

## Prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní infarktu myokardu

Andrea Solgajová, Dana Zrubcová, Gabriela Vörösová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

### Abstract

SOLGAJOVÁ, A. – ZRUBCOVÁ, D. – VÖRÖSOVÁ, G. Predictors of coping behaviour in patients after myocardial infarction. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 1, pp. 8-14. Available on: <http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-9/cislo-1/prediktory-zvladania-zataze-u-pacientov-po-prekonani-infarktu-myokardu>.

**Introduction:** Coping strategies are connected to better health outcomes in patients after myocardial infarction.

**Aim:** The study objective was to find out preferred coping strategies in patients after myocardial infarction, and evaluate gender, age and personality characteristics as possible predictors of coping behaviour in patients after myocardial infarction.

**Methods:** The sample consisted of 50 hospitalised patients after myocardial infarction, with the average age of 63.4 years (SD = 10.44). The self-assessment questionnaires Brief Cope and International Personality Item Pool (Mini IPIP), and the scale NOC Acceptance: Health Status were used for data collection. The ethical approval for the study was obtained. A correlational descriptive study design was used. For statistical data analysis, we used the Student's t-test and the Pearson correlation coefficient, the IBM Statistics 21.

**Results:** The most preferred coping strategies in the patients after myocardial infarction included Planning, Acceptance, Self-distraction and Positive reframing. The patients often did activities to reconcile with major changes in the health area. A statistically significant difference was found between men and women in the strategy Religion; it was more preferred by the women. The strategies Denial and Substance use were statistically related to age; they were preferred by the younger patients. There were other statistically significant relationships between coping strategies and acceptance of the health status, and personality characteristics.

**Conclusion:** The findings significantly contribute to enhancement of knowledge of the issue of coping in patients in clinical practice, and are important for a nursing diagnosis process.

**Key words:** myocardial infarction, coping, strategies, nursing, personality

### Úvod

Vzhľadom na častý výskyt srdcovocievnych ochorení 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. Infarkt myokardu (ďalej IM) sa v kategorizácii náročných životných situácií klasifikuje ako situácia spojená s ohrozením zdravia (nemoc/choroba, zranenie, smrť) (Výrost et al., 1995, s. 95). Zvládanie zahŕňa kognitívne a behaviorálne úsilie na zníženie alebo odstránenie stresujúcich podmienok a asociatívnej emocionálnej úzkosti, ktorá býva u pacientov po prekonaní IM prítomná viac ako u polovice hospitalizovaných pacientov (Frasure-Smith, 1991, s. 123; van Melle, et al., 2006, s. 2213). Kognitívne modely v zvládaní ochorenia pacientom kladú dôraz na myšlienkovú kognitívitu, môže ísť napríklad o model sebaovládania 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, s. 148).

V klinickej praxi je nevyhnutnou požiadavkou posudzovať proces zvládania akéhokoľvek ochorenia, a podporiť proces zvládania voľbou adaptívnych stratégií. Ak pacient bojuje so svojim ochorením, nevie ho adaptívne zvládnuť, môže to viesť ešte k zhoršeniu jeho zdravia, nie pozitívnym zmenám celkového zdravotného stavu. Dochádza nielen k biologickým zmenám, rovnako ako aj k zmene sociálnej role, čo nie je pre neho priaznivé (Zacharová a kol., 2007, s. 143).

Variabilita vnímania stresovej situácie a voľba stratégií zvládania záťaže u pacientov so srdcovocievnyim ochorením môže byť ovplyvnená napríklad pohlavím (Bogg, Thornton, Bundred, 2000, s. 165), typom osobnosti (Chalfont, Bennett, 1999, s. 112; Crawshaw et al., 2016, s. 15), vekom (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 117).

Vo všeobecnosti sa uvádza, že stratégie zvládania záťaže sú spojené s dosiahnutými zdravotnými výsledkami u pacientov (Svensson et al., 2016, s. 895) a preto je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 122).

## Cieľ

Cieľom bolo zistiť preferované stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a zhodnotiť pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky ako prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM.

## Súbor

Výberový súbor tvorilo  $N = 50$  (100 %) pacientov s lekárskou diagnózou IM, z toho 32 mužov (64 %). Pacienti boli dotazovaní počas hospitalizácie, 72 hodín po IM. K zaradujúcim kritériám patrili: stav po prekonaní IM, lucidné vedomie, schopnosť komunikácie, schopnosť spolupráce a vyjadrenie informovaného súhlasu s výskumom. Vek respondentov sa pohyboval od 29 do 85 rokov ( $M_{\text{vek}} = 63,43$ ;  $SD_{\text{vek}} = 10,44$ ).

## Metodika

Pre zber dát boli použité sebaopisovacie dotazníky Brief Cope a Mini IPIP (*International Personality Item Pool*) a škála NOC Akceptácia – zdravotný stav.

Dotazník *Brief Cope* (Carver, 1997) bol použitý pre hodnotenie preferovaných stratégií zvládania záťaže. Ide o 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 sa, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavuje stratégiu adaptívnu a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu (Carver, 1997). Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály *Brief Cope* so súhlasom autora adaptovanej škály v našich podmienkach (Baumgartner, 2001). Položky boli hodnotené na štvorbodovej škále: 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).

Na meranie päťfaktorovej štruktúry osobnosti bol použitý dotazník Mini-IPIP (*Mini-International Personality Item Pool*), ktorý vychádza z modelu *Big Five – Teória veľkej päťky* (Ruisel, Halama, 2007) a je odvodený z pôvodného IPIP dotazníka, ktorého autorom je Goldberg (1999). Mini-IPIP je 20-položková škála, kde každá z piatich dimenzií osobnosti (otvorenosť, extravézia, prívetivosť, svedomitosť, neurotizmus) je meraná štyrmi položkami. Každá položka predstavuje výrok popisujúci správanie a respondent vyjadruje na 5-bodovej škále, nakoľko ho výrok vystihuje, pričom 1 znamená vôbec nevystihuje a 5 znamená úplne vystihuje (Hullová, Ďuriš, 2017).

Škála Akceptácia: zdravotný stav 1300 je hodnotiaci škála z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (*Nursing Outcomes Classification*), pre určenie zhodnotenia osobných aktivít jednotlivca pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnej oblasti. Škála pozostáva z 15 ukazovateľov – osobných aktivít pacienta v procese zvládania, ktoré hodnotí sestra na škále od 1 po 5, kde 1 je nikdy nepreukazované a 5 neustále preukazované (Moorhead et al., 2018, s.434).

Zber dát prebiehal v časovom období september 2017 – február 2018. 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 pre dva nezávislé výbery a Pearsonova korelácia ( $r$ ), prostredníctvom štatistického programu IBM SPSS Statistics 21. Výsledky boli testované na hladine významnosti ( $\alpha = 0,05$ ).

## Výsledky

Celkovo zhodnotené stratégie zvládania záťaže popisuje tabuľka 1. Medzi najviac preferované stratégie zvládania záťaže patria Plánovanie ( $M = 6,0$ ;  $SD = 1,57$ ), Akceptácia ( $M = 5,84$ ;  $SD = 1,36$ ), Sebarozptýlenie ( $M = 5,66$ ;  $SD = 1,56$ ) a Pozitívne preformátovanie ( $M = 5,64$ ;  $SD = 1,59$ ). Medzi najmenej preferované stratégie zvládania uviedli respondenti Užívanie návykových látok ( $M = 2,56$ ;  $SD = 1,51$ ) a Humor ( $M = 3,08$ ;  $SD = 1,38$ ) (tab. 1).

Celkovo podľa škály Akceptácia: zdravotný stav bolo zistené, že osobné aktivity pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave boli často preukazované aktivity ( $M = 3,73$ ;  $SD = 0,65$ ).

**Tab. 1. Stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM**

Stratégia zvládania záťaže	N	M	SD
Sebarozptýlenie	50	5,66	1,56
Aktívny coping	50	5,32	1,30
Popieranie	50	4,16	1,79
Užívanie návykových látok	50	2,56	1,51
Emocionálna opora	50	5,44	1,39
Inštrumentálna opora	50	4,98	1,44
Odangažované správanie	50	4,18	1,22
Ventilovanie	50	4,44	1,22
Pozitívne preformulovanie	50	5,64	1,59
Plánovanie	50	6	1,57
Humor	50	3,08	1,38
Akceptácia	50	5,84	1,36
Viera	50	4,42	1,73
Sebaobviňovanie	50	4,1	1,09

**Legenda:** N – absolútna početnosť; M – aritmetický priemer; SD – smerodajná odchýlka

Ďalej boli skúmané rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM medzi mužmi a ženami. Bol zistený štatisticky významný rozdiel v stratégii Viera ( $p = 0,004$ ), viac preferovanej u žien ( $M = 5,33$ ;  $SD = 1,85$ ). U mužov bola najviac zastúpená stratégia Plánovanie ( $M = 6,13$ ;  $SD = 1,60$ ) a najmenej zastúpená stratégia Užívanie návykových látok ( $M = 2,59$ ;  $SD = 1,52$ ). U žien bola najviac zastúpená stratégia Akceptácia ( $M = 5,83$ ;  $SD = 1,30$ ) a najmenej zastúpená bola stratégia Užívanie návykových látok ( $M = 2,5$ ;  $SD = 1,54$ ) (tab. 2.).

Celkovo podľa škály Akceptácia: zdravotný stav neboli zistené štatisticky významné rozdiely v osobných aktivitách pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave medzi mužmi ( $M = 3,80$ ;  $SD = 0,63$ ) a ženami ( $M = 3,61$ ;  $SD = 0,69$ ). U mužov a žien išlo o často preukazované aktivity pre zmierenie sa so závažnými zmenami v zdravotnej oblasti.

**Tab. 2. Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM podľa pohlavia**

Stratégia zvládania záťaže	Muži			Ženy			t	p
	N	M	SD	N	M	SD		
Sebarozptýlenie	32	5,88	1,43	18	5,28	1,74	1,309	0,197
Aktívny coping	32	5,44	1,37	18	5,11	1,18	0,849	0,403
Popieranie	32	4,28	2,02	18	3,94	1,31	0,635	0,528
Užívanie návykových látok	32	2,59	1,52	18	2,5	1,54	0,208	0,836
Emocionálna opora	32	5,63	1,58	18	5,11	0,90	1,265	0,212
Inštrumentálna opora	32	5	1,59	18	4,94	1,16	0,13	0,897
Odangažované správanie	32	4,22	1,31	18	4,11	1,08	0,296	0,769
Ventilovanie	32	4,59	1,13	18	4,17	1,34	1,198	0,237
Pozitívne preformulovanie	32	5,78	1,58	18	5,39	1,61	0,836	0,407
Plánovanie	32	6,13	1,60	18	5,78	1,52	0,75	0,457
Humor	32	3,03	1,45	18	3,17	1,30	-0,329	0,743
Akceptácia	32	5,84	1,42	18	5,83	1,30	0,026	0,98
Viera	32	3,91	1,45	18	5,33	1,85	-3,029	0,004
Sebaobviňovanie	32	4,22	1,13	18	3,89	1,02	1,025	0,313

**Legenda:** M – aritmetický priemer; SD – smerodajná odchýlka; t – Studentov t-test; p – hodnota štatistickej významnosti ( $\alpha = 0,05$ )

Ďalej bol skúmaný vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže a vekom pacientov po prekonaní IM. Stredne silný vzťah bol zistený medzi stratégiami Popieranie ( $r = -0,333$ ;  $p = 0,019$ ) a Užívanie návykových látok ( $r = -0,348$ ;  $p = 0,014$ ) s vekom. V oboch prípadoch išlo o negatívny vzťah, čo znamená vyššiu preferenciu týchto stratégií u mladších pacientov po prekonaní IM (tab. 3.).

Osobné aktivity pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave hodnotené škálou Akceptácia: zdravotný stav nevykazovali s vekom štatisticky významný vzťah ( $r = -0,092$ ;  $p = 0,533$ ).

**Tab. 3. Vzťah stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a veku**

Stratégia zvládania záťaže	r	p
Sebarozptýlenie	0,01	0,946
Aktívny coping	-0,017	0,911
Popieranie	-0,333*	0,019
Užívanie návykových látok	-0,348*	0,014
Emocionálna opora	0,252	0,082
Inštrumentálna opora	0,047	0,749
Odangažované správanie	-0,179	0,218
Ventilovanie	0,131	0,369
Pozitívne preformulovanie	0,177	0,224
Plánovanie	0,244	0,091
Humor	-0,245	0,093
Akceptácia	-0,016	0,911
Viera	0,18	0,216
Sebaobviňovanie	-0,18	0,345

**Legenda:** r – Pearsonov korelačný koeficient; p – hodnota štatistickej významnosti (\* –  $p < 0,05$ )

Poslednou oblasťou skúmania bolo zistiť vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže a osobnostnými charakteristikami pacientov po prekonaní IM. Bolo zistené, že maladaptívna stratégia zvládania záťaže Sebarozptýlenie vykazovala stredne silný vzťah so svedomitosťou ( $r = 0,389$ ;  $p = 0,006$ ); ďalšia maladaptívna stratégia Odangažované správanie vykazovala stredne silný negatívny vzťah s otvorenosťou ( $r = -0,308$ ;  $p = 0,031$ ) a prívetivosťou ( $r = -0,297$ ;  $p = 0,038$ ) a maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok vykazovala stredne silný negatívny vzťah s otvorenosťou ( $r = -0,391$ ;  $p = 0,005$ ) a svedomitosťou ( $r = -0,375$ ;  $p = 0,008$ ) (tab. 4).

Osobné aktivity pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave hodnotené škálou Akceptácia: zdravotný stav vykazovali štatisticky významný vzťah s osobnostnou charakteristikou prívetivosť ( $r = 0,323$ ;  $p = 0,025$ ).

**Tab. 4. Vzťah stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a osobnostných charakteristík**

Stratégia zvládania záťaže		N	E	O	P	S
Sebarozptýlenie	r	-0,144	0,139	0,28	0,262	0,389**
	p	0,323	0,339	0,051	0,069	0,006
Aktívne zvládanie	r	-0,203	0,264	0,125	,297*	0,430**
	p	0,163	0,066	0,393	0,038	0,002
Popretie	r	0,474**	-0,327*	-0,285*	-0,349*	-0,185
	p	0,001	0,022	0,047	0,014	0,204
Užívanie návykových látok	r	0,087	0,229	-0,391**	-0,074	-0,375**
	p	0,553	0,114	0,005	0,613	0,008
Využívanie emočnej podpory	r	-0,273	0,269	0,212	0,360*	0,23
	p	0,057	0,062	0,144	0,011	0,111
Použitie inštrumentálnej podpory	r	-0,179	0,155	0,16	0,288*	0,24
	p	0,218	0,288	0,273	0,045	0,097

Tab. 4. – pokračovanie

Odangažované správanie	r	0,191	-0,07	-0,308*	-0,297*	0,005
	p	0,188	0,635	0,031	0,038	0,975
Ventilovanie	r	0,04	-0,047	-0,057	0,06	-0,032
	p	0,784	0,748	0,695	0,681	0,828
Pozitívne preformulovanie	r	-0,488**	0,429**	0,300*	0,369**	0,304*
	p	0,000	0,002	0,036	0,009	0,034
Plánovanie	r	-0,542**	0,331*	0,391**	0,512**	0,466**
	p	0,000	0,02	0,005	0,000	0,001
Humor	r	0,231	0,134	-,459**	-0,112	-,357*
	p	0,11	0,36	0,001	0,443	0,012
Akceptácia	r	-0,562**	0,402**	0,341*	0,481**	0,315*
	p	0,000	0,004	0,016	0,000	0,027
Viera	r	-0,182	0,123	0,437**	0,284*	0,315*
	p	0,21	0,401	0,002	0,048	0,027
Sebaobviňovanie	r	0,088	0,104	0,06	0,029	0,241
	p	0,546	0,475	0,682	0,845	0,095

**Legenda:** r – Pearsonov korelačný koeficient; p – hodnota štatistickej významnosti (\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ ); N – neurotizmus; E – extravertizácia; O – otvorenosť; P – prívetivosť; S – svedomitosť

## Diskusia

Vo výskume boli skúmané preferované stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky boli hodnotené ako prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM.

Jedným z faktorov, ktoré pomáhajú zvládnuť už vzniknuté srdcovocievne ochorenie je používanie efektívnych (adaptívnych) stratégií zvládania záťaže (Nôtová, 2007, s. 489). Lazarus a Folkman (1984, s. 141) definujú zvládanie ako „neustále meniaci sa kognitívna a behaviorálna snaha riadiť špecifické vonkajšie a/alebo vnútorné požiadavky, ktoré sú považované za namáhavé, alebo presahujúce prostriedky danej osoby“. Táto definícia naznačuje, že zvládanie môže pozostávať z niekoľkých prispôbení, ktoré prebiehajú simultánne alebo sekvenčne.

Naše zistenia sú pozitívne vzhľadom k tomu, že k preferovaným stratégiám zvládania záťaže patrili najmä stratégie zvládania zamerané na emócie – Akceptácia a Pozitívne preformulovanie, ktoré predstavujú adaptívne formy zvládania.

Uvádza sa, že v počiatočnej fáze zdravotnej krízy môžu byť prítomné stratégie vyhýbanie alebo odmietanie, a môžu byť niekedy výhodou; ak sú však dlhodobejšie, sú vo všeobecnosti nepriaznivé (Lazarus a Folkman, 1984, s. 141). Aj v našom výskume bolo zistené, že u pacientov po prekonaní IM v počiatočnej fáze ochorenia (72 hodín po IM) bola medzi najviac preferovanými stratégiami zastúpená aj maladaptívna stratégia Sebarozptýlenie, ktorá predstavuje únik od riešenia problému.

Sarason et al. (1990, s. 349) uvádzajú, že medzi pacientmi, ktorí sa zotavujú po prekonaní srdcových ochorení sa stratégie zvládania zamerané na riešenie problému pozitívne spájajú s kvalitou života a stratégie vyhýbania sa v neskoršom období negatívne spájajú s kvalitou života.

Preto je nevyhnutnou potrebou včasná diagnostika maladaptívnych stratégií sestrou a intervenovanie pri ošetrovateľskej diagnóze Neefektívne zvládanie záťaže (00069) (Herdman, Kamitsuru, 2018), v našich podmienkach pri sesterskej diagnóze Narušená adaptácia jednotlivca (A 100) (Vyhláška MZ SR 306/2005 Z.z.) pre elimináciu vzniknutého problému. Aj podľa uvedenia autorov Buetow, Goodyear-Smith, Coster (2001, s. 122) je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie a pre zlepšenie komunikácie s pacientom.

U pacientov po prekonaní IM boli našimi zisteniami vyhodnotené osobné aktivity pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave ako často preukazované. Domnievame sa, že sestra podporou týchto aktivít pre zvládanie záťažovej situácie môže dosiahnuť ešte výraznejšie zlepšenie zvládania a pozitívnu zmenu u pacienta.

Okrem včasnej diagnostiky maladaptívnych stratégií v starostlivosti o pacienta po prekonaní IM je potrebné aj posúdiť vplyv možných faktorov, ktoré predpovedajú voľbu maladaptívnych stratégií zvládania záťaže a tým aj riziko vzniku Neefektívneho zvládania záťaže ako ošetrovateľskej diagnózy. Podľa Herdman a Kamitsuru (2018, s. 343) sú pri ošetrovateľskej diagnóze Neefektívne zvládanie popisované tieto súvisiace faktory: rozdiely v pohlaví, vysoký stupeň ohrozenia, neschopnosť uchovať adaptívnu energiu, nepresné vyhodnotenie hrozby, nedostatočná sebadôvera pri riešení situácie, nedostatoč-



ná príležitosť pripraviť sa na stresory, nedostatočné zdroje, neefektívne stratégie uvoľňovania napätia, nedostatočný zmysel pre kontrolu, nedostatočná sociálna podpora, kríza v dospievaní, situačná kríza, neistota.

Z popisovaných súvisiacich faktorov sa pohlavné rozdiely preukázali našimi zisteniami ako prediktor adaptívnej stratégie Viera, ktorú viac preferovali ženy. Ide o stratégiu zvládania zameranú na emócie. Celkovo ale muži a ženy v rovnakej miere preukazovali aktivity pre zmierenie sa so závažnými zmenami v zdravotnej oblasti.

Našimi zisteniami nepodporujeme v celej miere tvrdenia autorov Bogg, Thornton, Bundred (2000), ktorí uvádzajú, že emocionálna odpoveď na stresovú situáciu po IM a zvládanie záťaže sú rozdielne medzi mužmi a ženami.

Z ďalších skúmaných prediktorov zvládania záťaže boli skúmané vek a osobnostné charakteristiky. Viacerí autori popisujú, že voľba stratégií zvládania záťaže môže súvisieť okrem pohlavia (Bogg, Thornton, Bundred, 2000, s. 165) aj s vekom (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 117) a typom osobnosti (Chalfont, Bennett, 1999, s. 112; Crawshaw et al., 2016, s. 15).

Adaptívna stratégia zvládania záťaže Popieranie ako stratégia zameraná na emócie vykazovala vzťah s nižším vekom u pacientov po prekonaní IM, rovnako ako maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok, ktorá je zameraná na únik. V ostatných stratégiách zvládanie záťaže neboli zistené štatisticky významné vzťahy s vekom pacientov po IM. Naše zistenia sú podobné ako zistenia autorov Buetow, Goodyear-Smith, Coster (2001, s. 117), podľa ktorých v skupine pacientov so zlyhávaním srdca boli rovnako zastúpené stratégie zvládania záťaže bez ohľadu na vek.

Chalfont, Bennett (1999, s. 115) uvádzajú, že osobnostné charakteristiky sú dôležité faktory ovplyvňujúce zvládanie záťaže u pacientov po IM pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v liečbe. Celkovo bolo zisteniami potvrdené, že akceptácia zdravotného stavu, resp. preukazované osobné aktivity pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave bola vo vzťahu s osobnostnou charakteristikou vysoká prívetivosť. Naopak nízka otvorenosť a nízka svedomitosť súvisela s maladaptívnu stratégiou Užívanie návykových látok. Týmto potvrdzujeme uvedenia Ruisela (2008, s. 234), že osobnostná vlastnosť prívetivosť bude úzko súvisieť s efektívnym zvládaním záťaže, nakoľko ľudia aktívne vyhľadávajú oporu u iných ľudí, čo znamená, že aktívne budú pristupovať k riešeniu problému. Rovnako aj u ľudí s osobnostnou vlastnosťou svedomitosť, pri ktorej Ruisel (2008, s. 235) uvádza, že svedomití ľudia sú cieľavedomí a spoľahliví, so silnou vôľou, predpokladáme vzťah so zvládaním záťaže.

Tieto tvrdenia Ruisela (2008, s. 234-235) nekorešponujú s ďalšími zisteniami, nakoľko pri skúmaní vzťahu zvládania záťaže a osobnosťou bolo zistené, že osobnostná charakteristika svedomitosť súvisela s aj maladaptívnu stratégiou Sebarozptýlenie; extravertizácia a prívetivosť súvisela s maladaptívnu stratégiou Odangažované správanie. Domnievame sa, že tieto zistenia môžu súvisieť s voľbou preferovaných stratégií zvládania záťaže v počiatočnej fáze zdravotnej krízy (ochorenia), nakoľko išlo o dotazovanie pacientov 72 hodín po IM. V tejto fáze môže byť typické, že sú prítomné stratégie vyhýbanie alebo odmietanie, ktoré môžu byť v tejto fáze výhodou.

---

## Záver

Jedným z faktorov, ktoré pomáhajú zvládnuť už vzniknuté srdcovocievne ochorenie je používanie adaptívnych stratégií zvládania záťaže. V procese starostlivosti je nevyhnutnou požiadavkou včasná a správna diagnostika maladaptívnych stratégií a intervenovanie v podpore efektívneho zvládania ochorenia. Ide o dôležitú rolu sestry, v ktorej je potrebné vnímať nielen vplyv situácie (samotného ochorenia) ako dôležitého faktora ovplyvňujúceho voľbu stratégií zvládania záťaže, ale aj vplyv dispozičných faktorov, ktoré vysvetľujú významnú časť variability zvládania záťaže. Pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky patria medzi prediktory stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM, a je potrebné na ne v procese diagnostiky prihliadať.

*Príspevok bol podporený projektom VEGA číslo 1/0438/16 „Osobnostné a situačné prediktory zvládania záťaže u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením.“*

---

## Zoznam bibliografických odkazov

BAUMGARTNER, F. 2001. Zvládanie stresu – coping. In VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociálna psychológia II*. Praha: Grada, 2001, s. 191-208.

BOGG, J. – THORNTON, E. – BUNDRED, P. 2000. Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. In *Coronary Health Care*, 2000, vol. 4, no. 4, pp.163-168.

BUETOW, S. – GOODYEAR-SMITH, F. – COSTER, G. 2001. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. In *Family Practice*, 2001, vol. 18, no. 2, pp. 117-122.

CRAWSHAW, J. – AUYEUNG, V. – NORTON, S. – WEINMAN, J. 2016. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Psychosomatic Research*, 2016, vol. 90, no. 11, pp. 10-32.

FRASURE-SMITH, N. 1991. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. In *American Journal of Cardiology*, 1991, vol. 67, no. 2, pp. 121-127.

- GOLDBERG, L. R. 1999. A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several Five-Factor models. In MERVIELDE, I. et al. *Personality psychology in Europe*. Tilburg: Tilburg University Press, 1999, pp. 7-28.
- HERDMAN, T. H. – KAMITSURU, S. 2018. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. 11<sup>th</sup> ed. Canada: Inc., 2018. 471 p.
- HULLOVÁ, D. – DURÍŠ, R. 2017. Slovenská verzia dotazníku Mini IPIP. [online] [cit. 2017-01-12]. Dostupné na internete: <http://ipip.ori.org/newItemTranslations.htm>.
- CHALFONT, L. – BENNETT, P. 1999. Personality and coping: their influence on affect and behaviour following myocardial infarction. In *Coronary Health Care*, 1999, vol. 3, no. 3, pp. 110-116.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s.
- LAZARUS, R. S. – FOLKMAN, S. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 445 p.
- MOORHEAD, S. – SWANSON, E. – JOHNSON, M. – MAAS, M. L. 2018. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 6<sup>th</sup> ed. Missouri, USA: Elsevier Mosby, 2018. 696 p.
- NÔTOVÁ, P. 2007. Kardiovaskulárne choroby. In HERETIK, A. – HERETIK, jr. A. a kol. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007, s. 489-512.
- RUISEL, I. 2008. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: Ikar, 2008. 256 s.
- RUISEL, I. – HALAMA, P. 2007. *NEO päťfaktorový osobnostný inventár*. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2007. 45 s.
- SARASON, B. R. – SARASON, I. G. – PIERCE, G. R. 1990. *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley&Sons, 1990. 528 p.
- SVENSSON, T. – INOUE, M. – SAWADA, N. – CHARVAT, H. – IWASAKI, M. – SASAZUKI, S. – SHIMAZU, T. – YAMAJI, T. – KAWAMURA, N. – SHIBUYA, K. – MIMURA, M. – TSUGANE, S. 2016. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. In *European Heart Journal*, 2016, vol. 37, no. 2, pp. 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. In *Journal of the American College Cardiology*, 2006, vol. 48, no. 2, pp. 2209-2214.
- VÝROST, J. – LOVAŠ, L. – BAUMGARTNER, F. – BOLFÍKOVÁ, E. – FRANKOVSKÝ, M. – HADUŠOVSKÁ, S. 1995. Possibilities of empirical classifications of demanding life situations. In *Studia psychologica*, 1995, vol. 37, no. 3, pp. 93-106.
- Vyhláška MZ SR č.306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterných diagnóz.*
- ZACHAROVÁ, E. a kol. 2007. *Zdravotnícká psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s.

---

## Kontakt

**PhDr. Andrea Solgajová, PhD.**

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ UKF v Nitre  
Kraskova 1  
949 74 Nitra  
Slovenská republika  
E-mail: [asolgajova@ukf.sk](mailto:asolgajova@ukf.sk)

**Prijaté:** 22. 3. 2019

**Akceptované:** 8. 4. 2019