

# Soočanje in spoprijemanje žensk in moških z boleznijo

*Andreja C. Škufca Smrdel*

Moški in ženske se z boleznijo srečujejo na različne načine – lahko z lastno ali pa z boleznijo svojih bližnjih. Soočanje in spoprijemanje z resno in življenje ogrožajočo boleznijo je dolgotrajen in postopen proces, odvisen od številnih dejavnikov; tako dejavnikov bolezni same in zdravljenja kot tudi osebnostnih dejavnikov ter dejavnikov socialnega okolja. In kakšno vlogo ima pri tem spol?

*Razlike med moškimi in ženskami najdemo že v vzorcih vedenja, povezanih z zdravjem; ob srečanju z maligno boleznijo pa na čustveno stisko in kvaliteto življenja poleg spola pomembno vpliva tudi to, v kakšni vlogi se nekdo sreča z rakom (kot bolnik ali kot svojec).*

Raziskave kažejo, da ženske pogosteje kot moški spremljajo, opazijo in poročajo o simptomih, ki so lahko znanilci bolezni. Ženske večkrat iščejo pomoč v obliki storitev zdravstvenega sistema ali pa uporabijo druge neformalne vire pomoči. Prav tako se lažje prilagodijo vlogi bolnika. Presenetljivo pa je, da kljub temu niso našli razlik med spoloma v času, ki preteče od takrat, ko moški in ženske zaznajo prve simptome bolezni, pa do takrat, ko poiščejo strokovno pomoč.

Zaradi večje občutljivosti žensk pri spremljanju telesnih in psihičnih znakov in pri njihovi večji pripravljenosti, da o njih poročajo, je razširjeno splošno mnenje, da so ženske ob bolezni bolj ranljive za psihično stisko. Vendar pa so na osnovi izsledkov raziskav po drugi strani mnogi prepričani, da je ravno zaradi teh razlik stiska žensk ob soočanju z boleznijo večkrat precenjena, stiska moških pa podcenjena oziroma spregledana (Keller, 1999).

Izsledki študij o prevalenci psihosocialne stiske pri onkoloških bolnikih so nekonistentni; medtem ko so v nekaterih raziskavah našli več prilagoditvenih motenj, depresij ter anksioznosti pri ženskah, drugi teh razlik med spoloma niso našli oz. potrdili.

Moški in ženske se lahko z boleznijo srečajo tudi v vlogi svojcev in v vlogi skrbnikov. Tudi v tem primeru gredo skozi vse faze soočanja in spoprijemanja z boleznijo, podobno kot oboleli. V nekaterih raziskavah so ugotavljali, da sta stopnji psiho-

---

*Mag. Andreja C. Škufca Smrdel, spec. klin. psih.*  
*Onkološki inštitut Ljubljana*

socialne stiske pri bolnikih in njihovih svojcih vzajemno povezani. V klinični praksi velikokrat vidimo, kako svojce v stisko spravlja še posebej njihova nemoč (kar je še posebej izrazito, kadar so prisotne velike razlike v načinu spoprijemanja z boleznijo in svojci menijo, da se bolnik ne odziva na način, ki bi bil zanj najboljši), ki jo lahko izrazijo tudi npr. ko povedo, da »bi jim bilo lažje, če bi sami zboleli«.

Primerjava psihosocialnega distresa med partnerji in partnerkami sicer ni pokazala razlik v vseh raziskavah, kjer pa jih je, je smer enaka – večja stiska je izražena pri partnerkah kot pri partnerjih. Tudi ob soupoštevanju tako spola kot vloge, v kateri se srečujejo z rakom (bolnik ali svojec), so “na najslabšem” partnerke bolnikov; le-te imajo izraženo največjo stopnjo anksioznosti. Ob tem je zanimivo, da so moški bolniki izkazovali višjo stopnjo anksioznosti kot moški partnerji bolnic, ženske bolnice pa manjšo kot partnerke bolnikov (Baider in sod., 1996).

Tako nekateri sklepajo, da nosijo ženske večji del »teže« boleznii, ne glede na to, ali se z boleznijo srečajo kot bolnice ali kot partnerke bolnika. Prav tako so ugotavljali, da je počutje žensk bolj pogojeno s fizičnim, psihološkim in socialnim stanjem njihovega partnerja kot pa počutje moških; pri slednjih je bilo njihovo počutje prvenstveno povezano z njihovim lastnim stanjem. Razlika med biti bolnik / bolnica ali biti svojec / svojka je tako večja pri moških kot pri ženskah (Baider in sod., 1996).

Za razliko od tega pa so raziskave o procesu žalovanja pri partnerjih / partnerkah po smrti pokazale, da izguba bolj negativno vpliva na počutje vdovcev kot vdov. Moški po izgubi partnerke so večkrat bolj depresivni kot ženske, lahko še dolgo po izgubi. Moški tudi večkrat umirajo kot ženske, večje je tudi tveganje za samomor. Ob tem pa imajo vdove več telesnih težav in večkrat iščejo medicinsko pomoč kot vdovci. Vdovci pa imajo več telesnih težav kot poročeni moški. Moški se večkrat zatečejo po pomoč v alkohol in večkrat hitreje vzpostavijo nov partnerski odnos; manj pogosto pa se vključijo npr. v skupine za samopomoč.

***Na opažene razlike med spoloma vplivajo tudi dejavniki načina spoprijemanja z boleznijo in razlike v socialnem suportu pri moških in ženskah.***

Spoprijemanje s stresom (»coping«) zajema vse vedenjske, kognitivne in emocionalne procese, ki jih posameznik uporablja, da znova vzpostavi porušeno notranje ravnovesje. V teoretičnem raziskovanju spoprijemanja s stresom se največkrat uporablja delitev na

dve osnovni strategiji, ki sta jih opisala Folkman in Lazarus leta 1980; to sta:

- (1) spoprijemanje, usmerjeno na reševanje problemov (problem-focused coping)  
ter
- (2) spoprijemanje, usmerjeno na uravnavanje čustvovanja (emotion-focused coping).

Pri tem ne gre za “ali – ali”, ne gre za to, da bi posameznik uporabljal izključno eno ali drugo strategijo. Posamezniki namreč običajno uporabljajo mehanizme obeh stilov, lahko ob naglašnem enem načinu; vsakdo pa se na stres odzove specifično na način, kot je pač v življenju dobil izkušnjo, da se “obnese”.

Na to, kako se bo nekdo odzval na stres, pomembno vpliva tudi narava stresnega dogodka. V situacijah, ko je mogoče storiti nekaj konstruktivnega v smeri razreševanja stresnega dogodka, se skuša največ ljudi osredotočiti na problem in ga razrešiti. Resni zdravstveni problemi pa velikokrat vodijo bolj k čustveno osredotočenemu spoprijemanju – morda zato, ker je grožnja posameznikovemu zdravju dogodek, ki ni nujno rešljiv z neposredno akcijo in ga je zato potrebno do neke mere sprejeti.

Znani so nekateri podatki, da moški pogosteje in večkrat stresne situacije rešujejo na način, da se usmerjajo na reševanje problemov, vednar tega vse raziskave niso potrdile. V tem kontekstu so razumljive razlike v spoprijemanju z izgubami; strategije, osredotočene na problem, ki naj bi bile moškim bolj “domače”, so namreč v kontekstu izgube bližnjega večkrat manj učinkovite.

Socialni suport je naslednji dejavnik, ki pomembno vpliva na proces spoprijemanja z boleznijo ter izboljšuje kvaliteto življenja bolnikov in / ali njihovih bližnjih. Večinoma je prvi vir socialnega suporta partner / partnerka. Pomembni pa so tudi ostali družinski člani, prijatelji, sodelavci; vloga le-teh je še večja, če je bolnik / bolnica brez partnerskega odnosa ali pa ocenjuje suport s strani partnerja / partnerke kot nezadovoljiv.

“Obstoj” partnerja oz. svojcev vse prevečkrat ocenjujemo kot avtomatičen vir socialnega suporta za bolnika, kar pa ni vedno tako. Tako so svojci kot “pacienti drugega reda” v svoji stiski pogosto spregledani tako s strani zdravstvenega osebja kot tudi s strani širšega socialnega okolja; najpogosteje je spregledana stiska staršev (odraslih) bolnikov ter stiska njihovih sorojencev.

Nudenje suporta med bolnikom in svojci je (v idealnih razmerah) vzajemen proces. Ob tem pa je potrebno poudariti, da socialni suport ni enovit koncept, pač pa ga delimo na

(1) **emocionalni suport** (npr. možnost, da se podeli lastno doživljanje bolezni z nekom, ki je razumevajoč, empatičen),

(2) **instrumentalni suport** (npr. konkretna pomoč pri vsakodnevni aktivnosti, pri negi, potrebna finančna pomoč) in

(3) **informacijski suport** (npr. možnost, da nekdo pridobi potrebne informacije, možnost diskusije o izbranem načinu zdravljenja ipd.).

Moški in ženske se razlikujejo med seboj v tem, koliko in kakšen socialni suport potrebujejo in pričakujejo od drugih. Tako ženske pogosteje pričakujejo več emocionalnega suporta kot moški. V klinični praksi se to odraža pri srečevanju z bolnicami, ki povedo, da npr. *“mož vse naredi, vsakokrat jih pripelje na pregled in na obsevanje, skrbi za dom, pogovarjati o bolezni ali o doživljanju bolezni pa se ne moreta”*, ali pa da bolnik poroča, da ga npr. *“žena s stalnim spraševanjem po počutju in z opominjanjem glede zdravil in kontrol vznemirja, saj ga vsakokrat spomni na bolezen”*.

Raziskave o razlikah med spoloma so pokazale, da sta na splošno morbiditeta in mortaliteta pri moških bolj tesno povezani z njihovo socialno mrežo kot pri ženskah, še posebno zaščitno vlogo ima zakon – v tem kontekstu je večja stiska ob izgubi partnerke razumljiva. To razliko razlagajo še s tem, da imajo vdovci manj socialnega suporta kot vdove ter da so moški bolj odvisni od partnerke kot vira emocionalnega suporta, medtem ko imajo ženske tudi še druge zaupnike / zaupnice.

Ne smemo pa spregledati, da je pomemben vir socialnega suporta tudi zdravstveno osebje; tako za bolnike / bolnice kot tudi za na njihove svojce. Razlike med spoloma se kažejo tudi v tem, kakšen socialni suport pričakujejo moški in ženske od zdravstvenega osebja. Medtem ko ženske poleg informacijskega suporta pričakujejo tudi emocionalni suport, je slednji po izsledkih Clarkeja in sod. (2006) za moške ne samo nezaželen, ampak je lahko ocenjen tudi kot neprimeren. Moški pričakujejo predvsem informacije, s pomočjo katerih se lažje spoprijemajo z danim položajem in s svojim čustvenim doživljanjem.

Martin in Doka (2000, po Leam C., 2006) sta iz svoje klinične prakse opisala dva vzorca vedenja, kognicije in čustvovanja ob procesu spoprijemanja z izgubo bližnjega, ki pa ju lahko prenesemo tudi v kontekst spoprijemanja z izgubo zdravja, dela telesa ipd. Poimenovala sta ju *intuitivni in instrumentalni vzorec*; združuje pa tako

spoznanja o strategijah spoprijemanja kot vedenje o socialnem suportu. Za intuitivni vzorec menita, da ga večkrat najdemo pri ženskah, medtem ko je instrumentalni vzorec pogostejši pri moških.

Za intuitivni vzorec je značilno, da imajo zelo pomembno mesto čustva, ki jih posameznik zelo intenzivno doživlja. Občutek stiske in napetosti se lahko zmanjša na način, da se ta čustva izrazi navzven; osebe s tem stilom lahko zato veliko pridobijo zase v skupinskih oblikah terapevtskega dela in skupinah za samopomoč. Učinkovitejšje so tiste strategije spoprijemanja, ki vključujejo izražanje čustev. Pri teh osebah lahko najdemo dolgo obdobje zmedenosti, nekoncentriranosti; pogosti sta fizična izčrpanost in / ali anksioznost.

Pri instrumentalnem vzorcu pa je kognicija pomembnejša od čustvovanja; emocije niso tako močno izražene, kar pa ne pomeni, da jih posameznik ne doživlja. Tu ljudje na splošno niso pripravljeni govoriti veliko o svojih čustvih. Za posameznike z instrumentalnim vzorcem je pomembno, da imajo občutek kompetentnosti nad seboj in nad svetom okoli sebe. Izmed strategij spoprijemanja je pomembno reševanje problemov. Pogosta so kratka obdobja kognitivnih disfunkcij.

#### **Intuitivni vzorec**

- Intenzivno čustvovanje
- Izražanje čustev zmanjšuje notranjo napetost
- Učinkovite so strategije spoprijemanja, usmerjene v uravnavanje čustvovanja
- Pogosta so dolga obdobja zmedenosti, težav s koncentracijo; pogosti sta fizična izčrpanost in anksioznost

#### **Instrumentalni vzorec**

- Dominantno je mišljenje; malo je izražanja čustev
- Pomemben je občutek obvladovanja sebe in okolja
- Učinkovite so strategije spoprijemanja, usmerjene v reševanje problemov
- Pogosta so kratka obdobja kognitivnih disfunkcij

*Slika 1: Intuitivni in instrumentalni vzorec spoprijemanja z izgubo (Martin in Doka, 2000)*

#### **Zaključek:**

*Spol je samo en od dejavnikov, ki vpliva na soočanje in spoprijemanje z rakom. Pri moških in ženskah so znane razlike tako v vedenjskih vzorcih, povezanih z boleznijo in zdravjem, kot v samih strategijah spoprijemanja z boleznijo in socialnem suportu.*

*V tem prispevku smo podrobneje prikazali zgolj »nekaj dreves v gozdu« – samo delček različnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na emocionalen odziv posameznikov ob lastnem srečanju z rakom. Za zdravstvene delavce je pomembno, da se zavedamo, da so kognitivni, emocionalni in vedenjski odzivi na poti, ki jih bolniki in njihovi svoji prehodijo od začetne nemoči ob postavitvi diagnoze do (v idealnih razmerah) občutka kompetentnosti in aktivne vključitve v zdravljenje in rehabilitacijo, lahko zelo različni; lahko so zelo različni tudi od načinov, ki jih je vsak od nas sam oblikoval v svojem življenju na osnovi svojih lastnih življenjskih izkušenj.*

### **Literatura:**

- Clarke SA, Booth L, Velikova G, Hewison J. (2006). **Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom.** *Cancer Nursing*, 29:1, 66-72
- Holland J. (ur.) (1998). **Psycho-Oncology.** Oxford, New York: Oxford University Press
- Hagedoorn M in sod. (2000). **Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life.** *Psycho-Oncology* 9: 232 – 242
- Keller M, Henrich G (1999). **Illness-related Distress: Does it Mean the Same for Men and Women?; Gender Aspects in Cancer Patient`s Distress and Adjustment.** *Acta Oncologica* 38:6, 747-755
- Leam C. (2006). **Working with Loss and Bereavement.** St. Christopher`s Hospice – Multi Professional Course in Palliative Care
- Baider L. in sod. (1996). **Mutuality of Fate: Adaptation and Psychological Distress in Cancer Patients and Their Family.** v L. Baider, C.L.Cooper, A. Kaplan De-Nour (ur.). *Cancer and the Family.* (str. 173-186). Chichester – New York – Brisbane – Toronto - Singapore: John Wiley & Sons Ltd.