

## Socialne predstave o raku#

Andreja Cirila Škufca\*  
Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo, Ljubljana

**Povzetek:** V prispevku predstavljam rezultate primerjave socialnih predstav in kavzalne atribucije o raku med skupino žensk, ki so prebolele raka dojke, ter kontrolno skupino žensk brez lastne izkušnje raka. Socialne predstave o raku se med obema skupinama razlikujejo, so pa v obeh skupinah tesno povezane s predstavami o trpljenju, umiranju in smrti. Razlike smo našli tudi v kavzalni atribuciji raka. V obeh skupinah prevladuje kategorija dejavnikov rizičnega načina življenja, ki odgovornost za bolezen pripisuje posamezniku. Ob tem so pri bolnicah v ospredju stres in psihični vplivi, v kontrolni skupini pa dejavniki zunaj posameznikove kontrole - dednost in zunanji vplivi. Predstave o bolezni znotraj socialnega prostora pomembno sooblikujejo tudi posameznikov proces soočanja z lastno boleznijo. Ker predstave niso vedno skladne s spoznanjem sodobne medicine, je v obravnavi bolnikov koristno njihovo poznavanje in upoštevanje. Zato so spoznanja uporabne socialne psihologije pomembna tudi kot izhodišča pri terapevtskem delu z bolniki.

**Ključne besede:** socialne predstave, atribucije, rak, ženske

## Social representations about cancer

Andreja Cirila Škufca  
Institute of Oncology, Department of Psycho-Oncology, Ljubljana, Slovenia

**Abstract:** In this article we are presenting the results of the comparison study on social representations and causal attributions about cancer. We compared a breast cancer survivors group and control group without own experience of cancer of their own. Although social representations about cancer differ in each group, they are closely related to the concept of suffering, dying and death. We found differences in causal attribution of cancer. In both groups we found a category of risky behavior, which attributes a responsibility for a disease to an individual. Besides these factors we found predominate stress and psychological influences in cancer survivors group. On the other hand control group indicated factors outside the ones control e.g. heredity and environmental factors. Representations about a disease inside person's social space are important in co-shaping the individual process of coping with own disease. Since these representations are not always coherent with the knowledge of modern medicine their knowledge and appreciation in the course of treatment is of great value. We find the findings of applied social psychology important as starting points in the therapeutic work with patients.

**Key words:** social representations, attribution, cancer, women

CC=3040, 3293

---

#Prispevek je bil predstavljen na 4. kongresu psihologov Slovenije v okviru simpozija Socialne predstave in uporabna socialna psihologija.

\*Naslov / address: Andreja Cirila Škufca, spec.klin.psih., Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: askufca@onko-i.si

Rak je življenje ogrožajoča bolezen, pri kateri so spoznanja sodobne medicine z uvajanjem novih diagnostičnih metod in oblik zdravljenja v zadnjih desetletjih pomembno prispevala tako k boljši prognozi, kot tudi h kvaliteti življenja. Velikokrat pa so ta spoznanja le v drobcih vključena v splošno védenje in predstave, ki so o raku razširjene v družbi in se odsevajo v izjavah, kot so "Samo, da ni rak!", "Umrli je; veš, raka je imel." ali "Če bi pa jaz zbolel, bi se pa kar fental". Izsledki številnih raziskav socialnih predstav o bolezni in zdravju raziskovalke Christine Herzich kažejo, da doživljamo zdravje kot naravno oz. lastno stanje posameznika. Vir zdravja je v posamezniku, medtem ko je izvor bolezni v njegovem načinu življenja in prihaja od zunaj (Galli in Fasanelli, 1995; Ogden, 2000).

Ko razmišljamo o izvoru zdravja in bolezni, pridemo do vprašanja kavzalne atribucije bolezni. Kavzalna atribucija je ena osrednjih komponent socialnih predstav in podaja odgovore na vprašanje "Zakaj jaz?". Pri tem je osrednje vprašanje ekternalnosti – internalnosti izvora bolezni. Rezultati različnih raziskovalcev so si enotni, da se v današnji zahodni družbi osebni odgovornosti za nastanek bolezni pripisuje manjši pomen kot zunanjim dejavnikom (Hewstone in Augoustinos, 1998). Christine Herzich je raziskovala socialne predstave o bolezni med splošno populacijo srednjega razreda v Franciji in ugotavljala, da doživljajo kot osnovni vzročni dejavnik bolezni urban način življenja (Hewstone in Augoustinos, 1998). Le-ta povzroča utrujenost in napetost, posledica katere je manjša odpornost in večja dovzetnost za bolezni. Podobno so ugotavljali v Angliji, in sicer da so v atribuciji bolezni v ospredju ekternalni faktorji (onesnaženost, infekcije, vreme) ter da so se tisti posamezniki, ki so večkrat navajali tudi internalno atribucijo (prehrana, higiena, telovadba), večkrat udeleževali preventivnih zdravstvenih programov (Ogden, 2000).

Socialne predstave o bolezni pomembno določajo tudi odnos, ki ga ima posameznik do svojega telesa, do zdravja, do ohranjanja zdravja ter s tem tudi do preventivnih zdravstvenih programov. Pri posameznikih, ki so v procesu diagnostike oz. zdravljenja, je atribucija bolezni povezana tudi z njihovim načinom soočanja z boleznijo ter različnimi čustvenimi stanji. Atribucijo o lastni bolezni pomembno pogojujejo tudi medicinska dognanja o dejavnikih tveganja in prognozi bolezni. Raziskave, ki so jih izvajali v skupinah bolnic z rakom dojke, so prinesle različne izsledke. Kljub pomanjkljivim medicinskim dokazom bolnice rak dojke velikokrat pripisujejo stresu (Steward in dr., 2001). Drugi avtorji so kot najpogostejšo atribucijo navedli različne psihološke dejavnike (Wolf in dr., 1999) in onesnaženost okolja (Riehl-Emde in dr., 1989). V multikavzalnosti raka dojke opisuje medicina več dejavnikov tveganja za nastanek bolezni; pri drugih boleznih, kot je npr. pljučni rak, pa izpostavlja kot primarni dejavnik tveganja kajenje (Sarna, 1998). Zato so tudi v raziskavi med bolniki s pljučnim rakom (Faller, Schilling in Lang, 1995, 1996) sodelujoči največkrat podali kot vzrok bolezni kajenje, poleg tega pa še škodljive snovi na delovnem mestu. Tisti bolniki, ki so poleg teh dveh atribucij bolezni pripisovali tudi psihosocialnim dejavnikom, so bili bolj depresivni, bolj obupani, z manj učinkovitimi načini soočanja z boleznijo. Povezave med psihosocialno atribucijo in

čustvenim stanjem niso jasne. Znano je sicer, da podajajo bolj depresivni bolniki in tisti z manj učinkovitimi oblikami obrambe več psihosocialne atribucije vzrokov bolezni. Vendar pa te povezave ne moremo pojasniti v terminih vzroka in posledice. Tovrstne raziskave se namreč večinoma izvajajo pri skupinah bolnikov, ki so že v postopku diagnosticiranja oz. zdravljenja. Glede na to nekateri avtorji opozarjajo, da se ne da z gotovostjo opredeliti, ali je psihosocialna atribucija vzrok ali posledica tega doživljanja (Faller, 1993).

V raziskavi smo izhajali iz opažanj klinične prakse, da se predstava o bolezni raka močno povezuje s predstavami o trpljenju in smrtjo. Zanimalo nas je, kakšne so socialne predstave ter kavzalna atribucija raka v našem kulturnem prostoru ter opredelili problem z dvema vprašanjema: (i) Ali se socialne predstave o raku med skupinama bolnic z rakom dojke ter skupino žensk brez lastne izkušnje raka razlikujejo? (ii) Ali se obe skupini žensk razlikujeta med seboj glede ocene kavzalne atribucije raka? Predvidevali smo, da bodo rezultati primerljivi z izsledki študij drugih zahodnih držav. Prav tako smo predvidevali, da bo prišlo do razlik med skupino žensk brez lastne izkušnje bolezni ter skupino žensk, ki so prebolele raka dojke. Razlike smo pričakovali tako v asociacijah na besedo rak, kjer naj bi ženske brez lastne izkušnje raka bolezen večkrat povezovale s trpljenjem in smrtjo, kot pri ocenah vzroka raka, kjer naj bi ženske iz kontrolne skupine bolezni podajale več eksternalne atribucije.

## Metoda

### Udeleženske

Sodelovalo je 59 žensk, ki so prebolele rak dojke in so vključene v tri različne skupine za samopomoč žensk z rakom dojke, ki delujejo v okviru Društva onkoloških bolnikov Slovenije. Povprečna starost je 57,6 let, od zdravljenja je minilo od 4 mesece do 21 let. V kontrolni skupini je sodelovalo enako število žensk. Le-te so zaposlene v enem od slovenskih podjetjih (na željo vodstva so podatki o podjetju na voljo pri avtorici) ali pa vključene v Društvo upokojencev, s povprečno starostjo 53,3 let. Ženske nimajo lastne izkušnje raka, prav tako nimajo izkušnje raka pri najbližjih družinskih članih (partner, otroci).

### Pripomočki

V procesu raziskovanja smo uporabili podobno metodologijo, kot jo je v raziskovanju socialnih predstav uporabljala Herzichova. Za ugotavljanje predstav o raku smo se posluževali metode prostih asociacij na besedo "rak"; odgovore smo obdelali z analizo vsebine in jih razdelili na šest vsebinskih kategorij. Kavzalno atribucijo bolezni smo ugotavljali z vprašanjem "Napišite, kaj *vi* menite, zakaj lahko nekdo zbolí zaradi raka

oziroma kateri dejavniki lahko vplivajo na pojav bolezni” ter tudi tu odgovore obdelali z analizo vsebine. Pri obeh delih smo statistično pomembnost razlik v frekvenčni porazdelitvi odgovorov po vsebinskih sklopih ugotavljali s  $\chi^2$  testom.

## Postopek

Pri bolnicah z rakom dojke je bila raziskava izvedena na rednih mesečnih srečanjih skupin za samopomoč. Udeleženske srečanja so na vprašanja odgovarjale skupinsko, pisno in anonimno. V kontrolni skupini je aplikacija vprašanj potekala v manjših skupinah (2–5 žensk); po skupnih ustnih navodilih so pripravile pisni odgovor. Zbrani podatki so bili obdelani z ustreznimi statističnimi postopki.

## Rezultati

Primerjava rezultatov med obema skupinama je pokazala statistično pomembne razlike na nivoju  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 59,78$ ,  $df = 7$ ). Ob tem so ženske iz kontrolne skupine v povprečju podajale več odgovorov (7,1) kot ženske iz skupine za samopomoč (5,7).

Ženske brez lastne izkušnje bolezni so največkrat podajale odgovore, s katerimi so opredelile bolezen in njeno zdravljenje, po pogostosti pa sledi sklop odgovorov o trpljenju in smrti. V skupini bolnic iz skupin za samopomoč so najpogostejši odgovori

Tabela 1. Prikaz vsebinskih kategorij asociacij na besedo “rak” ter frekvence in odstotki odgovorov znotraj posameznega vsebinskega sklopa

		<b>bolnice</b>	<b>ostale</b>	<b>skupaj</b>
<i>Definicija bolezni in zdravljenja</i>	bolezen, tumor, naštevanje delov telesa, oblike zdravljenja, stranski učinki	63 (18,7%)	161 (39,4%)	224 (30,0%)
<i>Čustveno doživljanje</i>	strah, žalost, šok, depresivnost, kako bo, zakaj jaz?, tesnoba,	64 (18,9%)	62 (15,1%)	126 (16,9%)
<i>Odnos do bolezni</i>	»pozitiven« odnos: upanje, smisel, volja do življenja, vera, aktivnost	74 (21,9%)	39 (9,5%)	113 (15,1%)
	»negativni« odnos: uničenje, brezizhodnost, tragedija, težave, konec lepega	9 (2,7%)	20 (4,9%)	29 (38,9%)
<i>Trpljenje, smrt</i>	bolečina, trpljenje, umiranje, smrt	75 (22,2%)	86 (21,0%)	161 (21,6%)
<i>Medosebni odnosi</i>	povezanost, pogovor, sprejetost, prijateljstvo, druženje	11 (3,3%)	15 (3,7%)	26 (3,5%)
	socialna zaznamovanost: zapuščenost, odpisanost, osamitev,	14 (4,1%)	3 (0,1%)	17 (2,3%)
<i>Drugo</i>	razno	27 (8,0%)	23 (5,6%)	50 (6,7%)
<b>skupaj</b>		337 (100%)	409 (100%)	746

Tabela 2: Prikaz vsebinskih kategorij odgovorov na vprašanje, zakaj nekdo zboli zaradi raka, ter frekvence in odstotki odgovorov znotraj posameznega vsebinskega sklopa.

	<b>bolnice</b>	<b>ostale</b>	<b>skupaj</b>
<i>Dednost</i>	40 (13,8%)	34 (15,8%)	74 (14,7%)
<i>Rizični načini življenja</i> (kajenje, nezdrava, neustrezna prehrana, uživanje alkohola, fizična neaktivnost)	101 (34,9%)	81 (37,7%)	182 (36,1%)
<i>Stres</i>	43 (14,9%)	28 (13,0%)	71 (14,1%)
<i>Psihični vplivi</i> (nerazrešeni problemi, odnosi, zatrta čustva, težko otroštvo, negativno razmišljanje, preveliko razdajanje, skrbi, strah)	60 (20,8%)	26 (12,1%)	86 (17,1%)
<i>Vplivi okolja</i> (onesnaženost, tehnika, žarčenje, industrija)	28 (9,7%)	38 (17,7%)	66 (13,1%)
<i>Drugo</i> (usoda, smola, starost, udarec, poškodbe)	17 (5,9%)	8 (3,7%)	25 (4,9%)
<b>skupaj</b>	289 (100%)	215 (100%)	504

prav tako tisti, ki opredeljujejo trpljenje in smrt, poleg tega pa še odgovori, ki vsebujejo pozitiven odnos do bolezni. Posamezen odgovor "smrt" je podalo 57,6 % bolnic z rakom dojke ter 72,4 % žensk brez lastne izkušnje bolezni. Med obema skupinama sodelujočih žensk se razlike pojavljajo pri naslednjih vsebinskih sklopih: odgovorih, ki definirajo bolezen in zdravljenje, kar so večkrat podajale ženske iz kontrolne skupine; negativen odnos do bolezni, večkrat izražen pri ženskah iz kontrolne skupine; pozitiven odnos do bolezni, v ospredju pri bolnicah z rakom dojke; slednje so pogosteje podajale tudi odgovore socialne zaznamovanosti.

Statistično pomembne na nivoju  $p < 0,05$  so tudi razlike med frekvenčnimi porazdelitvami odgovorov glede ocene vzroka raka ( $\chi^2 = 13,45$ ,  $df = 5$ ). Tu so v povprečju več odgovorov (4,9) podajale bolnice z rakom dojke kot pa ženske iz kontrolne skupine (3,7).

V obeh skupinah je kot vzročni dejavnik pri nastanku raka največkrat omenjen tvegan način življenja. Pri skupini bolnic z rakom dojke po pogosti sledijo psihični vplivi, v skupini žensk brez lastne izkušnje bolezni pa ekstermalni dejavniki vplivov okolja.

## Razprava

Dobljeni rezultati delno potrjujejo predpostavke, ki smo jih zastavili na začetku raziskave in temeljijo na opažanjih iz klinične prakse. Potrjujejo, da se socialne predstave o raku med skupinama žensk z rakom dojke ter žensk brez lastne izkušnje bolezni med seboj razlikujejo. Če izhajamo iz predpostavke, da obe skupini žensk izhajata iz iste populacije,

kar pomeni, da so imele ženske iz skupine za samopomoč pred lastno boleznijo enake socialne predstave o raku, kot se je pokazalo v kontrolni skupini žensk, lahko na osnovi tega sklepamo, da se ob procesu soočanja z boleznijo ob lastni izkušnji spremenijo tudi socialna predstava o bolezni sami. Dobljeni rezultati tudi kažejo, da je bolezen rak tesno povezana s predstavami o bolečinah, trpljenju in smrti, pri čemer med skupino bolnic z rakom dojke ter skupino žensk brez lastne izkušnje raka nismo našli razlik, kot smo jih predpostavljali. S tako predstavo, razširjeno v našem kulturnem prostoru, tako posamezniki vstopajo v lasten proces zdravljenja ali proces zdravljenja najožjih.

V kontrolni skupini žensk sledijo odgovorom o smrti in trpljenju odgovori o čustvenem doživljanju, med katerimi so v ospredju strah, žalost, obup – čustva, s katerimi lahko reagiramo na negotovo in brezizhodno situacijo pričakujoče smrti in trpljenja. V skupini bolnic z rakom dojke pa najdemo zanimiv, ambivalenten odnos do bolezni. Po eni strani trpljenje in smrt, po drugi strani pa v enaki meri izražen pozitiven odnos do bolezni. Odgovore lahko razumemo tudi kot neprestano nihanje žensk z rakom dojke med upanjem, pozitivnim mišljenjem in voljo, “da bo”, na eni strani (kar je tudi v skladu z aktualno situacijo bolezni večine sodelujočih bolnic) ter stalnih strahom pred ponovitvijo bolezni na drugi strani. Strah pred ponovitvijo bolezni je skupen večini bolnikov, ki so se zdravili zaradi raka; po nekaterih raziskavah izraža močan strah pred ponovitvijo bolezni od 42 do 89 odstotkov žensk z rakom dojke (Kornblith, 1998).

Pri kavzalni atribuciji raka so v ospredju dejavniki tveganega načina življenja; v obeh skupinah je ta odgovor podala več kot tretjina sodelujočih, odgovornost za nastalo bolezen pa so pripisali posamezniku. Rezultat odstopa od podatkov iz literature, kar je deloma pogojeno tudi z metodološkimi dejavniki; v tej skupini so se namreč posamezne postavke pogosteje kot pri ostalih vsebinskih kategorijah pojavljale v sklopih (npr. kajenje, hrana, alkohol) ter tako pomembno povečale končno frekvenco odgovorov. Obe skupini sodelujočih žensk se razlikujeta po tem, da so v kontrolni skupini dejavniki, vezani na atribucijo zunaj kontrole posameznika (kot so dednost ali pa vplivi okolja), izraženi v večji meri kot v skupini bolnic, kjer so v ospredju stres ter psihični vplivi, kar je skladno z rezultati iz literature. Vse tri najpogosteje podane skupine kavzalne atribucije (tvegan način življenja, stres, psihični vplivi), ki so jih izrazile bolnice, jim dajejo občutek možne lastne kontrole. To jim omogoča spremembo ali ohranjanje vedenja v smeri doprinosa k ohranjanju obstoječega zdravstvenega stanja.

Odperto ostaja vprašanje izbire vzorca. Če je psihosocialna kavzalna atribucija povezana z manj učinkovitimi strategijami soočanja z boleznijo in večjo depresivnostjo, se lahko vprašamo, ali bi bili rezultati tistih bolnic z rakom dojke, ki se niso vključile v skupine za samopomoč, enaki kot rezultati sodelujočih bolnic. Na rezultate lahko sistematično vpliva nekontrolirani dejavnik, ki soodloča tudi pri ne/vključevanju bolnic v skupinske oblike samopomoči.

Rezultati raziskave podajajo nekaj odgovorov, odpirajo pa tudi veliko novih vprašanj. Najprej bi bilo gotovo zanimivo enak postopek izvesti v večjem vzorcu. V raziskavi so sodelovale ženske z rakom dojke, ki so po primarnem zdravljenju

“ozdravljene”, ali – kot se v onkologiji pogosto uporablja – “zazdravljene”. Gotovo bi bili rezultati v skupini bolnikov, ki imajo recidiv bolezni, se zdravijo zaradi napredovalega stadija bolezni, ali pa imajo katero prognozično manj ugodno vrsto raka, drugačni. Poleg raziskovanja socialnih predstav o raku pri bolnikih na različnih stopnjah zdravljenja in rehabilitacije pa bi bilo še posebej zanimivo raziskati tudi socialne predstave zdravstvenih delavcev, ki delajo z onkološkimi bolniki.

Socialne predstave o bolezni znotraj socialnega prostora pomembno sooblikujejo tudi posameznikov proces soočanja z lastno boleznijo. Sooblikujejo jih spoznanja sodobne medicine, niso pa vedno skladne z njimi. Zato je v obravnavi bolnikov pomembno njihovo poznavanje in upoštevanje. Spoznanja uporabne socialne psihologije pa tako dobijo pomembno vlogo tudi pri oblikovanju izhodišč pri terapevtskem delu z bolniki.

## Literatura

- Faller, H. (1993). Subjective illness theories: determinants or epiphenomena of coping with illness? A comparison of methods in patients with bronchial cancer. Dostopno na URL [www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList\\_uids=8273430dopt=Abstract](http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList_uids=8273430dopt=Abstract).
- Faller, H., Schilling, S., in Lang, H. (1995). Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. 20th European Conference on Psychosomatic Research in Gent. Dostopno na URL [www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList\\_uids=7490696dopt=Abstract](http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList_uids=7490696dopt=Abstract)
- Faller, H., Schilling, S. in Lang, H. (1996). Causal “cancer personality” attribution-an expression of maladaptive coping with illness? Dostopno na URL [www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList\\_uids=8686364dopt=Abstract](http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList_uids=8686364dopt=Abstract).
- Galli, I. in Fasanelli, R. (1995). Health and illness: A contribution to the research in the field of social representations. *Papers on Social representations Threads of Discussion*, 4, 1-27.
- Hewstone, M. in Augoustinos, M. (1998). Social attributions and social representations. V U. Flick (ur.), *The psychology of the social* (str. 60-76). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kornblith, A.B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. V J.L. Holland (ur.), *Psycho-oncology*. (str. 223-241). Oxford: Oxford University Press.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Riehl-Emde, A., Buddeberg, C., Muthny, F.A., Landolt-Ritter, C., Steiner, R. in Richter, D. (1989). Casual attributions and coping with illness in patients with breast cancer. Dostopno na URL [www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList\\_uids=2762477dopt=Abstract](http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList_uids=2762477dopt=Abstract).
- Sarna, L. (1998). Lung cancer. V J.L. Holland (ur.), *Psycho-oncology*. (str. 340-348). Oxford: Oxford University Press.
- Steward, D.E., Cheung, A.M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L. in Bunston, T. (2001). Attribution of cause and recurrence in long-term breast cancer

- survivors. *Psychooncology*, 10(2), 179-183.
- Wolf, C., Meyer, P.C., Richter, D., Riehl-Emde, A., Ritter-Landot, C., Sieber, M., Steiner, R. in Buddeberg, C. (1999). Casual Attributions and coping with illness by breast cancer patients: results of a longitudinal study. Dostopno na URL [www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList\\_uids=8560952dopt=Abstract](http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMedList_uids=8560952dopt=Abstract).

*Prispelo/Received: 13.02.2003*  
*Sprejeto/Accepted: 08.05.2003*