

# Prežívanie emocionálnej a sociálnej osamelosti u žien po ablácii prsníka<sup>1</sup>

Eva Žiaková

Prešovská univerzita, Filozofická fakulta, Inštitút psychológie, Prešov  
e-mai: ziakova@unipo.sk

## Abstrakt

Príspevok sa snaží odhaliť psychické aspekty onkologického ochorenia u žien, ktoré majú alebo mali uvedenú diagnózu viac ako 2 roky. Zameriava sa na prežívanie emocionálnej a sociálnej osamelosti u pacientok s rakovinou prsníka. Pokúša sa podrobnejšie rozobrať problematiku osamelosti a ukázať, ako môže nádorové ochorenie vplyvať na psychiku a osobnosť ženy v kontexte poskytovanej sociálnej opory zo strany najbližšieho sociálneho prostredia. Výsledky výskumu sú zaujímavé aj zo sociologického hľadiska, nakoľko sa zaoberajú aj skupinami ľudí, ktoré sú z pohľadu onkologických žien považované za najosamelejšie.

Výskumnú vzorku tvorilo 20 onkologických pacientok a 20 zdravých žien, ktorých priemerný vek sa pohybuje v priemere okolo 58,9 roka. Boli použité nasledovné metódy zberu dát: Dotazník osamelosti (Žiaková, 2003), Škála na meranie osamelosti - NLS (Gierveld, Tilburg, 1999), Sieť sociálnej opory (Trachtová, Žiaková, 2001). Na spracovanie údajov sme použili program SPSS for Windows a štatistické postupy: deskriptívnu štatistiku, Mann – Whitneyho U – test a Spearmanov korelačný koeficient.

Výsledky preukázali signifikantný vzťah medzi sociálnou osamelosťou a sociálnou oporou u zdravých žien. Rozdiel v prežívaní osamelosti medzi onkologickými ženami, ktoré sociálnu oporu vnímajú ako nedostatočnú a ženami s „kvalitnou sociálnou oporou“. Za najvýznamnejší faktor zvyšovania emocionálnej aj sociálnej osamelosti považujú onkologické pacientky fakt, že prekonali operáciu – úplnú alebo čiastočnú abláciu prsníka.

*Kľúčové slová:* osamelosť a samota, sociálna a emocionálna opora, ablácia prsníka.

## Ako chápe odborná literatúra osamelosť?

Existuje niekoľko pohľadov na osamelosť. Niektoré definície popisujú osamelosť ako pozitívny prvok v živote jedinca, iné vnímajú osamelosť ako negatívnu skúsenosť.

Príkladom vnímania osamelosti ako pozitívneho javu je pohľad Moustakasa (in Křivohlavý,

---

<sup>1</sup> Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega č. 1/2520/05.

2001), ktorý tvrdí, že osamelosť so sebou prináša senzitivitu, a kde je senzitivita, tam je uvedomovanie, poznanie, nádej, a radí všetkým, aby sa stali osamelými. Sullivan (in Křivohlavý, 2003) naopak osamelosť nepovažuje za skúsenosť obohacujúcu, ale ju popisuje ako nesmierne nepríjemný a prudký zážitok spojený s inadekvátnym napĺňaním potreby ľudskej, interpersonálnej intimity.

Osamelosť prežívame ako stav, ktorého sme obeťou. Je to negatívny mentálny a emocionálny stav, pre ktorý sú typické pocity izolácie a nedostatok významnejších vzťahov s inými ľuďmi (Bruno, 1997).

Osamelosť sa týka nášho vnímania sociálnych interakcií a ich charakteristík. L. A. Peplau a D. Perlman (in Křivohlavý, 2002) píše, že osamelosť sa vyskytuje vtedy, keď určitá osoba považuje svoje zapojenie do sociálnych vzťahov za slabšie a menej uspokojivé, ako by si sama želala. Z toho vyplýva, že existujú ľudia, ktorým stačí málo kontaktov s inými a necítia sa osamelí. A naopak sú ľudia, ktorým ani veľký počet kontaktov nepomáha prekonať osamelosť. Dôležitá je skôr kvalita existujúcich vzťahov.

Pri charakterizovaní osamelosti je potrebné zdôrazniť tri znaky. Prvým z nich je ten, že osamelosť je subjektívny zážitok. Vyplýva teda z našej interpretácie udalostí. Nemožno ju odhaliť pozorovaním toho, či je niekto sám, alebo je obklopený inými ľuďmi. Druhým znakom je to, že osamelosť je vo všeobecnosti výsledkom percipovania istej nedostatočnosti v interpersonálnych vzťahoch. Tretí aspekt spočíva v tom, že osamelosť je nepríjemná.

C. Rubenstein a P. Shaver (in Chomová, Výrost, 2004) požiadali respondentov o detailný záznam pocitov, ktoré prežívajú, keď sa cítia osamelí. Faktorovou analýzou boli zistené štyri základné faktory, a to zúfalstvo, depresia, netrepezlivá nuda a sebaľútosť. I keď sa jedná o rôzne emócie, predsa všetky reprezentujú negatívny pól.

Prežívanie osamelosti môže vyplývať z okolností a situácií, do ktorých sa ľudia vo svojom živote dostávajú (napr. príchod do nového, neznámeho mesta, nástup do novej školy). Platí teda, že určité typy situácií vedú s väčšou pravdepodobnosťou k pocitom osamelosti ako iné. Zistilo sa však aj to, že niektorí ľudia majú silnejšiu tendenciu k prežívaniu osamelosti. O osamelosti je tak možné uvažovať ako o osobnostnej premenej. Na základe toho P. Shaver, W. Furman, D. Buhrmeister (in Havrilová, Žiaková, 2003) považujú za dôležité rozlišovať osamelosť ako črtu a osamelosť ako stav. Črta osamelosti predstavuje relatívne stabilný vzorec prežívania osamelosti, ktorý sa len v malej miere mení s ohľadom na rozličné situácie. Stav osamelosti je zážitok, ktorý je časovo ohraničený a je spätý s dramatickými a výraznými zmenami v živote.

Čo týka rozdielov medzi rodmi, ženy a muži prežívajú osamelosť približne v rovnakej miere, avšak ženy o svojej osamelosti vypovedajú s väčšou častotou. Muži majú skôr tendenciu k popieraniam svojej osamelosti. Môže to súvisieť s tým, že osamelí muži sú menej akceptovaní a sociálne viac odmietaní ako osamelé ženy (Peplau, Perlman in Křivohlavý, 2002). V širšom zmysle so zreteľom na rodové stereotypy, vyjadrovanie emócií je u mužov prijímané menej pozitívne ako u žien, a to sa premieta aj v prípade osamelosti.

## **Aké typy osamelosti poznáme?**

Dôležitý je rozdiel medzi osamelosťou krátkodobou (prechodnou) a chronickou. Prechodná osamelosť zakrátko prejde. Reaguje spravidla na momentálnu situáciu. Chronická osamelosť má trvalejší charakter. Je to stav, ktorý výrazne mení kvalitu života v negatívnom zmysle (Bruno, 1997).

Weiss (in Chomová, Výrost, 2004) navrhol rozlíšiť dva odlišné typy osamelosti – emocionálnu a sociálnu. Emocionálna osamelosť je zapríčinená chýbaním blízkeho, dôverného vzťahu s jednou konkrétnou osobou. Sociálna osamelosť je výsledkom absencie priateľov a známych, resp. nedostatkom takých sociálnych väzieb, v ktorých aktivity a záujmy sú zdieľané s inými ľuďmi. Tieto dva typy môžu byť na sebe celkom nezávislé.

Podľa iného hľadiska rozlišujeme osamelosť kognitívnu, behaviorálnu a emocionálnu. Kognitívna osamelosť nastáva vtedy, ak človek nemá vo svojom okolí ľudí, s ktorými by si mohol vymieňať závažnejšie myšlienky. Behaviorálnou osamelosťou nazývame absenciu priateľov alebo známych, s ktorými by človek podnikal výlety, vydal sa niekde za kultúrou alebo športom. Emocionálna osamelosť je stav, keď nie je naplňovaná potreba lásky. Ide o najhorší druh osamelosti, ktorého následky sú najzávažnejšie.

Výsledky výskumov svedčia o tom, že citové potreby máme vrodené. Pozorovaním kojencov v detských domovoch bolo zistené, že mnohí vykazujú známky zaostávania vo vývine. Nedostáva sa im potrebná pozornosť a prirodzený záujem zo strany rodičov. Tieto dojčatá začínajú sedieť, liezť i chodiť neskôr ako deti v normálnych rodinách. Navyše sú náchylnejšie k infekciám, a tiež úmrtnosť prevyšuje priemer. Zdá sa, že imunitný systém je narušený nedostatkom zodpovedajúcej náklonnosti. Popísané stavy majú svoje klinické názvy ako hospitalizačný syndróm (nepriaznivý vplyv nemocničného prostredia na pacienta) alebo anaklytická depresia (Bruno, 1997).

## **Prečo sa cítia ľudia osamelí?**

Výskumníci odhalili niektoré charakteristiky osamelých ľudí, ktoré poukazujú na možné dôvody. Bolo zistené, že osamelosť sa spája so zvýšenou úrovňou sociálnej anxiety a hanblivosti, a zároveň s nižším stupňom sebaúcty a asertivity (Solano, Koester, in Havrilová, Žiaková, 2003). Osamelí ľudia sú zvyčajne introvertovaní, anxiózní a precitliveli na odmietanie a s väčšou pravdepodobnosťou trpia depresiou (Gerson, Perlman, in Křivohlavý, 2002). Majú ťažkosti s formovaním priateľských vzťahov a so svojím zapájaním do spoločenských a skupinových aktivít. Ako zistili B. P. Buunk a W. B. Schaufeli (in Chomová, Výrost, 2004), činiteľom ovplyvňujúcim prežívanie osamelosti je nedostatok reciprocitu v interpersonálnych vzťahoch. Príčinou problémov osamelých v interpersonálnej sfére je negatívne, príliš kritické posudzovanie seba a iných ľudí. Tieto negatívne očakávania vedú osamelých ľudí k ponímaniu akýchkoľvek nepatrných podnetov ako prejavov odmietania.

Niektoré empirické štúdie poukazujú na to, že činiteľom, ktorý môže sčasti spôsobiť osamelosť je nedostatok sociálnych zručností. Sú ľudia, ktorí ľahko a bez ťažkostí nadväzujú nové kontakty a známosti. Iným chýbajú základné sociálne zručnosti ako viesť konverzáciu tak, aby pre obe strany bola prínosná a obohacujúca. Tieto zručnosti sa najlepšie rozvíjajú práve v praktickej konverzácii s inými. Pravda, osamelí ľudia majú k tomu príliš málo príležitostí. W. H. Jones, S. A. Hobbs a D. Hockenbury (in Kinauer, 2003) porovnávali interakčné štýly osamelých a neosamelých ľudí. Zistili, že osoby s vyššou mierou osamelosti prejavujú pomerne malý záujem o svojich partnerov, kladú im málo otázok a často neadekvátne reagujú na to, čo im partner hovorí. Najčastejšie sa zmieňujú o sebe a otvárajú nové témy bez vzťahu k záujmom partnera. Ďalej J. Vitkus a L. M. Horowitz (in Tournier, 1998) zistili, že osamelí ľudia majú tendenciu preberať pasívnu interpersonálnu rolu. Z toho vyplýva, že nevykladajú výraznejšie úsilie zapájať sa do konverzácií.

Osamelí ľudia sú teda v akomsi bludnom kruhu svojich problémov, čo aj vysvetľuje, v čom sú dôvody stálosti pocitov osamelosti. Nedarí sa im utvárať priateľstvá, pretože do interpersonálnych vzťahov vstupujú s negatívnymi očakávaniami a s málo rozvinutými sociálnymi zručnosťami. Za týchto okolností interakcia s inými ľuďmi nie je pre nich zdrojom potešenia a príjemných zážitkov, ale naopak príčinou rôznych nepríjemností. Výsledkom toho je problematické utváranie optimálnych sociálnych vzťahov a zotrvávanie v osamelosti. Prekonanie tejto nepríjemnej situácie môže byť založené na systematickom tréningu základných sociálnych zručností (Peplau, Perlman, in Křivohlavý, 2003). Ďalším činiteľom prežívania osamelosti je subjektívne prisudzovanie si slabých zručností, ako aj vyššia miera anxiety vzťahujúca sa k týmto zručnostiam. Čiže, človek v skutočnosti disponuje potrebnými kvalitami, ale nedokáže ich uplatniť, keďže sa podceňuje alebo sa obáva, že si so situáciami, v ktorých je, neporadí. Všeobecnejšie faktory, ktoré môžu podmieňovať tieto príčiny osamelosti sú nízka sebaúcta a neochota využívať sociálnu oporu (Vaux, in Havrilová, Žiaková, 2003).

## **Výskumná vzorka**

Našu výskumnú vzorku tvorilo 20 žien s diagnózou rakoviny prsníka s priemerným vekom 58,9 roka. Kritériom výberu bola minimálne polročná diagnóza tohto onkologického ochorenia. Zber údajov od týchto respondentiek sa uskutočnil na onkologickom oddelení Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach a na onkologickej ambulancii Fakultnej nemocnice v Prešove počas dvoch týždňov. Dáta sme získali od deviatich hospitalizovaných žien, zvyšných jedenásť žien bolo liečených ambulantne.

Kontrolnú skupinu tvorilo 20 zdravých žien, u ktorých nebola doposiaľ diagnostikovaná rakovina, a ktoré boli zrovnocnené podľa veku, vzdelania, bydliska a zamestnania.

## **Ako sme merali a spracovávali výsledky?**

1. Škálou na meranie osamelosti (NLS), vytvorenou Jenny de Jong Gierveld a Theo van Tilburg z Holandska. Meria dva typy osamelosti, tak ako ich popísal Weiss. Škála obsahuje 11 výrokov, 5

formulovaných pozitívne a 6 negatívne. Respondent uvádza mieru svojho súhlasu s výrokom na 5-bodovej škále (1 – úplne súhlasí, 2 – nesúhlasí, 3 – viac-menej, 4 – nesúhlasí, 5 – úplne nesúhlasí). Položky 2, 3, 5, 6, 9, 10 predstavujú podľa autorov faktor emocionálnej osamelosti. Za každú odpoveď 1 – 3 v týchto položkách je priradený jeden bod. Položky 1, 4, 7, 8, 11 predstavujú faktor sociálnej osamelosti. Za každú odpoveď 3 – 5 v týchto položkách je priradený jeden bod. Skóre pre každý faktor sa vyhodnocuje zvlášť súčtom bodov jednotlivých položiek. Skóre emocionálnej osamelosti v počte bodov 3 a viac považujeme za významný ukazovateľ osamelosti. Pri sociálnej osamelosti je významné skóre v hodnote 2 a viac. Reliabilita škály sa pohybuje v rozpätí 0,80 až 0,90 (Cronbachova alpha), autori uvádzajú vyššiu mieru reliability pri administrácii „face – to – face“.

2. Dotazníkom osamelosti, ktorý sme si sami vytvorili na zistenie sociodemografických údajov, postojov a názorov žien na osamelosť. Obsahuje 22 otázok. Vyplňovali sme ho spolu s pacientkami v podobe štrukturovaného rozhovoru.

3. Metódou siete sociálnej opory ( Trachtová, Žiaková, 2003), ktorá obsahuje isté zdroje sociálnej opory, ako sú rodičia, partner, deti, vnúčatá, príbuzní, priateľ/priateľka, kolega v práci/kolegyňa v práci, pracovný kolektív, svojpomocná skupina, psychológ/psychologička, kňaz, lekár/lekárka, sociálny pracovník/pracovníčka a sused/susedka. Sieť je znázornená šiestimi sústrednými kružnicami so stredom „JA“. Úlohou respondentiek je do medzipriestorov zakresliť zdroje, ktoré sú v súčasnosti ich oporou. Položky, ktoré nepovažujú za zdroj opory majú zakresliť mimo kruhu.

4. Údaje, ktoré sme získali v našom výskume, sme spracovali pomocou štatistického programu SPSS 8.0 for Windows. Pri výpočtoch sme použili deskriptívnu štatistiku, neparametrické testy pre nezávislé výbery (Mann – Whitney U - test) a korelačnú analýzu (Spearmanov korelačný koeficient). Pri vyhodnocovaní dotazníka sme použili iba základnú, opisnú štatistiku.

## Čo sme zistili?

Tabulka č. 1 Základné štatistické údaje o faktoroch osamelosti

ZDRAVIE		Emoc. osamelosť	Soc. osamelosť
Choré	Priemer	2,1	1,75
	Štandardná odchýlka	1,51	1,61
	Minimum	0	0
	Maximum	5	5
Zdravé	Priemer	2,35	3
	Štandardná odchýlka	1,59	1,33
	Minimum	0	1
	Maximum	6	5

Priemerne u oboch skupín žien je emocionálna osamelosť nižšia ako 3, čo znamená, že jej miera je nízka. Pri sociálnej osamelosti dosiahli zdravé ženy priemerné skóre vyššie ako 2, čo svedčí o ich zvýšenej hodnote prežívania sociálnej osamelosti. U onkologických pacientok je sociálna osamelosť v norme.

Tabuľka č. 2 – Vzťah zdravia a osamelosti

	Emoc. osamelosť	Soc. osamelosť
Mann-Whitney U	184,5	107
p	0,667	0,01

Výsledky poukazujú na to, že existuje súvislosť medzi zdravím a mierou sociálnej osamelosti. Konkrétne, zdravé ženy sa cítia osamelejšie ako onkologické pacientky, čo možno vidieť aj pri porovnaní priemerov jednotlivých faktorov osamelosti u oboch skupín.

Pri tejto metóde bolo úlohou žien zakresliť do kruhu so stredom „JA“ podľa dôležitosti zdroje, ktoré im poskytujú sociálnu oporu. Položkám sme pri spracovaní priradili hodnoty 0 až 5, pričom najviac bodov dostala tá položka, ktorá bola najbližšie k „JA“. Položkám mimo kruhu bola priradená nulová hodnota. Hodnoty sme spriemernili a vytvorili sme tabuľky, ktoré vypovedajú o poradí zdrojov sociálnej opory u chorých aj zdravých žien.

Tabuľka č. 3 – Základné štatistické údaje zdrojov sociálnej opory u chorých žien

SOCIÁLNA OPORA U CHORÝCH	Priemer	Minimu m	Maximu m	df
1. Deti	4,55	0	5	1,19
2. Partner	3,9	0	5	2,04
3. Príbuzní	3,85	1	5	1,22
4. Lekár/Lekárka	3,55	0	5	1,53
5. Priateľ/Priateľka	2,85	0	5	1,69
6. Sused/Susedka	2,3	0	5	1,65
7. Vnúčatá	2,2	0	5	2,19

8.Kňaz	2	0	5	2,02
9.Rodičia	1,05	0	5	1,95
10.Kolega/Kolegyňa	0,8	0	5	1,67
11.Pracovný kolektív	0,55	0	5	1,43
12.Psychológ/Psychologička	0,45	0	5	1,39
13.Svojpomocná skupina	0,2	0	4	0,89
14.Sociálny pracovník/pracovníčka	0	0	0	0

Onkologicky choré pacientky uvádzali na prvých piatich miestach v priemere najväčšiu sociálnu oporu u detí, partnera, príbuzných, lekára a priateľa. U zdravých žien to boli deti, príbuzní, partner, priateľ a vnúčatá. Teda sociálna opora u oboch skupín žien sa významne nelíšila, až na sociálnu oporu u lekára. Onkologické pacientky pripisovali lekárom významne vyššiu mieru sociálnej opory. Zatiaľ čo u nich lekár obsadil piate miesto, u zdravých žien išlo o deviatu pozíciu. .

Na zistenie vzťahov medzi sociálnou oporou a prežívaním osamelosti sme použili korelačnú analýzu. Výsledky sme uviedli v nasledujúcich tabuľkách zvlášť u oboch skupín žien.

Tabuľka č. 4 – Vzťah osamelosti a sociálnej opory u onkologicky chorých žien

Spearman R		Emoc. osamelosť	Soc. osamelosť
Rodičia	R	0,237	0,301
	p	0,156	0,098
Partner	R	-0,453	-0,371
	p	0,022	0,053
Deti	R	0,016	0,172
	p	0,472	0,234
Vnúčatá	R	-0,145	-0,258
	p	0,27	0,135
Príbuzní	R	-0,028	-0,301
	p	0,452	0,097

Priateľ	R	-0,186	-0,041
	p	0,215	0,43
Kolega	R	0,267	0,447*
	p	0,127	0,023
Pracovný kolektív	R	0,105	0,277
	p	0,329	0,117
Svojpomocná skupina	R	0,142	-0,081
	p	0,274	0,366
Psychológ	R	0,207	0,223
	p	0,19	0,171
Kňaz	R	-0,193	-0,323
	p	0,207	0,081
Lekár	R	0,08	-0,168
	p	0,368	0,239
Sociálny pracovník	R	0	0
	p	0	0
Sused	R	-0,052	-0,225
	p	0,413	0,169

\*korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,05

Pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu sme zistili u chorých žien významný vzťah len v jednom prípade. Ide o vzťah medzi sociálnou osamelosťou a oporou u kolegu v práci. Výsledky nám ukázali, že čím väčšia je sociálna opora u kolegu, tým väčšia je miera prežívanej sociálnej osamelosti.

Tabuľka č. 5- Ako chápu osamelosť onkologické pacientky

ODPOVEĎ	Choré	Zdravé
Človek nemá ľudí, s ktorými sa môže porozprávať.	3	3
Samotu.	8	12
Negatívny zážitok, smútok, prázdnotu.	5	2



Neschopnosť nájsť si vzťah k ľuďom.	1	3
Slobodu, pokoj.	3	0

Odpovede na túto otázku sme najprv prepísali. Z podobných a najčastejšie sa opakujúcich odpovedí sme vytvorili triedy odpovedí. Najviac respondentiek si pod pojmom osamelosť predstavuje samotu. Tri onkologické pacientky vnímajú osamelosť ako slobodu a pokoj. Prekvapilo nás, že u zdravých žien sa takáto odpoveď nevyskytla vôbec.

Tabuľka č. 6 - Koho považujete za osamelého?

ODPOVEĎ	Choré	Zdravé
Človeka, ktorý býva sám.	3	1
Človeka, ktorý sa cíti sám aj uprostred ľudí.	6	11
Človeka, ktorý aj býva sám, aj sa cíti osamelo.	11	8

Onkologické pacientky najčastejšie považujú za osamelého človeka toho, kto býva sám, aj sa cíti osamelo, zatiaľ čo zdravé ženy považujú za osamelého toho, kto sa cíti sám aj uprostred ľudí.

Tabuľka č. 7 - Ktorú skupinu ľudí považujete najviac za osamelú?

ODPOVEĎ	Choré	Zdravé
Ľudí, ktorých v detstve týrali, zneužívali, alebo sa im nedostalo potrebného bezpečia a lásky.	2	3
Nezamestnaných.	1	0
Sociálne a finančne postihnutých a odkázaných.	3	5
Telesne a mentálne postihnutých.	3	0
Rozvedených.	2	0
Vdovcov a vdovy.	3	10
Dlhodobo chorých.	6	2

Respondentky s onkologickým ochorením považujú za najviac osamelých dlhodobo chorých ľudí. Zdravé ženy vdovcov a vdovy, čo interpretujeme tým, že je pre zdravého človeka prirodzené mať strach zo straty životného partnera a následnej osamelosti. Pre choré ženy to môže byť potlačené vplyvom dlhodobého ochorenia.

## Závery

Človek je spoločenskou bytosťou, a preto medzi jeho prirodzené potreby patrí žiť s druhými ľuďmi a nadväzovať sociálne kontakty. V súčasnej dobe sa však črtou spoločnosti stáva skôr uzavretosť a vysoká individualizácia človeka. So životom ľudí v dnešnej dobe veľmi úzko súvisí problém osamelosti.

V našej práci sme sa snažili pochopiť prežívanie osamelosti u onkologických pacientok. Predpokladali sme, že onkologické ochorenie prináša so sebou mnoho stresujúcich faktorov, ktoré majú značný dosah na psychiku pacientky a odrážajú sa aj v prežívaní osamelosti. Očakávali sme vyššiu mieru osamelosti u žien s rakovinou prsníka v porovnaní so zdravými ženami, čo naše výsledky nepotvrdili. Dokonca naopak, zdravé ženy z našej vzorky sa v priemere cítili viac sociálne osamelé. Vysvetľujeme si to tým, že aj keď je sociálna opora u obidvoch skupín žien približne rovnaká, onkologicky choré pacientky počas svojej liečby dostávajú zo svojho sociálneho prostredia vyššiu emocionálnu i sociálnu oporu, a tým sa dopad osamelosti zmierňuje a prežíva „ľahšie“. Je možná samozrejme aj tá skutočnosť, že výskumu prebehol na malej výskumnej vzorke a nie je možné prijať zovšeobecnenie, ako aj skutočnosť, že sme nevenovali pozornosť osobnostným premenným, ktoré mohli tento nami neočakávaný rozdiel spôsobiť. Na druhej strane silnou stránkou výskumu bol priamy kontakt s respondentkami. Dostali sme sa tak bližšie k ľuďom s onkologickým ochorením a k jeho prežívaniu.

### Použitá literatúra:

- BRUNO, F. J. 2002. *Nebud'te sami aneb Jak ziskat přítele*. Praha : Lidové noviny.
- CHOMOVÁ, Z. VÝROST, J. 2004. *Patologické prejavy osamelosti*. Prešov : FF PU.
- KINAUER, P. F. 2003. *Už nechcete žít sami?* Praha : Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: 2001. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál.
- NESNÍDALOVÁ, R. 1994. *Extrémní osamělost*. Praha : Portál.
- TOURNIER, P. 1998. *Osamělost mezi lidmi*. Praha : Návrat domů.
- TRACHTOVÁ, D., ŽIAKOVÁ, E. 2003. *Svojpomocné skupiny onkologických pacientok ako jedna z foriem sociálnej opory*. Prešov : FF PU.
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha : Grada.
- ŽIAKOVÁ, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov : Akcent Print.
- ŽIAKOVÁ, E., HAVRILOVÁ, J. 2003. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov : FF PU.