombináciou rôznych metód získavania informácií.

Mnohopočetný myelóm je potenciálne chronické ochorenie s mnohými charakteristickými symptómami a dôsledkami pre každodenný život pacientov, ktoré sa môžu u jednotlivcov značne líšiť. Samozrejme existuje veľa rovnakých fyzických a emocionálnych problémov, ktoré mnohí pacienti zdieľajú. Rôzne príznaky a komplikácie jednotlivých prípadov však vedú k veľmi odlišným individuálnym skúsenostiam s liečbou a každodenným životom. Z toho dôvodu je našim cieľom

## Interpretácia výsledkov

	N	Priemerné skóre	Št. odchýlka	Max. skóre
WHO fyzické zdravie	31	24,10	2,310	35
WHO duševné zdravie	31	20,53	2,145	30
WHO sociálne vzťahy	31	11,23	1,406	15
WHO prostredie	31	30,73	3,290	40
WHO kvalita života	31	3,77	,568	5
WHO zdravotný stav	31	3,43	,728	5
Pocit kontroly	31	18,53	1,634	28
HADS úzkosť	31	12,70	2,292	21
HADS depresia	31	8,37	1,564	21
HADS $\Sigma$	31	21,07	2,545	42

Tabuľka 1: Priemerné skóre dosiahnuté v dotazníkoch

## WHOQOL – BREF

Výsledky WHOQOL – BREF dotazníka poukazujú na priemernú, prípadne mierne nadpriemernú úroveň kvality života účastníkov v rôznych oblastiach, pričom najvyššie skóre dosahujú v dimenziách sociálnych vzťahov a prostredia a najnižšie v dimenzii duševného zdravia (viď. Tabuľka 1).

Najvyššie skóre v oblastiach sociálnych vzťahov a prostredia je pravdepodobne dôsledkom nevyhnutnej podpory rodinných príslušníkov, priateľov, známych, priateľov a podobne. Nižšie hodnoty v oblasti fyzického zdravia nie sú v tomto prípade prekvapujúce, keďže do úvahy rôznorodé symptómy ochorenia a vplyv náročnej liečby na celé telo.

Prekvapivo, doména duševného zdravia vykazuje najnižšie skóre zo všetkých oblastí kvality života. Domnievame sa, že tieto výsledky môžu poukazovať na určité limity zdravotnej starostlivosti na Slovensku, ktorá je charakteristická prístupom zameraným najmä na liečbu tela, a teda fyzickej stránky pacienta. Psychosociálna starostlivosť zostáva naďalej vnímaná ako akýsi doplnok liečby pacienta. Hlboké rozhovory odhalili osobné skúsenosti pacientov a predovšetkým ich vnímanie zdravotnej starostlivosti, ktoré často charakterizujú ako príliš fyzické a menej zamerané na psychickú stránku človeka. Hoci mnohí pacienti vyjadrujú spokojnosť s poskytovanou lekárskou starostlivosťou a zdravotníkmi, často sa stretávajú s nedostatkami v sfére psychosociálnej starostlivosti.

## Pocit kontroly

Prostredníctvom dotazníka pocitu kontroly sme namerali priemerný výsledok účastníkov 18,53 (SD=1,634) z 28, čo predstavuje mierne zníženú úroveň pocitu kontroly. Pocit kontroly meria, do akej miery ľudia vnímajú životné zmeny ako výsledok vlastného konania. Pocit kontroly v rôznych oblastiach bol skúmaný vo vzťahu s viacerými špecifickými druhmi rakoviny, ako aj s onkologickými ochoreniami vo všeobecnosti. Rakovina je považovaná za diagnózu, ktorej sa nedá vedome predchádzať alebo ju regulovať individuálnym správaním. V kontexte pocitu kontroly môže byť pre pacientov ťažké mať jasnú predstavu o tom, ako regulovať alebo kontrolovať svoje správanie tak, aby prospeli vlastnému zdravotnému stavu, či predišli určitým ťažkostiam. Na rozdiel od rakoviny, pri ochoreniach ako diabetes majú pacienti pomerne jasné pokyny o tom, ako môžu sami aktívne zmierniť ochorenie, predchádzať zhoršeniu symptómov alebo všeobecne zlepšovať svoje zdravotné výsledky. V týchto prípadoch je jednoduchšie rozpoznať špecifické prostriedky na dosiahnutie potrebných výsledkov, dôsledkom čoho môžu pacienti vnímať kontrolu nad vlastným zdravím pozitívnejšie. Mnohopočetný myelóm je však diagnóza, pri ktorej pacient nemá jednoznačne daný, overený spôsob, ako sám vylepšiť vlastné výsledky. Okrem bežných spôsobov liečby je len málo možností, ako individuálne zlepšiť vlastný zdravotný stav. Existuje viacero spôsobov, ako prehodnotiť stravovacie návyky, zmeniť životný štýl, prípadne možnosti, ako sa vyhnúť karcinogénom a iným škodlivým

## Záver

Nielen medicínski špecialisti zdôrazňujú potrebu profesionálneho výskumu za účelom vhodných liečebných postupov a metód. V súčasnosti je tzv. *evidence-based* medicína zdôrazňovaná viac ako kedykoľvek predtým. Preto musia vedci a výskumníci venovať osobitnú pozornosť zozbieraným dôkazom, najmä v oblasti zdravotnej starostlivosti. Nielen lieky a metódy liečby, ale aj špecifické psychologické a psychoterapeutické metódy sú založené na určitých dôkazoch, čo znamená, že sú aplikované, modifikované a regulované na základe zistení vedeckého výskumu. Aké metódy vedci vo výskume zvolia teda priamo ovplyvňuje starostlivosť o pacienta. Kvantitatívne metódy sú efektívnym spôsobom zhromažďovania širokého spektra informácií od veľkého množstva pacientov. Avšak odlišné skúsenosti s diagnózou, jej komplikáciami, dôsledkami a liečbou majú za následok individuálne vnímanie, skúsenosti, úsilie a reakcie jednotlivých pacientov. Využívanie kvalitatívnych metód môže slúžiť nielen ako psychoterapeutický nástroj pre individuálny prístup k starostlivosti o pacienta. Okrem toho zvyšujú kvalitu výsledkov výskumu tak, že spájajú kvantitatívne výsledky s relevantným osobným, psychosociálnym, historickým a kultúrnym kontextom jednotlivcov. V dôsledku toho je možné objasniť nejasné alebo nesignifikantné výsledky výskumom prostredníctvom kombinácie kvantitatívnych a kvalitatívnych metód. Spoločne poskytujú kvalitnejší nástroj na presnejšiu interpretáciu výsledkov a vhodnejšie metódy psychosociálnej starostlivosti. Domnievame sa, že je potrebné zlepšiť pozíciu psychosociálnej starostlivosti a individuálneho prístupu k liečbe pacientov v slovenskom zdravotníckom systéme. Sme presvedčení, že pre zlepšenie kvality poskytovanej starostlivosti založenej na dôkazoch, je nevyhnutné aplikovať vhodnú metodiku výskumu.

KONTAKT: [sue.ondrusova@gmail.com](mailto:sue.ondrusova@gmail.com); [kralova.sona@gmail.com](mailto:kralova.sona@gmail.com)

Slovenská myelómová spoločnosť [www.myelom.sk](http://www.myelom.sk)

zdôrazniť potrebu dialógu medzi pacientom a poskytovateľom psychosociálnej starostlivosti, ako aj individuálny prístup k jednotlivým prípadom. Domnievame sa, že za účelom poskytovania lepšej psychosociálnej podpory je potrebné prispôbiť metódy v praxi tak, aby nám umožnili individuálny prístup k jednotlivým pacientom.

## Metódy

31 účastníkov vyplnilo dotazník WHOQOL – BREF, dotazník pocitu kontroly a Škálu nemocničnej úzkosti a depresie. Okrem toho niektorí účastníci absolvovali hlboké rozhovory týkajúce sa ich predstáv a presvedčení o diagnóze, jej liečbe a každodenných dôsledkoch, ako aj o skúsenostiach so symptómami, lekárskou starostlivosťou a špecifickými terapiami. Výskumná vzorka pozostávala z 31 pacientov s mnohopočetným myelómom, z ktorých 10 bolo mužov (32,3%), 14 žien (45,2%) a 7 neuviedlo pohlavie (22,6%). Priemerný vek účastníkov bol 63,26 rokov a priemerná dĺžka liečby 6,61 rokov.

plyvom. Takéto správanie však nie je zárukou, že sa pacientov stav zlepší. Trajektória a prognóza mnohopočetného myelómu môže byť v mnohých prípadoch nepredvídateľná. Vo všeobecnosti neexistujú žiadne špecifické spôsoby, ktorými by bolo možné zabrániť rakovine alebo jej šíreniu v ľudskom tele. Pacienti vo svojich výpovediach často zdôrazňujú nekontrolovateľnosť rakoviny a jej výsledkov a tvrdia, že „je toho málo, čo môžu sami urobiť preto, aby sa ich zdravotný stav zlepšil.“

V oblasti vnímanej kontroly je obzvlášť dôležité poukázať na špecifickosť tejto diagnózy a jej charakteristik. Pocit kontroly pacientov môže byť v tomto prípade značne ovplyvnený charakterom a intenzitou ich individuálnych skúseností s nedostatkom kontroly.

## Škála nemocničnej úzkosti a depresie

Na škále nemocničnej úzkosti účastníci skórovali v priemere 12,70 (SD=2,292) z 21, čo značí abnormálnu úroveň úzkosti. Na škále nemocničnej depresie účastníci skórovali v priemere 8,37 (SD=1,564) z 21, čo predstavuje hraničnú úroveň depresie. Celkové skóre oboch škál je však 21,07 (SD = 2,545) z 42, čo poukazuje na priemernú závažnosť symptómov.

Výsledky poukazujú na zvýšenú úroveň depresie, ako aj úzkosti. Kým miera depresie je len o niečo vyššia ako norma, výsledky poukazujú na vysokú a abnormálnu úroveň úzkosti. Tieto výsledky sú u onkologických pacientov očakávané, keďže komplexná trajektória ochorenia môže prispievať k pocitu neistoty o ich liečbe a možnostiach vyliečenia. Vnímanie nedostatočnej kontroly nad danou zdravotnou situáciou taktiež prispievajú k pocitom úzkosti. Na druhej strane však pacienti nemusia nevyhnutne trpieť depresiou, keďže sa jednotlivci vyrovnávajú s ochorením individuálne. Ich zvládanie taktiež vyplýva zo závažnosti prípadu, pri ktorom niektorí pacienti schopní pokračovať v každodennom živote relatívne normálne, na rozdiel od iných, ktorých životy sú vážne postihnuté symptómami a agresívnou liečbou.

## Korelácie

		Sig. (2-tailed)	Pearsonov korelačný koeficient
HADS úzkosť	WHO kvalita života	0,021	0,421*
HADS úzkosť	WHO fyzické zdravie	0,008	0,475**
HADS úzkosť	WHO sociálne vzťahy	0,007	0,482**
HADS úzkosť	WHO prostredie	0,000	0,652**
HADS úzkosť	WHO zdravotný stav	0,008	-0,477**

Tabuľka 2: Korelačná analýza

Prekvapivo, na rozdiel od skúseností z praxe, korelačná analýza neodhalila žiaden vzťah medzi pocitom kontroly a ostatnými škálami. Na druhej strane, škály depresie a úzkosti ukazujú zaujímavé výsledky.

Analýza odhalila mierne negatívny vzťah ( $r = -0,477$ ) medzi spokojnosťou so zdravotným stavom a depresiou. Znamená to, že čím viac stúpa spokojnosť so zdravotnými podmienkami, tým menej je príznakov depresie. Tento výsledok je pomerne očakávaný najmä z toho dôvodu, že príznaky mnohopočetného myelómu ovplyvňujú fyzické schopnosti pacientov, čím zhoršujú možnosti každodenného fungovania. Je pochopiteľné, že sa zvyšuje miera depresívnych príznakov v prípade, kedy sa fyzické problémy zhoršujú zhoršujú. Okrem toho analýza odhalila mierne pozitívny vzťah medzi úzkosťou a kvalitou života ( $r = 0,421$ ), fyzickým zdravím ( $r = 0,475$ ), sociálnymi vzťahmi ( $r = 0,482$ ) a silný pozitívny vzťah medzi úzkosťou a životným prostredím ( $r = 0,652$ ). Domnievame sa, že tieto výsledky odzrkadľujú komplexný charakter tejto diagnózy. Napriek tomu, že výskum v oblasti medicíny rýchlo napreduje, pacienti trávajú väčšinu svojho života očakávaním recidívy a podstupovaním náročnej liečby.