Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

Sekcia psychológie zdravia
Slovenskej psychologickej spoločnosti pri SAV

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA

Zdravie a múdrosť
Psychológia zdravia a syndróm vyhorenia
Rodové rozdiely v zdraví

Bratislava, 2010

© Kolektív autorov, Bratislava 2009
Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH,
Mgr. Róbert Ďurka, PhD.

Zborník vydaný
s finančným príspevkom

**Národného ústavu srdcových
a cievnych chorôb, a. s., Bratislava**

Vydáva:
**Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava
vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o.**
Bratislava 2010

Grafické spracovanie:
Jana Satková
Tlač:
ULTRA PRINT, s.r.o., Bratislava

ISBN 978-80-968092-6-4

Príhovor

Vážené kolegyne, kolegovia

máte v rukách zborník zo 4. celoštátnej konferencie PZ, ktorá sa konala dňa 13. 5. 2009 v Bratislave. V zborníku sú aj vybrané príspevky, ktoré odozneli na konferencii SAVEZ, ktorá sa konala v dňoch 28. – 29. 5. 2009 v Košiciach. Vzhľadom k tomu, že r. 2009 bol považovaný za krízový, ale najmä kvôli ekonomickej náročnosti spojenej s účasťou na odborných podujatiach, po vzájomnej dohode sme akceptovali, že ide o satelitné podujatia so spoločným ideovým zameraním. Vzhľadom ku kvalite príspevkov by bolo škoda, keby nedostali priestor v tomto zborníku.

Pri organizovaní tohto stretnutia bola, ako vždy, snaha realizačného tímu účastníkom zabezpečiť kvalitný program. Ústrednú tému sme si nevybrali náhodne. Osobne ma inšpirovala prednáška nestora československej PZ, profesora Jara Křivohlavého „Múdrosť a zdravie" na konferencii SPZ ČMPS vo Vernířoviciach v r. 2008.

Dominovala snaha viac zaangažovať psychologickú obec a vzbudiť väčší záujem „intelektuálnych snobov a ignorantov" o problematiku.

V zborníku je aj príspevok doc. PhDr. Václava Břicháčka, ktorému zdravotné problémy nedovolili osobne prísť na konferenciu, ale veľmi ochotne zaslal zaujímavý a podnetný príspevok. Žiaľ, Václav Břicháček, veľký milovník a priateľ Slovenska, slovenskej prírody a psychológie sa vydania zborníka nedožil. Je pre nás cťou, že jedny z posledných (slov a) myšlienok „skauta" českej a československej psychológie v posledných rokoch, najmä psychológie zdravia, môžeme odpublikovať práve v našom zborníku ...

Rok 2009 bol podľa ekonómov a finančníkov rokom krízovým. Kríza, ktorá nepochybne postihla celú spoločnosť, zdravotníctvo a psychologickú obec ako také, nevynímajúc. Pre záujemcov o PZ u nás bol rokom v pozitívnom zmysle prelomovým. Napriek ekonomickým problémom, nepriazni osudu Sekcia PZ krízu prekonala. Ex post, keď hodnotím rok 2009 aj bohatú aktívnu účasť mladých kolegov, najmä z VS na zahraničných podujatiach – výročná konferencia EPHS v talianskej Pise – je toho dôkazom.

Za realizačný tím tlmočím prianie, aby sme sa v budúcnosti stretávali častejšie a v hojnejšom počte, najneskôr opäť v máji 2010.

Dušan Selko

Zborník vydaný
s finančným príspevkom

**Národného ústavu srdcových
a cievnych chorôb, a. s., Bratislava**



Generálny riaditeľ – Ing. Mongi Msolly, MBA

Poďakovanie

za realizáciu projektu: generálnemu riaditeľovi a predsedovi predstavenstva NÚSCH a.s., Ing. Mongi Msollymu, MBA, za materiálne zabezpečenie vydania zborníka a morálnu podporu pri príprave a realizácii podujatia. MUDr. Darine Sedlákovej, z kancelárie WHO, spoluorganizátorovi podujatia - za morálnu pomoc pri zabezpečení samotnej konferencie; MZ SR za poskytnutie reprezentatívnych výhodne situovaných priestorov a ústretovosť pri priebehu konferencie. A predovšetkým pani PhDr. Viole Zlámalovej a vydavateľstvu Mauro Slovakia s.r.o. za nezištnú pomoc, ústretovosť, trpezlivosť a božskú toleranciu pri finalizácii a realizácii tohto projektu.

Zároveň ďakujem všetkým kolegyniam a kolegom, či už aktívnym alebo pasívnym účastníkom nášho pracovného stretnutia, za prejavený záujem a účasť.

Dušan Selko

Obsah

PRÍHOVOR EDITORA
Dušan Selko 3

ZDRAVIE – MÚDROSŤ – CHARAKTER
Ivan Štúr 9

PRAKTICKÁ MOUDROST – ANEB CTNOSTI V PSYCHOLOGII ZDRAVÍ
Václav Břicháček 11

MÚDROSŤ A ZDRAVIE
Imrich Ruisel 15

MIESTO POZITÍVNEJ PSYCHOLÓGIE V PSYCHOLÓGII ZDRAVIA[1]
Jana Kordačová 31

POZNÁMKY KU CHARAKTERISTIKÁM SEBAAKTUALIZUJÚCICH OSOBNOSTÍ
Ľudovít Juráš 42

HUMOR V ZDRAVÍ A V CHOROBE 2 (ČO SA NEDOSTALO DO PREDCHÁDZAJÚCEJ ČASTI A EŠTE NIEČO INÉ)
Róbert Ďurka 46

EMÓCIE, MÚDROSŤ TELA A CESTA LIEČENIA
Viera Dieškova 54

SYNDRÓM VYHORENIA A ZDRAVOTNÉ RIZIKO
Dušan Selko 59

MOŽNOSTI PREVENCIE SYNDRÓMU VYHORENIA (BURNOUT) V ZDRAVOTNÍCKOM PROSTREDÍ
Ľuboslav Kmeť 72

VÝSLEDKY EMPIRICKEJ ANALÝZY PROFESIONÁLNEJ KOMUNIKÁCIE SESTRY A NÁZOROV NA SYNDRÓM VYHORENIA
Renáta Knezović, Darina Brukkerová 80

EMERGENTNÁ POMOC DUŠEVNÉMU ZDRAVIU V PRÍPADE KRÍZY, NEŠŤASTÍ, NEHÔD A TERORISTICKÝCH ÚTOKOV – SME DOSTATOČNE PRIPRAVENÍ?
Hana Ščibranyová 94

ZNALOSTI INDIKÁTORŮ ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU U RŮZNÝCH SKUPIN VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ
Jitka Šimíčková-Čížková, Jaroslav Šimíček 106

K RODOVÝM ROZDIELOM V KARDIOVASKULÁRNOM ZDRAVÍ – NA ČO SA V PRAXI ZABÚDA
Dušan Selko 113

POKLES RODOVÝCH ROZDIELOV V RIZIKOVOM SPRÁVANÍ SLOVENSKÝCH ADOLESCENTOV MEDZI ROKMI 1998 A 2006
Lukáš Pitel a kol. 128

VNÍMANIE TVARU TELA, HMOTNOSŤ A FYZICKÉ CVIČENIE AKO DETERMINANTY SEBAÚCTY
Monika Vavricová 139

PREŽÍVANIE ŽIEN S BENÍGNYM NÁDOROM PRSNÍKA
Gabriela Kvasničková 150

KVALITATÍVNY POHĽAD NA ŽIVOT S REAUMATOIDNOU ARTRITÍDOU
Viera Cviková, Jana Kočanová 157

AKTIVITA OCHORENIA, FUNKČNÁ DISABILITA, BOLESŤ A SOCIÁLNA OPORA AKO PREDIKUJÚCE PREMENNÉ PSYCHOLOGICKÉHO DISTRESU U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU
Jozef Benka a kol. 163

HODNOTENIE EFEKTIVITY PREVENTÍVNEHO ROVESNÍCKEHO PROJEKTU VYUŽÍVAJÚCEHO STRATÉGIU ROZVOJA KĽÚČOVÝCH KOMPETENCIÍ
Lucia Demešová 171

ČO SÚVISÍ SO SEXUÁLNOU SKÚSENOSŤOU SLOVENSKÝCH 15-ROČNÝCH ŠKOLÁKOV?
Peter Kolarčik, Andrea Madarasová Gecková, Jitse P. van Dijk 182

SOCIOEKONOMICKÉ NEROVNOSTI V ZDRAVÍ NA SLOVENSKU – VÝBER Z VÝSKUMNÝCH ZISTENÍ KISH
Andrea Madarasová Gecková 193

KOMUNIKÁCIA ADOLESCENTA S RODIČMI, ŠTRUKTÚRA RODINY A SKÚSENOSŤ S OPITOSŤOU – PREDBEŽNÉ VÝSLEDKY PROJEKTU HBSC
Zuzana Tomčíková a kol. 202

SEBAÚCTA A SEBAÚČINNOSŤ U FYZICKY AKTÍVNYCH A PASÍVNYCH ADOLESCENTOV
Zuzana Veselská a kol. 209

MONITORING HOSTILITY A D TYPU SPRÁVANIA U SESTIER V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI
Martina Filická 215

NÁ KONFERENCIA EURÓPSKEJ ASOCIÁCIE PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA, 23. – 26. september 2009, Pisa, Taliansko
Peter Kolarčík 222

ZDRAVIE – MÚDROSŤ – CHARAKTER

Ivan Štúr
Bratislava

Chcel by som si vyjasniť tieto tri pojmy vo vzťahu k psychológii. Viete si predstaviť zdravého, múdreho a charakterného psychológa?

Zdravie nie je cieľom, ale iba prostriedkom k dobrému životu (Jaro Křivohlavý, 2001, Psychologie zdraví). Spotreba liekov a neustále kondičné cvičenia na Slovensku vravia skôr o opaku. Zdravie však znamená aj citové zdravie alebo ešte lepšie byť ľudsky zdravý, to znamená mať primerané a dostatočne hlboké city (Konrád Lorenz, 8 smrteľných hriechov – vyhasnutie citov, 1990). V tomto zmysle zdravý psychológ by mal byť dostatočne citlivý. Kde nájde hlbší ponor do ľudskej duše než vo filozofii a umení? Zbyněk Vybíral (Psychologie jinak, 2006) uvádza, že poézia predbehne psychológiu v prieskume osobného sveta. Ak ma – ako psychológa – zaujíma zmysel života človeka, nemôžem obchádzať filozofiu, ak mám vzťah k indivíduu, je umenie a poézia zvlášť, školou empatie. Ako inak porozumieť človeku bez toho najkrajšieho čo vytvoril?

V Knihe apokryfů (Karel Čapek, 1945) nájdeme tri termíny: chytrosť, rozum a múdrosť. Chytrosť je krutá k človeku, rozum hľadá objektivitu, ale povedať o človeku, že je múdry, to je ako keby sme vyjadrili, že ho máme radi. Takýto pohľad som v psychológii nenašiel. Snaha definovať múdrosť je beznádejná. Sympaticky o tom píše Uršula Staudingerová (2001), že múdri ľudia používajú intelekt aj emócie v harmónii, rozumejú ťažkostiam a problémom života, vedia znášať neistotu, sú flexibilní, hraví, nie rigidní atď. Hocako je definícia múdrosti potrebná, nie je to výraz schopnosti prežiť pekný život? To znamená kultivovať seba, spolupracovať a podporovať druhých ľudí a šetriť životné prostredie? V tomto zmysle by múdrosť bola individuálnou, u každého predsa len trocha odlišnou potenciou. Do psychológie múdrosti by som určite doplnil odvahu, humor a schopnosť em-

patie. Či nie je spôsob prežívania pozemského času najvýznamnejšou charakteristikou človeka, najlepšie vyjadrujúcou jeho rozum, city aj vôľu? Porozumenie človeku znamená objaviť v čom a akým smerom je múdry.

Napokon charakter je úctou k sebe, k druhým ľuďom (spoľahlivosť v činoch) aj k životu vôbec. Aj v charaktere sa výrazne prejavuje postoj k životu, často v najdramatickejších situáciách. Žiaľ, aj psychológovia spolupracovali s nacistickou (Gardista, 13. 5. 1943) aj komunistickou totalitou (Pravda 10. 6. 1976), neraz na úkor vlastných, menej adaptívnych kolegov. Ešte aj dnes sa stretneme s enormne dlhým a jednostranným znaleckým posudkom, na druhej strane čakám na sympatický článok o znaleckom posudku ako terapii. Ešte aj dnes predstiera sympatický a schopný psychológ postavenie, ktoré nedosiahol, iný bráni publikácii, ktorú nečítal. Pozícia moci zvádza k jej zneužitiu – to by si mal každý sám ustrážiť! Napokon charakterný čin psychológa Juraja Martínka kontranormalistickou recenziou v Bratislavských lekárskych listoch (roč. 66, č. 3, 1976, str. 367/8).

Pre mňa je čistý charakter bez výkonu prázdny a výkon bez charakteru nebezpečný. Tak to môžeme nájsť v kongeniálnom preklade Jaroslava Vrchlického Edmonda Rostanda Cyrano z Bergeracu: „Má chyba, to mne stačí, já líbit nechci se, já nenávist mám radši...“.

PRAKTICKÁ MOUDROST – ANEB CTNOSTI V PSYCHOLOGII ZDRAVÍ

Václav Břicháček
Praha

V psychologii zdraví i v positivní psychologii se debatuje o pojmu moudrost člověka (Seligman, 2002, Seligman, Csikszentmihalyi, 2000, Snyder, Lopez, 2002, Křivohlavý, 2004 a další). I pro bratislavskou konferenci je to téma, které bude jistě předmětem mnoha debat i empirických šetření.

Orientace psychologie na positivní aspekty života jedince i celé společnosti má své letité kořeny. Zjednodušeně se jedná o dva zdroje:

a) Valná většina psychologické praxe se zaměřuje na sledování negativních jevů, které se objevují v běžném životě. Sledují se konflikty, násilí, teror, formy selhání, negativní emoce atd. Existuje však i opačný pól a to odolnost, altruismus, spolupráce, tvořivost, pohoda atd. V prvních létech po válce existovala v českém rozhlase populární rubrika „bílá kronika". Vedl ji tehdejší redaktor F. Gel a přispívalo do ní velké množství posluchačů. Časem vymizela a dnes jsme ve sdělovacích prostředcích zahrnováni proudem negativních informací. Vytváří se falešný obraz světa i životního stylu, což má negativní dopad na mentální hygienu i na emoční pocity společnosti a to již od dětského věku.
b) K tomu dnes přistupuje akcelerovaný vývoj globalizovaného světa a odlišné hodnotové systémy různých civilisačních okruhů. Rychlý růst vědeckých i technických objevů, risika biotechniky, pustošení přírody, risika konfliktů velkých civilizací a řada dalších negativních momentů je mnohdy spojena s demoralizací jedinců i mezilidských vztahů a s růstem konsumního a egoistického životního stylu.

Pokusy o rozumné řešení vzniklé situace probíhají na dvou rovinách: Sledujeme úsilí o mezinárodní dohody, které naráží na protichůdné zájmy různých uskupení a na jejich tradiční hodnotové,

právní i organizační systémy. Mnohé racionální náměty nebývají pochopeny a hledání přijatelných kompromisů probíhá jen pomalu.

Druhou cestou je humanitární zaměření pozornosti na člověka, na kvalitu jeho života, výchovu, vytváření positivních emocí a na hledání základních a obecně platných morálních principů a ctností. Pojem ctnosti je velmi starý, najdeme ho v antickém Řecku, ve všech dalších kulturních epochách, v náboženských systémech i v morálních kodexech. Z psychologie však tento pojem téměř vymizel a teprve v posledních létech se znovu objevuje (Baumeister, Exline, 1999, Sandage, Hill, 2001, Fowers, 2008, Fowers, Davidov, 2006).

Ctnost bývá chápána jako jakýsi trs kladných, vzájemně propojených vlastností, které mohou zvyšovat odolnost jedince vůči risikům a nástrahám současného světa a vytvářet obranu vůči mnoha patologickým vlivům. Sandage a Hill (2001) dospěli ve svých úvahách k hlavním rozměrům ctností (viz. též Kebza, 2005) a to: propojení etiky s celkovým zdravím ve společnosti – základní rysy charakteru – zdroj odolnosti a vyspělosti jedince – rozvoj smysluplného pohledu na život člověka – základ lidské moudrosti.

Seligman (2003) analyzoval nejčastěji uváděné ctnosti, které se objevují ve významných filosofických a náboženských systémech. Z vytvořeného seznamu obsahovou analýzou dospěl k šesti základním ctnostem a to: moudrost a vědění – odvaha – láska a lidskost – spravedlnost – střídmost – spiritualita. Jsou to kategorie abstraktní, jen těžko využitelné v každodenní praxi a obtížně převeditelné do výchovy i sebevýchovy.

Vynořuje se závažná otázka, zda může dnes psychologie dospět od teoretického pojetí ctností k praktickému jednání. V Aristotelově Etice Nikomachově najdeme podnětný model ctnostných jedinců, kteří dokáží ctnostně jednat za nejrůznějších životních okolností. Je to v jistém protikladu k často uváděnému předpokladu, že k moudrosti je možno dozrát ve stáří. Jde dnes spíše o hledání metod, jak vytvářet a podporovat co nejvhodnější formy chování v různých, často velmi složitých životních okolnostech. Zároveň se usiluje o pochopení lidských slabostí i lidských sil, které se vzájemně prolínají. Hledají se cesty, jak vytvářet a podporovat eticky přiměřené jednání a zároveň rozvíjet schopnost dle nich postupovat. Používá se pojem „praktická moudrost" (Fowers, 2003, 2008, Schwarz, Sharpe, 2006). Je to v podstatě schopnost v dané situaci pochopit, co je podstatné a co

vedlejší, co je důležité a co triviální pro rozhodnutí o volbě činnosti a pro její realizaci. Je to zřejmě schopnost nepostradatelná pro jedince „dobrého charakteru". Důsledkem je náročné hledání co je dobro a co je charakter. To se však vymyká z možností jak krátkého referátu, tak autorových intelektových schopností.

Předpokladem praktické moudrosti je porozumět situacím a výzvám, které se neustále objevují, odhadnout možná řešení, najít dostatečnou sílu a motivaci pro zvolenou činnost a realizovat ji s plným nasazením, ale i s možností změny, pakliže se ukáže, že zvolená strategie nebyla vhodná. Je to složitý proces, který často probíhá v časovém i sociálním tlaku, mnohdy předpokládá řádné promýšlení, neukvapené jednání a posuzování jeho efektu. Záleží na souhře osobnosti jedince, na povaze sociálních okolností i na risiku možných chyb. Uvažuje se o různých modelech rozhodování jedince ve složitých situacích a objevují se náměty pro relativně jednoduché, ale racionální postupy. Je to stará problematika analýzy velkého množství často nepřehledných informací. Řada možných postupů je vedena v literatuře pod pojmem nelineární heuristika. ale není zatím jednoznačně systemizována (viz. Hogarth, Karelaila, 2006, Katsikopoulos aj, 2008).

O praktické moudrosti platí Aristotelovo konstatování: „Není možné být dobrý ve striktním slova smyslu, bez praktické moudrosti a není možná praktická moudrost bez morální ctnosti". Vytváří se z přediva prožitků našich životů a prosazuje se v konkrétních a mnohdy v životě neopakovatelných situacích.Vede k pochopení, jaké ctnosti se prosazují v dané situaci a zároveň k posouzení vlastních sil a mnohdy i vlastního hodnotového a morálního systému.

Převažující směr uvažování o teoriích lidské moudrosti je sice nezbytný, ale současně je nutné hledat metody, jak bychom mohli sledovat, posuzovat a rozvíjet moudré jednání jedince. Je velmi obtížné rozebírat praktickou moudrost jako kapacitu dobře jednat v širokém spektru situací a využívat v plné šíři kladné charakterové a další síly jedince či sociální skupiny. Je to však úkol, který se před současnou psychologií rýsuje a neměl by být odložen do budoucích časů. Kvalita života se nemůže soustřeďovat pouze na – jistě potřebnou – tematiku ekologické rovnováhy v přírodě, psychofysické rovnováhy v člověku či sociálně –ekonomické rovnováhy ve společnosti. Úkolem bude podílet se na úsilí udržet rovnováhu mezi lidskými právy a lidskou od-

povědností (Krejčí, 1966). Bez moudrosti a rozvíjení ctností bychom zůstali na půli cesty.

Literatúra:

Baumeister, R.F., Erline J.R., (1999): Virtue, Personality and Social Relations. Journal of Personality, 67, 1165 – 1194

Fowers, B.J. (2003): Reason and Human Finitude – in Praise of Practical Reason. American Behavioral Scientist, 47, 415 – 426

Fowers, B.J. (2008): From Continence to Virtue. Theory and Psychology, 18, 629 -653

Fowers, B.J. Davidov, B.J. (2006) The virtue of multiculturalism. American Psychologist, 61, 415 – 426

Hogarth,R.M., Karelaia,N.(2006): „Take-the-Best" and Other Simple Strategies. Theory and Decision, 61, 205 – 239

Kebza,V. (2005): Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia

Konstantinos,V. et al.(2008): From Meehl to Fast and Frugal Heuristics. Theory and Psychology, 18, 233 – 464

Křivohlavý, J. (2004): Positivní psychologie. Praha, Portál

Sandage,S.J., Hill, P.C.,(2001):The Virtues of Positive Psychology. Journal of the Theory of Social Behaviour, 31, 241 – 260

Schwartz,B, Sharpe, K.V.(2006): Practical wisdom. Journal of Happiness Studies, 7, 377–395

Seligman, M.E.P (2003): Opravdové štěstí. Praha, Ikar

Seligman, M.E.P: Csikszentmihalyi, M.(2000): Positive Psychology. American Psychologist, 55, 5-14

Snyder, C.R, Lopez,S.J. (2002): Handbook of Positive Psychology. New York. Oxford Univ. Press.

MÚDROSŤ A ZDRAVIE

Imrich Ruisel
Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

V období medzi rokmi 2870 až 2675 pred Kr. Ptah Hotep, vizír faraóna Issiho napísal prvé knihy o pozemskej múdrosti. Knihy venované synovi obsahovali ponaučenia o vhodnom správaní. Z týchto úvah vyplýva, že prvé diskusie o múdrosti ľudstvo registruje už asi päťtisíc rokov.

Od múdrosti sa všeobecne očakáva dokonalé poznanie ľudských existenciálnych problémov, vrátane zmyslu života. Tento unikátny prístup vznikol už v staroveku a podľa Knihy prísloví Starého zákona „Šťastný je človek, ktorý našiel múdrosť". Podľa Platóna múdrosť je najvyššou ľudskou métou. Úvahy o múdrosti ako expertnej forme poznania vyplývajú aj zo samotného vymedzenia filozofie ako lásky k múdrosti.

Múdrosť v rôznych vedeckých disciplínach nadobudla odlišné významy. Napríklad v náboženskej literatúre sa spravidla spájala so špecifickými hodnotami, vrátane transcendentálnych, kým sekulárne aspekty múdrosti zdôrazňovali skôr poznanie neistoty a rôznorodosť hodnôt. Keďže múdrosť je pojem značne komplexný, experti príležitostne uprednostňovali komplexnosť múdrostí pred individuálnou kvalitou.

Preto definícia múdrosti ako vedeckého konštruktu nie je jednoduchá. Ako vyplýva z vymedzenia filozofie ako hľadania a lásky k múdrosti, ide skôr o hľadanie ideálu, než o permanentný stav. Úžitok a uspokojenie jednotlivca nevyplýva ani tak z výsledku, ako zo samotného procesu hľadania.

Učebnice múdrosti bývajú koncipované v rôznych súvislostiach – teologických, filozofických, historických, sociologických, etnologických, antropologických a pochopiteľne i psychologických. Najviac prác o múdrosti vychádza z nábožensko – teologických a filo-

zofických tradícií. Táto orientácia vyplýva pravdepodobne z faktu, že podstata múdrosti, vrátane snahy o pochopenie závažných problémov ľudskej existencie, jej zraniteľnosť, nadväzujúca spiritualita, mravnosť a vrcholy poznania, boli jadrom náboženských a filozofických úvah už od počiatku ľudskej existencie, keď sa začala formovať organizovaná forma poznania.

Psychológia sa až v posledných desaťročiach začala zaujímať o múdrosť, najskôr ako o súčasť populárnej psychológie, neskôr ako o kognitívny fenomén. Pritom zaradenie múdrosti do repertoára psychologického poznania nebolo jednoduché. Ako je známe, psychológia sa postupne rozvíjala v priebehu storočí, pričom najskôr sa venovala empirickým meraniam a aplikáciám poznatkov o psychických a motorických funkciách. Komplexné témy ako múdrosť, ale aj osobnosť alebo motivácia, neboli príliš populárne. Avšak časom sa psychológia začala zaujímať aj o širšie aspekty ľudskej existencie, ktoré vhodne dopĺňali aj zložitejšie fenomény. Preto je nevyhnutné uvažovať o tom, ako psychológia môže prispieť k štúdiu múdrosti, najmä vďaka prepojeniu medzi humanitnými i prírodnými vedami, čo umožňuje nielen intuitívny, ale aj experimentálny prístup získavania poznatkov.

Každodenné presvedčenie o múdrosti

Pri improvizovaných diskusiách o múdrosti väčšina pozorovateľov reaguje pomerne pohotovo. Odpovede najčastejšie zapadajú do troch skupín: 1. mená verejných alebo historických osobností, ktorých správanie slúži na ilustráciu múdrosti, 2. príslovia a aforizmy o múdrosti a 3. životné problémy, o ktorých sa predpokladá, že kvôli svojej komplexnosti a neurčitosti vyžadujú pri riešení múdrosť.

Múdri ľudia

Kto sú múdri ľudia, ktorých mená sa spomínajú ako verejné prototypy múdrosti? Pochopiteľne, že ich výber závisí od kultúrneho, etnického, profesionálneho alebo náboženského pozadia a často vyvoláva živé diskusie. Prečo pri ich menovaní nedochádza medzi účastníkmi k výraznejšiemu súhlasu? Najmä z dvoch dôvodov. Po prvé, pri diskusiách o jednotlivých nominantoch sa obvykle spomínajú aj ich chyby a slabosti, ktoré spochybňujú ich očakávanú múdrosť (napr. u Konfucia sa obvykle pripomína jeho nevľúdnosť, u Sokrata neogabanosť,

u Leonarda da Vinciho nespoľahlivosť a podobne). A po druhé, pozorovatelia si neraz vytvárajú predstavu takej vysokej a čistej úrovne ideálu, že žiaden reálny človek nedokáže tieto prehnané požiadavky primerane naplniť. Takáto múdrosť v čistej forme môže prežívať iba v idealizovanom stave. Pojem múdrosti ako abstrakcie sa vyskytuje aj v niektorých historických spisoch. Napríklad Konfucius v diskusiách o múdrom človeku systematicky odmietal opísať jeho konkrétneho nositeľa. Ideálny typ je súčasťou špekulatívnej teórie a preto sa nemusí vyskytovať v každodennom živote.

Príslovia a aforizmy

Iným príkladom múdrosti v každodennej komunikácii sú príslovia a porekadlá, prípadne aforizmy. Zatiaľ čo niektoré príslovia obsahujú inštrukcie pre reflexívne myslenie, ktoré by mohlo inšpirovať jednotlivca k určitému konaniu, aforizmy obvykle nabádajú, ako konať v konkrétnych situáciách každodenného života.

Úloha prísloví a aforizmov pri chápaní komplexných a hlboko zakorenených kultúrnych javov sa teší dlhodobému záujmu. Podľa F. Bacona (1620/1974) v príslovia sa prejavuje veľkosť, dôvtip a duch národa. Treba však poznamenať, že aforizmy (alebo príslovia) samé o sebe múdrosťou nie sú. Po prvé, obsah prísloví zriedka korešponduje s empirickými dôkazmi. Po druhé, a to je dôležitejšie, individuálne položky týchto aforizmov pravidelne upozorňujú na určité čiastkové aspekty, ktoré s múdrosťou súvisia. Avšak múdrosť, ako uvedieme neskôr, je v podstate dynamický, neurčitý stav a pri hľadaní podstaty často ponúka protikladné tendencie. Nie je preto prekvapujúce, že individuálne aforizmy uvádzajú príklady, ktoré si neraz odporujú. Napríklad príslovie „šaty robia človeka" je v protiklade s tvrdením: „neposudzuj knihu podľa jej obsahu".

Odhliadnuc od problémov s významovou a empirickou validitou, príslovia môžu mať značnú vysvetľujúcu silu. Ich výhoda napríklad spočíva v tom, že sú krátke a obsahujú vysoko koncentrované výroky formulované podľa zásad tzv. zdravého rozumu. Inou vlastnosťou dobrých prísloví je, že sú významovo a časovo pružné, ľahko sa prenášajú medzi témami, jazykmi a historickými obdobiami. Aby bolo príslovie účinné, musí obsahovať určité historické a významové zovšeobecnenia, aj keď sa konkrétny text a obsah môžu líšiť.

Múdrosť ako vynikajúce riešenie ťažkých životných problémov

Významným krokom pre identifikáciu múdrosti v každodennom živote je vymedzenie životných problémov a ich riešenie. Toto vymedzenie vyplýva z predpokladu, že múdrosť súvisí s ťažkými problémami života a ich kreatívnymi riešeniami.

Príklady tohto spôsobu výkladu múdrosti sa podobajú riešeniu problémov kráľa Šalamúna, ktorý riešil spor medzi dvomi ženami o materstve. Šalamún navrhol zdanlivo racionálne riešenie rozdeliť dieťa mečom a každej žene prideliť presnú polovinu. Biologickú matku Šalamún síce nepoznal, avšak určil vhodnú stratégiu pre jej identifikáciu, pričom predpokladal, že skutočná matka sa vzdá svojej polovíny, len aby dieťa zostalo nažive.

Tento prejav múdrosti poukázal nielen na fakt, že múdrosť sa zameriava na ťažké problémy ľudskej existencie a že zahŕňa kreatívne spôsoby riešenia problému. Šalamúnov príklad tiež naznačoval, že od múdrosti sa očakáva riešenie zložitých situácií, ktoré umožňuje primeranú sebarealizáciu jednotlivca. Preto bolo nevyhnutné identifikovať biologickú matku a umožniť jej, aby naplnila svoje očakávania. Zámer prispievať k morálne legitímnej pohode seba a iných je nevyhnutnou súčasťou každodenných koncepcií múdrosti. Ak nadpriemerné poznávacie schopnosti slúžia k využívaniu iných ľudí alebo ku konaniu vo svoj prospech na ich úkor, neopierajú sa o múdrosť.

Iné prejavy múdrosti

Okrem týchto zdanlivo univerzálnych názorov o múdrosti možno uvažovať aj o iných súvislostiach. Do popredia záujmu sa dostávajú typy múdrosti. Keďže múdrosť je značne komplexná, nie všetky jej zložky spolupôsobia v jednej osobe. Preto sa uplatňuje potreba vymedziť jednotlivé typy, držiace kľúč k rôznym prejavom múdrosti. Ide o plný rozsah teoretických a praktických schopností alebo o určité spektrum relevantných emócií, vrátane melanchólie a optimizmu. A. Assmann (1991) na základe historických analýz rozlišovala napríklad múdrosť rodičovsko - autoritatívnu, súdnu alebo kráľovskú, magickú a skeptickú.

Iné typy múdrosti ponúkla sapienciálna literatúra Starého zákona, ktorá zachytávala rozdielne spôsoby uvažovania o kľúčových životných problémoch.

Významným aspektom múdrosti, ktorý možno zaradiť medzi univerzálne kategórie, je sociálne chápanie, ktoré naznačuje, že múdrosť je skupinovým poznaním. Z toho vyplýva, že múdrosť je charakteristickým znakom kultúrnej evolúcie. Sociálne poznanie zahŕňa rôznorodé aspekty a štýly poznávania a správania. Na druhej strane nemožno odmietnuť ani individuálne stránky múdrosti, ilustrované najmä silným dôrazom na múdrych jednotlivcov typu Šalamúna.

Medzi osobnostnými premennými regulujúcimi múdrosť sú aj také psychické funkcie ako reflexívnosť a skepticizmus. Napr. P.B. Baltes (2005) upozornil na pôsobenie tzv. „konštruktívnej melanchólie". Uvádza sa tiež, že múdrosť prekonáva extrémy a reprezentuje tendenciu k optimálnym výkonom, k čomu prispieva aj reflexívnosť jednotlivca. Pozornosť sa venuje aj prezentovaniu spirituálnych tém ako sú otázky existencie Boha. Je známe, že najmä v tradícii náboženských a filozofických predstáv niektorí bádatelia rezervovali pojem múdrosti skôr pre duchovné aspekty než pre praktické stránky každodenného života. Z historického hľadiska sa diskutuje o podobnosti medzi teoretickou a praktickou múdrosťou.

Tiež možno uvažovať o tom, nakoľko každodenné a vedecké koncepcie múdrosti vyžadujú ďalšie prelínanie poznania a správania. Napríklad, nakoľko sa majú múdri jednotlivci obmedziť iba na demonštráciu svojho nadpriemerného poznania, alebo či je nevyhnutné, aby ho využívali k poradenským službám a najmä k optimálnemu riadeniu svojich vlastných životov? A zaiste sa vyskytujú historické variácie múdrosti vzhľadom na kultúrne regióny, v ktorých poznanie a správanie prebieha podľa integrovanej štruktúry.

Praktická múdrosť v každodennom živote

Doterajšie úvahy o múdrosti sa možno zdajú mierne elitárske. Preto je treba pripomenúť, že múdrosť sa neobmedzuje len na veľmi vysokú úroveň výkonu (výnimočnosti), ale tiež na situácie, ktoré sa týkajú takých dôležitých problémov ľudskej existencie, ako je nachádzanie zmyslu života a optimálna regulácia každodenných problémov.

Múdrosť sa spomína aj v širších a voľnejších súvislostiach, najmä vzhľadom na špecifické skúsenosti jednotlivcov. Preto sa neraz hovorí o múdrosti lekára, vedca, finančného experta, futbalového trénera, učiteľa alebo politika. Napriek tomu však „múdry" terapeut alebo „múdry" vedec môžu byť od skutočnej múdrosti značne vzdiale-

ní. Skutočne múdry lekár, učiteľ alebo vedec (prípadne iný profesionál), musia demonštrovať svoje špeciálne schopnosti v širších súvislostiach, než je ich úzka profesionálna odbornosť. „Múdra" stará matka môže byť vďaka svojmu intímnejšiemu vzťahu k regulácii individuálnych životov k múdrosti bližšie, než „múdry" vedec. Vysoká úroveň profesionálnej špecializácie nie je sama o sebe dostatočným kritériom múdrosti.

Ak sa chcú uvedení špecialisti priblížiť k podstate múdrosti, musia demonštrovať svoje špecifické schopnosti a poznanie v súvislostiach, ktoré sa približujú k dôležitým a zložitým problémom ľudskej existencie. Inak povedané, skutočná múdrosť pôsobí tak, že špecifickú formu profesijnej expertnosti kombinuje s komplexným poznaním, najmä so širšími problémami ľudskej existencie. Hranice medzi skúsenosťami a múdrosťou nie sú detailne vymedzené.

Každodenný život dospelých a múdrosť

Je známe, že dospelý vek prináša viaceré životné problémy, riešenie ktorých vyžaduje múdrosť alebo aspoň využívanie múdrych rád. Hoci pre jednotlivca je aj v skorších fázach života takáto pomoc užitočná, v priebehu dospelosti sa jej intenzita a frekvencia zvyšuje. Popri rastúcom počte problémov stúpajú nároky na ich riešenie. Je nevyhnutné zvládať požiadavky a konflikty spojené s rodičovstvom a profesijným uplatnením, prekonať vlastné biologické limity, hodnotiť otázky generačnej stability a zmeny alebo predvídať svoje vlastné prístupy k úspešnému starnutiu, navzdory zvyšujúcej sa biologickej zraniteľnosti. Riešenie týchto otázok vyžaduje vyššiu úroveň poznania ľudských problémov – to jest múdrosti.

Odkaz dospelosti a dlhého života vyplýva zo zvyšovania zložitosti jednotlivcovho vnútorného sveta v priebehu dospelosti, koncentrácie zodpovedností v priebehu života, ale tiež z kvantity životnej histórie a ich psychických dôsledkov. Ako vyplýva z jednotlivých biografií, ľudia si v súlade so zvyšujúcim sa vekom postupne ukladajú viac informácií do dlhodobej pamäti, viac zvažujú, koordinujú a hodnotia. Role dospelých v rodine i v profesijnom živote vyvolávajú rôzne výzvy a prežívanie zvýšenej zodpovednosti. Starnutie tiež vedie k dlhšej a bohatšej minulosti, ľudia žijú dlhšie a komplexnejšie. Tie isté úvahy možno aplikovať na plánovanie budúcnosti. Pri úvahách o budúcnosti, vrátane zmenšujúcich sa horizontov, sa tiene minulosti postupne predlžujú.

Multigeneračná dynamika zahŕňa rodiny, sociálne siete a historickú zakotvenosť. V priebehu dospelosti dochádza ku konfrontácii s rozširujúcou sa víziou generačnej zodpovednosti a historickej spolupatričnosti. Napríklad role rodičov sa môžu rozširovať od starostí o vlastné deti o zodpovednosť za starnúcich rodičov alebo podriadených. Navyše, v strednom veku sa menia prevládajúce perspektívy - pôvodný odstup od narodenia prechádza k postupnému približovaniu ku konečnému limitu, to jest k smrti. Tento prechod zvyšuje tlak na výber priorít a na prehodnocovanie zmyslu života.

Ďalším dôsledkom dlhšieho života je hromadenie nedokončených úloh. Minulosť ešte prebieha, zoznam nie je úplný, prichádzajú ďalšie životné úlohy. Predchádzajúce životné role ako sú rodičovstvo a výchova, nie sú ešte naplnené. Pokračujú a niekedy sa zdajú nekonečné. Keď sa k nim priradia role, charakteristické skôr pre starnutie, jednotlivec neraz čelí požiadavkám, ktorých je viac, než pôvodne predpokladal. A sú medzi nimi aj životné situácie a plány, ktoré nie je schopný realizovať. Starnutím nenaplnené časti životov naberajú nové formy rekonštrukcie a majstrovstva.

Neočakávané životné okolnosti a sociálne zmeny vyplývajú z prežívania udalostí, ktoré pôvodne neboli plánované. Viaceré z nich sú pomerne zriedkavé (ako napríklad výhra v lotérii alebo rozvod). Niekedy vonkajší pozorovatelia mylne predpokladajú, že neočakávané udalosti ako sú automobilové nešťastia alebo rozvody, sú skôr pravidlom než výnimkou. Jednotlivci postupne akceptujú realitu prejavujúcu sa úbytkom fyzických síl. Aj keď nechtiac, konfrontujú sa so svojimi biologickými limitmi a poruchami zdravia. S postupujúcim vekom citlivejšie vnímajú choroby a umieranie rovesníkov. Tieto neočakávané udalosti kladú značné nároky na ich zvládnutie a vyžadujú vysokú úroveň zrelého myslenia.

V súlade s týmito negatívnymi udalosťami pôsobia aj sociálne zmeny v spoločnosti. Historický rozvoj technológií kladie zvýšené nároky na inteligenciu i kompetenciu jednotlivcov vo všeobecnosti, ale aj na prežívanie vlastnej efektívnosti. Hodnoty a kultúrne normy reprezentované postojmi k sexuálnej orientácii, k zdraviu, k životnému štýlu, k rodine, manželstvu, práci a k odpočinku, sa postupne vyvíjajú. Vývin neraz ovplyvňujú aj mladšie vekové skupiny, ktoré tieto zmeny pokladajú za prirodzenú súčasť noriem svojej generácie. Pre starších ľudí však sociálne zmeny neraz predstavujú odpútanie

od minulosti a niektoré znamenajú konfrontáciu s doterajšími skúsenosťami s riadením vlastných životov.

Dlhší život a starnutie tiež vedie k hlbšiemu prežívaniu a pochopeniu dynamiky medzi životnými prínosmi a stratami. Prínosy, predpokladané alebo skutočné, sú v popredí záujmu nižších vekových skupín. Predlžovaním života sa pozornosť pozorovateľov presúva. Jednotlivec sa usiluje udržať súčasný stav a vyhnúť sa stratám. Rovnováha vyššieho veku vyžaduje novú kvalitu reflexívnosti, ktorá reprezentuje rastúce pochopenie úlohy utrpenia, vrátane jeho pozitívnych stránok, akými je napríklad akceptácia vlastnej konečnosti a obmedzenosti.

Hľadanie zmyslu života je snáď najvýraznejšou manifestáciou v úsilí o dosiahnutie životných cieľov. Zmysel života vyjadruje „celostnú" podstatu a účel vlastnej existencie. Tvárou v tvár náročným životným situáciám vysokej zložitosti, akými sú rovnováha medzi prínosmi a stratami alebo predstavy o budúcnosti, sa zameriavame na vytvorenie rovnováhy medzi minulým, súčasným a budúcim životom. Jednotlivec reflektovaním svojich hodnôt a zmyslu života sa usiluje prekonať obmedzenia svojho starnutia.

Ako tieto úvahy o priebehu stredného a vyššieho veku súvisia s múdrosťou? Najskôr tak, že definície múdrosti sa týkajú takého druhu poznania, ktoré zvláda zložité, ale neurčité životné situácie. Aj súčasný rozvoj pozitívnej psychológie smeruje k hľadaniu pojmov analogických s múdrosťou, pojmov, ktoré sú určené na vyjadrenie vrcholov ľudského vývinu.

Múdrosť a zdravie

Zdravie človeka a jeho zachovanie, posilnenie či prinavrátenie patrili od najstarších čias existencie a vývoja ľudstva k jej základným potrebám. História starostlivosti o zdravie sa týka tak jednotlivca, ako aj celej populácie.

Prvopočiatky liečiteľstva siahajú až do čias približne spred pol milióna rokov. Už vtedy sa predkovia dnešného človeka bránili pred následkami úrazov a chorobami. Rôznymi jednoduchými opatreniami v rámci inštinktívneho jednoduchého liečiteľstva.

Už Homo sapiens sapiens, približne pred 100 000 rokmi vykonával účelné liečiteľské zásahy, opierajúc sa o prírodné zdroje, rastliny, ústroje zvierat. Tak sa zrodilo racionálne liečiteľstvo. Súčasne sa roz-

máhalo aj kultovo – magické liečiteľstvo. Až po niekoľkých tisícročiach sa sformovala medicína, postupne čoraz vedeckejšie orientovaná na skúmanie ľudského tela a podmienok života a zdravia. Predpokladá sa, že najstaršie lekárske dielo pochádza z 37. storočia pred Kr. a napísal ho čínsky cisár Šeng – nung. Po ňom v starovekých ríšach pôsobilo veľa vynikajúcich lekárov – praktikov, ale aj filozofov a eticky a psychologicky cítiacich osobností.

História medicíny sa začala nielen zápasom o prežitie, ale aj kognitívnym úsilím o pochopenie sveta. Prvým obyvateľom Zeme sa zdalo, že svet funguje na základe vrtochov mocných síl. A tak po tisícročia ľudstvo používalo primitívnu preventívnu medicínu – to bolo to jediné, čo mohlo robiť – aby uspokojilo bohov pomocou rituálov a obetí.

Postupne vznikol určitý sklad poznatkov, založený na náhodných pozorovaniach, pokusoch a omyloch. Pre ľudí, ktorí verili, že chorobu zapríčiňujú zlí duchovia, nebolo azda logické navŕtať lebku človeka trpiaceho oslepujúcou bolesťou hlavy? Neuvedomovali si, že takáto operácia môže tiež uvoľniť vnútrolebečný tlak, s uspokojením akceptovali, že procedúra niekedy pacientovi pomohla.

A pomaly, počas tisícročí, sa základ medicínskej informácie obohacoval o nové poznatky. Najskôr starovekí Egypťania skombinovali magické kúzla s psychoterapiou, zatiaľ čo používali zvieraciu masť a hnoj ako lieky prvej voľby. Chamurappi v Babylone kodifikoval lekársku prax, hoci bola primitívna a brutálna, a ďalej židovský zákon stanovil diétne a hygienické predpisy.

Prvé pokusy považovať medicínu za vedu sa objavili približne v tom istom čase v Grécku, Indii a Číne. Lekári sa často mýlili, ale ich prístup k telu a chorobe bol založený na logike, ktorá vychádzala z tradície.

Úroveň medicínskeho poznania sa významne rozširovala aj prostredníctvom písma. Už čarodejníci v starom Egypte si všímali vzťahy medzi rôznymi druhmi liečby a priebehom určitých chorôb. Neskôr začali zapisovať výsledky pozorovaní na papyrusy. Papyrusy – prvé systematické medicínske písomné pramene – obsahujú „recepty“ na liečenie určitých chorôb a ich príznakov. Napríklad Ebersov papyrus obsahuje 21 spôsobov ako liečiť kašeľ, analyzuje najmenej 15 chorôb brušnej dutiny, 29 chorôb oka a 18 kožných chorôb.

Lekárske povolanie sa postupne rozdelilo na tri rozdielne, vzájomne prepojené skupiny. Prvú tvorili lekári, ktorí sa pokúšali liečiť

pomocou vnútorných a vonkajších liečiv. Postupne sa špecializovali na určité oblasti tela. V druhej boli chirurgovia (podľa Ebersovho papyrusu „kňazi bohyne Sachmer"), ktorí liečili najmä vonkajšie rany a úrazy, ako napríklad zlomeniny a vykĺbeniny. Tretiu vetvu egyptskej medicíny tvorili čarodejníci a vyháňači duchov, ktorí pôsobili pomocou zaklínadiel a amuletov.

Rovnako lekári, chirurgovia a čarodejníci rozdeľovali choroby na tri kategórie: komentár „toto je bolesť, ktorú budem liečiť" vyjadroval dôveru vo vyliečenie. Výrok „toto je bolesť, s ktorou budem zápasiť" naznačoval, že liečenie bude namáhavé a záver „neliečiteľná choroba" vyjadroval rezignáciu. Choroby posledných dvoch kategórií, osobitne tretej, sa mohli vyliečiť iba vďaka nadprirodzeným silám. Pri niektorých chorobách platilo nariadenie „tej veci sa nesmieš dotknúť".

V takomto prípade sa namiesto operácie alebo aktívneho lieku podal utišujúci prostriedok a odriekalo sa zaklínadlo. Liečivo kvôli tomu, aby sa pacientovi poskytla aspoň nejaká liečba, a zaklínadlo ako malá útecha. Predpokladá sa, že egyptskí lekári (a ich čarodejnícki kolegovia) si uvedomovali silu pozitívneho myslenia.

Podobne ako egyptské papyrusy, aj mezopotámske tabuľky obsahovali opis ťažkostí, liečiv a prognóz. Opisovali tiež niektoré zvláštne choroby, ako je napríklad žltačka, ako aj vzťah medzi chorobou a spôsobom jej prenosu, napríklad súvislosťou prenosu pohlavných chorôb pohlavným stykom. Lekárska profesia sa delila na kňazov - zaklínačov (ašipu) a kňazov – praktikov (asu). Babylónska medicína kombinovala rituálne zaklínadlá, rastlinné liečivá a fyzikálnu liečbu. Úlohou liečenia bolo odhaliť a z napadnutého tela vyhnať démonov chorôb, často znázorňovaných v podobe sôch. Medicínska problematika sa stala aj súčasťou prvého regulátora medicíny pomocou zákona. Chamurappiho zákonník prostredníctvom sedemnástich zákonov pomerne presne určoval honorár lekára za určité lekárske výkony.

Podobné trendy, založené na kombinácii racionálnych a iracionálnych vplyvov bolo možné sledovať aj v rámci ďalších antických civilizácií. Ak v starovekej Číne sa uplatňovali skôr racionálne prístupy, v starej Indii sa preferovali viac ezoterické procedúry. Lekári používali zaklínadlá a dávali pozor na nepriaznivé znamenia rovnako často, ako podávali lieky a operovali. Súčasne však Indovia vynikali v chirurgii. Prostredníctvom rozpravy Sušruta Sambita sa v ajúr-

vedskej medicíne uchovali požiadavky na psychické vlastnosti, ktoré mali spĺňať mladí chirurgovia – čistota myslenia, dobrá pamäť, tenký jazyk a pery, rovný nos a veľké, úprimné, inteligentné oči. Okrem toho museli zvládnuť aj výkonové skúšky chirurgickej zručnosti, ktoré tvorilo rezanie na uhorkách, otváranie kožených vakov naplnených slizom a kauterizovanie kúskov mäsa.

Vedecké „zarámovanie" psychológie múdrosti

Pri štúdiu múdrosti možno identifikovať prinajmenšom štyri pojmové línie. Po prvé sa usudzuje o kultúrnej i historickej významnosti múdrosti. Múdrosť sa chápala ako druh štandardu identifikujúceho a symbolizujúceho hlbokú túžbu vyzdvihnúť vyššie kvality ľudstva. História múdrosti je potom nekonečná. Je súčasťou neprerušovanej evolúcie a rozvíja sa hlavne v obdobiach kríz alebo nových výziev. Ako naznačuje P.B. Baltes (2005), v Nemecku sa v osemdesiatych rokoch minulého storočia záujem o múdrosť zvýšil. Verejnosť bola nespokojná so stavom nemeckej spoločnosti a pokúšala sa o nápravu. Podobné tendencie sa prejavujú aj v súčasnej slovenskej spoločnosti. Téma múdrosti vstúpila do popredia spolu s výzvou o všeobecné oživenie úlohy humanitných vied pri udržaní predností súčasnej civilizácie a primeranom usmernení kultúrnej evolúcie. Preto možno predpokladať, že záujem o múdrosť je historicky podmienený.

Druhým dôvodom vedeckého štúdia múdrosti je, že je prejavom dokonalosti v osobnom, intelektuálnom i somatickom vývine. Aj keď sa v našej kultúre múdrosť zatiaľ príliš nevyhľadáva, napriek tomu po nej túžime a obdivujeme ju u iných. Postup k múdrosti znamená postup k vyšším vývinovým stupňom.

Múdrosť ako prejav dokonalosti je aplikovaná nielen na individuálne životy, ale aj na sociálnu komunikáciu. Čo vlastne znamená vystupovať múdro ako terapeut, politický vodca, ako sudca, prípadne profesionál vo verejných službách? Múdrosť zrejme znamená viac než len bežnú aplikáciu pravidiel vo forme medicínskych príkazov, zákonov alebo sociálnych noriem. Zdá sa, že zahŕňa špecifickú schopnosť identifikovať dôležité faktory a umiestniť riešené problémy do širších vecných a časových súvislostí. Keď učenci v rôznych historických obdobiach a kultúrach upozorňovali na tieto otázky, robili to vzhľadom na obmedzenia a príležitosti, ktoré im ich spoločenstvá umožňovali. Napríklad kresťanskí filozofi často spájali múdrosť so svätosťou. His-

torický proces sekularizácie bol na druhej strane často spájaný viac s vysvetľovaním pojmov ako sú rovnosť, kultúrny pluralizmus a spravodlivosť.

Treťou príčinou vedeckého štúdia múdrosti je hľadanie pozitívnych znakov starnutia. Postupom času sa čoraz viac bádateľov zapája do štúdia ľudí vo vyššom veku. Zatiaľ čo v biologických koncepciách sa starnutie vymedzuje skôr ako obdobie straty a úpadku adaptívnej kapacity, sociálni psychológovia sa usilujú skôr o hľadanie vývinových a progresívnych aspektov starnutia. Vyšší vek nemusí nutne znamenať len straty, ale aj prínosy. Do popredia záujmu sa preto dostávajú aj viaceré medicínske odbory.

Súčasné empirické výskumy zatiaľ neprinášajú dostatok dôkazov o pozitívnych zmenách vo vyššom veku. V psychológii sa väčšina dostupných vedeckých dôkazov o starnutí sústreďuje na straty (napríklad inteligencie a pamäti). K podobným záverom dospievajú aj probanti v implicitných výskumoch starnutia. Vyšší vek nie je hodnotený ako obdobie bohaté na pozitívne ciele a závery.

Lepšie chápanie múdrosti môže napomôcť k identifikovaniu tých aspektov starnutia, ktoré umožňujú vo vyššom veku získať aj určité prínosy a tým napomôcť k úspešnejšiemu starnutiu. Múdrosť tiež slúži ako prototyp cieľov, ktoré možno dosiahnuť vo vyššom veku a o ktoré sa možno usilovať. Pri ich vymedzení sa využíva aj zrelosť jednotlivca. Žiaľ, pojem zrelosti (ani zrelého myslenia) zatiaľ nie je v psychológii dostatočne prepracovaný.

Keď sa vývinoví kognitívni psychológovia začali zaujímať o vekové súvislosti myslenia, začali porovnávať starších jednotlivcov s mladšími prostredníctvom úloh, ktoré boli charakteristické skôr pre dospelých (ako je napríklad rýchle spracovanie a reprodukcia nových informácií). Vzhľadom na vekové súvislosti výskumníci tiež skúmali, nakoľko starnutie môže priniesť nový pohľad na kognitívne i emočné aspekty a špecializácie. Navrhovaním výskumných zámerov, opierajúcich sa o riešenie úloh vyplývajúcich z foriem myslenia, sformulovaných vzhľadom na požiadavky dospelého veku, ako sú dialektické a relativistické usudzovanie, vznikli dodatočné argumenty pre moderné chápanie múdrosti ako vývinovo - psychologickej témy. Podobne aj vývinoví psychológovia skúmajú, ako jednotlivci pristupujú k plánovaniu a koordinovaniu svojich životov.

Štvrtou príčinou vedeckého skúmania múdrosti je, že predstavuje hodnotnú organizačnú stratégiu usudzovania o živote a spojenia inteligencie a cností pri dosahovaní dokonalosti. Psychológovia sa usilovali o prekročenie mikroštruktúry spracovania informácií a rozhodovania, o výber tém, vhodných pre analýzy. Niektorí výskumníci podozrievajú experimentálnych psychológov, že sa vyhýbajú analýzam komplexných aspektov každodenného života. Avšak v súčasnosti sa začínajú prejavovať teoretické i empirické trendy, spájajúce kognície a emócie, ako aj inteligenciu a osobnosť do jedného „prúdu vedomia", ktoré validnejšie vyjadrujú komplexnosť každodenného života. Inou ilustráciou je úsilie prostredníctvom výskumu racionality skúmať úlohy a podmienky každodenného fungovania, ktoré reflektujú vysokú neistotu.

Je psychológia múdrosti možná?

Je známe, že väčšina prác o múdrosti má skôr teoretický a špekulatívny, než empirický charakter. Možno prekvapuje pomerne limitovaný počet empirických prác z tejto oblasti, aj keď mnohé intuitívne očakávania a teoretické argumenty svedčia o tom, že múdrosť je významný fenomén. Na druhej strane možno argumentovať, že doposiaľ používané psychologické pojmy a metódy jednoducho neboli prispôsobené úlohám takejto zložitosti. Možno aj preto výskum v psychológii múdrosti pravdepodobne prekračuje limity toho, čo psychologicko - empirické analýzy môžu dosiahnuť.

Na druhej strane nepochybne možno dosiahnuť viac, aj keď niektorí pozorovatelia spochybňujú úsilie o štúdium múdrosti. Čo vyvoláva ich skepsu? Po prvé presvedčenie, ako sme už uviedli vyššie, že múdrosť je predstavou o vysokých ideáloch, o určitej utópii. Ideály a utópie sú síce otvorené hodnoteniu, avšak nie sú nevyhnutne reálnym faktom. Po druhé, dokonca aj keď múdrosť pôsobí ako realita, neraz odoláva jednoduchým analýzam. Niektorí jednotlivci vidia v múdrosti fenomén, ktorý je skrytý ľudskému poznaniu, ako niečo posvätné, čo je nedostupné a nevysvetliteľné vedeckými analýzami. Ako sa uvádza v dialógu Buddhu, múdrosť je „nepredstaviteľná, neporovnateľná, nemerateľná...vec, ktorá je rovnocenná s neprekonaným" (E. Conze, 1975). Úsilím o transparentnosť múdrosti a pokusom o vedecké poznanie možno zmeniť jej základy.

Takýto skepticizmus si vyžaduje pozornosť. Aj keď súčasné výskumy si snáď nezasluhujú ostrú kritiku, akej sa im dostalo od filozo-

fa J. Kekesa (1995), podľa ktorého psychologické výskumy múdrosti sú len málo sľubné. Aplikovanie vedeckej metódy na určitý jav nevedie samé o sebe k poznávacím prínosom. Napríklad zlyhať možno už pri „operacionalizácii" merania múdrosti.

Aj keď kritické poznámky nemusia nevyhnutne limitovať psychologické prístupy k múdrosti, v každom prípade by však mali viesť k opatrnosti. Napríklad pri rozlišovaní, či múdrosť predstavuje skôr poznanie alebo cnosť. Najmä pri posudzovaní kultúrne -historických súvislostí múdrosti.

Je pravdou, že výskum múdrosti neraz vedie k okamžitým nedorozumeniam. Najmä preto, že empirické vedy majú limity, ktoré nedokážu preklenúť. Zaiste, pri psychologickom posudzovaní múdrosti sa jav hodnotí podľa novej množiny pravidiel a princípov, ktoré sú súčasťou modernej psychológie. Úsilie výskumníkov z tohto dôvodu môže zlyhať alebo viesť k vzďaľovaniu posudzovaného javu od každodenných presvedčení alebo kultúrne – historického dedičstva.

Tieto nabádania k opatrnosti nemusia vyvolávať výrazný pesimizmus. Skôr by mali motivovať k starostlivo pripraveným výskumom. Napríklad možné sú dva prístupy k analýze predpokladu, nakoľko je psychológia múdrosti v súlade s kultúrne - historickými poznatkami o múdrosti a každodennými osobnými presvedčeniami. Porovnávajú sa explicitné i implicitné teórie múdrosti. Čo si vlastne laici i experti o múdrosti myslia? Ako ju možno získať? K čomu je múdrosť dobrá? Ako takýto prístup umožňuje zistiť, nakoľko psychologicky odvodené koncepcie múdrosti udržiavajú kontakt s javom, vybraným na pozorovanie. Našťastie, mnohé z empirických pokusov pri psychologickom štúdiu múdrosti boli takto zamerané. Pozornosť sa menej venovala analýzam správania a prežívania múdrych ľudí, než zbieraniu údajov o tom, čo si ľudia vo všeobecnosti o múdrosti myslia.

Záver

Je známe, že niekedy rôznorodosť pojmov múdrosti v prirodzených jazykoch vyvoláva v pozorovateľoch až nadmerné očakávania, ktoré výskumník nedokáže celkom splniť. Napríklad, ako možno prakticky využiť poznatky o múdrosti pri vlastnom kognitívnom vývine, pri nachádzaní zmyslu života alebo hoci aj pri presadzovaní zásad racionálnej výživy. Na túto požiadavku upozornili viacerí experti (napríklad R.M. Restak, 1997). Preto interpretácie múdrosti ako psy-

chologického fenoménu obsahujú aj predstavy o podstate múdrosti a o jej dosiahnuteľnosti či už jednotlivcami alebo sociálnymi skupinami. Vhodné teórie by mali ponúkať postupy, prostredníctvom ktorých možno organizovaným spôsobom múdrosť dosiahnuť.

Ďalšie očakávanie, ktoré nemožno vždy splniť, sa týka špecifikácie hodnôt, ktoré sa majú akceptovať a nedostatkov, ktorým je žiaduce sa vyhnúť, pričom tieto hodnoty sú základným jadrom múdrosti. Aké dôležité hodnoty musí jednotlivec akceptovať, aby dosiahol múdrosť? Aké hodnoty umožňujú nájsť zmysel života? Aké sú osobnostné charakteristiky múdrych ľudí? Aké motívy, dispozície a riešenia je nevyhnutné odmietať? Odpovede na tieto otázky nie sú pochopiteľne jednoduché a vyžadujú značné poznávacie úsilie. Preto múdrosť pochopiteľne predpokladá záujem o mentálnu reprezentáciu hodnôt, vlastností i nedostatkov jednotlivca. Je známe, že mnohé koncepcie múdrosti sa zameriavajú na tieto otázky.

Psychológia však nie je prísne normatívnou vedou o hodnotách a nedostatkoch, akou je filozofia, politické vedy alebo teológia. Ako je známe, cieľom psychológie je špecifikovať podmienky, za ktorých dochádza k psychickej regulácii správania a prežívania, bez nevyhnutného vymedzenia, čo je z hodnotového hľadiska najlepšie alebo najhoršie. Psychológovia pochopiteľne patria do menších i väčších sociálnych skupín a ako súkromní občania prijímajú sociálne normy a očakávania. Akceptácia individuálnej a kultúrnej rôznorodosti v prežívaní hodnôt je pre múdrosť podstatná.

Tieto konštatovania nedostatku normatívnych tvrdení nie sú prijímané jednoznačne, pretože psychologické koncepcie múdrosti môžu obsahovať určité množstvo preskriptívnych informácií, ktoré sa prekrývajú s psychologickými požiadavkami. Napríklad možno argumentovať, že táto minimálna požiadavka zahŕňa otázky kultúrnej tolerancie (demokracie, slobody a pod.) a venuje pozornosť zbližovaniu spoločného i osobného dobra.

Konečne, skúmanie múdrosti môže prispievať k organizácii kognitívnej heuristiky spojenej s múdrosťou. Táto heuristika koordinuje poznatky a cnosti umožňujúce dosahovanie ľudskej excelentnosti. Použitím takto organizovanej heuristiky múdrosti možno kritickejšie reflektovať úsudky, ktoré si vytvárame o sebe i iných, primerane analyzovať a organizovať zložité situácie a v konečnom dôsledku lepšie radiť ľuďom, ktorí sa nachádzajú v rôznych záťažových situáciách.

Literatúra:

ASSMANN, A., 1991, Weisheit: Archaologie der literarischen Kommunikation III. Munchen: Wilhelm Fink Verlag

BACON, F., 1620/1974, Nové organon. Praha, Svoboda

BALTES, P.B., 2005, Wisdom as orchestration of mind and virtue. Berlin, Max Planck Institute of Psychology

CONZE, E., 1979, The large sutra on perfect wisdom. Berkeley, University of California Press

KEKES, J., 1983, Moral wisdom and good lives. Ithaca, Cornell University Press

RESTAK, R.M., 1997, Older and wiser: How to maintain peak mental ability for as long as you live. New York, Simon and Schuster

Príspevok vznikol za finančnej podpory Centra excelentnosti CEVKOG a Grantovej agentúry VEGA.

MIESTO POZITÍVNEJ PSYCHOLÓGIE V PSYCHOLÓGII ZDRAVIA[1]

Jana Kordačová
Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava
e-mailová adresa: expsjkor@savba.sk

Psychológia zdravia vznikla koncom 70. rokov 20. st. ako nová paradigma v pohľade na zdravie a chorobu v čase, keď napriek rozširujúcemu sa spektru liečiv pribúdalo chorôb (najmä tzv. civilizačných), na ktoré samotná medicína nestačila. Ukázalo sa, že aj dovtedy uznávaný biomedicínsky prístup, preferujúci výhradne biologické príčinné faktory vzniku choroby, začal zlyhávať pri hľadaní kauzálneho činiteľa u chorôb, ktoré neboli spôsobené vonkajšími činiteľmi, ani dedičnosťou (bližšie Pelcák, 2005). To všetko dalo vznik novému vednému odboru – ***psychológii zdravia***, ktorý sa zaoberá úlohou psychologických faktorov pri udržiavaní zdravia, prevenciou chorôb, psychológiou zvládania rôznych ochorení, otázkami uzdravenia a vyrovnávaním sa s chronickými chorobami (napr. Křivohlavý, 2001). Zameriava sa jednak na faktory podporujúce zdravie (zdravý spôsob života, psychohygiena, mechanizmy zvládania záťaže a stresu – coping – efektívne a neefektívne stratégie zvládania, moderátory stresu -sociálna opora, zmysel života, viera), osobnostné faktory zdravia a choroby (osobnosť typu A, salutogenéza, hardiness, duševná hygiena a životospráva, autoregulácia, kvalita života (aj jej psychologické aspekty), životnú spokojnosť, ale aj na rizikové faktory ohrozujúce zdravie (nezdravý životný štýl, obezita, stres, závislosti – alkohol, drogy, fajčenie, rizikové sexuálne správanie) a psychikou človeka v chorobe (prežívanie bolesti, psychoonkológia, psychoneuroimunológia (bližšie napr. Kondáš, 2002 a iní).

Všeobecnejšie definície vymedzujú psychológiu zdravia ako systematickú aplikáciu psychológie do oblasti zdravia, choroby a systé-

[1] Štúdia vznikla s finančným príspevkom Centra excelentnosti pre výskum kognícií pri Ústave experimentálnej psychológie SAV v Bratislave (CEVKOG) a grantového projektu VEGA č. 2/0099/09

mu starostlivosti o zdravie, pričom psychológia zdravia od počiatku dôsledne vychádza z holistického prístupu, ktorý v teórii i praxi rešpektuje bio-psycho-sociálny model zdravia a choroby, vrátane koncepcie multikauzálnej etiológie jednotlivých skupín chorôb (Pelcák, 2005). Niektorí autori ju považujú za hraničnú oblasť predovšetkým medzi psychológiou a behaviorálnou medicínou (Beamová, 2001, tamže).

Kondáš (2002) zdôrazňuje preventívny aspekt – skutočnosť, že so zrodom psychológie zdravia sa prevencia dostala na popredné miesto a s ňou využívanie nových poznatkov v prospech upevňovania zdravia a podnecovanie k preberaniu zodpovednosti za zdravú životosprávu. Nie náhodou sa psychológia zdravia vymedzuje aj ako disciplína, ktorá sa zaoberá otázkami telesnej aj duševnej hygieny, zdravia a choroby, pričom predmetom jej skúmania sú aj spomínané otázky prevencie a podpory zdravia a odolnosti jedinca. Sociálno-psychologické aspekty zdravia rozvíja v rámci sociálnej psychológie zdravia Kebza (2001, 2005).

Z uvedeného je možné chápať predmet psychológie zdravia ako prevažne „pozitívne orientovaný", čo podnecuje úvahy o možnostiach obsahových prienikov s príbuzne zameranými psychologickými disciplínami. Máme tu na mysli predovšetkým pozitívnu psychológiu, pričom spomínané otázky podpory zdravia, hardiness, prevencie i mnohé ďalšie vytvárajú inšpiratívny priestor pre využitie pozitívnej psychológie v psychológii zdravia.

Vzťah psychológie zdravia k iným vedným odborom

Už z vymedzenia samotného predmetu možno usudzovať, že psychológia zdravia je užšie prepojená s ďalšími vednými odbormi. Na ilustráciu sa ponúka schéma Pelcáka (2005), ktorá konkretizuje, o ktoré odbory sa môže jednať predovšetkým:

duševná hygiena
ošetrovateľstvo, výchova ku zdraviu, podpora zdravia
medicína
behaviorálna medicína
behaviorálne zdravie
epidemiológia
fyziológia

sociálna psychológia
psychológia osobnosti
vývojová psychológia
preventívna psychológia, poradenstvo, psychoterapia
filozofia
sociológia
kultúrna antropológia, etológia človeka
klinická psychológia
lekárska psychológia

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA

Napriek takmer vyčerpávajúcej schéme vzťahov psychológie zdravia k príbuzným disciplínam, v uvedenom prehľade nenachádzame ***pozitívnu psychológiu*** ako štúdium podmienok a procesov, ktoré prispievajú k rozvoju alebo optimálnemu fungovaniu človeka, skupín a inštitúcií. Pravdepodobne preto, že ide o novú disciplínu, ktorá sa však napriek tomu v systéme psychologických vied presadzuje veľmi sľubne a asertívne. Keďže s intenciou prepojiť psychológiu zdravia s pozitívnou psychológiou sme sa zatiaľ v odbornej literatúre nestretli, pokúsime sa (aj cez priblíženie historického kontextu vzniku pozitívnej psychológie a jej súčasného smerovania) poukázať na možné styčné plochy týchto dvoch vedných disciplín, resp. načrtnúť miesto pozitívnej psychológie v psychológii zdravia.

Pozitívna psychológia

Vznik pozitívnej psychológie súvisel predovšetkým so skutočnosťou, že v psychológii sa dlhodobo a s výraznou prevahou venovala pozornosť negatívnym javom súvisiacim so psychickým životom človeka. Zároveň sa ukázalo, že psychologické teórie sú silné pri predikcii zlyhaní, naučenej bezmocnosti, zúfalstve a pod., ale sú impotentné, keď majú vysvetliť šťastie, lásku, súcit, vytrvalosť, tvorivosť a ďalšie kvality, ktoré dodávajú ľudskému životu hodnotu (Gilhamová a Seligman podľa Mareša, 2002). Pozornosť psychológov sa tak postupne začala presúvať od patogenetického pohľadu (negatívna paradigma) k pozitívnym kvalitám, a najmä k *vnútorným* psychickým zdrojom jednotlivca vzdorovať rizikám a nebezpečenstvu (salutogenetický pohľad). To koncom minulého storočia vyústilo do sformovania ve-

deckého prístupu nazvaného ***pozitívna psychológia*** – alebo tiež *psychológia ľudských silných stránok* (psychology of human strengths), ktorá sa zameriava tak na štúdium pozitívnych *emócií* (sebadôvera, nádej, radosť) a štúdium pozitívnych *vlastností* (altruizmus, nezdolnosť, múdrosť, pokora...), ako aj na ľudské *schopnosti* (nadanie, inteligencia a pod.). Na všeobecnejšej rovine sa pozitívna psychológia deklaruje ako veda o pozitívnych individuálnych rysoch, pozitívnych životných zážitkoch a skúsenostiach a pozitívne fungujúcich spoločenstvách a inštitúciách, ktorá na rozdiel od tradičného patologizujúceho prístupu k človeku (zvlášť klinickej psychológie) hľadá pomocou rigorózneho empirického výskumu spôsoby, ako umožniť ľuďom prežiť šťastnejší a zmysluplnejší život (Mareš, 2002, Seligman, 2002a, 2002b).[2]

Pozitívna psychológia sa teda orientuje na pozitívne stránky a aspekty fungovania človeka pri zdôraznení, že popri negatívnych psychologických (psychopatologických) javoch ako sú úzkosť, strach, bolesť, depresie a pod. existujú aj *pozitívne,* ***salutogenetické*** *a* ***provitálne*** *činitele*, ktoré sú naopak ***zdravie podporujúce, udržujúce*** *a* ***posilujúce***. Okrem už vyššie uvedených ide o charakteristiky ako je napríklad optimizmus, nádej, viera, vďačnosť, odvaha, radosť a i., ktoré fungujú ako „nárazníky" proti pocitom nešťastia a duševným poruchám a môžu byť kľúčom k vytváraniu psychickej odolnosti. Seligman (2002b) hovorí o budovaní najlepších kvalít života, pričom tzv. *dobrý život,* úspech a najhlbšia emočná spokojnosť podľa neho nespočíva v maximalizácii pozitívnych emócií, ale v *každodennom* využívaní a úspešnom uplatnení našich charakteristických silných stránok, z ktorého plynú pozitívne zážitky a pozitívne emócie, ktoré zároveň fungujú ako rýchle „rozpúšťače" negatívnych emócií. Túto rovinu pozitívneho subjektívneho prežívania s presahom do úrovne celkového zdravia človeka a s dôrazom na úlohu silných stránok jednotlivca v rozvíjaní a podpore zdravia považujeme za základný prienikový rámec pozitívnej psychológie a psychológie zdravia.

[2] Seligman predpokladá, že v tomto storočí sa pozitívnej psychológii podarí odhaliť, pochopiť a podporiť tie činitele, ktoré ľuďom a celej spoločnosti umožnia prekvitať a prosperovať. Podľa jeho názoru na to bude stačiť iba presmerovať (refocusing) vedeckú energiu. Verí, že tak, ako sa za polstoročie podarilo vybudovať vedu o psychických chorobách s taxonómiou a spoľahlivými mierami tak neurčitých konceptov, ako je schizofrénia, depresia alebo hnev (vrátane poznania ich príčin), v rovnakých laboratóriách sa dvom generáciám vedcov podarí pochopiť, merať a určiť také činitele a charakteristiky, ktoré robia ľudský život hodnejším žitia.

V rámci klasifikácie predmetu pozitívnej psychológie jej zakladatelia stanovili na základe výskumov silných stránok osobnosti človeka v najrôznejších kultúrach existenciu 6 základných tzv. cností, ktoré zahŕňajú základné pozitívne vlastnosti (silné stránky) človeka, ktoré podporujú takmer všetky náboženské a filozofické smery, a dovedna vytvárajú pojem tzv. dobrého charakteru. Podľa Selingmana (2002b) sú nimi *múdrosť a poznanie, odvaha, humánnosť, spravodlivosť, ukáznenosť a transcendencia.* Pre účely klasifikácie a merania sa môže každá základná cnosť ďalej členiť na *konkrétne* silné stránky, napríklad *múdrosť* na lásku k učeniu, zvedavosť, úsudok, originalitu, sociálnu inteligenciu a pod., čím sa ich počet niekoľkonásobne rozširuje (podrobnejšie pozri napr. Kordačová, 2007, 2009b, Mareš, 2008). Silné stránky sú teda *pozitívnymi zvláštnosťami osobnosti* človeka, ktoré sú jeho trvalejšími charakteristikami (sú to *dispozície* až *individuálne rysy* osobnosti ako napríklad inteligencia, optimizmus, vnímaná osobná zdatnosť a pod.).

Silné stránky osobnosti – výzva pre psychológiu zdravia?

Skúmanie silných (kladných) stránok a cností človeka patrí od vzniku pozitívnej psychológie ku kľúčovým oblastiam jej záujmu. Zároveň sú inšpiráciou pre prieniky pozitívnej psychológie a psychológie zdravia. Túto domnienku možno podporiť argumentami predovšetkým hlavných predstaviteľov pozitívnej psychológie Seligmana, Petersona, Fredericksonovej a ďalších, ale aj výskumami niektorých našich domácich autorov.

Napr. Seligman (2002b) upozornil na stúpajúci výskyt depresií vo všetkých vyspelých zemiach. Uvádza, že jej výskyt je 10-krát rozšírenejší ako bol v roku 1960 a depresia sa začína v oveľa mladšom veku (priemerný vek prvej epizódy depresie bol v roku 1960 29,5 roka, v súčasnosti je to 14,5 r.). Paradoxne je tomu tak aj napriek tomu, že každý objektívny ukazovateľ telesnej a duševnej pohody stúpa (napríklad kúpna sila, úroveň vzdelania, výživa), avšak všetky ukazovatele subjektívnej pohody klesajú. Vysvetľuje to nadmerným spoliehaním sa ľudí na skratky ku šťastiu (TV, drogy, sex bez lásky, konzum čokolády a pod.). Ďalej sa ukazuje, že depresiám prepadávajú až 8-krát častejšie pesimisti ako optimisti, pričom pesimisti majú horšie výsledky v škole, v práci, v športe, než im to dovoľuje ich nadanie. Ich telesné zdravie je horšie a žijú kratšiu dobu a majú tiež menej har-

monické medziľudské vzťahy. Zaujímavým je tiež zistenie, že vo voľbách do prezidentského úradu ich porážajú ich optimistickejší súperi.

Skutočnosť, že *optimizmus* ako silná stránka osobnosti podporuje zdravie, sa potvrdilo aj na našej domácej výskumnej pôde, keď sa ukázalo, že optimisti prežívajú menej príznakov choroby, mávajú vyššiu sebadôveru aj self-efficacy (bližšie Kondáš, 2002). Odolnosť voči depresii zvyšuje aj *nádej* ako ďalšia zo silných stránok, pričom už aj len dobrá nálada podporuje veľkorysosť, tolerantnosť, konštruktívnosť, nedefenzívnosť a tvorivosť (Seligman, 2002b).

Čo sa týka napríklad výskumov *šťastia* (happiness), ukázalo sa, že *šťastní ľudia* majú zdravšie návyky, nižší krvný tlak a výkonnejší imunitný systém a o polovicu menšiu pravdepodobnosť že umrú alebo že sa stanú invalidmi, pričom zároveň bývajú múdrejší v reálnom rozhodovaní (majú iné stratégie). *Pozitívne emócie celkovo* predpovedajú zdravie a dlhovekosť, a chránia aj pred ničivými účinkami starnutia. Pozitívne emócie však majú podľa Frederiksonovej (2000) oveľa hlbší zmysel ako len vyvolať príjemné pocity – rozširujú naše trvalé intelektuálne, telesné a sociálne zdroje a vytvárajú rezervy, z ktorých môžeme čerpať, keď sa objaví nejaké ohrozenie.

Z vlastností osobnosti sa so životnou spokojnosťou najčastejšie spája *extraverzia* (prináša pozitívne emócie) a *neurotizmus* (negatívne), čo sa potvrdilo aj v našom výskume silných stránok osobnosti v kontexte životnej pohody a šťastia, kde sa ukázalo, že silné stránky sa najtesnejšie spájali s extroverziou a najmenej s neurotizmom (Kordačová, 2007). Najvýznamnejší vplyv na znižovanie negatívnych emócií hrala múdrosť, odvaha, humánnosť, spravodlivosť a transcendencia, a najsilnejšou bariérou prejavu silných stránok boli negatívne očakávania a iracionálna bezmocnosť (Kordačová, 2008, 2009a, b). Z výskumov Dienera vyplynulo, že extroverti sú šťastnejší ako introverti, majú vyššiu mieru pozitívnych emócií a cítia sa konfortnejšie v sociálnych situáciách. Blatný a Osecká (1998) zistili, že extroverti a stabilné osoby sú spokojnejšie a majú tiež vyššie sebahodnotenie.

Sebaúcta ako silná stránka osobnosti sa vo výskume Harterovej (1999) ukázala základným indikátorom subjektívnej spokojnosti jedinca, pričom sa používa ako index mentálneho zdravia, emočného prispôsobenia a všeobecnej schopnosti vyrovnať sa so životom.

Existujú aj niektoré domáce výskumy z oblasti psychológie zdravia s priamym presahom do pozitívnej psychológie, ktoré priniesli via-

ceré zaujímavé výsledky. Výberovo napríklad Šolcová s Kebzom (2007) v rámci výskumu prediktorov hardiness zistili, že s výnimkou pohlavia sa ako pozitívny prediktor hardiness uplatnil tak vek a vzdelanie, ako aj sociálne zdroje osoby, jej pohybová aktivita a subjektívne zdravie.

V Selkovom výskume (2007) rozdielov v psychickej odolnosti medzi zdravými a pacientami s diagnózou ICHS v produktívnom veku sa ukázalo, že znížená psychická odolnosť sa javí ako jeden z najrizikovejších spolufaktorov vzniku ochorenia s ICHS, pričom významnú negatívnu úlohu najmä u žien zohrával aj veľmi negatívne prežívaný existenčný stres, čo má vážny dôsledok v znižovaní biologickej ochrany ženy. Toto sa negatívne prejavuje nielen v zhoršujúcom sa kardiovaskulárnom, ale aj onkologickom a celkovom zdraví našej populácie, kde ženy tvoria 52%.

Je teda zrejmé, že viaceré silné stránky patria k významným salutoprotektívnym činiteľom zdravia a ich širšie zakomponovanie do výskumov psychológie zdravia by mohlo v značnej miere obohatiť spektrum doterajších poznatkov v tejto oblasti bádania.

Pozitívna psychológia a psychológia zdravia – ďalšie možnosti spoločných prienikov

Aj niektoré ďalšie vymedzenia psychológie zdravia podporujú možné tematické prepojenie pozitívnej psychológie a psychológie zdravia. Napríklad Pelcák (2009) konštatuje, že psychológia zdravia preferuje pozitívny pól kontinua „zdravie – choroba", a podľa Taylorovej (1995) je zároveň tou oblasťou psychológie, ktorá sa venuje porozumeniu psychických činiteľov, ktoré ovplyvňujú to, či človek ostane zdravý, prečo neochorie a ako reaguje na to, keď je chorý. Kondáš (2002) vo svojej stati o psychológii zdravia priamo rozoberá niektoré špecifické okruhy, ktoré sa podľa nášho názoru dajú považovať za styčné plochy psychológie zdravia a pozitívnej psychológie. Ide najmä o nasledujúce problémové okruhy:

1. stres a jeho zvládanie – copingové štýly a stratégie
2. psychologické činitele kardiovaskulárnych chorôb
3. psychoneuroimunológia a psychoonkológia
4. kognitívno-emocionálne patogénne a najmä salutoprotektívne činitele.

Napriek tematickej samostatnosti uvedených okruhov ich nepovažujeme za izolované (práve naopak), pričom k pozitívnej psycholó-

gii majú zrejme najbližšie salutoprotektívne faktory a copingové štýly, ktoré nepriamo zasahujú aj do ďalších dvoch spomenutých oblastí. ***V** prvej **oblasti – stresu a jeho zvládania*** by sa teda pozitívna psychológia mohla uplatniť (pri sústredení sa na copingové štýly a stratégie) v orientácii na tie činitele a silné stránky, ktoré podporujú efektívne zvládanie stresu a tým zamedzujú prepuknutiu tzv. civilizačných ochorení. Je známe, že odolnosť voči stresu závisí od emočnej stability, nízkej úrovne anxiozity, schopnosti ovládať emócie, uchovať si chladný úsudok aj v exponovanej situácii a pod.

Analogicky ***v oblasti psychologických činiteľov kardiovaskulárnych chorôb*** by mohlo ísť o zameranie sa na špecifické silné stránky osobnosti, ktoré zamedzujú rozvoju negatívneho, menovite extrémneho emočného prežívania a jeho nepriaznivému dopadu na srdcovocievny systém človeka.

V oblasti psychoneuroimunológie a psychoonkológie sa ukazuje, že psychologické činitele sú významným faktorom oslabovania/posilňovania imunitného systému človeka, ako aj vulnerability k onkologickým ochoreniam. Cez CNS spolu s biologickými a sociálnymi faktormi ovplyvňujú imunologické funkcie, ktoré chránia organizmus. Psychologický stres, úzkosť, naučená bezmocnosť, depresia a pod. napr. pôsobia ako imunosupresor, pričom pozitívne emócie naopak podporujú psychoimunologické reakcie. Ukázalo sa napr., že nádory sú dvojnásobne čatejšie u depresívnych ľudí. Negatívne pôsobia aj sklamania, iracionálne presvedčenia, sociálna dezirabilita, strata zmyslu života a uprednostňovanie potrieb iných (bližšie Kondáš, 2002). Uvedené je tak priamou výzvou pre výskum v tejto oblasti s uplatnením poznatkov pozitívnej psychológie.

Čo sa týka ***kognitívno-emocionálnych patogénnych a salutoprotektívnych činiteľov***, zdá sa, že tieto sú psychologicky najprepracovanejšie, pričom s ich skúmaním sa začalo ešte pred oficiálnym etablovaním pozitívnej psychológie. Ide napr. o známu osobnostnú charakteristiku ľudí, ktorí sú schopní prežiť aj v extrémnych podmienkach stresu známu ako *sense of coherence* (Antonovský), ktorá hovorí o tom, že vonkajšie stimuly dávajú kognitívny zmysel – nie sú teda chaotické alebo náhodné, ale sú konzistentné a štruktúrované. Niektorí autori nazývajú túto vlastnosť nezdolnosťou, príp. nezlomnosťou a húževnatosťou (resiliency). Kondáš ich však pokladá za nadradený pojem *hardiness* – duševnú otužilosť, keď sa na stres reaguje ako na *výz-*

vu k osobnostnému rastu a nie ako na *hrozbu*. Odolní ľudia majú tiež pozitívny sebaobraz, pozitívne sociálne vzťahy, bývajú kooperatívni, nezávislí a majú minimum iracionálnych presvedčení.

Ďalším významným salutoprotektívnym činiteľom sú už spomínané pozitívne emócie, ktoré sú zároveň aj jedným z najfrekventovanejších pojmov súčasnej pozitívnej psychológie. Z aspektu psychológie zdravia je zaujímavý predovšetkým spomínaný optimizmus ako silná stránka osobnosti, ktorá podporuje zdravie (optimisti, ako sme už spomínali, prežívajú menej príznakov choroby, mávajú vyššiu sebadôveru aj vnímanú osobnú zdatnosť).

Psychológia zdravia, pozitívna psychológia a prevencia

Jednou z významných styčných plôch pozitívnej psychológie a psychológie zdravia je *oblasť prevencie*. K tejto téme poskytol cenné námety bez vedomého zámeru vstupovať do kontextu pozitívnej psychológie ešte prof. Kondáš, ktorý zomrel krátko po jej nástupe, a ktorý otázkam prevencie venoval nemálo svojej odbornej pozornosti. Spomína najmä tri oblasti špecifických cieľov psychológie zdravia, ktoré úzko súvisia s prevenciou, a podľa nášho názoru aj s pozitívnou psychológiou. Sú nimi ***ochrana zdravia*** (health protection) – ku ktorému patrí napr. preberanie zodpovednosti za vlastné zdravie a udržiavanie zdraviu prospešných návykov, redukcia zdraviu škodlivých návykov a pod., ***posilňovanie zdravia*** (health promotion) – zvládanie stresov, tréning sociálnych spôsobilostí, redukcia sociálneho strachu oproti kooperatívnosti a nezávislosti, ktoré zvyšujú odolnosť a pod., a ***zvyšovanie zdravia*** (health enhancing) – ku ktorým patrí nielen motivácia zdraviu prospešného životného štýlu a jeho pretrvávania, ale aj mať zdravie za jednu z popredných hodnôt a prežívať radosť, životnú pohodu a šťastie. Konštatuje, že doterajšia teória prevencie sa opierala hlavne o patogenetické činitele vzniku a šírenia porúch a že oveľa viac pozornosti by sa malo venovať včasnej detekcii prekurzorov a perzistenčných činiteľov, zodpovedajúcich za pretrvávanie a relapsy porúch.

V nadväznom chápaní Seligmana (2002a) by bolo možné označiť pozitívnu psychológiu priamo za preventívnu vedu, keď za najväčšiu úlohu prevencie v novom tisícročí pokladá vytvorenie *vedy o ľudských silných stránkach* (a science of human strength) a pochopiť a zistiť, ako ich podporovať a rozvíjať predovšetkým u mladých ľudí. Podľa

tohto autora úlohou pozitívnej psychológie nie je iba konštatovať, že človek *má byť* optimistický, spirituálny alebo láskavý, ale skôr popisovať *dôsledky* týchto vlastností a rysov (napr. že optimistické myslenie znižuje výskyt depresií, zlepšuje telesné zdravie a zvyšuje výkonnosť). Jeho predikcia o vede a praxi psychológie 21.storočia spočíva v osobnom presvedčení, že vznikne ***psychológia pozitívneho ľudského fungovania***, ktorá odhalí efektívne intervencie na to, aby bolo možné sformovať prosperujúcich jednotlivcov, rodiny aj spoločnosť.

Sme toho názoru, že rozvoj a podpora silných stránok človeka *každého veku* je jednou z najsilnejších zbraní pozitívnej psychológie na ceste za lepším zdravím človeka i celého ľudstva. Bolo by iste potešujúce, ak by pozitívna psychológia prispela k tomuto cieľu aj v spolupráci so psychológiou zdravia, ktorá na to poskytuje všetky potrebné podmienky a predpoklady.

Záver

Cieľom nášho príspevku bolo načrtnúť niektoré styčné plochy dvoch relatívne nových psychologických disciplín – *pozitívnej psychológie* a *psychológie zdravia* a možností ich teoretických, výskumných a aplikačných prienikov pri využití poznatkov oboch disciplín pre podporu a upevnenie zdravia človeka.

Hoci obe psychológie vznikli nezávisle na sebe a s istým časovým odstupom, z ich náplne a zamerania vyplynuli viaceré podnetné námety pre vzájomnú spoluprácu, a to aj v širšom interdisciplinárnom chápaní. Z konceptu pozitívnej psychológie sme sa sústredili najmä na činitele, ktoré majú priekazne kladný vzťah nielen k psychickému zdraviu a životnej spokojnosti človeka, ale ktoré celkovo pozitívne ovplyvňujú jeho zdravie – tzv. *silné stránky* osobnosti a charakteru. Spolu s pozitívnymi emóciami sú tými oblasťami pozitívnej psychológie, ktoré sa v rámci jej súčasného smerovania rozvíjajú najprogresívnejšie.

Inou perspektívnou oblasťou možnej spolupráce psychológie zdravia a pozitívnej psychológie je oblasť prevencie, kde využitie silných stránok môže zohrávať jednu z kľúčových úloh, a to najmä pri celkovom znižovaní výskytu civilizačných chorôb a ich negatívneho dopadu, ako aj pri upevňovaní zdravia a životnej spokojnosti ľudí všetkých vekových kategórií. Pozitívna psychológia a psychológia zdravia sa tak javia nádejnými disciplínami, disponujúcimi dostupnými psycho-

logickými prostriedkami využiteľnými na prospech celkového ozdravenia ľudstva a zvýšenia kvality jeho života.

Literatúra:

Blatný, M., Osecká, L. (1998), Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. Československá psychologie, 42, 5, 385-394.

Frederiksonová, B.L. a kol. (2000), The undoing effect of positive emotions. Motivation and Emotion 24, p. 237-258.

Kebza, V. (2001), Sociální psychologie zdraví. In: Výrost, J, Slaměník, I. (Eds.): Aplikovaná sociální psychologie II. Praha: Grada Publishing, 260 s.

Kebza, V. (2005): Psychosociálni determinanty zdraví. Praha, Academia, 2005.

Kondáš, O. (2002), Psychológia zdravia a psychológia v prevencii. In: Kondáš, O. a kol.: State z klinickej psychológie. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, s. 182 – 194.

Kordačová, J. (2007), Osobnostné a kognitívne pozadie silných stránok osobnosti. In: Svoboda, M., Blatný, M., Humpolíček, P.: Sociální procesy a osobnost: Pohyb, vývoj, změna. Sborník příspevků. Brno: Masarykova univerzita v Brně, MSD, s r.o, s 223-230.

Kordačová, J. (2008), Silné stránky osobnosti a ich miesto v prežívaní životnej pohody a šťastia. Záverečná správa vedúcej riešiteľky o výsledkoch GÚ č. 2/6185/26 pre grantovú agentúru VEGA za roky 2006-2008 (Bratislava, nepubl.).

Kordačová, J. (2009a), Human strengths as an optimalization source of human functioning in the 21st century. Oslo, 11th European Congress of Psychology.

Kordačová, J. (2009b): Silné stránky osobnosti, životná spokojnosť a šťastie. In L. Golecká, J. Gurňáková, I. Ruisel (Eds) Sociálne procesy a osobnosť 2008. Zborník z konferencie. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, s. 766 – 776.

Křivohlavý, J. (2001), Psychologie zdraví. Praha: Portál.

Mareš, J. (2002), Pozitívní psychologie – důvod k zamyšlení i výzva. Čs. psychologie 2, s. 97-117.

Mareš, J. (2008), Nová taxonomie kladných stránok človeka – inšpirácia pre pedagogiku a pedagogickou psychologii. Pedagogika, LVIII, 1, s. 4-20.

Pelcák, S. (2009), Úvod do psychologie zdraví: Soubor základních přednášek 2005-6. Stiahnuté z internetu http://www.ksocp.info/UserFiles/UPZ.doc, dňa 25. 4. 2009

Seligman, M. E. P. (2002a), Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (Eds.), Handbook of positive psychology: New York: Oxford Univ. Press.

Seligman, M. E. P. (2002b), Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fullfilment. New York: Free Press.

Selko, D. (2007), Psychická odolnosť vo vybraných vzorkách populácie Slovenska. In: Selko, D. (Ed.): Psychická odolnosť a psychológia zdravia. Bratislava: MAURO Slovakia s.r.o, s. 45-55.

Šolcová, I., Kebza, V. (2007), Vztah mezi hardiness a různými zdroji odolnosti. In: Selko, D. (Ed.): Psychická odolnosť a psychológia zdravia. Bratislava: MAURO Slovakia s.r.o, s. 20-26.

Taylor, S. E. (1995), Health psychology. Nex York: McGraw-Hill (3rd edition).

POZNÁMKY K CHARAKTERISTIKÁM SEBAAKTUALIZUJÚCICH OSOBNOSTÍ

Ľudovít Juráš
Katedra psychológie SZU Bratislava, PN P. Pinela, Pezinok

Zistenia SZO – štvrtina Európanov trpí klinickými prejavmi úzkosti a strachu, 400 miliónov psychickými poruchami, akceleruje starnutie, pribúda demencie, pandemicky narastajú drogové závislosti a depresie. Psychický stres sa objavuje ako častá radikálna kauza zvýšeného výskytu nielen psychických porúch, ale aj psychosomatických a somatických.

Z prežívania dnešného človeka sa vytrácajú pozitívne emócie, optimizmus nahrádza pesimizmus, slabne kvalita a zrelosť medziľudských vzťahov, narastajú pocity osamelosti a sociálnej izolácie. Slabne liečivá sila citovej podpory a solidarity, vzrastá citové napätie. Aká osobnosť bude schopná úspešne čeliť stresovej záťaži a zároveň prežívať svoj život ako plne zmysluplný, radostný a šťastný? Všeobecne možno povedať, že predpoklady k tomu má zdravá osobnosť. Koncepciu zdravej osobnosti ponúkli viaceré významné osobnosti – Gordon Allport, Carl Rogers, Erich Fromm, Abraham Maslow, Carl Jung, Viktor Frankl a Fritz Perls.

A. Maslow postuloval teóriu sebaaktualizujúcich osobností. Zaujímalo ho koľko potenciálu máme k plnému ľudskému vývoju, ktorý študoval u extrémne zdravých jedincov. Usiloval práve u nich o získanie informácie o hĺbke našich kapacít (schopností). Prácu začal pozorovaním dvoch ľudí, ktorých poznal osobne – geštalt psychológa Maxa Wertheimera a antropologičky Ruth Benedictovej. Analyzoval životy významných živých a mŕtvych osobností. Živých pomocou interview, voľných asociácií a projektívnych techník, mŕtvych pomocou analýzy biografického a autobiografického materiálu. Z historických postáv: Thomasa Jeffersona, Abrahama Lincolna, Barucha Spinazu, Alberta Einsteina, Elanor Roosvelt, J. W. von Goetha, Pabla Casalsa, Johna Keatsa, Adlaia Stevensona, Roberta Browlinga, Martina Bubera.

Prišiel k záveru, že ľudia sa rodia s univerzálnymi potrebami, ktoré nás motivujú k rastu, vývoju a aktualizácii nášho potenciálu stávať sa takými, akými sme schopní a chceme byť.

Potreba sebaaktualizácie je tendencia jedinca aktualizovať svoje potencie, stávať sa stále viac a viac tým, čoho je schopný a chce sa tým stať. Jej uspokojovaním jedinec v individuálnom konaní robí to, v čom sa plne sebarealizuje, cíti sa spokojný so sebou samým. Čo jedinec cíti, že „musí" robiť, taký „musí" byť, čo je to pravé (pravdivé), vyvierajúce z jeho povahovej podstaty. (Hudobník žije v hudbe, výtvarník maľuje, básnik píše básne). Potreba však nemôže byť dosiahnutá, zakiaľ iné, nižšie potreby nie sú uspokojené.

Nevyhnutnou podmienkou k dosiahnutiu sebaaktualizácie je uspokojenie hierarchie potrieb, univerzálnych a vrodených potrieb, ktoré sú radené v hierarchii od najsilnejších k najslabším. Potreby musia byť prinajmenej čiastočne uspokojené v tomto poradí predtým než sa objaví potreba selfaktualizácie.

Maslovowa hierarchia potrieb – nižší rad – vyšší rad (môže byť uspokojovaný po tom ak je uspokojený nižší).

„Fyziologické potreby" – (potrava, voda, vzduch, spánok, sex)

„Potreby bezpečia" – získať pocit bezpečia, telesného pohodlia, ochrany, poriadku, slobody bez strachu, úzkosti a chaosu. Po dosiahnutí určitej úrovne naplnenia, sme motivovaní potrebami: „Potrebu lásky a prináležania" – Potrebu lásky uspokojujeme utvorením intímneho vzťahu s inou osobou alebo s ľuďmi vo všeobecnosti, pričom je dôležité dávať a prijímať lásku. Potreby prináležania sú naplnené pocitom byť v jednote so skupinami alebo ideami, ktoré reflektujú naše hodnoty a charakteristiky. Ak nie sú uspokojované, jedinec trpko pociťuje absenciu priateľov, partnera alebo detí. Pociťuje hlad vo vzťahoch s ľuďmi, mieste v skupine alebo v rodine, zažíva pocity samoty, odmietania, vykorenenosti, vylúčenia zo spoločnosti. „Potreba úcty, – sú dva typy: úcta derivovaná od iných ľudí vo forme uznania a sebaúcta (hodnotenie seba) získaná pocitom dôvery a istoty v sebe samom. Sú budované na poznaní kto sme a čo sme. Uspokojenie potreby sebaúcty vedie k pocitu sebadôvery, ceny, sily, schopnosti a adekvátnosti, k pocitom užitočného a potrebného vo svete. Prekážanie týmto potrebám produkuje pocity inferiority, slabosti a bezmocnosti.

Najstabilnejšia a najzdravšia sebaúcta sa zakladá viac na zaslúženom rešpekte získanom od iných ľudí, než na externej povesti, sláve alebo lichôtkach a podlizovaní.

Uspokojením vyššie uvedených potrieb však ešte nie je dosiahnutá pripravenosť pre sebaaktualizáciu. Musia byť ešte uspokojené „kognitívne potreby" (vedomosti a pochopenie sveta okolo seba) a „estetické potreby" – potreba symetrie, poriadku a krásy.

Jedinec, ktorý dosiahne sebaaktutalizáciu vykazuje jasnejšie a efektívnejšie vnímanie reality, nepopiera pravdu, je schopný diferencovať konkrétnosť a abstraktnosť. Má väčšiu otvorenosť ku skúsenosti a zážitkom, dobrú integráciu, úplnosť a jednotu osobnosti, spontánnosť, schopnosť sebaexpresie a plné fungovanie. Má reálne ego, pevnú identitu, autonómiu, jedinečnosť, objektívnosť, nezávislosť, udržiava si tvorivosť. Vykazuje demokratickú štruktúru charakteru, schopnosť k láske, zaujíma sa o riešenie problémov, akceptuje seba i iných a nemá predsudky. Tvorivosť a budovanie sa realizuje bez mimoriadneho a vysiľujúceho úsilia. V interpersonálnej komunikácii neprejavuje zvýšenú zraniteľnosť a strach z kritiky, nebojí sa revidovať, korigovať svoje životné plány a perspektívy. Hodnotenia a názory iných prijíma adekvátne a konfrontuje ich s vlastnými. Chýba mu ambivalentnosť v citoch k okoliu. Pociťuje zodpovednosť za vlastný život, ktorý považuje za výsledok slobodnej voľby.

Prostredie

Spoločnosti a organizácie môžu napomáhať alebo prekážať osobnostnému rastu. Výchovné prostredie, ktoré pozitívne pôsobí na vývoj zdravých osobností, dáva priority uvedeným ľudským potrebám a v závislosti od nich štrukturuje programy sociálnych a organizačných zariadení. V rýchle sa meniacom svete sú vždy vyzývané k modifikovaniu staré inštitúcie a potreba vynaliezať nové, ktoré sú schopné lepšie zabezpečovať optimálny ľudský vývoj a byť organizačne efektívnejšími.

Dôraz je na individuálnu slobodu, ktorá by mala byť vyvažovaná poznaním našej vzájomnej závislosti a našej zodpovednosti jedného k druhému. Zodpovednosti k spoločnosti, kultúre a k budúcnosti. Je potrebné odhaľovať novými výskumnými prístrojmi bohaté možnosti v hĺbke ľudského bytia.

Hoci sa Freud sústredil na nezdravú osobnosť, ktorá vykazuje narušené správanie a humanistický prístup fokusuje zdravú osobnosť, aj psychoanalýza priniesla dôležité zistenia o zdravej osobnosti.

Psychoanalýza upozornila na silu, diferencovanosť a flexibilitu funkcií JA. JA je výkonný orgán psyché s viacerými funkciami (10), ktorého zrelosť vyjadruje relatívne zdravú osobnosť.

1. Funkcie „preskúmania reality" – schopnosť objektívneho vnímania, diferencovania vlastnej fantázie od reality, vnímanie vonkajšieho a vnútorného sveta, vnímanie a diferencovanie vlastných cieľov a impulzov, túžob (želaní) i schopnosť ich expresie
2. Schopnosť myslenia a symbolizácie, anticipácie dôsledkov svojho správania
3. Schopnosť regresie v službách JA (uvoľniť kognitívnu osobnosť a formovať nové konfigurácie: oddať sa sneniu, fantáziám, vzdať sa zvyčajných obrán – ako sa to pozoruje u dieťaťa – pri zachovalej schopnosti regulovať regresiu)
4. Schopnosť regulovať a kontrolovať afekty a impulzy
5. Schopnosť tolerovať konflikty (frustračná tolerancia) a riešiť ich, schopnosť učiť sa zo skúseností.
6. Schopnosť tvoriť a regulovať medziľudské vzťahy – objektové vzťahy – schopnosť vzťahovania sa vôbec, naviazania a udržania, i ukončenia vzťahu. Flexibilita v sledovaní a presadzovaní vlastných cieľov, zároveň schopnosť vnímania a vcítenia sa do druhých ľudí.
7. Defenzívne funkcie – (primitívne, neurotické, zrelé obrany)
8. Autonómne funkcie – percepcia, intencionalita, jazyk, produktivita, motorický vývoj
9. Synteticko-integratívna funcia – schopnosť zachovávať funkciu života, adaptácie, tvoriť geštalty, zmierňovať nezlučiteľné
10. Ovládnutie – kompetencia – stupeň súladu medzi pocitmi kompetencie a manifestovaním kompetencie

Literatúra u autora

HUMOR V ZDRAVÍ A V CHOROBE 2 (Čo sa nedostalo do predchádzajúcej časti a ešte niečo iné)

Róbert Ďurka
Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Michalovce

Motto: Najzložitejšou časťou štúdia článkov o humore je rozhodnúť sa, či to autori myslia vážne alebo len žartujú.

Povzbudený mottom tohto príspevku ponúkame pohľad Josepha Palladina a Mitchella Handelsmana na osobnostnú poruchu nedostatočného (možno zníženého a možno poškodeného) humoru (Humor-Impaired Personality Disorder). Kľúčovými znakmi tejto poruchy sú: neschopnosť usmievať sa alebo smiať sa, chýbanie porozumenia alebo ocenenia mnohých alebo všetkých foriem humoru, rigidita. Priame diagnostické testy zisťujúce prítomnosť symptómov (napr. dotazníky) sú nepoužiteľné, pretože títo jedinci nemajú vhľad. Preto sa informácie zbierajú od signifikantných druhých.

Pre určenie diagnózy sa u jedinca musia vyskytnúť 3 z nasledujúcich kritérií v priebehu 6 mesiacov.

1. Pokúsil sa a zlyhal počas hovorenia vtipu a uchýlil sa k vete: „Mal si tam byť!".
2. Minimálne 3-krát povedal vetu: „Aspoň raz by si nemohol byť vážny?".
3. Nevie sa dočkať, aby sa dostal domov z práce alebo zo školy, aby sa mohol pozerať na predpoveď počasia.
4. Nikdy sa neusmieva. (Ak je tento symptóm prítomný, tak kritériá vyžadujú už iba jeden ďalší symptóm na stanovenie diagnózy.)
5. Sú prítomné neobvyklé presvedčenia (napr., že úsmev alebo smiech je ekvivalentný vypusteniu (telesného) plynu na verejnosti).
6. Takéto presvedčenia nie sú ostatnými ľuďmi interpretované ako slabý pokus o vtip.
7. Číta psychologický bulletin len tak na pobavenie.

8. Nie je schopný pochopiť koncept klubu komediantov.
   a) Ak je členom fakulty alebo študent: navštevuje všetky pracovné porady a entuziasticky ponúka čítanie a opravu rukopisov.
   b) Ak je členom fakulty: považuje porady fakulty za vrcholný bod týždňa. Stáva sa viditeľne nahnevaný, ak je porada ukončená bez stanovenia dátumu a času ďalšej porady.
   c) Ak je študentom: podčiarkne alebo zvýrazní viac ako 55% učebnice na ľubovoľnom predmete.

Čo sa týka liečby tejto poruchy, zatiaľ nie je známy liek. Uskutočnilo sa niekoľko pokusov zameraných na spomalenie a zmierňovanie progresu. Jedným z prístupov je štrukturovanie prostredia týchto jedincov, aby nemohli nakaziť ďalších. Autori (Palladino, Handelsman, 1996) svoj príspevok o ľuďoch s osobnostnou poruchou nedostatočného humoru ukončujú poznámkou, že títo ľudia vedú produktívny život, sú napr. dekanmi fakúlt, redaktormi alebo predsedami psychologických asociácií.

Ľudia s osobnostnou poruchou nedostatočného humoru sú neschopní usmievať sa a rozumieť humoru. Väčšina ľudí je však schopná smiať sa a hovorí sa o nich, že majú „zmysel pre humor".

Zmysel pre humor

Steve Wilson (1996) zmysel pre humor prirovnáva ku gravitácii, k sile, ktorú nemôžeme priamo pozorovať našimi piatimi zmyslami, ale ktorej účinky sú stále a neodškriepiteľné. Nemôžeme vidieť, ochutnať, dotknúť sa, ovoňať alebo počuť zmysel pre humor, ale určite môžeme cítiť jeho účinky. Ten istý autor na inom mieste (Wilson, 2009) hovorí nie o „zmysle pre humor", ale o „zmysloch pre humor". Niekoľko príkladov zmyslov pre humor: abstraktný, bizarný, burleskný, cynický, detinský, diabolský, duchaplný, fraškovitý, gašparský, groteskný, hysterický, inteligentný, neviazaný, nekonvenčný, morbídny, oplzlý, parodický, rozjarený, rozjašený, sardonický, sarkastický, satirický, sebapodceňujúci, sedliacky, suchý, šašovský, šibalský, švacnutý, trúfalý, unikátny, zábavný, zlomyseľný, žoviálny. Autor ďalej dodáva, že ak by sme sa naučili oceniť rozdiely v zmysloch pre humor, tak by sme mohli zvýšiť toleranciu a znížiť hostilitu vo svete (Wilson, 2009).

Humor je vážna vec a vyžaduje prísny, odborný prístup. Štúdium humoru sa uskutočňuje prostredníctvom gelotológie (z gréckeho ge-

los – smiech). Táto disciplína sa zaoberá štúdiom humoru a smiechu a ich fyziologickými a psychologickými vplyvmi na ľudské telo.

Liečivá sila humoru

Výskumy preukázali, že humor a smiech podporuje mnoho fyziologických zmien: stabilizuje tlak krvi, masíruje vnútorné orgány, stimuluje cirkuláciu, uľahčuje trávenie, zvyšuje prísun kyslíka do svalov, znižuje svalovú tenziu a podporuje celkový pocit well-beingu (Seaward, 1992). Potvrdený je aj pozitívny vplyv humoru a smiechu na imunitný systém (Wilson, 1996; McGuire, 1999; Berk, Felten, Tan, Bitman, Westengard, 2001; Bennett, Lengacher, 2007). Počas smiechu sa zvyšuje počet NK buniek (NK znamená natural killer, teda prirodzený zabíjač), ktoré ničia nádorové alebo infekciou napadnuté bunky a tiež sa zvyšuje počet T-lymfocytov, ktoré napadajú infekčný agens (Wooten, 1996; Nešpor, 2002).

Je dôležité vedieť o pozitívnom vplyve humoru a smiechu na ľudské telo, pre psychológa je však zaujímavejšie venovať sa humoru vo vzťahu k psychoterapii. Carbelo a Jáuregui (2006) poukazujú na to, že humor môže byť použitý na uľahčenie kontaktu medzi pacientom a terapeutom, napríklad humor môže pomôcť pri vytváraní komunikácie medzi nimi, na posilnenie terapeutického vzťahu alebo na zníženie potenciálnej hostility alebo anxiety. Autori ďalej uvádzajú, že analýza toho, ako pacient používa humor môže pomôcť pri diagnostike. Dôležité témy pacientovho duševného života sa totiž objavujú vo vtipoch, ktoré rozprávajú. Carbelo a Jáuregui (2006), vychádzajúc z prác Kubieho a ďalších autorov, poukazujú na to, že využitie humoru v terapii môže mať aj svoje kontraindikácie. Humor môže byť použitý na vyhnutie sa komunikácii o bolestivých pocitoch, čo môže vyústiť do inhibície alebo stagnácie terapeutického progresu. Ak pacient interpretuje terapeutov humor ako sarkastický alebo bez rešpektu k nemu resp. k jeho rodine alebo sociálnej skupine, môže to pacient interpretovať ako útok, čo môže viesť k vzniku konfliktu alebo k hostilite (Carbelo a Jáuregui, 2006).

Mohli by ste sa spýtať: „Ako používať humor pri terapii (liečení) ľudí?“ Priblížime si dva konkrétne prístupy. Prvým prístupom je humordráma. Jednou zo základných charakteristík nás ľudí je, že sa radi smejeme na iných ľuďoch, vysmievame sa iným ľuďom. Nie sme však radi, ak sa iní ľudia smejú nám alebo sa z nás vysmievajú. Niektorí

ľudia majú až chorobný strach zo zosmiešnenia, ktorý sa nazýva gelotofóbia. Titze (2007) pri pomoci ľuďom s gelotofóbiou používa humordrámu, ktorá je variáciou psychodrámy a jej dvomi základnými nástrojmi sú klaunská redukcia a hravá absurdita. Obe techniky sú vyvinuté na eliminovanie perfekcionistického prístupu jedincov, ktorí sa chcú vyhnúť situáciám, v ktorých sa môžu javiť smiešne. V humordráme môžu ľudia s gelotofóbiou radostne zdieľať mnoho hrových a nebrzdených aktivít, ktoré sa môžu javiť smiešne alebo trápne z perspektívy perfekcionistického dospelého.

Ďalší prístup k využitiu humoru nám ukazuje David Granirer (2005(a)) prostredníctvom svojho projektu Stand Up pre mentálne zdravie (Stand Up For Mental Health). Stand Up comedy je špecifický formát humoru. Ide o najrýchlejší a najefektívnejší spôsob vyvolania smiechu. Cieľom komendianta je dosiahnuť, aby sa ľudia smiali počas jeho vystúpenia čo najčastejšie (meria sa to počtom zasmiatí za minútu). To si vyžaduje stručnosť a dobrú pointu. David Granirer učí ľudí s duševnými chorobami ako sa „stand up comedy" robí. Jeho cieľom je zvýšenie sebaúcty týchto ľudí a tiež boj proti verejnej stigme. Ako hovorí: „ Je niečo neuveriteľne ozdravujúce na tom, keď hovoríte plnej miestnosti ľudí, kto ste a zabávate sa s nimi. Vedie to k odkopnutiu hanby. A k myšlienke: Veď nie som až taký zlý." (Granirer, 2005(a)).

Práca – humor – stres

„Práca je vážna vec, ktorá s humorom nemá nič spoločného!"; „Práca má cenu iba ak pri nej trpíte!"; „Sľubujem Vám iba krv, pot a slzy (Winston Churchill)!" Takéto alebo podobné vety často počujeme z úst nadriadených (šéfov, bosov). Pomaly si však začíname uvedomovať, že práca nás zabíja. Japonci v 80-tych a 90-tych rokoch 20. storočia zažívali takú vysokú hladinu stresu, že zaviedli nový pojem „karoshi", ktorý znamená „náhlu smrť z prepracovania" (Wilson, 1995; McGhee, 2009). McGhee (2009) odhaduje, že 20% až 50% pracovného dňa priemerného amerického pracovníka sa stráca vďaka stresu, nude a všeobecnou nespokojnosťou s prácou.

Spomínaný autor uvádza nasledujúce 4 stále zdroje stresu v každom zamestnaní:

1. Udržať krok so zmenou – pracovníci sa naučili neznášať zmeny, lebo nemajú konca. Kým sa stihneme niečo naučiť, tak už je tu niečo ešte novšie.

2. Urobiť viac za menej – znižovanie počtu zamestnancov znamená dve veci – tí, ktorí ostali, sa obávajú, že ich to tak isto čaká a znížený počet zamestnancov znamená zvýšený nával práce pre tých, ktorí ostali. Záver: obávajúci sa zamestnanci sa majú učiť nové veci a preberať novú zodpovednosť v tom istom čase.
3. Robiť veci rýchlejšie – hneď, keď sa ukončí jeden projekt, druhý už čaká na okamžité vybavenie.
4. Preťaženie informáciami – Internet a e-maily nám nedovolia ani deň voľna, stačí si iba spomenúť na tú horu správ, ktorá nás čaká po víkende (McGhee, 2009).

Wilson (1998) odkazuje na Freda Pryora, keď hovorí, že zdraví a šťastní zamestnanci pracujú a nešťastní majú tendenciu hlásiť chorobu. Pre zamestnanca je dobré, ak je zdravý a šťastný, čo je výhodné aj pre zamestnávateľa. Čo teda urobiť, aby boli zamestnanci šťastní, zdraví a spokojní? Wilson (2009) navrhuje zriadenie Uh-Oh oddielov. V „Uh-Oh" situácii sme vtedy, keď niečo cítime v žalúdku a v hlave sa ozve hlas hovoriaci: „Uh-Oh". Sú to signály hroziaceho stresu. Členovia oddielu majú mať po ruke červené klaunovské nosy keď je niekto v „Uh-Oh" situácii, tak ho majú obkolesiť a parodicky štyrikrát zaspievať „Uh-Oh! Uh-Oh! Uh-Oh! Uh-Oh!". Trvá to iba 30 sekúnd (Wilson, 2009).

Komu to ešte nestačí, tak nech sa poučí z nasledujúcich myšlienok, ktoré uvádza Baum (1996) a ktoré môžu pomôcť vniesť trošku humoru do osobného alebo pracovného života:

- Usiluj sa pridať humor do každodenných aktivít. Nemusíš ho rezervovať iba na špeciálne príležitosti.
- Urob niečo, čo príjemne prekvapí spolupracovníkov a členov rodiny.
- Zameraj sa na pozitívne formy humoru. Sarkazmus, zosmiešňovanie a iné negatívne formy humoru zvyčajne slúžia na vytvorenie zlých emócií.
- Oceň prirodzene sa objavujúci humor doma i v práci. Ľudia robia zvláštne a smiešne veci – niekedy zámerne, často náhodou. Pokús sa oceniť tieto momenty.
- Experimentuj s pozitívnymi a primeranými vtipmi. Vyskúšaj ich najskôr doma a potom v práci.
- Usmievaj a smej sa častejšie. Praktizuj „humorobic". Smiech na-

pomáha tvorbe endorfínov – biochemickej substancii, ktorá vedie k dobrým pocitom.

- Buď citlivý k tomu, čo kolegovia alebo členovia rodiny považujú za smiešne a čo nie. Nedovoľ, aby sa niečo pre teba smiešne obrátilo na zlú skúsenosť pre druhého.
- Uvoľni sa. Nenechaj sa vystresovať udalosťami, ktoré nie sú dôležité.
- Pokús sa oddeliť prácu (profesijný život) od osobného života. Naplánuj si zábavné aktivity s rodinou počas voľných hodín.
- Uvedom si, že jediná vec, ktorá je stála či už v práci alebo doma je zmena. Snaž sa byť čo najflexibilnejší, aby si sa mohol meniť, keď to bude potrebné.
- Pozoruj stresujúce a negatívne situácie, aby si sa mohol rozhodnúť, čo môžeš kontrolovať a čo nie.
- Pokús sa netrápiť tým, čo si ľudia myslia. Skúšaj byť trošku švacnutý, divý a zvláštny – možno sa to naučíš mať rád (Baum, 1998).

Komu to ešte vždy nestačí, tak nech si pozrie 71 vyskúšaných spôsobov, ako vnášať humor do pracovnej aktivity (Wilson, 2009). Samozrejme ich nebudem všetky uvádzať, pravdu povediac neuvediem ani jeden, lebo by to unavilo každého čitateľa a v neposlednom rade mňa pisateľa (rozumej autora tohto príspevku).

Únavné a nudné by nemali byť ani vysokoškolské prednášky či príspevky (prezentácie) na konferenciách. Na internetovej stránke www.write-out-loud.com sa v článku „Ako používať humor efektívne (Dobrý vtip je veľmi dobrý. Zlý môže byť katastrofálny)" môžeme dočítať, okrem iného, že humor láme bariéry, humor zrelaxuje obecenstvo, upozorní ich na to, aby počúvali, aby dávali pozor, humor pridáva „šťavu" do prezentácie, humor uvoľňuje tenziu, humor spája ľudí.

David Granirer (2005(b)) hovorí, že vtip by mal obsahovať aspoň jeden z týchto dvoch elementov – preháňanie alebo prekvapenie (je vhodné sa o tom presvedčiť). Vtip ďalej pozostáva z dvoch komponentov – nastavenie (uvedenie situácie) a pointa. Uvedenie situácie je krátke predstavenie témy (20 – 30 sekúnd), ktoré by nemalo byť myslené žartovne, pretože potom druhá časť vtipu pointa nemá s čím byť v kontraste. Pointa by teda mala obsahovať neočakávaný obrat. Potiaľ to boli myšlienky Davida Granirera, teraz nasleduje náš príklad: Vtip nemusí mať pointu (uvedenie situácie). Aj keď nevadí, ak ju má (pointa).

Namiesto záveru

Ak ste čakali aj niečo iné, tak neprestávajte čakať! Vydržte! Možno sa dočkáte už v ďalšom z mojich príspevkov týkajúcich sa psychológie humoru. Ak sa predsa len neviete dočkať, tak sa poraďte so svojim lekárom (psychológom, psychiatrom), či nie ste neurotický alebo sa nechajte inšpirovať zoznamom internetových stránok, ktoré nájdete po zozname použitej literatúry. Oscar Wilde raz povedal: „Život je príliš dôležitý na to, aby sme ho brali vážne." A ja dodávam: „Ak predsa len chcete brať život vážne, tak ho berte s humorom!"

Literatúra:

Baum, R.B.: Humor And Disability. In: The Bridge. Roč. 8, č. 4, 1998, s. 3-5.

Bennett, M.P. – Lengacher, C.: Humor and Laughter May Influence Health IV. Humor and Immune Function. In: http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/6/2/159, 2007 (cit. 2009-04-28).

Berk, L.S. – Felten, D.L. – Tan, S.A. – Bittman, B.B. – Westengard, J.: Modulation Of Neuroimmune Parameters During The Eustress Of Humor-Associated Mirthful Laughter. In: Alternative Therapies. Roč. 7, č. 2, 2001, s. 62- 76.

Carbelo, B. – Jáuregui, E.: Positive Emotions: Positive Humor. In: Papeles del Psicólogo. Roč. 27, č. 1, 2006, s. 18-30.

Granirer, D.: Stand UP For Mental Health: A New Organization Uses Comedy To Fight Mental Illness And Public Stigma. In: www.standupformentalhealth.com/articles/smhart.pdf, 2005 (a) (cit. 2009-04-28).

Granirer, D.: Spice Up Your Presentation With Humor: The Secret Of Writing A Killer Joke! In: www.standupformentalhealth.com/articles/smhart.pdf, 2005 (b) (cit. 2009-04-28).

McGhee, P.: Humor Reduces Job Stress. In: http://www.laughterremedy.com/article_pdfs/Stress.pdf (cit. 2009-04-28).

McGuire, P.A.: More psychologists are finding that discrete uses of humor promote healing in their patients. In: APA Monitor Online. Roč. 30, č.3, 1999. (http://www.apa.org/monitor/mar99/humor.html (cit. 2009-04-28)).

Nešpor, K.: Smích a zdraví. In: Psychologie dnes. Roč.8, č.2, 2002, s.6-8.

Palladino, J. – Handelsmann, M.: The Humor-Impaired Personality Disorder: Diagnostic Criteria. In: The General Psychologist. Roč. 42, č. 2, 2007, s. 46-47.

Seaward, B.L.: Humor's Healing Potential. In: http://www.brianlukeseaward.net/articles/humor-potential.pdf, 1992 (cit. 2009-04-28).

Titze, M.: Treating Gelotophobia With Humordrama. In: Humor & Health Journal. Roč. XVI, č. 3, 2007, s. 1-11.

Wilson, S.: Stress Is No Laughing Matter ...Or Is It?. In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/22 Stress Is No Laughing Matter.pdf, 1995 (cit. 2009-04-28).

Wilson, S.: Humor & Healing: The Invisible Weapon. In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/02 INVISIBLE WEAPON.pdf, 1996 (cit. 2009-04-28).

Wilson, S.: Play Improves Morale And Productivity. In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/04 Play Improves morale.pdf, 1998 (cit. 2009-04-28).

Wilson, S.: The Uh-Oh Squad: A Workplace Innovation. In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/11 Uh-Oh Squad.pdf, 2009 (cit. 2009-04-28).

Wilson, S.: The Senses Of Humor. In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/23 The Senses of Humor.pdf, 2009 (cit. 2009-04-28).
Wilson, S.: „Are We Having Fun Yet? 71 Ways". In: www.worldlaughtertour.com/pdfs/23 The Senses of Humor.pdf, 2009 (cit. 2009-04-28).
Wooten, P.: Humor an Antidote for Stress. In: Holistic Nursing Practise. 10 (2), 1996, 49-55.

Internetové stránky, ktoré sa humoru venujú vážne i žartovne:
www.write-out-loud.com
www.standupformentalhealth.com
www.granirer.com
www.worldlaughtertour.com
www.jesthealth.com
www.nursinghumor.com
www.dearshrink.com
www.madkane.com
www.boulder therapist.com
www.mentaljokes.com
www.mentalhealthcartoons.com
www.humormatters.com
www.funnyhumor.com
www.ajokes.com
www.ninjajokes.com

EMÓCIE, MÚDROSŤ TELA A CESTA LIEČENIA

Viera Diešková
Bratislava

Úvod

Emocionalita sa už od 80. rokov teší intenzívnemu záujmu odborníkov v zahraničí aj u nás (napr. Machač, Machačová, Hoskovec, 1985). Na problémy v emocionálnom vývine detí sme upozornili v súvise s rozvíjaním ich sociálnej kompetencie (Dieškova, 1986). Publikovali sme aj program na uľahčenie riešenia problémových situácií u detí (Dieškova, 1991). Neskôr viacerí psychológovia vypracovali programy na rozvíjanie emocionálnej zrelosti alebo sebaregulácie u detí, ktoré začali zavádzať do pedagogického procesu pod podobným názvom Cesta (Matula, 2001), či Cesty (Zelina, Uhereková, 2002). Zelina upozorňuje v súvise s psychikou aj na telesnú kondíciu detí. Programov súvisiacich s podporou emocionálnej inteligencie, ktoré by mohli slúžiť ako prevencia telesných ochorení je u nás málo, aj keď sa uznáva psychická podmienenosť vzniku mnohých diagnóz. Konštatuje sa, že zníženie hladiny stresu rôznymi metódami pôsobí preventívne – no overený program liečby ochorení, ktorý by fungoval na základe cielenej práce s emóciami vlastne nepoznáme. V tomto príspevku si okrem teoretických otázok všimneme program, ktorý sa využíva v zahraničí pri prevencii ochorení u detí a dospelých, aj pri ich liečbe. Má tiež názov Cesta (Bays, 2007), ale je o inom.

Múdrosť a telo vo vzťahu k liečeniu

Múdrosť sa v našej psychológii uvádza najčastejšie do súvisu s poznaním sveta, dobra, zmyslu života, zahŕňa súlad mysle a charakteru (Ruisel, 2006). V súčasnosti sa zvýšil záujem o múdrosť pri hľadaní pozitívnych znakov starnutia. Je evidentne nutné nachádzať prístupy k úspešnému starnutiu, navzdory zvyšujúcej sa biologickej zraniteľnosti, ktoré vyžadujú múdrosť. Aký typ múdrosti pri tom môže

byť užitočný? Brezina(2008) analyzuje rozdiely v západnej a východnej koncepcii múdrosti. Konštatuje, že západné chápanie múdrosti zdôrazňuje širokú poznatkovú bázu a expertnosť získanú životnou skúsenosťou. Na východe, v súvise s aplikáciou holistických princípov je múdrosť vnímaná ako cnosť úzko spätá s kontrolou nad vlastným telom. Osobitným cieľom je tu vedomé obsiahnutie telesných procesov, pričom sa uplatňuje jednota kontroly so spontánnosťou. Táto nás zaujíma v súvise so zdravím a liečením.

Inak, verejnosti u nás je známa múdrosť orientálnej medicíny podľa Jonáša (1990), ktorá učí rozumieť tomu, ako jednotlivé časti a orgány tela na seba vplývajú a súvisia s myslením. (Napr. okruh slezina, pankreas a žalúdok ovplyvňuje porozumenie, súcit a dobrú sociálnu orientáciu). Prináša informácie, ktoré vedú ľudí k budovaniu zdravšieho životného štýlu a lepšieho sociálneho fungovania. Vynára sa tu otázka – do akej miery vieme vedome ovplyvniť svoje zdravie a telo. Keď telo dokáže vyrásť z formy dieťaťa na dospelého, dá sa mu pripísať vlastná múdrosť. Ide o proces, o ktorom vieme, že v tele prebieha, ale nemáme možnosť doňho zasahovať. Isté možnosti pre to poskytuje pochopenie fungovania pamäte tela.

Pamäť tela a emócie

Začiatkom deväťdesiatych rokov 20. storočia boli objavené nové typy pamäte –explicitná a implicitná (Rothschild, 2007). Predstavujú dva nezlučiteľné pamäťové systémy. Explicitná pamäť prebieha na úrovni vedomia, súvisí s mysľou a verbálnymi schopnosťami. Implicitná-nedeklaratívna pamäť funguje nevedome, automaticky, bez slov, na úrovni tela. Zrýchlená činnosť srdca, aj napr. zrýchlený dych môžu súvisieť so spontánnym vynorením sa materiálu z implicitnej pamäte. Telesná pamäť sa opiera o komunikačnú sieť nervovej sústavy. Dokážeme vnímať svoje vnútorné pocity, napätie vo svaloch, bolesť. Vnútorné vnímanie nám pomáha identifikovať a pomenovať emócie. Podľa Rothschildovej každá základná emócia – strach, hnev, smútok, či radosť – je sprevádzaná určitým množstvom oddelených telesných pocitov, stimulovaných presne vymedzenou aktivitou mozgu. Aj keď sú emócie pomenované našou mysľou, sú zážitkami nášho tela, súvisia so svalovými kontrakciami. Najznámejšie, uznávané teórie o vzťahu tela a emócií pochádzajú od J.Le Douxa a A. Damasia. Na základe nich sa vyvinuli nové, účinné prístupy k liečeniu nás-

ledkov traumy (keď implicitná a explicitná pamäť nie sú prepojené). V tomto príspevku sa nimi zaoberať nebudeme, aj keď sú blízke a zároveň odlišné s Cestou, o ktorú nám ďalej ide.

Cesta Brandon Bays a múdrosť tela

Terapeutka B. Bays (2007) vyvinula Cestu po vyliečení svojho rakovinového nádoru. Poznala múdrosť tela a žasla nad tým, ako rýchle dokáže organizmus regenerovať bunky. Ale k pochopeniu toho, prečo sa nedokážu obnoviť bunky napadnuté rakovinou neprišla sama. Objasnil jej to v prednáške D. Chopra – že vo vnútri buniek sú uschované staré spomienky, ktoré môžu spôsobiť degeneratívne ochorenie vo všetkých bunkách. Ako náhle chorá bunka zomrie, odovzdá svoju pamäť ďalšej, vznikajúcej bunke a tak ochorenie pokračuje. Prirovnal ľudské telo k počítaču (Bays, s. 54) a prehlásil, že jeho „naprogramovanie" možno prerušiť. Keď sa to podarí, vznikne možnosť uzdraviť sa. Ak by sme chceli prerušiť naprogramovanie, odkryť bunkové spomienky a zbaviť sa ich, museli by sme sa dostať do kontaktu s rovnakou časťou svojej bytosti, ktorá vytvorila pôvodné naprogramovanie – teda s nekonečnou inteligenciou a múdrosťou tela. Chopra konštatoval, že ľudia, ktorí zistili ako sa dostať do kontaktu s múdrosťou tela, dokázali nájsť tú „medzierku", mohli prežiť svoju chorobu. Podľa jeho pozorovania sa to týmto ľuďom podarilo zakaždým inak, ale usúdil, že túto možnosť má každý na základe tzv. kvantovej teórie. Nedal však ľuďom konkrétne rady, to dokázala až Baysová na základe svojich priamych skúseností. Uvedomila si, že nestačí hovoriť o nekonečnej inteligencii, človek ju musí zažiť. Zistila, že múdrosť tela a pamäť bunky súvisia s emocionálnymi problémami. Naučila sa neutekať pred svojimi emóciami, ale dostať sa k ich k jadru a precítiť v ňom pokoj. Pochopila, že k uzdraveniu príde vtedy, keď svoje emocionálne problémy rieši človek na *najhlbšej úrovni* vedomia seba samého. Postupne sa jej podarilo vypracovať program Cesta, do ktorého preniesla svoje skúsenosti a podáva ich vo forme zrozumiteľnej pre verejnosť.

Stručne k obsahu Cesty BB

Program bol nedávno publikovaný v českom jazyku (Bays, 2007), delí sa na dve časti – Emocionálnu cestu a Fyzickú cestu.

Na Emocionálnej ceste sa klient venuje svojim pocitom a prechádza tzv. emocionálnymi vrstvami. Na pocit sa plne sústreďuje, prežíva

a vystupňuje ho, ale nezotrváva v ňom. Vrstvami sa prechádza dovtedy, kým sa klient dostane k zážitku pokoja a mieru. V tomto postupe nachádzame *kombináciu kontroly so spontánnosťou,* ktorú sme spomínali v prvej časti príspevku. Ďalšími krokmi Emocionálnej cesty sa klient dostáva k získaniu nadhľadu na svoje pocity, uvedomeniu si svojej pozície v minulosti a pochopeniu konania druhých ľudí. Na základe toho dospieva k integrácii svojej budúcnosti a regulácii emócií.

Na Fyzickej ceste vedie klienta múdrosť jeho tela, prechádza procesom objavovania svojich pocitov súvisiacich s jednotlivými orgánmi, svalmi. Odkrývajú sa spomienky, ktoré sa v priebehu Fyzickej cesty menia za pomoci podporných prostriedkov. Celý proces prebieha v atmosfére bezpodmienečnej lásky a prijatia. Dochádza k spontánnemu liečeniu chorých častí tela.

Súčasnosť a perspektívy

Účinnosť tejto Cesty overili tisícky ľudí v rôznych krajinách. B.Baysová so spolupracovníkmi usporadúva v súčasnosti školiace semináre na celom svete. Konal sa aj v Prahe intenzívny kurz Cesty vedený Simone Weiss, jej žiačkou. V zahraničí možno absolvovať aj longitudinálny výcvik. Napriek tomu, že tu nemáme kvalifikovaných trénerov, na základe poznatkov z publikácií považujeme Cestu za veľkú výzvu a inšpiráciu aj pre nás.

Knižne vyšla aj Cesta pre deti (2007), ktorá sa stretla so značným ohlasom na školách v Afrike. Pre využitie Cesty u menších detí v našich podmienkach navrhujeme úpravu slovníka a jej prípadné overovanie na malých vzorkách za spolupráce psychológov s lekármi a špeciálnymi pedagógmi.

Literatúra:

Bays, B.: Cesta. Eminent, Praha, 2007, ISBN 978-80-7281-300-1

Bays, B.: Cesta pro děti. Praha, Eminent, 2007, ISBN 978-80- 7281-301-8

Brezina, I.: Kontúry východnej múdrosti, in I.Ruisel a kol.: Myslenie- osobnosť- múdrosť, Bratislava, ÚEPsSAV, 2008, ISBN 978-80-88910-25-1

Diešková, V.: Rozvíjanie sociálnej kompetencie detí predškolského veku z detských domov. Záverečná správa, VÚDPaP, Bratislava, 1986

Diešková,V.: Rozvíjanie spôsobilosti riešenia problémových situácií u detí predškolského veku s ohrozeným sociálnym vývinom. PUMB, Bratislava, 1991

Machač, M.,Machačová, H., Hoskovec J.: Emoce a výkonnost. Praha, SPN, 1985

Matula, Š.: Dobrodružná cesta výchovy. VÚDPaP, Bratislava, 2001, ISBN 80-967423-2-9

Jonáš, J.: Křížovka života. Ústí nad Labem, Dialog. 1990, ISBN 80-85194-00-7
Ruisel, I.: Múdrosť na počiatku 3. tisícročia, in Múdrosť-inteligencia-osobnosť, Bratislava, ÚEPsSAV, 2006, ISBN 80-88910-19-6
Rothschild, B.: Pamäť tela. Humenné, Pro familia, 2007, ISBN 978-80-967964-5-8
Zelina,M., Uhereková: Ako byť sám sebou. *Program Cesty*, OG- Vydavateľstvo Poľana, s.r.o.,2002, ISBN 80-89002-57-9

Kľúčové slová: emócie, múdrosť tela, pamäť, zdravie, liečenie, vedomie, Cesta.

SYNDRÓM VYHORENIA A ZDRAVOTNÉ RIZIKO

Dušan Selko
NÚSCH, a.s., Bratislava

Abstrakt: *Téme syndrómu vyhorenia (ďalej BO) je v ostatných troch desaťročiach venovaná cyklicky veľká pozornosť. Prevažná väčšina štúdií sa orientuje na emocionálne prežívanie a na dopad BO na psychiku človeka, väčšinou v súvislosti s náročnými situáciami v intenzívnej medicíne a u pomáhajúcich profesií. Pribúdajú štúdie, zaoberajúce sa problematikou vplyvu najmä pracovného stresu na BO i mimo pomáhajúcich profesií, na zdravotný stav, pozornosť sa venuje medzipohlavným rozdielom v reakcii na stres. V prvej časti príspevku je prehľad z výberu aktuálnych dostupných literárnych zdrojov, pojednávajúcich najmä o fyziologickej odozve stresu a vplyvu BO na zdravotný stav organizmu. V druhej časti práce autor prezentuje výsledky psychologickej štúdie, použitej z nepublikovaných materiálov pre výskumný grant ÚEE SAV v Bratislave. Autor nebol členom výskumného tímu.*

Úvod

Problematika BO zaujíma výskumníkov od 80-tych rokov minulého storočia, pôvodný dôraz na psychologický a emocionálny dopad BO na človeka sa prenáša do oblasti sledovania vplyvu BO na zdravotný stav, na pracovnú výkonnosť a ekonomické dopady nielen čo sa týka pomáhajúcich profesií, ale vzťahu človek – pracovná záťaž všeobecne. Syndróm BO je postupne sa vyvíjajúci syndróm, spôsobený prolongovaným stresom v práci. Pretrvávajúce pracovné napätie vedie k absenciám v práci a pravdepodobne spôsobuje deterioráciu zdravia v zmysle somatického ochorenia.

Z plejády našich – československých výskumníkov zaoberajúcich sa BO z psychologického hľadiska problematiku najucelenejšie, prehľadne vo svojich prácach prezentovali Kebza a Šolcová (1998, 2008).

Na význam vplyvu profesionálneho stresu na zdravie v dôsledku nerovnováhy medzi kapacitou jedinca a požadovaným výkonom z hľadiska pracovného lekárstva upozorňujú z našich autorov napr. *Buchancová a spol.* Za významný považujeme fakt, že profesionálny stres, syndróm profesionálneho vyhorenia, karoši a infarkty myokardu ako pracovné úrazy sa stali zaujímavými ako objekt seriózneho výskumu, ale najmä v súvislosti s možným finančným odškodnením (*Buchancová a spol.,2001).*

Mechanizmus pôsobenia syndrómu vyhorenia na zdravotný stav sa vysvetľuje 3 spôsobmi:

1. výskumy potvrdzujú, že BO ovplyvňuje fyziologické funkcie, ktoré sa môžu zmeniť vo fyzické ochorenie, prinajmenšom zvyšujú riziko ochorenia (napr. kardiovaskulárne riziko (Melamed et al.1992,2006 a i). 2. BO cez poškodenie psychickej výkonnosti a kapacity podávať výkon vytvára problémy v sociálnych vzťahoch, čím môže ovplyvniť psychické aj fyzické zdravie; 3. BO zapríčiňuje zhoršenie životného štýlu, najmä zvýšený konzum alkoholu a fajčenie čím zvyšuje ďalšiu chorobnosť (Schaufeli et al.1998). Vo viacerých výskumoch sa BO asocioval so zhoršeným duševným zdravím a etiologicky odlišoval od depresie (Schaufeli et al.2001). S odstupom vyše dvoch desaťročí sa javí ako nosný a vhodný koncept syndrómu vitálneho vyčerpania Ad Appelsa, už v r.1988 upozornil na význam chronickej únavy a vitálneho vyčerpania vo vzťahu k AIM, neskôr k BO (1988, 1991, 1998).

Pracovná záťaž a pracovné úrazy

Pracovná záťaž, absencie v práci a následnú chorobnosť v dôsledku vyhorenia sledoval tím fínskych výskumníkov u 3895 pracovníkov, (paradoxne) v drevárskom priemysle. Zvýšené skóre v dotazníku MBI predikovalo absencie v práci v dôsledku zdravotných problémov – duševných aj telesných. Išlo predovšetkým o ochorenia kardiovaskulárne, respiračné a muskuloskeletálne. Čo sa týka samostatných komponentov syndrómu vyhorenia meraných MBI, emočné vyčerpanie (EE) – sa spájalo s kardiovaskulárnou chorobnosťou a nešpecifickými telesnými a mentálnymi symptómami. Cynizmus sa viazal na poruchy, problémy tráviaceho systému. Autori vo svojich záveroch zdôrazňujú význam prevencie syndrómu burnout z hľadiska absencií, ekonomického dopadu na pracovnú kariéru a zdravotnú starostlivosť (*Toppinen-Tanner et al., 2005*).

Pracovná záťaž a KVO

Väänänen so spolupracovníkmi sledovali v priebehu 18 rokov (v období rokov 1986 – 2004) kardiovaskulárne riziko v súbore 7663 zamestnancov lesného priemyslu v privátnom sektore vo Fínsku, ktorí boli bez pozitívnej anamnézy KVO. Nízka možnosť predvídať, resp. strata možnosti predvídať v práci zvyšovala riziko akútneho infarktu myokardu (AIM), významné bolo riziko najmä medzi zamestnancami vo veku 45 – 54 rokov. (*Väänänen et al., 2008).*

Komponenty kontroly pracovného prostredia boli zamerané na možnosť rozhodovať, využívať svoje zručnosti, možnosť predvídať. Podľa autorov nízka prediktabilita v práci je významnou zložkou kontroly práce, zvyšuje napätie s stres, v dlhodobom horizonte tiež riziko rozvoja AIM, najmä u zamestnancov v strednom veku (*Väänänen et al., 2008)*.

Fyziologické rozdiely medzi BO a zdravými

Fyziologické rozdiely medzi BO a zdravými sledovali holandskí výskumníci z univerzity v Amsterdame (*De Vente a spol., 2003).* Porovnávali závažnosť BO z hľadiska efektívnosti práce a z hľadiska zdravotného stavu. Sledovali syndróm chronickej únavy a prítomnosť posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD).

Porovnávali jedincov s diagnostikovaným syndrómom vyhorenia a zdravých jedincov (v súbore mali 22 BO + 23 zdravých jedincov). Sledovali systolický a diastolický tlak krvi (S/DTK), pulzovú frekvencii (PF), a slinný kortizol (SC) počas modelovej záťaže, ktorú predstavovala mentálna aritmetika (MA) a verejný prejav. Fyziologickú odpoveď organizmu sledovali z hľadiska regulácie stresovej odpovede na sympateticko-adreno-medulárnu reaktivitu (SAM) a – hypotalamicko-pituitárno-adrenálnu reaktivitu (HPA). V ich súbore jedinci s diagnostikovaným BO mali vyššie pokojové hodnoty PF. SC bol zvýšený v priebehu 1. hodiny po zobudení; TK v pokoji bol bez diferencií.

1.Fyziologická reaktivita SAM a HPA je u jedincov s BO narušená 2. Zvýšená pulzová frekvencia a vyššie ranné hladiny kortizolu svedčia na pretrvávajúcu aktivitu u jedincov s BO; 3. Záťaž sa prezentuje vo fyziologickej odpovedi organizmu (*De Vente a spol., 2003)*.

Na základe štúdia syndrómu BO výskumný tím okolo Melameda a spol. rozlišujú fázy syndrómu vyhorenia:

1. „Tense burnout" – sympatetické/sympatikové pretrénovanie
2. „Listless burnout" – parasympatikové pretrénovanie (*Melamed et al.,1999).* Toto delenie má aj svoje merateľné, fyziologické koreláty.

Zanstra a kol. sledovali fyziologickú reaktivitu jedincov s BO a zdravých. V ich štúdii jedinci s BO museli pri rovnakom výkone vynaložiť vyššie úsilie ako zdraví jedinci. Po výkone u jedincov s BO nedochádzalo k fyziologickej rovnováhe. Zdraví a jedinci s BO sa líšili v sympateticko-vagálnej reaktivite (*Zanstra et al., 2006).*

Pracovná záťaž, BO a kortizol

Ďalšia línia štúdia pôsobenia stresu na BO, orientujúca na možnosti exaktnej a objektívnej verifikácie pracovnej záťaže a fyziologickej odpovede poskytuje meranie hodnôt kortizolu. Kortizol predstavuje hlavný glukokortikoid u človeka. Bazálne hodnoty majú charakteristický denný rytmus, je endogénne riadený. Vylučovanie prebieha v niekoľkých sekrečných epizódach počas dňa. Pulzová amplitúda je najvyššia v ranných hodinách, má vysokú intraindividuálnu stabilitu v rytme. Zvýšené množstvo kortizolu sa tvorí pod vplyvom stresových stimulov v priebehu denných aktivít (Vigaš 1985; Vigaš, Ježová 1996, Vízi 2002).

Zo zaujímavých štúdií zaoberajúcich sa touto problematikou uvediem niektoré:

Učitelia v strese mali vyššie hladiny kortizolu najmä ráno; ranné hodnoty mali vyššie ženy, muži popoludňajšie. Hnev sa podieľal na zvýšení hladiny hormónu *(Steptoe a spol., 2000,2004).* Ranné hladiny kortizolu mali vplyv na exkréciu adrenalínu u smetiarov *(Slutier a spol., 2000).* Sekrécia kortizolu u policajtov bola závislá viac na očakávaní stresovej situácie, než na jej samotnom priebehu *(Piercecchi-Marti a spol., 1999)*.

U hudobníkov komorného orchestra napriek subjektívne pociťovanému napätiu neboli zaznamenané zvýšené hodnoty počas koncertu (*Ježová a spol.,1992).*

Zvýšená fyziologická odpoveď na pracovnú záťaž u sestier sa potvrdila vo viacerých štúdiách: hodnoty TK a kortizolu – boli zvýšené aj po odchode z pracoviska. Podľa autorov zvýšená fyziologická odpoveď organizmu na záťaž môže byť dôvodom zvýšeného rizika zdravotného poškodenia v náročných povolaniach (*Fox a spol., 1993, Parker a spol.1995).* U sestier počas pracovného dňa sa nezistili roz-

diely v urinárnom kortizole, vydaté ženy mali celkovo vyššie hladiny v priebehu noci i dňa (*Goldstein a spol., 1999).* Absencie v dôsledku zdravotnej nepohody u sestier v dôsledku straty osobnej výkonnosti, emočného vyčerpania boli u sestier viac viazané na absencie v dôsledku mentálnej nepohody. Emočné vyčerpanie predikovalo dlhšiu absenciu v nemocnici (Parker a spol.,1995).

Stres u chirurgov sa viazal na úzkosti spojené so zásahom do osobného života, nadmernú/zbytočnú administratívu a počet klientov na klinike (*Green a spol., 1990).*

Salivárny kortizol u chirurgov bol vyšší počas pracovného dňa oproti víkendu. Pracovná skúsenosť nemala vplyv na endokrinnu odpoveď (Ježová *a spo.l, 1992).*

BO sa prejavuje zvýšenou hladinou aktivácie organizmu a tým zvýšenou hladinou sekrécie kortizolu v priebehu dňa. Štúdie zaoberajúce sa porovnávaním endokrinnej odpovede organizmu u BO a depresií na druhej strane nie sú jednoznačné a konzistentné. Vyššie hladiny kortizolu vykazovali jedinci s depresiou ako s BO (Kebza, Šolcová 2008.)

Výskumná časť

Autor, hoci nebol členom výskumného tímu, ani riešiteľom grantovej výskumnej úlohy sa zúčastnil angažovania pokusných osôb – zdravotníkov, mladých chirurgov na klinike srdcovej chirurgie (v čase realizácie výskumu – SÚSCH) a sestier na jednotke intenzívnej starostlivosti v DKC v r. 2002. V súbore 30 zdravotníkov bolo 11 lekárov – mužov a 19 sestier – žien. Podľa základných údajov je zrejmé, že ide o súbor nekonzistentný, neštandardný. Základná charakteristika súboru je v tabuľke č. 1:

Súbor	Muži	Ženy	Spolu	
N	11	19	30	
Priemerný vek	34,3	24,5	29,4	
Prax v odbore	9,6	5,4	7,5	
Slobodní	1	14	15	
Vydaté/ženatí	8	5	13	
Rozvedení	2	–	2	

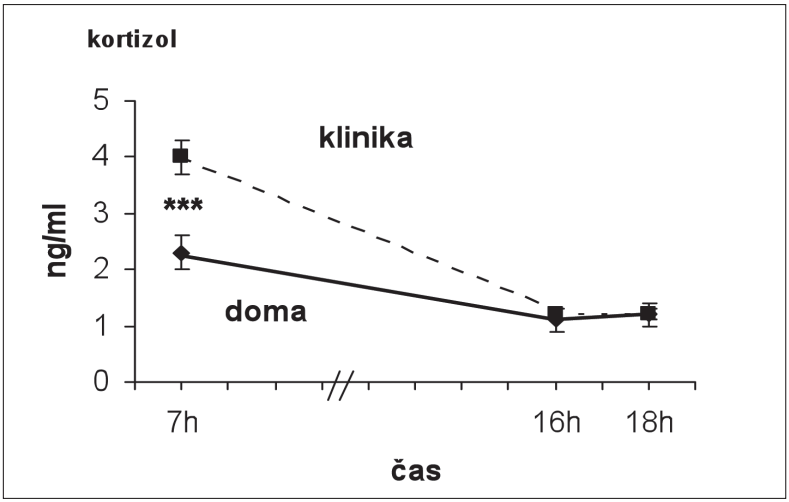
Metódy

Analýza cirkadiálnych hladín slinného kortizolu v čase očakávaného náročného pracovného dňa a v čase odpočinku mala pomôcť verifikovať pracovnú záťaž u skupiny zdravotníkov.

Dobrovoľníci – pokusné osoby dávali k analýze 3 vzorky slín v priebehu náročného pracovného dňa (7.oo hod, 16.oo hod a 18.oo hod) a tak isto v priebehu dňa pracovného voľna – tu to bola konkrétne sobota. Protokol bol zostavený prof. Ježovou a slinný kortizol bol analyzovaný v laboratóriu ÚEE SAV v rámci ich výskumných úloh).

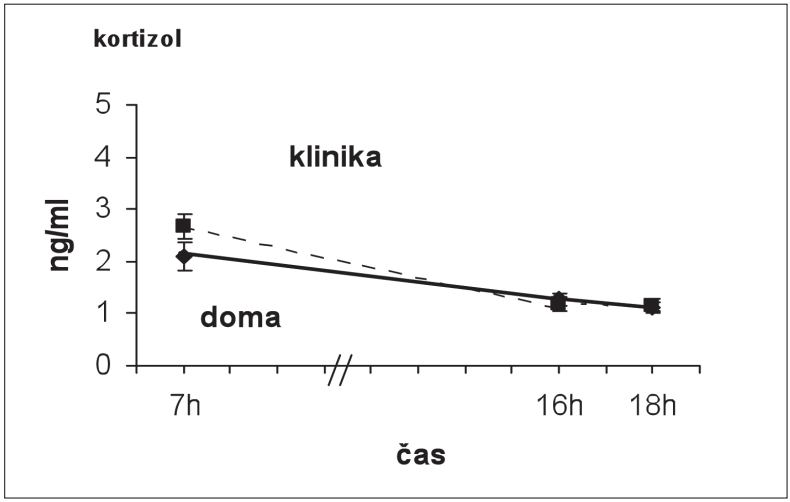
Na súbore dobrovoľníkov boli použité dotazníky na meranie životného štýlu (zostavený autorom); skríningový dotazník na meranie kvality života QL WHO/EURO 98; Maschalchovej dotazník na meranie BO MBI – 22 položková verzia použitá doc. Kebzom v medzinárodnej štúdii SZU Praha; z dotazníka na meranie hostility od R.Williamsa – DHW; škál na posudzovanie A typu správania (riadený rozhovor a modifikácia Bortnerovej škály), miera prežívaného stresu sa snímala autorom vyvinutou sebahodnotiacou škálou.

Obr. 1 **Hladiny slinného kortizolu u zdravotných sestier merané počas práce a v čase pracovného voľna v intervaloch: 7,00, 16,00 a 18,00h; (n=19). Hladiny kortizolu boli signifikantne vyššie na pracovisku ako doma, konkrétne ráno, *** p<0.001.**



Výsledky z porovnania hladín slinného kortizolu u sestier a lekárov – chirurgov v čase náročného pracovného dňa a v čase odpočinku, boli použité z materiálov inej práce (Vízi,2002).

Obr. 2 **Hladiny slinného kortizolu u chirurgov namerané počas práce a v čase pracovného voľna o 7,00, 16,00 a 18,00h; (n=11). Výsledky vyjadrujú priemery ± SEM; nezistili sa signifikantné rozdiely v hladine kortizolu v sledovaných podmienkach.**



Slinný kortizol u mladých chirurgov nediferencoval v pracovných dňoch a v deň voľna (Vízi 2002).

Výsledky

Hodnoty získané v dotazníku MBI sú v tab. č. 2:

MBI	EE1 *17*	EE2 *25*	DP1 *5*	DP2 *6*	PA1 *33*	PA2 *36*
Lekári	19,1	31	8	14,5	20,6	22,7
Sestry	23,6	39	3,3	7,2	21,8	18,4

V hornom riadku tabuľky indexy predstavujú hraničné hodnoty pri jednotlivých subškálach MBI. Na škálach emočnej vyčerpanosti a depersonalizácie alebo cynizmu (frekvencia aj intenzita) obe skupi-

ny mali diagnosticky zvýšené hodnoty svedčiace na BO; v škále osobnej výkonnosti boli hodnoty nenasvedčujúce na BO. Vysoké skóre cynizmu svedčiace na syndróm hostility sa v oboch skupinách potvrdili aj v dotazníku DHW od R. Williamsa, sú uvedené v tabuľke č. 3.

DHW	muži	ženy	Hraničné hodnoty
cynizmus	8,1	7,3	3/6
hnev	4,9	7,2	3/6
agresivita	7,2	6,7	3/6
Hostilita spolu	20,2	21,2	10

Lekári boli cynickejší a agresívnejší ako sestry, sestry vykazovali vyššie hodnoty hnevu. Celkové hodnoty hostility u žien boli vyššie ako u mužov, v oboch skupinách Williamsov syndróm hostility bol významne vyšší ako napr. u pacientov po CABG (Selko a spol, 2007).

Kvalita života podľa QLWHO: takmer 60 % probandov bolo v pásme svedčiacom na zhoršenú QL, 30% z nich malo hodnoty vyžadujúce odbornú intervenciu.

Z hľadiska posudzovania ATS bolo zastúpenie ATS v súbore až v 90%. Metodologickou „ne/výhodou" bolo, že autor mal možnosť sledovať správanie sa a reakcie účastníkov štúdie pri práci i mimo experimentu v dlhšom časovom období.

Z hľadiska subjektívne prežívaného stresu sa získali nekonzistentné údaje, ktoré však potvrdili, že okrem pracovného stresu veľmi intenzívne vnímajú problémy v osobnom a partnerskom živote, významné z hľadiska ich subjektívneho posudzovania boli ekonomické a sociálne faktory.

Pri kvalitatívnej analýze u sestier zo subjektívne pociťovaných problémov uvediem niektoré:

Docenenie a spokojnosť v práci: pokojné a docenené 37%; čiastočne docenené 53%, nedocenené 10%; Čas strávený na pracovisku – 12,5 hod. Úvahy nad zmenou zamestnania 37 % bolo rozhodnutých/uvažovalo nad zmenou zamestnania, 63% nie;

Pocity po práci: únava a vyčerpanie – 63%, konečne to mám za sebou – 27% , úľavu a spokojnosť prežívalo len 10% z respondentiek. Len 22 % sestier malo čas/podmienky na regeneráciu síl po práci, 58 %

malo čas a podmienky niekedy, 20 % uvádzalo, že nemali podmienky. Pohyb a cvičenie ako súčasť regenerácie a zdravého spôsobu života: pravidelne sa venovalo cvičeniu len 10%; občas cvičilo 48%; 42% sa nevenovalo pohybovej aktivite; fajčilo podstatne viac žien – 42,5% ako mužov – 25 %.

Diskusia

Súbor pokusných osôb, hoci z metodologického hľadiska bol nevyvážený a nehomogénny, predstavuje „reprezentatívnu" vzorku špecializovaných zdravotníckych zariadení v Bratislave a na Slovensku. Boli to mladí, ambiciózni, zdraví, profesionálne úspešní jedinci. V kuloároch diskutované napätie a nespokojnosť, napäté pracovné a medziľudské vzťahy, ktorým sa nevenovala pozornosť, sa verifikovali ako na fyziologickej, tak psychologickej úrovni.

Rozdielne hodnoty slinného kortizolu počas záťaže a v čase pracovného voľna boli sklamaním pre riešiteľov fyziologicky orientovanej grantovej a diplomovej úlohy, v kontexte získaných psychologických profilov a znalosti pracovného koloritu oboch pracovísk boli interpretovateľné v súlade s poznatkami zahraničných štúdií. V sledovanom období obe pracoviská prechádzali závažnými organizačnými zmenami, ktoré postihli ako lekárov, tak sestry. Organizácia práce chirurgov, resp. lekárov intenzívnej starostlivosti vylučovala možnosť skutočne relaxovať v čase pracovného voľna (nutnosť byť pod telefónom napriek tomu, že nemali službu, nutnosť ísť na pracovisko v čase osobného voľna, jednalo sa o mladých ľudí, ktorí mali vážne problémy v osobnom živote, resp. boli pod neustálym pracovným aj mimopracovným stresom). Sestry väčšinou s ukončením pracovnej doby dokázali sa venovať voľnočasovým a osobným aktivitám efektívnejšie ako lekári – muži.

Vysoké hodnoty hostility by mohli vyvolávať pochybnosti o validite použitých techník. Autor je toho názoru, že v BO práve hostilita významnejšie ako emočné vyčerpanie, zvyšuje riziko somatického zlyhania, ale aj rizikového správania sa postihnutého. Sestra a lekár má rozdielnu organizáciu práce a pracovné kompetencie: charakter práce sestry na JIS neumožňoval opustiť priestor tak variabilne, ako u lekára. Paradoxné je, že napriek vysokým hodnotám svedčiacim na syndróm vyhorenia išlo o výkonných zdravotníckych pracovníkov v atraktívnom zaradení schopných podávať kvalitné výkony. Výsled-

ky poskytli (deformovaný) aktuálny obraz slovenského zdravotníka: schopný podávať výkon, ale emočne vyčerpaný, cynický, nahnevaný až zlostný, hostilný. Tieto emočné charakteristiky môžu viesť ako k poškodeniu zvereného pacienta, jeho iatropatogénii, ale aj k zhoršeniu interpersonálnych vzťahov a poškodeniu zdravia konkrétnych zdravotníkov.

Medzi subjektívnym hodnotením aktuálneho stavu, fyziologickou reaktivitou a výsledkami psychologického vyšetrenia a subjektívnym hodnotením zdravia a správaním sa sledovaných osôb bola čiastočná zhoda aj diskrepancia. Zdravotníci veľmi často podliehajú falošnej predstave o svojich vedomostiach o strese. Podceňujú varovné signály, ktoré vysiela najmä kardiovaskulárny systém, poukazujúce na zvýšenú hladinu stresu na nedostatočnú regeneráciu. Vzhľadom k prefeminizovaniu zdravotníctva sa natíska do popredia potreba diferencovaného náhľadu na rodové rozdiely v odpovedi na záťaž a stres. Kardiovaskulárna a fyziologická odpoveď ženského a mužského organizmu na záťaž je rozdielna: ženy reagujú zvýšenou pokojovou pulzovou frekvenciou, stratou menzes, muži vzostupom TK, najmä DTK, poklesom libida.

Mechanizmus pôsobenia syndrómu vyhorenia na zdravotný stav tak ako bolo uvedené v úvode tejto práce: aktivácia fyziologických funkcií, ktoré sa môžu zmeniť vo fyzické ochorenie, prinajmenšom zvyšujú riziko ochorenia, napr. kardiovaskulárne riziko (Melamed et al.1992,2006 a i), poškodenie psychickej výkonnosti a kapacity podávať výkon, čo vytvára problémy v sociálnych vzťahoch a môže ovplyvniť psychické aj fyzické zdravie; zhoršenie životného štýlu, najmä zvýšený konzum alkoholu a fajčenie, čím zvyšuje ďalšiu chorobnosť (Schaufeli et al.1998) vyžaduje ďalšie skúmanie. Napriek časovému odstupu sa javí ako aktuálny a nosný koncept syndrómu vitálneho vyčerpania (Appels kol.1988,91,98).

Štúdie zaoberajúce sa porovnávaním endokrinnej odpovede organizmu u BO a depresií nie sú jednoznačné a konzistentné. Vyššie hladiny kortizolu vykazovali jedinci s depresiou ako s BO (Kebza, Šolcová, 2008). K týmto záverom má autor tejto práce skôr rezervovaný postoj. Dynamická interakcia človeka s prostredím, fyziologické, neuroendokrinné a mentálne procesy môžu v časovom kontinuu vyústiť aj v iné rezultáty, než aktuálne experimentálne získané hodnoty. BO môže v dlhodobom kontinuu predstavovať medzistu-

peň, ktorý môže a nemusí vyústiť buď v emočnú, duševnú lebo somatickú poruchu.

O význame zlepšovania tzv. manažérskych a organizačných zručností zdravotníkov v rámci zvládania stresu a prevencie BO niet pochýb. Dôležitá/potrebná je edukácia a sociálno psychologický výcvik a tréning na zvládanie stresu. Vzhľadom k rizikovosti práce zdravotníkov treba zohľadniť psychosociálne determinanty v rovnakej miere ako u bežnej populácie. Zdravotníci ako ostatní zamestnanci, napriek svojmu vzdelaniu a postaveniu nie sú imúnni voči vplyvom pracovnej záťaže. Výrazne znížená kvalita života, a kumulácia behaviorálnych a fyziologických ukazovateľov vyžadujúcich intervenciu nasvedčuje tomu, že aj/najmä na špičkových pracoviskách sa treba venovať dôslednejšie monitorovaniu pracovného rizika a prevencii BO. Aj na základe prezentovaných zistení sa v DKC zahájila edukácia sestier k prevencii BO. Išlo o nácvik zvládania stresu a nácvik komunikačných zručností. Bez iniciatívy a podpory vedúcich pracovníkov akákoľvek behaviorálna intervencia u zdravotníkov nebude úspešná.

Závery

Syndróm BO je postupne sa vyvíjajúci syndróm, spôsobený prolongovaným stresom v práci. Pretrvávajúce pracovné napätie vedie k absenciám v práci a pravdepodobne spôsobuje deterioráciu zdravia v zmysle somatického ochorenia.

Napriek nárastu informácií o syndróme vyhorenia, v praxi sa problematike nevenuje dostatočná pozornosť. Na základe novších štúdií je zrejmé, že BO nie je doménou zdravotníckych a pomáhajúcich profesií. Pracovný stres sám o sebe, ale aj očakávanie záťaže má negatívny dopad na emocionálnu, endokrinnu, somatickú, behaviorálnu a psychosociálnu oblasť jedinca. Riziko somatického zlyhania v dôsledku BO je realitou.

Technikami klinickej psychofyziológie a psychológie zdravia je možno kvantitatívne aj kvalitatívne monitorovanie pracovnej záťaže. Subjektívne vs. objektívne hodnotenie záťaže nemusí byť vždy v súlade. Autor naznačil metodologické, etické a organizačné úskalia podobného „humánneho experimentu“. Vysoké zastúpenie jedincov s BO vyžadujúcich/vhodných na intervenciu je alarmujúce, mali by sa tomu venovať najmä zodpovední vedúci a organizační pracovníci. Motivácia zdravotníkov k aktívnej spolupráci je naďalej sporná. Ne-

dostatočne sa využívajú rezervy v „manažmente“ pracovísk ako zo strany vedúcich pracovníkov, tak samotných postihnutých.

Literatúra:

Appels A., Golombeck B.: Denollets type D personality increases the risk of sudden cardiac death. In: 5th International Congress of Behavioral Medicine, Copenhagen, August, 1998, Abstracts p.2.

Appels A., Mulder P.: Exces fatigue as a precursor of myocardial infarction. European Heart Journal, 1988; 9: 758 -764

Appels A., Schouten E.: Burnout as a risk factor for CHD. Behavior Medicine, 1991; 17:53-59

Buchancová J., Vargová A., Květenský J., Klimentová G.: Profesionálny stres, syndróm z profesionálneho vyhorenia, „karoši“ a infarkty myokardu ako pracovné úrazy. In.: Slovenský lekár, 2001; 7-8; 259-265

De Vente W., Olff M., Van Amsterdam J.G.C., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M.G.: Physiological differences betwen burnout patiens and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol response. In.: Occup Environ Med 2003; 60 (Suppl I) i54-i61

Ježová D., Slezák V., Alexandrová M., Motovská Z., Juránková E, Vigaš M., Černy J.: Professional stress in surgeons and artists as assessed by salivary cortisol. In: Stress: Neuroendocrine and Molecular Approaches, Kvetňanský R, McCarty R., Axelrod J. (eds.), Gordon and Breach, New York, 1992, s. 953-962

Ježová D., Škultétyová I.: Neuroendocrine response in stress– a specific activation by individual stressors. Arch. Physiol. Biochem. 1997;105: 233-237

Kebza V., Šolcová I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Čsl.psychologie, 1998, XLII., 5;429-448

Kebza V., Šolcová I.: Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. Čsl.psychol. 2008;LII: 4, 351-363

Melamed S., Kushnir T., Shirom A: Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med. 1992;18:53-60

Melamed S., Ugarten U., Shirom A. et al.: Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J Psychsom Res., 1999; 46: 591-7

Parker, P.A., Kulik J.A.: Burnout, self – and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses.J Behav Med., 1995;18:581-599

Piercecchi-Marti M.D., Leonetti G., Pelissier A.L., Conrath J., Cianfarani F., Valli M.: Evaluation of biological stress markers in police officers. Med. Law 1999;18: 125-144

Selko D, Bacharova L, Rusnakova V. et al.: Hostility in coronary artery disease patients and health care workers in Slovakia. J Health Org Management, 2007; 21; 1: 79-91

Selko,D., Katina,St., Ježová,D. Vízi,L., Mlynářík M.: Behaviorálne, psychosociálne a endokrínne charakteristiky pracovného stresu u zdravotníkov; Vernířovice 2004

Schaufeli W.B., Bakker A., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A.: On the clinical validity of the Maschlach burnout Inventory and the burnout measure, Psychol.Health 2001;16:565-582

Steptoe A., Cropley M., Griffith J., Kirschbaum C.: Job strain and anger expression predict early morning elevations in salivary cortisol. Psychosomatic Medicine 2000;62: 286-292

Steptoe A., Siegrist J., Kirschbaum C., Marmot M.: Effort-reward imbalance, overcommitmment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. Psychosom Med 2004; 66: 323-329

Toppinen-Tanner S., Ojajärvi A., Väänänen A., Kalimo R., Jäppinen P.: Burnout as a predictor of medically certiied sic-lesve absence and thein diagnose cause. In.: Behavioral Medicine, 2005; 31,1;18-27

Väänänen A., Koskinen A., Joensuu M., Kivimäki M. et.al.: Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: An 18-year prospective study of industrial employees. In.: Amer J Public Heealth, 2008; vol.98;12: 2264-2271
Vigaš M., Ježová D.: Aktivácia neuroendokrinného systému pri zmenách homeostázy v záťažových stavoch. Bratisl. lek. Listy. 1996; 97: 63-71,
Vigaš M.: Neuroendokrinná reakcia v strese u človeka, Veda, Bratislava, 1985
Vízi L., Monček F., Selko D.,Ježová D.: The stress load in nurses as simulated in experimental animals. 78th Physiological days, 1st Multilateral Conference of the Physiologists from Central Europe, Piešťany, February 5-8, 2002
Vízi L.: Hodnotenie stresogénnosti vybraných povolaní u ľudí na základe zmien slivárneho kortizolu a experimentálny model stresu u laboratórnych zvierat. Diplomová práca UK PF, ÚEEE SAV v Bratislave, 2002, 69 s.
Zanstra Y.J., Schellekens J.M.H., Schaap C., Kolostra L.: Vagal and sympateteic aktivity in burnouts during a mentaly demanding workday. In.: Psychosomatic Medicine 2006; 68: 583-590

Dodatok

Prezentovaná práca uverejnená v tejto podobe nebola súčasťou žiadneho výskumného projektu ani grantu. Autor pomáhal výskumnému tímu pri získavaní pokusných osôb. Použité grafy sú uverejnené so súhlasom školiteľky – autorky diplomovej a výskumnej práce.

MOŽNOSTI PREVENCIE SYNDRÓMU VYHORENIA (BURNOUT) V ZDRAVOTNÍCKOM PROSTREDÍ

Ľuboslav Kmeť
Inštitút pre deti, mládež a rodinu, Graz, Rakúsko

Vážené kolegyne a kolegovia, dovoľte mi, aby som môj príspevok na tému prevencia syndrómu vyhorenia v zdravotníckom prostredí začal konkrétnym príkladom z lekárskej praxe jednej lekárky.

„Karin Faßbender chcela ísť zo svojho oddelenia domov už pred dvoma hodinami. Pôvodne mala ostať len do štvrtej popoludní. Nedodržanie jej oficiálneho pracovného času a následne dlhé nadčasy, sa však stali akoby pravidlom. Podobne, ako v iné pracovné dni, je Karin aj dnes na oddelení už od skorých ranných hodín. Obedné prestávky v jej pracovnom rytme nemajú čo robiť. Prinajlepšom párkrát za deň päť minútová prestávka, aby sa nadýchala na malom balkóne aspoň trochu čerstvého vzduchu. Potom pracuje znova ďalej. Keď napokon ukončí svoju prácu a konečne príde domov, nemá vôbec žiadnu chuť na nejaký ten špás. Je potrebné predsa vybaviť došlú poštu, rôzne účty, záležitosti okolo jej pacientov. Čím ďalej, tým väčšia byrokracia jej lezie už poriadne na nervy. Keď je napokon neskoro večer predsa je len so všetkým hotová, je naozaj takpovediac „úplne hotová a grogy", a nemá žiadnu chuť na nejaké súkromné aktivity.

Skôr, ešte skôr predtým, ako to všetko takto začalo, bola veľmi sčítaná. Dnes, dnes zaspí už len pri lektúre obyčajného denníka. Predtým bola činná ako amatérska herečka v jednom ochotníckom divadle a rada navštevovala rozličné zaujímavé prednášky na univerzite. A dnes? Dnes na to jednoducho niet času."[1]

Tento krátky výsek, a zďaleka nie celkom celý, z pracovno-súkromného života bol a je pre mňa častým obrazom, ktorý sa mi vyjavil a vždy vyjavuje, keď počúvam zdravotníkov, či iné osoby činné v tzv. pomáhajúcich povolaniach opisovať ich privátno-pracovný život

[1] Porov. Schönberger, Patient Arzt, 113 (voľný preklad, L.K.)

alebo keď som sa hlbšie zaoberal problematikou záťažových a stresových situácií, ktoré napokon vedú k syndrómu vyhorenia.

Preto som rád, že sa spolu s vami môžem hlbšie zamyslieť nad zdrojmi a príčinami týchto typických záťaží, a na ich základe predovšetkým nad preventívnymi opatreniami, ktoré zamedzia vzniku syndrómu burnout.

Hneď na úvod chcem však kvôli ujasneniu podotknúť, že syndróm vyhorenia vnímam ako proces, a nie ako definitívny stav, ako jeden komplexný syndróm. Jeho vznik podmieňujú rôzne makro, mezo a mikrosociálne záťažové faktory pôsobiace dlhšie časové obdobie.[2] Tieto majú svoj pôvod jednak v osobnostnej štruktúre, v kvalite pracovných podmienok, ale aj spoločenských vplyvoch a zmenách ako takých. A ak k tomu prispeje aj určitá osobná predisponovanosť a ak nie sú naporúdzi tzv. protektívne faktory, sú to práve ony, ktoré zapríčiňujú úplné pracovné vyťaženie až vyčerpanie všetkých salutorov.[3]

Ohrozenosť týmto fenoménom možno zistiť na základe vysokej úrovne prežívania straty kontroly, straty zmyslu, emocionálneho vyčerpania, v postoji utiahnutosti vo sfére sociálnych vzťahov, a napokon znížení osobného výkonu (ABEL, Jimenéz 2003).

Na podklade týchto poznatkov a dimenzii syndrómu burnout sa vám budem snažiť v mojej prednáške priblížiť aspoň niektoré, azda hlavné príčiny, predovšetkým **nie tak s dôrazom na osobnostné atribúty ako skôr na pracovné podmienky**, a navrhnem z tohto hľadiska aspoň niektoré preventívne aspekty na zamedzenie burnout, a to hlavne u zdravotníckeho personálu v nemocničnom prostredí.

Moju prednášku si preto dovolím členiť na základe tejto schémy: analýza – diagnóza – prognóza. Pre prvé dva body, pre analýzu a následnú diagnózu, mi poslúžia výsledky rôznych empirických štúdií, prevažne z nemecky hovoriacich krajín.

Budem však rád, ak v následnej diskusii dôjde z vašej strany k diskusii, pretože by som nerád moje tvrdenia nekriticky zovšeobecňoval bez ohľadu na určité špecifiká, ktoré možno postulovať z národných, sociálnych a ekonomických, či kultúrnych rozdielov.[4]

[2]Petzold, Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstreß – Ursache und Strategien des „debriefings" – Maligner Bunout in helfender Berufen, 2-3.
[3]Petzold, Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstreß – Ursache und Strategien des „debriefings" – Maligner Bunout in helfender Berufen, 2-3
[4]Burnout und Arbeitszeit: Eine internetbasierte Umfrage unter deutschen

Záťaže a stresory

Na základe výsledkov štúdie medzi berlínskymi lekárkami a lekármi (N=1704) možno zarátať medzi tzv. patogénne a záťažové faktory pracovnú záťaž spôsobenú predovšetkým vysokým počtom nadčasov a nadpriemerným pracovným časom,[5] ktorá negatívne ovplyvňuje kvalitu života. Pracovné zaťaženie, ako aj záťaž z dôvodu vysokého pracovného času, úzko súvisia predovšetkým s prežívaním emocionálneho vyčerpania. Pod pojmom pracovná záťaž myslia opýtaní lekári predovšetkým nedostatok času, časovú tieseň a mnoho administratívnych záležitostí.[6] Predovšetkým však v tomto zmysle pracovná záťaž s ohľadom na dlhú pracovnú dobu, na nadčasy pôsobí veľmi zaťažujúco a negatívne nielen na zdravie, ale aj na privátny a sociálny život. Opýtaní lekári (74 až 90 %) uvádzajú, že toto pracovné vyťaženie ovplyvňuje negatívne sociálne kontakty, rodinný a súkromný život, čo neraz zapríčiňuje mnoho kríz.[7]

Nadčasy, ako jeden z primárnych záťažových faktorov potvrdili výsledky aj internetovej štúdie taktiež medzi nemeckými lekármi (N=195).[8] Ďalším záťažovým faktorom, blízkym tejto problematike je časová tieseň, ktorá je problémom aj švajčiarskych lekárov.[9] Časová tieseň ako závažný zaťažujúci faktor tejto profesie bola však dokázaná aj v iných štúdiách (Güntert, Orendi & Weyermann 1991) ako aj Schlüter (1992).[10]

Ďalším dôležitým faktorom, ktorý je taktiež vnímaný ako negatívum podieľajúce sa na možnom vzniku burnout je nízke prežívanie autonómie v pracovnom procese.[11] To, že malý priestor slobodného konania, realizovania sa v pracovnom procese je živnou pôdou pre vznik syndrómu vyhorenia, potvrdzujú výsledky štúdie realizovanej

[5]Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 79
Krankenhausärzten, v http://www.psychologensuche.de/uploads/media/marburgerbundrw.pdf, 25.04.2009.
[6]Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 89.
[7]Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 90
[8]Porov. Burnout und Arbeitszeit: Eine internetbasierte Umfrage unter deutschen Krankenhausärzten, v http://www.psychologensuche.de/uploads/media/marburgerbundrw.pdf, 25.04.2009.
[9]Porov. Liechti, Extrinsische Stressoren von Leitenden Ärzten und Chefarztstellvertretern in öffentlichen Allgemeinspitälern der Grundversorgung der Deutschschweiz vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, 68.
[10]Porov. Moosler, Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegerpersonal, 17.
[11] Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 81.

Areisom a Zuppigerom medzi 612 zdravotnými sestrami vo Švajčiarsku v roku 1992.[12] Podľa Schaufeli (1990) koreluje práve faktor nedostatku v oblasti možnosti slobodnej voľby, realizácie obzvlášť vysoko s fenoménom burnout.[13] Celkovo možno povedať, že autoritatívne prostredie, v zmysle prehnanej disciplíny a podriaďovania sa, pôsobí negatívne na zdravie a rozhodne zvyšuje výskyt sťažností.[14] Autonómia v oblasti pracovnej činnosti predstavuje možnosť pre pracovníka určiť si vlastné pracovné tempo, jeho povahu, ale aj podmienky. Výsledky rôznych výskumov jasne dokazujú, že kombinácia vysokých nárokov s nízkou autonómiou v pracovnej činnosti ohrozuje zdravie pracovníka a podmieňuje vznik syndrómu vyhorenia.[15]

Treťou oblasťou, mnou uvedenou ako poslednou, avšak v reťazci záťaží zďaleka nie ostatnou spomedzi záťažových faktorov, je oblasť sociálnej podpory, tímovej spolupráce a dostatočného uznania za vykonanú prácu. Totiž chýbajúca sociálna podpora na pracovisku, nespokojnosť s pracovným kolektívom a vedením, slabá úroveň komunikácie v kolektíve, nízke ocenenie, či ohodnotenie pracovného výkonu zo strany nadriadených, ako aj zo strany pacientov, mobing a nezdravá konkurencia a pocit neuznania v práci pôsobia veľmi stresujúco.[16]

Ďalšie záťažové faktory len heslovite:

- konfrontácia s rozmanitými životnými osudmi a priamy stret so smrťou človeka[17]
- terapeutické úspechy či neúspechy, ktoré je len ťažko predpovedať[18]
- nesúlad medzi očakávaním a reálnou pracovnou situáciou (Heck & Ehle, 1990, N=203, zdr. sestry)[19]

[12] Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 11.
[13] Porov. Moosler, Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegerpersonal, 17-18).
[14] Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 89.
[15] Porov. Kupka, Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření, 28.
[16] Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 79 a 89-90; porov. Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 11.
[17] Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 90.
[18] Porov. Stern, Ende eines Traumberufs, 90.
[19] Porov. Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 11.

- telesná záťaž pri výkone povolania (Heck & Ehle, 1990, N=203, zdr. sestry)[20]
- príliš veľa činností, ktoré nesúvisia s profesiou zdr. sestry (Heck & Ehle, 1990, N=203, zdr. sestry)[21]
- konflikty medzi opatrovateľmi a lekármi a nedostatočné finančné ohodnotenie (Herschbach, 1991, N=891, Nemecko, lekári a opatrovatelia)[22]
- starostlivosť o tzv. problematických pacientov (Moosler, 2005, N=51, južné Bavorsko, nemocničný opatrovateľský personál)[23]

Preventívne návrhy na zamedzenie vzniku syndrómu burnout

Pri pohľade na citované záťažové oblasti, sa nám automaticky núka cela plejáda preventívnych opatrení.

Pracovné podmienky

- rozdelenie pracovnej záťaže rovnakým dielom
- dať „zelenú" individuálnym ídeám
- job-rotácia, pokiaľ to pracovníci skutočne chcú
- väčší a pestrejší kontakt s pacientmi, nie čo sa týka kvantity, ale kvality (riziko, že zdravotná sestra sa emocionálne vyčerpá, či začne trpieť pocitom vnútornej vyprázdnenosti je 2 až 3-krát vyššie, pokiaľ jej úlohou je opatrovať namiesto 4 pacientov až 8 pacientov; pridelenie každého ďalšieho pacienta zvyšuje riziko burnout o 23 %, pričom treba hneď podotknúť, že tu zákonite vzniká aj vyššie riziko úmrtnosti pacientov. Pokiaľ totiž zdravotná sestra má v pracovnej úlohe starostlivosť nie o štyroch, ale napr. o 6, či 8 pacientov, zvyšuje sa tu riziko úmrtnosti pacientov v priebehu nasledovných 30-tich dní o 14 príp. 31 %)[25]
- rozdelenie nechcených úloh medzi viaceré osoby

[20] Porov. Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 10-11.
[21] Porov. Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 10-11.
[22] Porov. Rave, Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, 11.
[23] Porov. Moosler, Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegerpersonal, 17.
[25] Porov. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, cit. podľa: Bergner, Burnout bei Ärzten, 39.

Pracovný čas

- prísne dodržanie pracovného času
- dať väčší priestor modelom, ktoré zohľadnia možnosť dostatočného priestoru oddychu v oblasti kontaktu lekár – pacient
- zavedenie tzv. dní útlmu, t.z. dní, keď lekár môže ráno slobodne vyhlásiť, čo bude aj plne akceptované: Not fit for patients
- nebrať „prácu" domov
- zavedenie sabatikálu, min. 3 mesiace
- dodržanie dovolenky a udržanie sociálnych kontaktov

Empatia a rituály

- možnosť v rámci pracovného času, a tým aj finančného ohodnotenia zúčastniť sa dôležitých životných udalostí ako sú napr. narodeniny, pohreby, návštevy ťažko chorých etc.

Vzdelanie

- umožnenie a aj zaplatenie ďalšieho vzdelávania a kurzov
- kurzy na skvalitnenie a prehĺbenie sa v emocionálnych, sociálnych a osobných kompetenciách
- Work life balance
- Burnout – Prevencia
- Emocionalita a komunikácia
- Asertivita a zvládanie konfliktov
- Teambuilding
- Časový a krízový manažment
- Manažment vízií, obrazov a cieľov (pomoc, starostlivosť, obetovanie sa)
- supervízia a intervízia

Sloboda a pracovný proces

- možnosť spolurozhodovať v oblasti organizácie a jej štruktúr
- posilnenie autonómie
- flexibilné rozhodovacie procesy

Vedenie

- adekvátna podpora, ktorá vytvorí viac priestoru pre kontakt s pacientmi
- vytvorenie postu: zdravotná sestra ako manažérka, ktorá podáva

spätnú väzbu od ostatných sestier na vedúce orgány ďalej, ktorej však prináleží možnosť robiť rozhodnutia jednak odborného rázu, ale aj v iných pracovných a aj konfliktných situáciách
- kolegiálne vedenie
- dostatočná spätná väzba
- adekvátne finančné ohodnotenie
- administratívne oddelenie, ktoré je otvorené pre konkrétne problémy

Kolegovia a spolupracovníci
- vzájomný rešpekt
- dobré vzťahy
- tímové schôdze a rozhovory, tím tréning
- spoločné ciele
- pravidelné stretnutia lekári a zdravotné sestry, zdravotné sestry medzi sebou navzájom, zdravotníci a administratívne oddelenie, ak je to možné za účasti supervízora, či mediátora

Pracovná klíma
- hodnotová orientácia
- definovanie kultúry, hodnôt a filozofie
- jasné definovanie pracovného plánu

Vážené kolegyne a kolegovia, možno si poviete: Koniec koncov, s tými záťažami a opatreniami má síce pravdu. Ale je možné vôbec tieto opatrenia presadiť do praxe? Ak áno, kde začať? Veď to stojí nielen veľa osobnej, politickej, ale aj finančnej odhodlanosti. Chcem vás však povzbudiť, že vy ste už prvý a rozhodný krok urobili, tým, že ste tu. A pesimistom, ktorí poukazujú na nedostatok financií či dobrej vôle chcem odkázať: Burnout stojí oveľa viac!

Literatúra:

Schönberger, Alwin: Patient Arzt, Der kranke Stand, Wien 1995.

Petzold, Hilarion G.: Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstreß – Ursachen und Strategien des „debriefings" – Maligner Burnout in helfenden Berufen, Düsseldorf 1996.

Stern, Klaus: Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten, Münster/New York 1996.

Rave, Andreas: Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines psychiatrischen Krankenhauses, Giessen 1997.

Liechti, Anna: Extrinsische Stressoren von Leitenden Ärzten und Chefarztstellvertretern in öffentlichen Allgemeinspitälern der Grundversorgung der Deutschschweiz vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen Konzeptionelle Grundlagen – Expertengespräche – Empirische Ergebnisse, Masterarbeit, Universität Bern 2006.

Moosler, Gabriele: Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal, Masterarbeit, Graz 2006.

Bergner, Thomas M.H: Burnout bei Ärzten, Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe, Stuttgart 2006.

Kupka, M. (2008): Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. E-psychologie [online]. 2(1), 23–35 [25.04.2009]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>. ISSN 1802-8853.

Burnout und Arbeitszeit: Eine internetbasierte Umfrage unter deutschen

Krankenhausärzten,in:http://www.psychologensuche.de/uploads/media/marburgerbund-drw.pdf, 25.04.2009.

VÝSLEDKY EMPIRICKEJ ANALÝZY PROFESIONÁLNEJ KOMUNIKÁCIE SESTRY A NÁZOROV NA SYNDRÓM VYHORENIA

Renáta Knezović
Darina Brukkerová
LF UK, SZU

Abstrakt: *V práci analyzujeme aj charakteristiky foriem komunikácie a devalvačné prejavy, ktoré sú spôsobené syndrómom vyhorenia. V empirickej časti práce prezentujeme výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na analýzu vplyvu syndrómu vyhorenia, ktorý ovplyvňuje efektivitu komunikácie sestry, najmä v interakcii s pacientom.*

Kľúčové slová: *syndróm vyhorenia, komunikácia, stres, psychika, devalvácia, ošetrovateľstvo.*

Abstract: Burning out syndrome as an obstacle to effective communication. *We analyze forms of communication and devaluation signs caused by burning out syndrome. In the empiric part of the work the results of survey are presented aimed to analysis of influence of burning out syndrome affecting effectiveness of nurse communication primarily in interaction with the patient.*

Key words: *burning out syndrome, communication, stress, mind, devaluation, nursing*

Prejavy syndrómu vyhorenia pri komunikácii sestry s pacientom

Syndróm vyhorenia vedie k utlmeniu aktivity, k celkovej sklesloti, obmedzeniu činnosti iba na rutinné postupy uskutočňované s minimálnym vydaním energie a osobnej zaujatosti.

Na komunikácii sestry s pacientom možno pozorovať rôzne prejavy syndrómu vyhorenia, ktoré pôsobia negatívne a devalvujú komunikáciu. Je to poznať v prvom rade na neverbálnej komunikácii a jej príznakoch. Mimika je chladná, nevýrazná a stáva sa strohou.

Tvár nadobúda kamenný vzhľad. Jednotlivé mimické svaly vyjadrujú nezainteresovanosť. Reč očí a pohľadov prezrádza nezáujem. Sestra nie je schopná pozerať do očí a uhýba pohľadom. Gestá sa obmedzujú na najzákladnejšiu spoločenskú normu. V posturike prevláda strnulosť a kinezika vykazuje zmenšenú činnosť a znížený počet pohybov, z ktorých je cítiť nezáujem. Zároveň sú pohyby strnulé a neprirodzené (Morovicsová, 2004).

Vo verbálnej komunikácii možno pozorovať podstatne zníženú slovnú produkciu, zvýšené používanie stereotypných fráz a klišé až úsečnosť, malú slovnú zásobu a štylistickú tvorivosť. Radikálne zníženie drobných minidialógov a uzatváranie sa do seba. Možno povedať, že sestra akoby sa vyhýbala akejkoľvek komunikácii. Pôsobí dojmom, že je zahĺbená sama do seba (Morovicsová, 2004).

Neverbálne devalvačné prejavy v komunikácii zvyčajne zraňujú viac ako hovorené slovo. Prítomnosť takýchto prejavov v správaní sestry pri kontakte s chorým môže viesť k sorrorigénii, čo znamená poškodenie chorého sestrou. V prípade komunikácie ide o psychickú sorrorigéniu, ktorej prejavy nie sú tak zreteľné ako pri telesnej. Môžeme to zistiť zo zmeny správania chorého, ktorý sa uzatvára do seba, odmieta spolupracovať, nedôveruje liečebným postupom a podobne (Honzák, R.. 1997).

Ciele empirickej analýzy

Základným **cieľom výskumu** bola analýza súvislostí medzi syndrómom vyhorenia a výkonom role sestry, najmä jeho vplyv na komunikáciu s pacientom.

Parciálnymi cieľmi výskumu bolo zisťovanie názorov sestier na empirické krytie pojmu syndrómu vyhorenia, procesov a produktov, ktoré s týmto syndrómom súvisia, meranie dôsledkov, ktoré má pôsobenie syndrómu na komunikáciu sestry s pacientom.

Vo výskume boli zisťované názory sestier na problematiku, informovanosť o realite a meranie vlastného postoja k problému.

Preferencia elementov výkonu profesionálnej role (komunikácia) je dôsledkom reálnej situácie posudzovania sestier.

Základný predpoklad

Vychádzali sme z **predpokladu,** že sestra, ktorá trpí syndrómom vyhorenia, má viditeľné problémy pri komunikácii s pacientom.

Hypotézu sme overovali najmä položkami dotazníka:

- či respondent pozná sestru, ktorá trpí syndrómom vyhorenia
- či syndróm vyhorenia podľa názoru sestier pôsobí negatívne na efektívnu komunikáciu
- ako sa syndróm vyhorenia odráža na komunikácii sestry s pacientom, podľa názoru sestier a
- či sa sestre stáva, že radšej vykonáva akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom.

Cieľové skupiny

Porovnávali sme **dve cieľové skupiny**. Pracovníkov kompaktného pracoviska poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v Bratislave a skupiny sestier, poslucháčov I. ročníka externého štúdia ošetrovateľstva Slovenskej zdravotníckej univerzity, pracujúcich na celom Slovensku.

Prvou cieľovou skupinou bola skupina sestier z Fakultnej nemocnice s poliklinikou sv. Cyrila a Metoda Petržalka, Antolská č. 11, Bratislava v celkovom počte 207 respondentov.

Druhá cieľová skupina respondentov predstavovala 115 vyplnených dotazníkov.

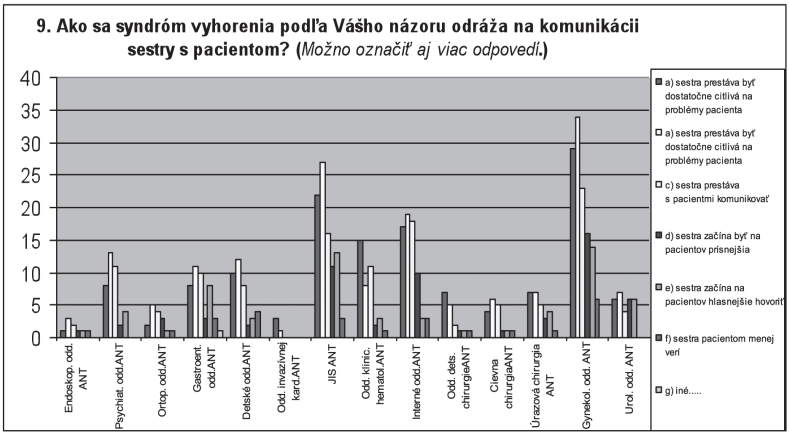
Tab. 1 Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN)

Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné....
Endoskop. odd. ANT		1	3	2	1	1	1	
Psychiat. odd. ANT		8	13	11	2	4		
Ortop. odd. ANT		2	5	4	3	1	1	
Gastroent. odd.ANT		8	11	10	3	8	3	1

Detské odd. ANT		10	12	8	2	3	4	
Odd. invazívnej kard.ANT		3	1					
JIS ANT		22	27	16	11	13	3	
Odd. klinic. hematol.ANT		15	8	11	2	3	1	
Interné odd. ANT		17	19	18	10	3	3	
Odd. dets. chirurgieANT		7	5	2	1	1	1	
Cievna chirurgiaANT		4	6	5	1	1	1	
Úrazová chirurgia ANT		7	7	5	3	4	1	
Gynekol. odd. ANT		29	34	23	16	14	6	
Urol. odd. ANT		6	7	4	6	6		
Odpoved respondentov NsP Antolská Σ	565	139	158	119	61	62	25	1
Percent (%)	**100%**	**24,60%**	**27,96%**	**21,06%**	**10,80%**	**10,97%**	**4,42%**	**0,18%**

Na uvedenú otázku sme od 207 respondentov dostali 565 odpovedí. Najviac odpovedí 158, čo je 27,96% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať. 139 odpovedí, čo je 24,60% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 119 odpovedí, čo predstavuje 21,06% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 61 odpovedí, čo je 10,80% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 62 odpovedí, čo je 10,97% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta.

Graf 1 **Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN)**

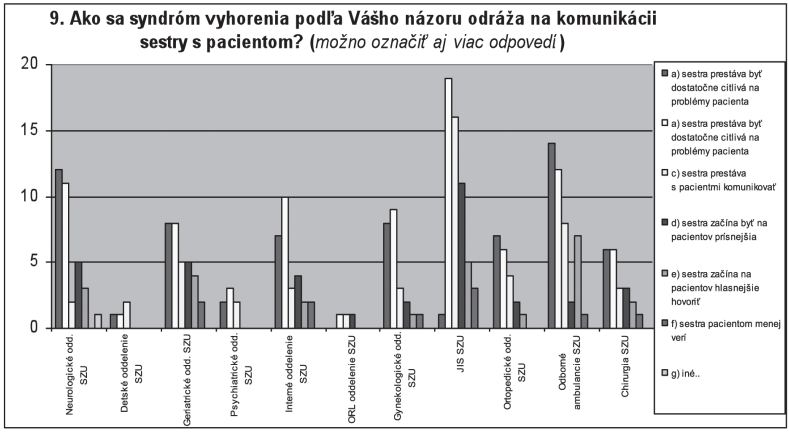


Tab. 1 **Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (SZU)**

9. Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné..
Neurologické odd. SZU		12	11	2	5	3		1
Detské oddelenie SZU		1	1	2				
Geriatrické odd. SZU		8	8	5	5	4	2	
Psychiatrické odd. SZU		2	3	2				
Interné oddelenie SZU		7	10	3	4	2	2	
ORL oddelenie SZU			1	1	1			
Gynekologické odd. SZU		8	9	3	2	1	1	

JIS SZU		1	19	16	11	5	3	
Ortopedické odd. SZU		7	6	4	2	1		
Odborné ambulancie SZU		14	12	8	2	7	1	
Chirurgia SZU		6	6	3	3	2	1	
Odpovede respondentov SZU Σ	272	66	86	49	35	25	10	1
Percent (%)	**100%**	**24,26%**	**31,62%**	**18,01%**	**12,87%**	**9,19%**	**3,68%**	**0,37%**

Graf 1 **Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (SZU)**

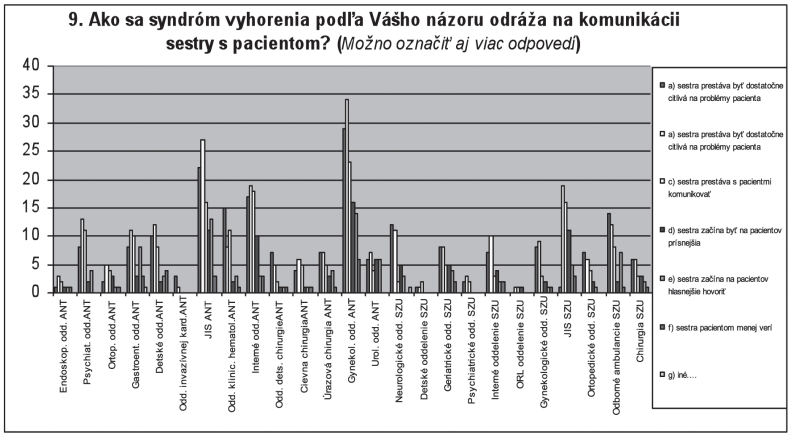


Od 115 respondentov sme získali 272 odpovedí. Najviac 86 odpovedí, čo je 31,62% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať. 66 odpovedí , čo je 24,26% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 49 odpovedí, čo predstavuje 18,01% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 35 odpovedí, čo je 12,87% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 25 odpovedí, čo je 9,19% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta.

Tab. 3 **Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN a SZU)**

9. Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné....
Endoskop. odd. ANT		1	3	2	1	1	1	
Psychiat. odd.ANT		8	13	11	2	4		
Ortop. odd.ANT		2	5	4	3	1	1	
Gastroent. odd.ANT		8	11	10	3	8	3	1
Detské odd.ANT		10	12	8	2	3	4	
Odd. invazívnej kard.ANT		3	1					
JIS ANT		22	27	16	11	13	3	
Odd. klinic. hematol.ANT		15	8	11	2	3	1	
Interné odd.ANT		17	19	18	10	3	3	
Odd. dets. chirurgieANT		7	5	2	1	1	1	
Cievna chirurgiaANT		4	6	5	1	1	1	
Úrazová chirurgia ANT		7	7	5	3	4	1	
Gynekol. odd. ANT		29	34	23	16	14	6	
Urol. odd. ANT		6	7	4	6	6		
Neurologické odd. SZU		12	11	2	5	3		1
Detské oddelenie SZU		1	1	2				
Geriatrické odd. SZU		8	8	5	5	4	2	
Psychiatrické odd. SZU		2	3	2				
Interné oddelenie SZU		7	10	3	4	2	2	
ORL oddelenie SZU			1	1	1			
Gynekologické odd. SZU		8	9	3	2	1	1	
JIS SZU		1	19	16	11	5	3	
Ortopedické odd. SZU		7	6	4	2	1		
Odborné ambulancie SZU		14	12	8	2	7	1	
Chirurgia SZU		6	6	3	3	2	1	
Odpovede respondentov NsP Antolská a SZU Σ	837	205	244	168	96	87	35	2
Percent (%)	**100%**	**24,49%**	**29,15%**	**20,07%**	**11,47%**	**10,39%**	**4,18%**	**0,24%**

Graf 3 **Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN aSZU)**



Od 322 respondentov sme získali 837 odpovedí. Najviac 244 odpovedí, čo je 29,15% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať. 205 odpovedí , čo je 24,49% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 168 odpovedí, čo predstavuje 20,07% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 96 odpovedí, čo je 11,47% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 87 odpovedí, čo je 10,39% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta. Pod bodom f) sme zaznamenali 35 odpovedí, čo je 4,18% vtedy už sestra pacientom menej verí.

Výskum nám potvrdil hypotézu, že sestra si sama uvedomuje chyby pri komunikácii s pacientom. Syndróm vyhorenia sa viditeľne prejavuje v menšej citlivosti na problém pacienta, stráca sestra trpezlivosť, prestáva dostatočne komunikovať, začína byť prísnejšia, začína na pacientov hlasnejšie hovoriť a pacientom menej verí, čo je viditeľným znakom problému v komunikácii u sestry.

Preferencia iných elementov výkonu role ako komunikácie

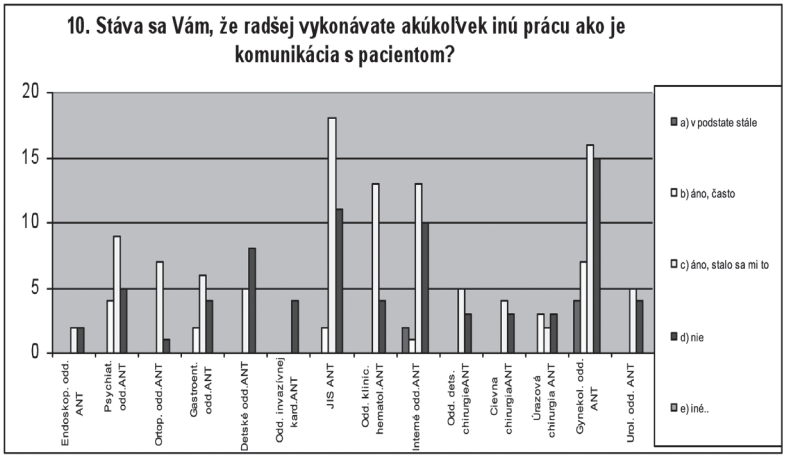
Tab. 4 **Preferencia iných činností ako komunikácie (FN)**

10. Stáva sa Vám, že radšej vykonávate akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom?		a) v podstate stále	b) áno, často	c) áno, stalo sa mi to	d) nie	e) iné..
Endoskop. odd. ANT				2	2	
Psychiat. odd.ANT			4	9	5	
Ortop. odd.ANT				7	1	
Gastroent. odd.ANT			2	6	4	
Detské odd.ANT				5	8	
Odd. invazívnej kard. ANT					4	
JIS ANT			2	18	11	
Odd. klinic. hematol. ANT				13	4	
Interné odd.ANT		2	1	13	10	
Odd. dets. chirurgie ANT				5	3	
Cievna chirurgiaANT				4	3	
Úrazová chirurgia ANT			3	2	3	
Gynekol. odd. ANT		4	7	16	15	
Urol. odd. ANT				5	4	
Respondenti NsP Antolská Σ	207	6	19	105	77	0
Percent (%)	**100%**	**2,90%**	**9,18%**	**50,72%**	**37,20%**	**0,00%**

Z 207 respondentov nám 105, čo je 50,52% odpovedalo „áno, stalo sa mi to“. 77 respondentov, čo je 37,20% odpovedalo „nie“. 19 respondentov, čo je 9,18% odpovedalo „áno, často“ a 6 respondentov, čo je 2,90% odpovedalo „v podstate stále“.

U viac ako 50,00% respondentov sa stalo, že radšej vykonávajú akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom.

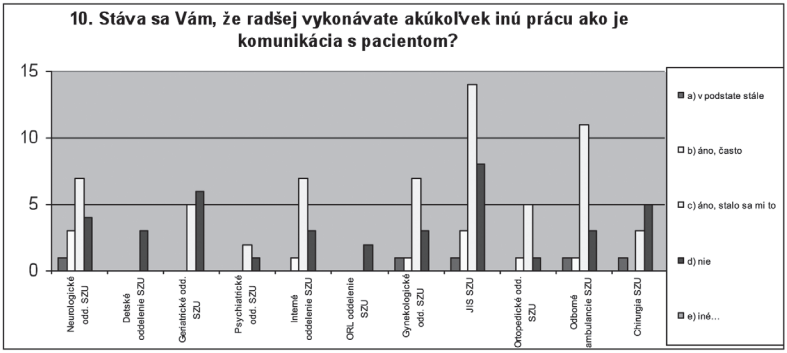
Graf 4 **Preferencia iných činností ako komunikácie (FN)**



Tab. 4 **Preferencia iných činností ako komunikácie (SZU)**

10. Stáva sa Vám, že radšej vykonávate akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom?		a) v podstate stále	b) áno, často	c) áno, stalo sa mi to	d) nie	e) iné…
Neurologické odd. SZU		1	3	7	4	
Detské oddelenie SZU					3	
Geriatrické odd. SZU				5	6	
Psychiatrické odd. SZU				2	1	
Interné oddelenie SZU			1	7	3	
ORL oddelenie SZU					2	
Gynekologické odd. SZU		1	1	7	3	
JIS SZU		1	3	14	8	
Ortopedické odd. SZU			1	5	1	
Odborné ambulancie SZU		1	1	11	3	
Chirurgia SZU		1		3	5	
Respondenti SZU Σ	115	5	10	61	39	0
Percent (%)	**100%**	**4,35%**	**8,70%**	**53,04%**	**33,91%**	**0,00%**

Graf 4 **Preferencia iných činností ako komunikácie (SZU)**



Zo 115 respondentov nám 61, čo je 53,04% odpovedalo „áno, stalo sa mi to". 39 respondentov, čo je 33,91% odpovedalo „nie". 10 respondentov, čo je 8,70% odpovedalo „áno, často" a 5 respondentov, čo je 4,35% odpovedalo „v podstate stále".

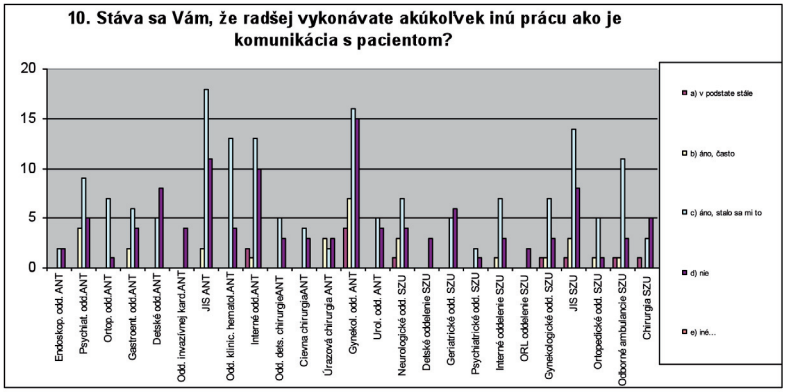
U viac ako 50,00% respondentov sa stalo, že radšej vykonávajú akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom.

Tab. 5 **Preferencia iných činností ako komunikácie (SZU a FN)**

10. Stáva sa Vám, že radšej vykonávate akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom?		a) v podstate stále	b) áno, často	c) áno, stalo sa mi to	d) nie	e) iné…
Endoskop. odd. ANT				2	2	
Psychiat. odd.ANT			4	9	5	
Ortop. odd.ANT				7	1	
Gastroent. odd.ANT			2	6	4	
Detské odd.ANT				5	8	
Odd. invazívnej kard.ANT					4	
JIS ANT			2	18	11	
Odd. klinic. hematol.ANT				13	4	
Interné odd.ANT		2	1	13	10	

Odd. dets. chirurgieANT				5	3	
Cievna chirurgiaANT				4	3	
Úrazová chirurgia ANT			3	2	3	
Gynekol. odd. ANT		4	7	16	15	
Urol. odd. ANT				5	4	
Neurologické odd. SZU		1	3	7	4	
Detské oddelenie SZU					3	
Geriatrické odd. SZU				5	6	
Psychiatrické odd. SZU				2	1	
Interné oddelenie SZU			1	7	3	
ORL oddelenie SZU					2	
Gynekologické odd. SZU		1	1	7	3	
JIS SZU		1	3	14	8	
Ortopedické odd. SZU			1	5	1	
Odborné ambulancie SZU		1	1	11	3	
Chirurgia SZU		1		3	5	
Respondenti NsP Antolská a SZU Σ	322	11	29	166	116	0
Percent (%)	**100%**	**3,42%**	**9,01%**	**51,55%**	**36,02%**	**0,00%**

Graf 4 **Preferencia iných činností ako komunikácie (SZU a FN)**



Z 322 respondentov nám 166, čo je 51,55% odpovedalo „áno, stalo sa mi to“. 116 respondentov, čo je 36,02% odpovedalo „nie“. 29 respondentov, čo je 9,01% odpovedalo „áno, často“ a 11 respondentov, čo je 3,42% odpovedalo „v podstate stále“.

U viac ako 50,00% respondentov sa stalo, že radšej vykonávajú akúkoľvek inú prácu ako je komunikácia s pacientom.

Ak má sestra problém komunikovať s pacientom je ochotná vykonávať akúkoľvek inú prácu. V tomto prípade sa nám potvrdila **hypotéza č. 1.**

Syndróm vyhorenia a jeho negatívny prejav na výskyt v komunikácii sestra – pacient

Analýzou našich zistení sa nám potvrdilo, že syndróm vyhorenia výraznou mierou ovplyvňuje negatívne prejavy v komunikácii sestra – pacient. Výskum nám potvrdil, že 71,43% sestier potvrdilo negatívny vplyv syndrómu vyhorenia na efektívnu komunikáciu. 54,02% sestier potvrdilo, že pozná najmenej jednu až niekoľko spolupracovníčok, ktoré trpia syndrómom vyhorenia.

63,98% sestier odpovedalo, že podľa ich názoru , by radšej vykonávalo akúkoľvek inú prácu, ako je komunikácia s pacientom.

99,76% sestier uvádza charakteristiky odrazu syndrómu vyhorenia na komunikácii sestra – pacient:

- sestra pacientovi menej verí 4,18%
- sestra hlasnejšie hovorí 10,39%
- sestra je na pacienta prísnejšia 11,47%
- sestra prestáva komunikovať s pacientom 27,07%
- sestra prestáva pacientovi vysvetľovať 29,15%
- sestra prestáva byť citlivá na problémy pacienta 24,49%.

Záver

Náročnosť povolania sestry sa odráža najmä na vzťahu sestry k pacientovi. Veľmi náročné je zladenie odbornosti, dodržiavanie etických pravidiel, vytvorenie tvorivej atmosféry dôvery a emocionálnej podpory.

Z odpovedí sestier nám vyplynulo, že syndróm vyhorenia ovplyvňuje efektivitu komunikácie. V prieskume sestry potvrdili, že psychická a fyzická záťaž má vplyv na efektívnu komunikáciu v práci sestry. Je nevyhnutné systémovo sa zamerať na prevenciu. Umožniť sestrám zúčastňovať sa špeciálnych edukačných aktivít, zameraných na zvládanie a prevenciu syndrómu vyhorenia, následne aj komunikáciu s drogovo závislými pacientmi a podporovať všetky edukačné formy.

Výkon náročnej práce sestry pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá predpokladá vynaloženie maximálneho úsilia, vyjadruje podporu relaxačných aktivít a vytvorenie tvorivého pracovného a spokojného osobného života.

Literatúra:

BULLOUGH, B. BULLOUGH, V.: Nursing in the Community. St.Luis: Mosby Company, 1990. 712 pp.LEMON II. LEMON učebný materiál pre ošetrovateľstvo. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997. 207 s.

GABURA, J .: Sociálne poradenstvo, Občianske združenie Sociálna práca, Bratislava 2005, 221 s., ISBN 80-89185-10-X

HANZLÍKOVÁ A. a kol.: Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia 2.diel. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2002. 128 s.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portal, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X

http://www.florence.cz/cislo.php?stat=732 20.10.2008

IVANOVÁ, K.: Využití metódy kab při zjišťování přístupu jednotlivcú k životnímu stylu. Zborník referátov z medzinárodnej konferencie, Sociálne dimenzie zdravotníctva, vyd. Sociologická spoločnosť pri SAV, 2005, s. 244, ISBN-80-85447-13-4

JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1

KOZIEROVÁ, B.: Ošetrovateľstvo 1,2. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995.

KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak nestratit nadšení. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3

MOROVICSOVÁ, E. a kol.: Komunikácia v ošetrovateľstve. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2004. 138 s. ISBN 80-223-1940-6

PEASE, A.., PEASE, B.: Veľká kniha reči tela. Ikar a.s., Bratislava 2006, ISBN 80-551-1164-2

ŠKVARENINOVÁ, O.: Rečová komunikácia. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1995.165 s. ISBN 80-08-02228-0

WATZLAWICK, P. a kol.: Pragmatika lidské komunikace, Konfrontace, Hradec Králové, 1999.

EMERGENTNÁ POMOC DUŠEVNÉMU ZDRAVIU V PRÍPADE KRÍZY, NEŠŤASTÍ, NEHÔD A TERORISTICKÝCH ÚTOKOV – sme dostatočne pripravení?

Hana Ščibranyová
Inštitút V. Satirovej, Bratislava

V poslednom období aj v našom regióne pribúdajú, obdobne ako vo svete, nielen nehody a nešťastia, ktoré zasahujú jednotlivcov, rodiny a komunitu, v ktorej obete žijú, ale aj katastrofy a udalosti veľkého rozsahu spôsobené prírodnými živlami alebo ľudským faktorom. Hrozivejším sa stáva fakt teroristických útokov, ktoré svet začal oveľa ostražitejšie vnímať a zaoberať sa ním po teroristickom útoku na Svetové obchodné centrum v New Yorku v septembri roku 2001.

Podľa Thomasa Appel-Schumachera pri nešťastiach prežívame udalosti ako kritické – sú to akékoľvek udalosti, ktorým sme vystavení a ktoré sú natoľko emocionálne silné, že presahujú bežné schopnosti človeka, aby sa s nimi vyrovnal. Vyvolávajú neobyčajne silnú emocionálnu reakciu a môžu negatívne ovplyvniť schopnosť zdravého fungovania v kritickej situácii alebo po jej skončení.

V psychológii sa zaoberáme spracovaním krízy u pacientov alebo klientov, pretože ide o bežný jav, ktorému sú ľudia vystavení. Baldwin in Vodáčková a kol. rozdeľuje typológiu kríz na:

- situačné krízy
- krízu z očakávaných životných zmien – teda tranzitórnu, prechodnú krízu
- krízu zrenia, vývinovú krízu
- krízu prameniacu z psychopatológie
- krízu prameniacu z náhleho traumatizujúceho stresoru

Krízu po náhlom traumatizujúcom stresore vyvolávajú vonkajšie neočakávané intenzívne stresory, nad ktorými človek nemá takmer žiadnu kontrolu. Udalosť je spravidla nová a neznáma, opakovaná, ak človek predošlú nespracoval, môže dôjsť ku kumulácii negatívneho účinku (napr. náhla smrť blízkej osoby, znásilnenie, prírodné katastrofy, vojnový stres).

Silu dopadu kritickej traumatickej udalosti si lepšie vieme predstaviť, ak si uvedomíme, že v priebehu 10 sekúnd prebehne až 90 fyziologických zmien v tele. Pri kumulovaní stresov (bežných i tých kritických) hrozí aj nebezpečenstvo vyhasínania alebo vzniku posttraumatickej stresovej poruchy – PTSD. Príkladom takejto kritickej udalosti môže byť smrť pri výkone služby, vážne poranenie záchranára, suicídium záchranára, vážne opakované nehody, traumatizujúca smrť dieťaťa alebo jeho vážne poranenie, udalosti, ktorým médiá venujú nadmernú pozornosť, aj ak účastník nehody poznal obeť, jednoducho akákoľvek udalosť, ktorá má silný dopad. NÁHLA, NEOČAKÁVANÁ, NÁSILNÁ SMRŤ alebo SITUÁCIA OHROZUJÚCA ŽIVOT ALEBO ZDRAVIE má silný psychologický dopad aj na všetkých ľudí v blízkosti náhleho úmrtia alebo ohrozenia človeka – svedkov, príbuzných, kolegov, spolužiakov, známych – a tiež spôsobuje silné emocionálne reakcie.

Bežné príznaky a prejavy stresovej reakcie sa manifestujú okrem spomenutej fyzickej a emocionálnej úrovne odpovede aj v kognitívnej a celkovej behaviorálnej rovine. Môžu však zreteľne meniť aj motiváciu a vzťah človeka k sebe samému a svetu, či k iným ľuďom, teda dopad je veľmi komplexný.

Fyzické príznaky sa prejavujú únavou, nevoľnosťou, šokovými príznakmi, kŕčmi a zášklbmi, škrípaním zubov, problémami s dýchaním, bolesťami v hrudníku, zvýšeným tlakom krvi, rýchlym tepom srdca, omdlievaním, slabosťou, problémami s videním, vracaním, mrazením, smädom, potením a závratmi. **V kognitívnej oblasti** si všimneme príznaky ako zmätenosť a dekoncentrácia pozornosti, nerozhodnosť, zvýšenú bdelosť, nočné mory, problémy s diskrimináciou známych objektov a osôb, zvýšené/znížené vedomie, zvýšenú/zníženú ostražitosť, problémy s pamäťou, zhoršenie sústredenia, ťažkosti pri riešení problémov, zhoršené abstraktné myslenie a vtieravé predstavy.

Emocionálne človek prežíva úzkosť, pocity viny, žiaľ, strach, neistotu, depresie, obavy (predtuchy), agitovanosť, dráždivosť, silný hnev, paniku, emocionálny šok, stratu emocionálnej kontroly, neadekvátnu emocionálnu odpoveď a pocit zaplavenia.

Behaviorálne pozorujeme stiahnutie sa do seba, podozrievavosť, protispoločenské prejavy, nepredvídateľné pohyby, zmeny v aktivite, zvýšenú ľakavosť, zmeny v sexuálnej aktivite, zmeny v rečovom prejave, neschopnosť odpočívať, emocionálne výbuchy, stratu/zvýše-

nie chuti do jedla prípadne nešpecifikované telesné ťažkosti, prinášajúce zvýšenú ostražitosť voči okoliu a konzumáciu alkoholu, liekov alebo iných návykových látok.

Posttraumatická stresová porucha (PTSP, PTSD)

Po vystavení strate života alebo hroziacej strate života alebo fyzickom zranení sa môže rozvinúť posttraumatická stresová porucha, ktorá sa prejavuje vtieravými myšlienkami (flash-backmi) z prežitej traumatickej udalosti. Nápadné sú stratégie vyhýbania sa alebo znecitlivenia – odpojenie alebo disociáciu, resp. bdelosť na podnety určitého druhu môže byť nadmerne vystupňovaná. Traumatizujúci zážitok môže vyvolať **akútnu stresová reakciu, akútnu stresovú poruchu alebo posttraumatickú (chronickú) stresovú poruchu (PTSD),** ktorá sa objavila ako samostatná diagnostická jednotka v medzinárodnej klasifikácii chorôb len v poslednom období. Pri poskytovaní psychologickej pomoci sa podľa Evy Münker-Kramer z Rakúska vytvára pyramídová organizácia stupňov vzájomnej kooperácie medzi jednotlivými pomáhajúcimi. Prvú neprofesionálnu psychologickú pomoc môže poskytnúť *každý, ďalšiu neprofesionálnu pomoc môžu poskytnúť špeciálne trénovaní laici,* paramedikovia, ktorí majú základný výcvik v prvej psychologickej pomoci. Profesionálnu psychologickú pomoc dokážu poskytnúť tzv. *emergentní psychológovia a iní špeciálne trénovaní profesionáli v oblasti duševného zdravia. Na vrchole pyramídy poskytovanej už vysokošpecializovanej pomoci sú* psychotraumatológovia, ktorí majú špeciálne vzdelanie a výcvik *v psychotraumatológii a EMDR metóde (Eye-movement desensitization reprocessing – metóde spracovania dopadov traumy pomocou očných pohybov).*

Potrebujeme si tiež uvedomiť, že aj pri spracovaní traumatickej udalosti človek prežíva typické fázy spracovania krízy od prvej fázy šoku, po fázu rozvinutia reakcie, fázu liečenia a spracovávania a napokon po fázu adaptácie, kedy dochádza k prijatiu a novej integrácii kritických zážitkov a novému smerovaniu/orientácii v živote.

Pri krízovej intervencii *cieľom psychologickej pomoci je* **poskytnúť takú včasnú adekvátnu – psychologickú intervenciu, aby človek mohol zvládať silné reakcie**, symptómy a všetky problémy, ktoré súvisia s hraničnými stresovými situáciami a preventívne **zamedziť rozvoju** následných ťažšie zvládnuteľných – psychických zmien, najmä posttraumatického stresového syndrómu (PTSD – Posttraumatic stress disorder).

Jedným z komplexných špecializovaných výcvikov, ktorý môže psychológov (prípadne ďalších odborníkov v pomáhajúcich profesiách) pripraviť na poskytnutie špecifickej a účinnej psychologickej pomoci podľa **charakteru nešťastí** je **špecializovaný výcvik CISM – Critical Incident stress managment (CISM) – manažment kritických stresových udalostí,** ktorý podľa Kossa a Shianga, 1994 (in Everly):

- podporí priaznivejšie výsledky intervencie
- zníži postupné vyčerpanie zasahujúce človeka
- zníži relapsy
- zlepší technické aspekty samotného intervenčného procesu

Psychologická prvá pomoc má za úlohu:

- stabilizovať človeka a jeho symptómy
- redukovať distresové symptómy,
- zlepšiť nezávislé adaptívne fungovanie a
- facilitovať ďalšie úrovne a zdroje podpory.

Autori CISMu Mitchell a Everly s obľubou používajú porovnanie, že krízová psychologická intervencia sa má vo vzťahu k psychoterapii obdobne, ako rýchla zdravotnícka záchranná pomoc vo vzťahu k chirurgickej liečbe. Čím viac dokážeme človeka účinne ochrániť včas a preventívne, tým menej pravdepodobne sa u neho rozvinú najťažšie následky.

Psychologická podpora a intervencia sa začína už dlho pred samotnou udalosťou: Psychológovia a iní profesionáli sa potrebujú systematicky pripraviť na svoju náročnú prácu: vzdelávať sa a získavať relevantné informácie, aby vedeli sami poskytnúť adekvátnu psychoedukáciu, potrebujú prejsť nácvikom nových zručností v simulovaných a modelových podmienkach, aby si osvojili najmä stresový manažment, nacvičovať nové zručnosti pod supervíziou v tréningových peer programoch – tréningoch s kolegami. Supervízori sú dôležitým modelom a zdrojom informácií pri výučbe a výcviku.

Bezprostredne po udalosti až do niekoľkých dní po udalosti je možné aplikovať:

- CIS-debriefing v skupine v trvaní 1–3 hodiny so skríningom a možnosťou okamžitého zásahu alebo
- intervenciu jedného odborníka na jedného človeka, ktorý je obeťou.

Cieľom je minimalizovať a redukovať „normálny stres po udalosti" a nájsť a ohodnotiť patologické vzorce, stabilizovať človeka a začať spracovávať prežité zážitky.

Počas záchranných akcií alebo krátko po nich je potrebné podporovať nielen obete, ale aj zásahové jednotky a ostatné obyvateľstvo s akútnymi symptómami (v rámci CISM volíme krízovú intervenciu jeden na jedného, defusing a i.), podporovať rodiny obetí a komunitu, vítaná je koordinácia a podpora od supervízorov.

Niekoľko týždňov po udalosti sa psychologická liečba sústreďuje na intervencie jeden na jedného alebo ako druhé stretnutie podobné debriefingu pre tých, u ktorých sa stále prejavujú symptómy alebo už ako jasná terapeutická liečba pre ľudí s jasným PTSD alebo retraumatizáciou, vedúcou k dlhodobejšej *traumatoterapii v rámci psychotraumatológie.*

Prepojenie CISD-EMDR (Critical Incident Stress Debriefing – Eye Movement Desentisization and Reprocessing): EMDR pokračuje tam, kde CISD končí, ak je CISD zámerne používaný aj ako screeningový nástroj, začína sa spracovávanie psychických traumatických obsahov, ktoré sa kompletuje metódou EMDR a inými metódami, ktoré sú súčasťou liečby v rámci psychotraumatológie.

*Pri zvládaní následkov traumatických udalostí hromadného charakteru je náročné práve to, že je zasiahnutý veľký počet obyvateľov. Čoraz frekventovanejšie sa žiaľ stretávame aj s následkami teroristických útokov na vybrané skupiny obyvateľov. Zatiaľ čo iné kritické udalosti veľkého rozsahu môžu zapríčiňovať prírodné živly alebo ľudský činiteľ, ktorý zlyháva neúmyselným zanedbaním, podcenením alebo nezvládnutím určitých riadiacich, kontrolných alebo ochranných opatrení, pri teroristických útokoch ide o zámernú ničivú aktivitu ľudského činiteľa: n*epriateľ je neviditeľný, chýba tu vedecké poznanie a oporný východiskový bod na predvídateľnosť takýchto udalostí, ktoré majú za následok masové ochromenie a straty na životoch a závažné fyzické poškodenia. Ich cieľom je zámerne vytvoriť masovú úzkosť, bezmocnosť a demoralizáciu a spôsobovať sociálny chaos a rozpad. Obludný rozmer terorizmu spočíva v ľubovoľnom a cielenom násilí na civilnom obyvateľstve. Teroristické činy útočia na pocity istoty a bezpečia, na potrebu kontinuity a zasievajú trvalý strach obyvateľstva. Zámerným výberom obetí narúšajú stabilitu celkového bezpečia a podporujú vysokú úroveň podozrievania a predsudkov, ľahko môžu iniciovať nenávisť a reťazové

ďalšie násilné činy, ktoré vyvolávajú odpor proti zrade a nespravodlivosti. Mnohé majú účinnosť prostredníctvom symboliky ich významu a často bývajú zbraňou „slabých". Obete však nie sú „divákmi". Po teroristických útokoch deti pri spracovávaní násilia hľadajú bezpečie a ochranu u dospelých, ktorí sú tiež často sami traumatizovaní. Navyše v niektorých spoločenstvách je terorizmus viac alebo menej verejne podporovaný, napr. kamikadze piloti sa stávajú „božími hrdinami", ich skutky sú predmetom osobnej cti a rodinní príslušníci im prejavujú úctu a hrdosť. Pri suicidálnych bombových útokoch nejde o samovraždy v pravom slova zmysle a rodiny útočníkov sú vážené, nesmútia nad stratami svojich blízkych, ale sa paradoxne radujú. A pritom tieto skutky nemožno považovať za prejavy mentálneho ochorenia.

Svetový terorizmus vedie paradoxne k intenzívnemu poznávaniu a liečbe posttraumatickej stresovej poruchy, ale aj ku kvalitnejšej emergentnej starostlivosti. V nižšie uvedenom prehľade je pohľad na percento výskytu PTSP po 6 mesiacoch od udalosti, klesajúci trend výskytu možno spájať s čoraz kvalitnejšou emergentnou starostlivosťou.

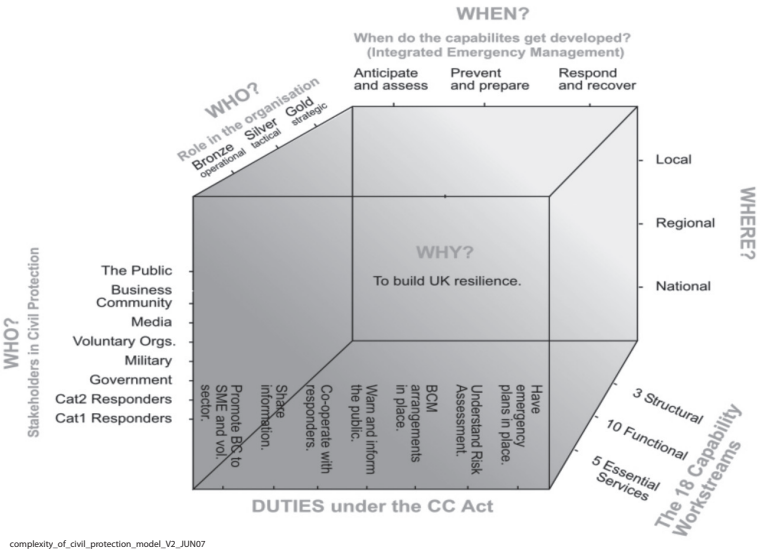
PTSD a čoraz kvalitnejšia emergentná starostlivosť

Enniskillen (1987)	**50% po 6 mesiacoch**
Oklahoma (1995)	**34% po 6 mesiacoch**
WTC (2001)	**0.6% po 6 mesiacoch**

Sprievodnými následkami traumatizácie zvyšujúcimi komorbiditu je častý výskyt depresie, anxiety a látkovej závislosti. V roku 2001 sa vyskytli aj iné úmrtia v USA, z toho 30 000 suicídií, 16 000 vrážd a 43 000 nehôd, 15 000 prípadov jazdy pod vplyvom alkoholu. Psychologický dopad sa rozšíril a pretrval. Ľudia sa naučili používať aj konzervovanú stravu, sociálne sa stiahli a strácajú dôveru v autority (napr. v prípade atómovej elektrárne v Černobyle). Rozsah niektorých katastrof je značný, napr. pri zosuve pôdy v indickom Surate sa India dočasne dostala do medzinárodnej izolácie a na masový útek v noci sa vybralo až 600 000 obyvateľov. Pri takýchto masových katastrofách hrozí aj morová nákaza a iné infekcie pri nedostatku pitnej vody.

Niektoré krajiny sa veľmi starostlivo pripravujú na vznik katastrofy viacerými projektmi, ako je možné vidieť aj z nasledujúceho mode-

lu Veľkej Británie (obrázok prevzatý z materiálov EPC Martina Fenlona, Civil Contingencies Secretariat, na konferencii expertov v Londýne, január 2008), ktorý dáva odpoveď na to, ako koordinovať záchranárske aktivity: kto má robiť čo a kde a v akom poradí, kde a prečo.



Predpokladá to odpovedať aj na otázku, kto môže nabudúce potrebovať pomoc. Nie je jednoduché vopred odhadnúť, kto bude najzraniteľnejší. Dopad môže variovať v závislosti od povahy a druhu pohotovosti – napr. ak ľudia s dýchacími problémami budú musieť čeliť toxickým výparom. Za najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva sa považujú tí, ktorí z akýchkoľvek dôvodov majú problémy s mobilitou, vrátane ľudí s fyzickou indispozíciou, ľudia, ktorí sú napojení na medikamentóznu liečbu, ako aj tehotné ženy. Ďalšou rizikovou skupinou sú ľudia s poruchou mentálneho zdravia, iní závislí od druhých, napr. deti. Do budúcnosti sa v rámci prevencie uvažuje o vytvorení centier pomoci. **Recepčné centrá pre obete** sú bezpečným miestom, kde je možné prichýliť tých, ktorí nevyžadujú okamžitú hospitalizáciu a dostanú krátkodobé zastrešenie, prvú pomoc, interview a dokumentáciu. **Oddychové centrá** môžu byť určené aj na prechodné ubytovanie. Recepčné miesto pre príbuzných a priateľov obetí je stredis-

kom na zabezpečenie, rozhovory: priatelia a príbuzní, ktorí pricestujú na miesto – napr. na letisko, do prístavu – tu nájdu svoje miesto vytvorené políciou v spolupráci so samosprávou. **Napokon humanitárne rodinné asistujúce centrá** sú určené na podporu, rady a starostlivosť pre rodiny. Aktivity smerujúce k zotaveniu obyvateľov majú viac dimenzií: ekonomické, environmentálne, humanitárne týkajúce sa infraštruktúry. (obrázok prevzatý z materiálov EPC Martina Fenlona, Civil Contingencies Secretariat, na konferencii expertov v januári 2008 v Londýne).



Dôležité pri strategickom plánovaní humanitárnej asistencie je venovať pozornosť aj najmladším a skúmať, aký je dopad traumy na deti. Často môže dôjsť k podceneniu **dopadu traumy na deti, pretože deti bývajú** tiché, stiahnuté, nahnevané a tieto prejavy bývajú považované za neškodné a deti ako statočné. Deti sa spoliehajú na dospelých (rodičov a učiteľov), dospelí musia dbať, aby boli **v bezpečí** a rozpoznali ich posttraumatické potreby. Po traumatizácii je potrebné robiť **skríningové vyšetrenia.** Podpora detí musí v sebe obsahovať aj potreby **pre rodiny** a dôležitých dospelých, napr. učiteľov. Aktivity **masmédií** môžu deti silne rušiť. Pritom okrem špecifickej starostlivosti je vždy potrebné hľadať odpovede na všeobecné otázky: Kto komu, kedy a aké služby a kde má poskytnúť, a ako ich dodať až k obetiam. Plán a rámec – na usmernenie aktivít psychosociálnej pomoci vytvá-

ra model, ktorý je zvolený aj z hľadiska preukazného efektu. Aby sme mali predstavu, že pri katastrofách môže ísť o náročnú prácu s deťmi, po páde dvojičiek v New Yorku v roku 2001 bolo približne 2 750 obetí (nie detí) a viac ako 1 500 žiakov a 800 školských pracovníkov stratilo člena rodiny pri útoku, 9 000 žiakov bolo zo škôl evakuovaných. Veľa žiakov a školských pracovníkov bolo očitými svedkami udalosti priamo zo škôl. Približne 250 000 detí nieslo zjavné známky potrieb v oblasti duševného zdravia a 400 000 len parciálne potreby.

O tom, aký bude mať teroristický útok závažný dopad rozhoduje druh útoku, vzdialenosť obetí od útoku, závažnosť strát, schopnosť rodičov po útoku, pohlavie a vek a etnické faktory. Minulé traumatizujúce skúsenosti, rodinné problémy a poruchy pripútania v detstve zhoršujú prognózu. O úspešnosti liečby z traumy rozhoduje aj verejný zdravotnícky systém, fázovanie intervencie na okamžitú a dlhodobú. Dôležitá je normalizácia, verejné vzdelávacie aktivity, krízové poradenstvo (skupinové a individuálne).

Stratégie, ktoré boli 25 rokov rozvíjané v USA pri prírodných a technických katastrofách sú adaptované na terorizmus – hoci tu je limitovaný prieskum efektivity. K zručnostiam profesionálov v oblasti duševného zdravia, ktorí pracujú s deťmi po terorizme, patrí organizovať verejné programy pre signifikantných dospelých a deti, poskytovať individuálne, skupinové a rodinné krízové poradenstvo, kreatívne intervenovať u jednotlivcov a vo veľkých skupinách – využívať tam drámu, písanie, fotografovanie, tiež plánovanie výročných stretnutí po udalosti. Je potrebné sa postarať o zabezpečenie intervencií pre PTSD, úzkostných, depresívnych, deti s poruchami správania. Dospelí by mali efektívne komunikovať s deťmi, tolerovať veľkú škálu emócií distresu a aby rozumeli dôležitosti flexibility posttraumatických intervencií, aby tiež rozumeli dôležitosti rodičovskej siete pri práci s rodinou a pracovali aj s rodičmi. To si vyžaduje aj kultúrne senzitivitu a spoluprácu so školami a inými agentúrami.

Masové útoky prinášajú nadmernú úzkostlivosť obyvateľstva, ale tiež veľké investície vlád do bezpečnosti, na jednej strane dochádza k centralizácii a monopolizácii niektorých krokov, na druhej strane hrozí strata občianskych slobôd. Po štyroch bombových útokoch v Londýne 11. marca 2004, kedy bolo 191 zabitých a 1500 zranených, zasahovalo 940 dobrovoľníkov (1 400 privolaných), 20 COP koordinátorov, 100 psychológov z miestnej a regionálnej samosprávy, Červené-

ho kríža a Ministerstva vnútra. Intervencie boli načasované okamžite po útoku ako stála podpora, neskôr aj pred súdnym procesom a počas neho a aj po ňom.

Ako bolo možné privolať tak rýchlo taký veľký tím?

Úlohou pomáhajúcich tímov bolo podporovať obete počas znovuoživenia symptómov a udržanie pokoja medzi obeťami a rodinami, poskytovať informácie a iniciovať stretnutia na podporu profesionálnej kompetencie a minimalizovať úlohu médií – až 400 novinárov písalo priamo z miesta činu v Londýne. Je dobré sa poučiť z chýb: **Vyhnite sa trvalému exponovaniu externých podnetov médií alebo súdov, ktoré by mohli zhoršiť účinok psychickej instability medzi obeťami**.

Pre porovnanie uvedieme, aké sú kritériá pre emergentného psychológa v Rakúsku:

1. **Štúdium psychológie**
2. ***Dodatočná kvalifikácia v Emergentnej psychológii***
3. ***Dokončené postgraduálne vzdelávanie a výcvik ako „Klinický psychológ a psychológ zdravia“***
4. ***Výcvikové kurzy v emergentnej psychológii*, praktická skúsenosť a popis 5 prípadov so špeciálnou indikáciou**
5. **Supervízia týchto prípadov akceptovaným supervízorom**
6. **Záverečná skúška *Kritéria pre emergentného psychológa v Rakúsku***

Profesionáli boli pripravení tréningom, ktorý prebiehal od roku 1999. Na univerzite sa uskutočnil postgraduálny kurz emergentnej psychológie. 200 psychológov prešlo výcvikom v Psychológii prvej pomoci a katastrof a vlastnou klinickou skúsenosťou.

EFPA
European Federation of Psychologists' Associations

EFPA – Európska federácia psychologických asociácií vznikla v roku 1981.

EFPA má v súčasnosti 34 členov – národných psychologických organizácií z 34 európskych krajín.

EFPA zastupuje 200 000 psychológov v Európe, profesionálov a výskumníkov.

EFPA vytvára fórum pre európsku kooperáciu v oblasti univerzitného vzdelávania, výcviku, psychologickej praxe a výskumu. Publikuje v rámci Stálej komisie pre krízu, katastrofy a terorizmus. Lekcie z praktických skúseností psychosociálnej starostlivosti po nehodách, predsedníčkou komisie je Salli Saari z Fínska a členmi sú delegáti z národných asociácií a komôr psychológov: Rakúska, Belgicka, Cypru, Českej republiky, Dánska, Francúzska, Fínska, Nemecka, Grécka, Talianska, Luxemburska, Holandska, Nórska, San Marina, Slovinska, Slovenska, Španielska, Švédska, Turecka a Veľkej Británie.

O situácii na Slovensku

Prvá Medzinárodná konferencia Psychológia krízy, nehôd a nešťastí sa uskutočnila v Bratislave v roku 2003, po nej bola vytvorená prvá databáza záujemcov o prácu v tejto aplikovanej oblasti psychológie. Priebežne sa uskutočnili výcviky v zahraničí, na ktorých sa vzdelávali slovenskí psychológovia, k takým patril aj Výcvik CISM pod vedením Toma Appel-Schumachera v Prahe koordinovaný Blankou Čepickou v Prahe. V Bratislave v rámci záchrannej zdravotnej služby zamestnali prvých dvoch profesionálov pre duševné zdravie a čoskoro sa v ZZS uskutočnil v koordinácii Andrey Beňuškovej a Karin Bránikovej v spolupráci s rakúskymi kolegami výcvik prvých emergentných záchranárov v psychologickej krízovej intervencii, ktorý začal pôsobiť spolu s CISM absolventmi pri záchranných akciách na Slovensku.

Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu a EMDR v Trenčíne pod vedením J. Haštu, D. Ralausa, A. Ševčíkovej a H. Vojtovej zastrešuje vzdelávanie a výcvik v psychotraumatológii a traumatoterapii v kooperácii s nemeckými, holandskými, francúzskymi, švajčiarskymi a inými lektormi.

Autorka tohto príspevku Hana Ščibranyová sa stala zástupcom SKP v Komisii DCTTC EFPA a od roku 2008 sa zúčastnila ako slovenský delegát zasadnutí komisie a konferencií v Londýne, Viedni, Aténach a Ríme.

Záchranári v rámci psychosociálnej pomoci poskytli odbornú pomoc pri katastrofách na Slovensku: leteckom nešťastí po vojenskej misii, autobusových a vlakových tragédiách – v Slovinsku, Hriňovej a Polomke, po výbuchu v Novákoch, nedávno pri banskom nešťastí v Handlovej. Pripravujeme vznik komisie alebo poradného orgá-

nu na pôde SKP pre oblasť krízy, katastrof a terorizmu, pripravuje sa vznik združenia pre krízovú intervenciu a vzdelávanie a Kurz psychickej prvej pomoci a i. Postgraduálne vzdelávanie v emergentnej psychológii v rámci SZU pre psychológov a zdravotníkov.

Ako sme teda pripravení?

Literatúra:

Thomas Appel- Schumacher: Zacházení se stresem v kritických situacích, Príručka základného kurzu CISM, Praha 2003

Eva Münker-Kramer: Acute Trauma and Emergency Psychology – Symptoms and interventions, Konferencia Psychologická pomoc v kríze pri nehodách, nešťastiach a katastrofách, Bratislava 2003

Daniela Vodáčková a kol.: Krizová intervence, Portál, Remedium, 2002, Praha, 544 s.

Hana Ščibranyová: Význam a nevyhnutnosť psychologickej pomoci v kríze pri nehodách, nešťastiach a katastrofách, Konferencia Psychologická pomoc v kríze pri nehodách, nešťastiach a katastrofách Bratislava 2003,

Konferencia expertov o terorizme, Londýn január 2008

Dôležité kontakty:
http://www.hhri.org/?region=&keyword=34&search=search
http://www.emdrhap.org/home/index.php
http://www.hhs.gov/disasters/
http://www.who.int/hac/en/
http://www.disasters.com/
http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/index.html
http://www.usd.edu/dmhi/
http://www.apatraumadivision.org/
http://www.pwob.org/
http://www.ecm-academy.nl/
Children and disasters, children and trauma (deti a neštastia, deti a trauma):
http://www.redcross.org/services/disaster/0,1082,0_602_,00.html
http://www.fema.gov/kids/
http://www.aap.org/terrorism/index.html
http://www.childrenandwar.org/
http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pid=hom_main
http://www.childtrauma.com/
Trauma:
http://www.estss.org/
http://www.istss.org/index.htm
http://www.trauma-pages.com/
http://www.icisf.org/
http://www.sidran.org/trauma.html
http://www.apa.org/topics/topictrauma.html
http://www.dartcenter.org/
http://www.ncptsd.va.gov/
http://www.emdr.com/
http://www.enijenhuis.nl/
http://www.astss.org
http://www.icisf.org

ZNALOSTI INDIKÁTORŮ ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU U RŮZNÝCH SKUPIN VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ

Jitka Šimíčková-Čížková, Jaroslav Šimíček
Katedra psychologie, OU Ostrava

Úvod

Zdraví je zdrojem kvality života, umožňuje dosahování životních cílů a v hierarchii hodnot se také životním cílem stává. Zdraví samo o sobě nelze vymezit bez vztahů k dalším pojmům. Snad nejvíce známá definice WHO určuje, že zdraví je fyzické, psychické a sociální blaho, nikoliv nepřítomnost choroby či poruchy. Ve společenském chápání zdraví se uvedené indikátory spojují do jednoho společného jmenovatele, kterým je způsob života. Tento termín obsahuje jakou hodnotu připisují různí lidé fenoménu zdraví, zdravotní péči, životnímu prostředí a životním podmínkám ve společnosti.

Významným konceptem způsobu života a jeho vztahu k lidskému zdraví je koncept salutogenze A. Antonovského a koncepce hardiness S. Kobasové. Jsou založeny na cíleném probuzení zájmu pracovat na sobě a tím utvářet a posilovat vlastní zdraví. Salutogeneze je chápána také jako princip životního stylu, kdy podmínkou práce na sobě je věnovat pozornost nejen složkám fyzickým a mentálním, ale také duchovním. Člověk nemusí být vždy zdráv, ale může mít pocit životní pohody a důstojnosti. Výchova ke zdraví by měla být v tomto smyslu zaměřena na osobní zodpovědnost ke smysluplnému životu.

Problém

Proměna české školy začala na počátku nového tisíciletí schválením dokumentu Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, který preferuje rozvíjení klíčových kompetencí žáků. Koncepci tohoto programu vystihuje citát J. A. Komenského: „Je třeba učit se ne mnoha věcem, ale podstatnému pro život.“ V tomto kontextu je v uvedeném dokumentu pojímána i výchova ke zdraví, která má žáky připravit ke zdravému životnímu stylu.

Standard k základnímu vzdělávání obsahuje ve školním programu vzdělávací okruh Člověk a zdraví. Téma podpory zdraví ve vzdělávání vyžaduje také přípravu metodicky erudovaných pedagogických pracovníků. Vedle postgraduálních programů byly v uplynulém pětiletém období akreditovány na Pedagogických fakultách studijní obory Výchova ke zdraví v bakalářském i magisterském studiu. Na Ostravské univerzitě budou v akademickém roce 2009/2010 absolvovat první studenti těchto oborů v bakalářské specializaci ve vzdělávání i v magisterské graduaci Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ.

Naše studie je sondou k orientaci v problematice zdraví u skupin studentů z oborů, kde je tématu zdraví věnována rozdílná pozornost. Volili jsme tři skupiny vysokoškolských studentů, studenty učitelství pro 1. a 2. stupeň ZŠ (z oborů mimo Výchova ke zdraví), studenty bakalářského oboru Výchova ke zdraví a studenty bakalářského oboru Ochrana veřejného zdraví.

Výzkumná otázka, metoda šetření a zkoumaný soubor

Položili jsme si otázku, nakolik se liší znalosti o zdraví u vysokoškoláků. Vycházíme z přístupu k utváření kompetencí na základě orientace v podstatných znalostech o činnosti, v níž se má kompetence uplatnit. Týká se to především úrovně znalostí protektivních a rizikových faktorů zdraví, které jsou základem zdravého životního stylu.

U zkoumaného souboru hledáme odpověď na otázky:

1. Jaké rozdíly jsou ve znalostech o zdraví mezi studenty učitelství 1. a 2. stupně ZŠ mimo specializaci Výchova ke zdraví a studenty se specializací ve vzdělávání Výchova ke zdraví?
2. Jaké rozdíly jsou ve znalostech o zdraví mezi studenty vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví a zdravotnického oboru Ochrana veřejného zdraví?

Ke sběru dat jsme použili didaktický dotazník J. Šimíčka Civilizační nemoci a zdravý životní styl. Dotazník obsahuje 23 otázek, které jsou zaměřeny na dvě oblasti znalostí o zdraví, a to na příčiny vzniku civilizačních nemocí a prevenci jejich onemocnění. Některé otázky obsahují více správných odpovědí. (Maximální počet správných odpovědí je 34).

Příklady otázek:

7. Srdeční infarkt vzniká při
a) uzávěru věnčité tepny trombem
b silné kladné emoci
c) silné záporné emoci
d) značné tělesné námaze

15. Diabetes mellitus prvního typu je vyvolán
a) nedostatkem inzulínu
b) vrozenou dispozicí
c) přejídáním
d) nedostatkem pohybu

19. Jaká námaha chrání před koronární nemocí
a) jakákoliv
b) chůze
c) tenis, fotbal a další míčové hry
d) vytrvalostní běh

22. Rakovina nejvíce ohrožuje
a) kuřáky
b) nadměrně obézní osoby
c) osoby s nedostatkem bílkovin ve stravě
d) alkoholiky

Zkoumaný soubor tvořili studenti Pedagogické fakulty (PdF) a Fakulty zdravotnických studií (FZS) Ostravské univerzity. Základní data o souboru obsahuje tabulka č. 1.

Tab. 1: **Popis zkoumaného souboru**

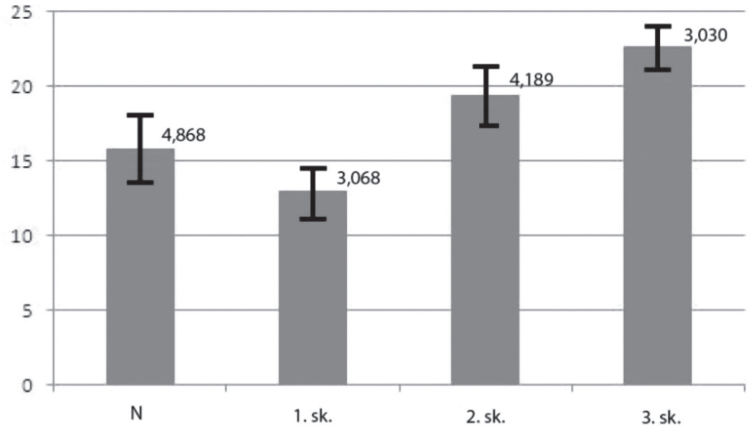
Fakulta	Studijní obor	Počet	Věk
PdF OU	1. Učitelství pro 1. a 2. stupeň ZŠ	147	19 – 23
PdF OU	2. Výchova ke zdraví	40	19 – 23
FZS OU	3. Ochrana veřejného zdraví	40	19 – 26

Výsledky

Přehled údajů o znalostech studentů ke zdravotní problematice z oblasti civilizačních nemocí a zdravého životního stylu obsahuje tabulka č. 2.

Tab. 2 **a její grafické znázornění: Výsledky zkoumaného souboru**

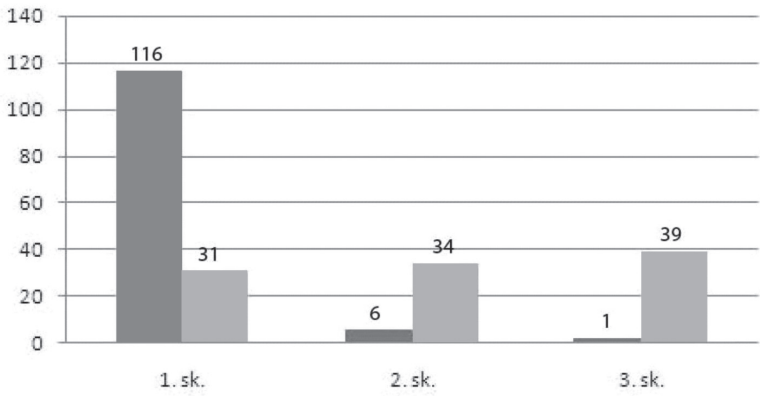
Skupina	Počet	Výsledky minimum	maximum	M	s
N	227	4	29	15, 855	4,868
1.	147	4	20	13,020	3,068
2.	40	13	25	19,475	4,189
3.	40	15	29	22,725	3,030



Rozložení výsledků ve skupinách a statisticky významný rozdíl obsahují tabulky č. 3 a č. 4.

Tab. 3 **a její grafické znázornění: Rozložení výsledků ve skupinách**

Skupiny	Výsledky		
	M1 podprůměr	M	M2 nadprůměr
1.	116		31
2.	6		34
3.	1		39



Tab. 4: **Významnost rozdílu výsledků**

Skupiny	χ^2	P
1 : 2	56,638	0,0001
2 : 3	3,914	0,0479
3 : 1	78,389	0,0001

M1 výsledky pod průměrem všech skupin
M2 výsledky nad průměrem všech skupin

Rozložení výsledků ve skupinách ukazuje na čtyřnásobnou převahu podprůměrných znalostí o zdraví v zadaném dotazníku u skupiny studentů učitelství, kteří se s otázkami znalostí o zdraví setkávají ve výuce jen okrajově. Témata k ochraně zdraví pro učitele 1. stupně ZŠ sice tvoří součást vzdělávacího programu, soustřeďují se však převážně na otázky výživy, sexuální výchovy a na prevenci zneužívání návykových látek. Pro studenty Učitelství 2. stupně ZŠ je program okruhu Člověk a zdraví obsažen pouze v nabídce výběrových předmětů. Srovnání výsledků znalostí o zdraví a podpoře zdraví mezi studenty se vzdělávací specializací Výchova ke zdraví a studenty zdravotnického oboru Ochrana veřejného zdraví ukazuje obdobné hodnoty. Statistický rozdíl byl sice prokázán, ale na hranici statistické významnosti.

Užitý dotazník Civilizační nemoci a zdravý životní styl obsahuje otázky vztahující se k příčinám a prevenci civilizačních nemocí, z našeho šetření vyplynulo proto srovnání výsledků znalostí v těchto dvou oblastech. Maximální počet správných odpovědí z oblasti etiologie, respektive příčin vzniku civilizačních chorob obsahuje dotazník 25 a z oblasti jejich prevence 9. Statistický výpočet uvádí tabulka č. 5.

Tab. 5: **Výsledky znalostí příčin a prevence civilizačních nemocí**

	Příčiny civilizačních nemocí				**Prevence civilizačních nemocí**			
Skupina	M	s	min.	max.	M	s	min.	max.
1.	9.87	2.55	4	15	3.40	1.30	0	8
2.	14.67	3.21	8	22	4.52	1.53	0	7
3.	17.02	2.87	11	24	4.97	1.09	2	8

Rozdíl mezi 1. a 2. skupinou je signifikantní jak pokud jde o etiologii, tak o znalosti životního stylu ($\chi 2 = 33,59$, $P = 0, 00001$). Obdobný

výsledek jsme získali mezi 1. a 3. skupinou ($\chi 2 = 71{,}41$, $P = 00001$). Zatímco mezi 2. a 3. skupinou je $\chi 2 = 8{,}81$ a $P = 0{,}03$ (stupeň volnosti je pro všechny skupiny s.v. = 1). Rozdíl mezi 2. a 3. skupinou, tj. studenty Výchova ke zdraví a studenty Ochrany veřejného zdraví je opět statisticky významný, ale má výrazně nižší úroveň pravděpodobnosti. Testování významnosti rozdílů mezi znalostmi etiologie civilizačních nemocí a znalostmi životního stylu přináší obdobné výsledky u skupin jako u celého souboru. Skupiny 2. a 3. s výraznějšími výsledky v etiologii mají lepší výsledky i v otázkách prevence a životního stylu.

Největší znalosti mají studenti celého souboru o negativním působení kouření při vzniku civilizačních nemocí (89,1% správných odpovědí). Další problematika, s níž se studenti patrně častěji setkávají a prokazují v ní dobré znalosti, je oblast kardiovaskulárních nemocí. Příčiny vzniku srdečního infarktu zná 87,1% respondentů, riziko náhlé srdeční příhody zná 81,6% respondentů, nejčastější příčinu úmrtí při srdečním infarktu uvádí správně 81,0% respondentů a označení vysokého krevního tlaku jako civilizační nemoci uvádí 71,4% respondentů.

Méně jsou studenti orientováni v prevenci právě kardiovaskulárních nemocí. Vytrvalostní běh jako prevenci koronárního onemocnění uvádí jen 1,4% respondentů, stejně jako týdenní běžeckou zátěž v kilometrech po infarktu myokardu jen 0,6% respondentů. V nedostatku pohybu vidí možné riziko diabetu druhého typu pouze 1,6% respondentů. Také v otázkách životosprávy mají studenti mezery. Například jen 18% respondentů označili máslo jako tuk s největším obsahem cholesterolu.

Závěry a souhrn

Znalosti indikátorů zdravého životního stylu ukazují u studentů 1. a 2. stupně ZŠ na nedostatečnou přípravu studijních programů ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví a tím i nedostatek kompetencí pro výkon učitelské profese, zvláště pak v souvislosti s konceptem naučit žáky osobní odpovědnosti v péči o své zdraví a posilování zdravého životního stylu.

Naši koncepci vzdělávání pedagogů ve studijním oboru Výchova ke zdraví podporují podobné výsledky ve znalostech indikátorů zdravého životního stylu se studenty zdravotnického oboru Ochrana veřejného zdraví. Tím, že se dostanou do škol odborníci s touto kva-

lifikací, může být pozitivně ovlivňováno klima ve smyslu zdravého životního stylu na celé škole.

Nedostatečná orientace v problematice zdraví u studentů učitelství obecně dává podněty k přemýšlení jak rozšířit ve vzdělávacím programu jeho všeobecný základ ve smyslu koncepce Člověk a zdraví.

Healthy Lifestyle Education at Ostrava University

Summary: *A new trend in education at primary schools in The Czech Republic requires cohesion between a subject and its practical applicability. One of new educational areas is a piece of knowledge called „A Man and Health". At the Pedagogical Faculty of the University of Ostrava we have been preparing students in the programme of Health Education in Bachelor´s and Master´s degrees since 2007. Our study deals with the investigation and comparison of the Pedagocical faculty students and wider population of university students as regards the knowledge about health. The results of our investigation provide documentary evidence of the need of information dissemination especially within the population of prospective teachers.*

Keywords: *Health education, health indicators, knowledge of health*

Literatúra:

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B. Životní cíle a kvalita života učitelek základní školy. *Acta humanica*. 2005, s. 161 – 168.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B., ŠIŠÁK, P. Výchova ke zdraví a téma zdraví jako aspekt kvality života univerzitních studentů. *Psychická odolnosť a psychológia zdravia.* Bratislava: Sekcia psychológie zdravia SPS při SAV vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o., 2007, s. 153 – 159.

ŠIMÍČEK, J., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ZAVADILOVÁ, V. Znalosti vysokoškoláků o civilizačních onemocněních. *Agel Academy*. 2008, roč. 2, s. 155 – 155.

ŠIŠÁK, P., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B. Výchova ke zdraví – nová profesní příprava učitelů. *Nová role učitele – budoucnost učitelů ve světě práce v Moravskoslezském kraji.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, s. 265 – 271.

K RODOVÝM ROZDIELOM V KARDIOVASKULÁRNOM ZDRAVÍ – NA ČO SA V PRAXI ZABÚDA

Dušan Selko
NÚSCH, a.s., Bratislava

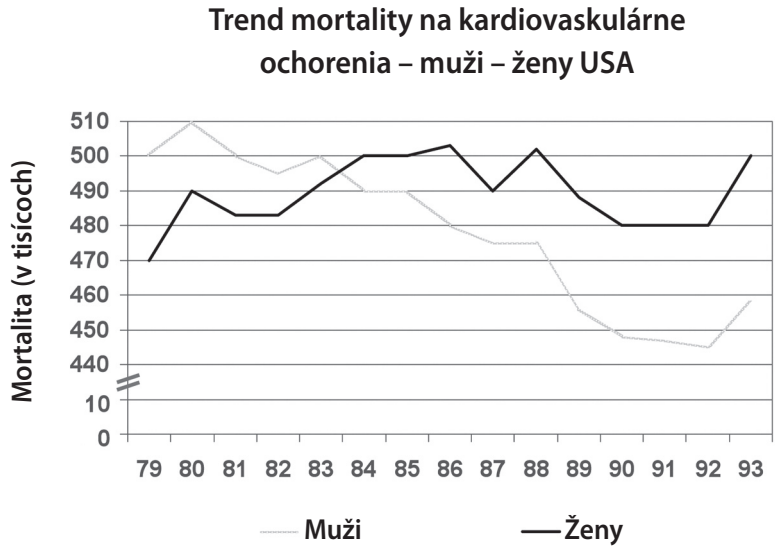
Nárast počtu žien s ischemickou chorobou srdca (ďalej ICHS) v produktívnom veku vyvracia tvrdenie, že pohlavný dimorfizmus, čo sa týka kardiovaskulárneho zdravia, je tolerantnejší voči ženám. Táto moderná epidémia predstavuje reálny klinický, medicínsky, metodologický aj spoločenský problém, v našej populácii ženy prevládajú nad mužmi v pomere 52:48. Hoci štatistiky chorobnosti a úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia do 60 rokov jednoznačne hovoria v neprospech mužov, nárast počtu hospitalizovaných žien v produktívnom veku s klinicky potvrdenou aterosklerózou koronárnych ciev, vo svetle epidemiologických a štatistických prognóz a výsledkov štúdií z vyspelých krajín sú varovaním aj pre nás. Napriek tomu, že medzi klinikmi sú ženy s kardiovaskulárnymi ochoreniami „diskriminované" nižším záujmom, dg. ICHS u žien v produktívnom veku je realitou. V predloženej práci autor podáva stručný prehľad vývoja problematiky v kontinuu ostaných dvoch desaťročí, zachytáva chronologický vývoj v zahraničí a u nás, v empirickej časti prezentuje svoje skúsenosti s rôznymi súbormi chorých aj zdravých žien, ktoré sledoval v rámci negrantových a nefiremných pilotných štúdií.

Prečo práve ženy?

Záujem o problematiku ICHS u žien v produktívnom veku ortodoxní klinici, až na výnimky, desaťročia ignorovali. Rozsiahla kampaň Americkej kardiologickej spoločnosti (American Heart Association) v r. 1988 zameraná na edukačnú kampaň pre ženy s ICHS bola medzníkom v prístupe k problematike ICHS u žien v produktívnom veku. Kritické prehodnotenie dovtedajších poznatkov na 1. Medzinárodnej konferencii Women, behavior and cardiovascular disease, pod záštitou renomovaných odborných inštitúcií USA NHLBI (National Heart, Lung,

and Blood Institute) usporiadaná v septembri 1991 vo Washingtone akcentovala spoločenskú i zdravotnícku závažnosť problematiky a určila ďalšie trendy diagnostiky, liečby, prevencie aj výskumu rizikových faktorov špecifických skôr pre ženy ako pre mužov (Czajkowská a spol., 1994). Po prvý raz sa objavila zmienka o faktoch týkajúcich sa ICHS u žien v produktívnom veku ako realite (10 strán textu od prof.Douglasa), ktorú nesmie moderný kardiológ ignorovať až v V. prepracovanom vydaní Kardiológie od Braunwalda a kol. v r.1997, čo je mienkotvorná učebnica desaťročia určujúca trendy diagnostiky a liečby KVCH. Ženy s ICHS zostávali na periférii záujmu a to napriek faktu, že v západných krajinách i u nás mortalita na ICHS u žien ďaleko presahuje mortalitu pôrodnú, mortalitu zhubných nádorov prsníka ako i zhubných nádorov urogenitálneho systému (Wengerová,1994). Klinická manifestácia ICHS u žien vo vyspelých krajinách sa dramaticky presúva do mladších vekových kategórií, odhliadnuc od biologických markerov, pomerne presne definovaných. Jedno z vysvetlení tohto javu môže byť i v životnom štýle moderných žien a psychosociálnych faktoroch, ktoré oslabujú hormonálnu ochranu žien v produktívnom veku pred vznikom ICHS.

Obr. 1 **Graf trendov mortality na ICHS v USA**



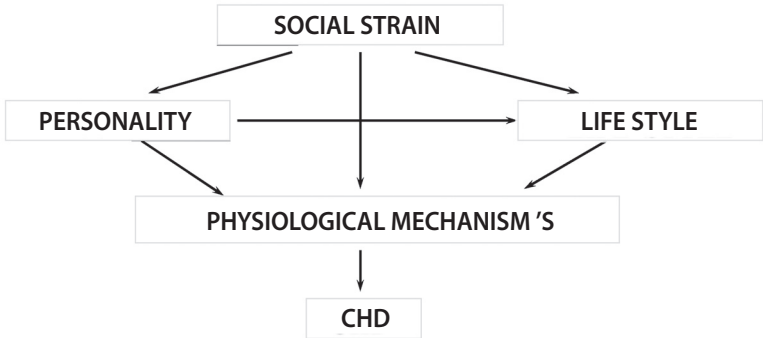
National Center for Health Statistics and the AHA, 1997

Významnou aktivitou, orientovanou aj na kardiovaskulárne zdravie žien bola medzinárodná interdisciplinárna konferencia Realizing a Gender-Sensitive Health care v júni r. 1997 v Amsterdame, zaoberajúca sa problematikou zdravia a dopadu ochorenia na kvalitu života žien v širšom kontexte (Realizing....,1997).

Experimentálne štúdie dávnejšie upozorňovali na pohlavný dimorfizmus čo sa týka hodnotenia neuroendokrinnej a fyziologickej reakcie mužov a žien na stres doma a v práci (Frankenhauserová a spol.,1978). Najprehľadnejšie bola problematika rozpracovaná v USA a vo Švédsku. Komprehenzívny model psychosociálnych a biologickych RF podpisujúcich sa pod vznik ICHS podala K. Orth-Gomér z Karolinskej Institut vo Švédsku. Na základe dlhodobého sledovania rozsiahleho súboru žien s ICHS a po IM faktorovou analýzou vyabstrahovali najvýznamnejšie/najdôležitejšie behaviorálne rizikové faktory ICHS u žien v produktívnom veku. 1.Sociálne napätie (pracovný stres, partnerské vzťahy, strata sociálnej opory, nízky socioekonomický status a sociálna izolácia); 2. osobnostné charakteristiky (depresia, A typ správania, strata optimizmu, nedostatočný coping); 3.životný štýl (fajčenie, znížená fyzická aktivita/inaktivita, nadváha); 4. uvedené 3 oblasti akcelerujú fyziologické mechanizmy vzniku ICHS u žien.

Obr. 2

INTERACTIVE MODEL
ENVIRONMENT - BEHAVIOR - PHYSIOLOGY



M. Chesney, K.Orth - Gomér 1996

Z ďalších údajov, zaoberajúcich sa problematikou uvádzaných v odbornej literatúre:

Objavenie sa prvých príznakov ochorenia, diagnostika, liečba ako aj dlhodobá prognóza je pritom odlišná ako u mužov (Matthews, 1994,1998; Eaker a spol., 1993 a i.). Tieto rozdiely treba vysvetliť a zdôrazniť najmä malým zastúpením žien v klinických štúdiách (nie viac ako 10 – 25%), hoci ICHS u žien je takmer tak častá, ako u mužov (Préda,1998). Toto znižuje spoľahlivosť záverov týkajúcich sa terapie akútnych koronárnych príhod. Prvé príznaky ICHS sa u žien objavujú častejšie ako u mužov 56% : 43%, v priebehu 5 rokov sa IM vyvinul u 25% mužov oproti 14% u žien (Kannellová a spol., 1987; Eaker a spol., 1993), hoci v prvom roku po IM je úmrtnosť žien vyššia ako u mužov 44% : 27% (AHA, 1995), resp. 43% : 10% vo Framinghamskej štúdii (Kannelová a spol.,1987; Greenland a spol., 1991 a i.).

Prehospitálna fáza je u žien priemerne o 1h dlhšia ako u mužov (Tori a spol.,86; Schmidt a Borsch, 90 a i.). Indikácie k invazívnemu vyšetreniu sú iné u mužov a u žien (28:45 Douglas, 97; 1:10 Fridrich, 98). Indikácie k invazívnym výkonom a operáciám (PTCA, CABG) sú v neprospech žien 1:10 – 1:13. Vyššia mortalita pri invazívnych výkonoch (CASS: 4,5%:1,9%; Fischer a spol,1982). Mortalita pri PTCA: 6x vyššia ako u mužov (Welty,1994). Trombolytická terapia – 18,5% : 8,8% (GISI,87); 14,2% : 8,9% (Feibich a spol.,90, Welty,94).

Návrat do práce po CABG je u žien menej častý (Almeida a spol.83; Wenger,94; Czajkowski a spol., 96; Burell, 96; 98 a i.). Akútna emočná odpoveď na ochorenie je výraznejšia (Matthews,98, Burell,98 a i.). Sociálna opora a hodnotenie kvality partnerského vzťahu (Orth -Gomér, 94; 96; 98; LaCroix, 94; Mathews a spol.,92,98; Brezinka a Kittel, 96 a i.).

Rehabilitačné programy sú orientované prevažne na mužov (Bogard, 85; Douglas a spol. 92; Thoresen a spol. 1994).

Stoney a Egbertson (1994) sa zaoberali vzťahom pohlavia a ICHS. Vypracovali 4 hypotézy, ktoré sa pokúšajú vysvetliť rozdiely medzi pohlavím a úmrtnosťou na ICHS:

1. muži sú biologicky menej zdatní ako ženy
2. muži sa venujú zdraviu nebezpečnejším povolaniam a je u nich možné pozorovať zdraviu škodlivejšie modely správania sa, než u žien
3. estrogén a ďalšie pohlavné hormóny môžu mať u žien ochranný účinok

4. muži sú vnímavejší voči stresu s dôrazom na ich psychiku a kardiovaskulárny systém než ženy.

Žiadna z týchto možných predstáv, resp. hypotéz nebola dostatočne overovaná a žiadna z nich nedokáže exaktne vysvetliť pozorované rozdiely medzi pohlaviami.

U nás sa objavujú až s odstupom ďalšieho desaťročia seriózne názory klinikov o diskriminácii žien čo sa týka sledovania ich kardiovaskulárneho zdravia a chronického srdcového zlyhávania (Kalisková, 2004, Klabník a Murín, 2008-9). Čo je dôležité, v etiopatogenéze CHSZ zohráva dôležitú rolu predovšetkým (zle liečená) ICHS.

V praxi sme sa najčastejšie stretávali s 3 skupinami žien s ICHS: 1. zaradené medzi funkčné kardiovaskulárne ochorenia – závažná diagnóza, často roky evidovaná, sa pri špecializovanom vyšetrení nepotvrdila; 2.ženy, u ktorých sa pri invazívnom vyšetrení–selektívnej koronarografii ochorenie potvrdilo; 3. ženy po chirurgickej revaskularizácii myokardu (CABG). Podobne ako pre kardiológa tak psychosomaticky orientovaného psychológa je diagnostický a terapeutický proces veľmi náročný, často pripomínajúci prácu detektíva. Z klinického hľadiska je zaujímavé, aký je psychologický profil žien, u ktorých sa ICHS nepotvrdí (a čo s nimi ďalej), aký je rizikový profil žien s klinicky overenou ICHS, aká je kvalita života žien (QL) po revaskularizácii myokardu.

Súbor

Prezentované výsledky neboli súčasťou žiadneho výskumného ani firemného grantu, vychádzali z osobnej iniciatívy a záujmu autora o problematiku. Zachytávajú a reflektujú chronologický vývoj, dynamiku vývoja záujmu o problematiku v špecializovanom zdravotníckom pracovisku. Napriek skeptickému postoju mnohých kolegov na kmeňovom pracovisku, účasť na IV. kongrese behaviorálnej medicíny (ISBM) vo Washingtone a v r.1996 na V.Kongrese ISBM v r.1998 v Kodani, osobný kontakt s poprednými výskumníkmi v tejto oblasti najmä z USA, Švédska a Nemecka (s K.Orth-Gomér, S.B.Czajkovskou, K.Mathews, M.Chesneyovou a i.) boli potvrdením o správnej orientácii autora. „Doma nie je nik prorokom", platilo ako pred, tak po revolúcii: Nie z odborného hľadiska, ale z dôvodu osobnej zaujatosti vtedajšieho člena Vedeckej Rady SÚSCH a grantovej komisie MZ nebol prijatý autorov návrh na získanie grantu a tým finančných prostriedkov na pokračovanie v štúdii v r.1998 ani v r.1999. V tom období naši poprední kardiológovia, snáď s výnimkou prof. MUDr.I.Riečanského, CSc., Prednostu kardiologickej kliniky ÚKVCH/SÚSCH a vedúceho katedry kardiológie IVZ/SPAM/SZU, záujem o túto problematiku podceňovali, resp. ignorovali.

Chronológia: autor sa začal zaoberať problematikou ICHS u žien ešte v r. 1988 – 90, kedy vyšetril skupinu mladých žien (n=38; x vek =42 r) s „funkčnými problémami". Probandky prišli na (vtedy) ÚKVCH za účelom diagnostického vyšetrenia s pracovnou dg. ICHS, ktorá sa diagnosticky na špecializovanom pracovisku nepotvrdila. S odstupom pomerne krátkeho času sa pôvodne nepotvrdené ochorenie neskôr v klinickej podobe prejavilo u viac ako 24% vzorky so všetkými negatívnymi, dramatickými dôsledkami.

V r. 1994-6 autor viedol diplomantku (Z.Kardhordovú), ktorá prijala ponuku venovať sa tejto téme a obhájila svoju prácu v r.1996 na katedre psychológie FF UK v Bratislave (súbor 56 žien s ICHS vyšetrených na ÚKVCH pod supervíziou autora).

V r.1994-98 vyšetril 100 žien s dg. ICHS, po selektívnej koronarografii (invazívne katetrizačné kardiologické vyšetrenie; $\bar{x}$ vek = 49,5 r; rozpätie 23-54 r.). Súbor chorých žien sme rozdelili na ICHS pozitívne n=73 a ICHS negatívne n=27. Podľa miery závažnosti postihnutia koronárnych artérií sme sledovaný súbor rozdelili na jedno-, dvoj-, troj-cievne postihnutie a postihnutie hlavného kmeňa (HK). V tomto súbore 34 žien počas štúdie absolvovalo chirurgickú liečbu – CABG. Priemerný vek bol 49,5 roka. Vek začiatku ochorenia bol 44,5 roka (rozpätie 23 až 54 r.). Hornú hranicu začiatku ochorenia 50 rokov sme stanovili z toho dôvodu, že u žien, ktoré sú biologicky aktívne a napriek tomu ochorejú na ICHS predpokladáme výraznejšie pôsobenie behaviorálnych, osobnostných a psychosociálnych rizikových faktorov. Výsledky v tejto štúdii 100 žien s ICHS sa porovnávali so súborom 25 mužov po CABG, hospitalizovaných v SÚSCH (priemerný vek 49 rokov, rozpätie 32 až 54 rokov). Tento súbor bol základom „nútenej zmenenej témy" dizertácie autora v r.1998.

V r.1999 – 2000 sa autor podieľal na zbere dát k dizertačnej práci kolegu kardiochirurga MUDr.J.Galvánka,PhD, v ktorej sa porovnávali zmeny v chirurgickej liečbe ICHS v období r. 1992-3 a 1997-99. Na podnet autora sa sústredil aj na kvalitu života a psychosociálny stav pacientov po CABG operovaných v r. 1992/93 na ÚKVCH (celkovo 129 pac. po CABG z toho: 103 mužov, $\bar{x}$ vek=60,5 r. a 26 žien, $\bar{x}$ vek 61,6 r.) a 118 žien operovaných na CABG v období VII. 1997 – III. 1999. V tejto vzorke rozdelil súbor z hľadiska dátumu operácie na staršie (n=53; $\bar{x}$ vek 69,5r.; vek. rozpätie 65 – 79 r, a mladšie (n=65; $\bar{x}$ vek 53,5; vek. rozpätie 37 – 64r.).

V r. 2003-04 vyšetril 55 žien po CABG (x $\bar{v}$ek = 55 r.) v rámci overovania diagnostiky D typu správania podľa Denoleta a hostiliy dotazníkom DHW podľa R.Williamsa. Celkovo za obdobie 1988–2004 autor vyšetril vyše 337 žien s dg. ICHS, u ktorých začiatok ochorenia bol pred ich 50 rokom života. Chronologicky tieto aktivity spadajú do obdobia, keď dochádza k ústupu akceptovania psychosociálnych rizikových faktorov v dôsledku expanzie farmaceutických firemných „metodologicky zaručene objektívnych štúdií na princípe EBM", nástupu nových biologicky orientovaných technológií a vytváraniu siete špecializovaných pracovísk i mimo Bratislavy.

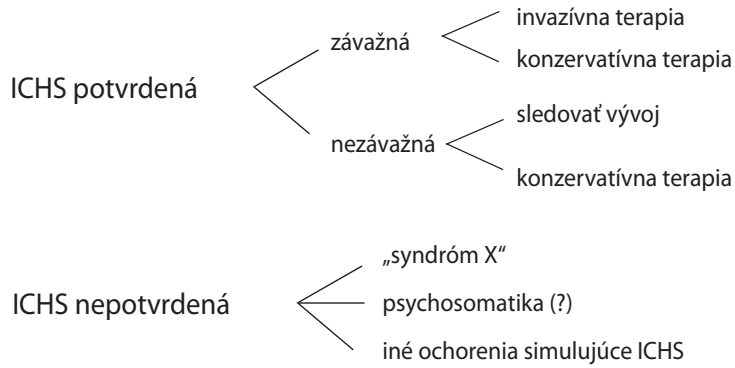
Kontrolný súbor zdravých žien pozostával z 80 žien (45 vysokoškolských študentiek a 35 manažérok), ktoré sme vyšetrili v rámci prednášok na FFUK, resp. počas manažérskych kurzov. Priemerný vek žien v kontrolnom súbore bol 28 rokov (vekové rozpätie 21 až 48 rokov).

Algorytmus — diagnostiky a liečby pacienta s pracovnou diagnózou ICHS určujú dohodnuté odporúčania (guidelines), ktoré majú diagnostický postup práce s rizikovým pacientom uľahčiť, nebolo ani nie je tomu vždy tak. Zjednodušená schéma, platiaca už v r.1998 je na obr. č. 3. Ako v nedávnej minulosti, aj dnes sa stáva, že ten istý pacient v diagnostickom procese hodnotený na renomovanom špecializovanom pracovisku biolo-

gicky orientovanými klinikmi získava veľmi diferencované skóre KVR a tým je podmienená aj jeho ďalšia liečba.

Obr. 3

Diferenciálna diagnostika ICHS u žien



Cieľom uvedených „pilotných“ štúdií bolo monitorovať, určiť výskyt najzávažnejších psychologických a sociálnych rizikových faktorov ICHS u žien v produktívnom veku. (Na vzorke 255 mužov sa autor venoval tejto problematike v rámci štátneho plánu vedeckotechnickeého výskumu už o desaťročie skôr). Zistiť či je, a ak áno, tak aký je vzťah medzi psychologickým profilom, sledovanými psychosociálnymi charakteristikami a mierou postihnutia koronárnych artérií u žien s ICHS. Aký je vzťah medzi psychologickými a osobnostnými rizikovými faktormi u žien s potvrdenou a nepotvrdenou ICHS? Zistiť či sú, a aké sú rozdiely v sledovaných charakteristikách u žien s rôznym stupňom postihnutia koronárnych ciev. Zamerať sa na psychologické protektívne-ochranné faktory, ktoré zmierňujú dopad stresu i ochorenia na organizmus. Zostaviť optimálnu psychodiagnostickú testovú batériu na monitorovanie najzávažnejších psychosociálnych rizikových faktorov ICHS u žien v produktívnom veku. Zostaviť, navrhnúť a vytvoriť základné odporúčania s preventívnym zameraním, týkajúce sa behaviorálneho manažmentu rizikových ako i zdravých

žien pre kardiológov a lekárov prvého kontaktu (príp. Poradne zdravia, vtedy pracoviská ŠZÚ, dnes ÚVZ).

Metódy

Na získanie psychologického profilu pacientov v období realizovaných pilotných štúdií sme využívali dostupné psychodiagnostické, väčšinou u nás neštandardizované techniky: riadený rozhovor a Bortnerovu škálu na určenie typu správania, dotazníky na dg. depresie (BDI) a anxiety (STAI), Freiburgský osobnostný dotazník (FPIA), dotazníky na určenie psychickej odolnosti Kobasovej (PVS) a zmyslu pre koherenciu Antonovského SOC, Denoletov DS-14, Williamsovu škálu na meranie hostility; pre účely štúdie autorom vyvinutú sebahodnotiacu škálu na určenie zdrojov stresu a jeho subjektívne hodnotenie; podrobný anamnestický rozhovor vychádzajúci z psychobiografického rozboru životopisu podľa Ruttkaya-Nedeckého a niektoré iné.

Z výsledkov

Napriek umelej selekcii pacientok, ktoré sa v čase štúdie dostali na vyšetrenie v ÚKVCH/SÚSCH, vzhľadom k jeho prioritnému postaveniu a vtedy ešte neexistujúcej funkčnej sieti iných špecializovaných diagnostických pracovísk, prezentované súbory predstavovali reprezentatívne zastúpenie jednotlivých regiónov Slovenska žien s ICHS.

K profilu žien prvej skupiny funkčných kardiovaskulárnych ochorení, u ktorých sa pôvodne dg. ICHS nepotvrdila. Na mieste je otázka, kde je hranica medzi funkčným „klinicky nezávažným", nepotvrdeným ochorením, psychosomatikou a kde začína vážne organické poškodenie/ochorenie. Čo je možné podceniť, čo by sa nemalo nadhodnocovať. Spoločnou charakteristikou týchto žien z hľadiska psychosomatickej etiopatogenézy bola kumulácia stresových situácií už v detstve a priebehu dospievania, neskôr v práci a najmä v osobnom živote, nespokojnosť so životom, partnerom, nedostatok porozumenia zo strany okolia, nedostatok času zo strany lekára. Boli vedené ako „neliečené neurotičky". Napriek výrazným emočným problémom len nepatrná časť z nich bola sledovaná psychiatrom alebo psychológom. Napriek pôvodne „negatívnemu" nálezu, v časovom kontinuu niekoľkých rokov, viac ako ¼ týchto žien na ICHS ochorela.

Spoločným znakom bola nedostatočná a nekompletná dokumentácia, nedôsledná gynekologická anamnéza, preceňovanie biologických, podceňovanie až bagatelizovanie psychosociálnych faktorov v manažmente, sklon k psychiatrizovaniu a ich iatropatogénii.

Druhou, klinicky zaujímavou skupinou sú ženy s potvrdenou ICHS. Pri selektívnej koronarografii sledovali sme 100 žien (najmladšia mala 21 r.) hospitalizovaných v ÚKVCH /SÚSCH v r.1994-96, a 1998: Z biologických rizikových faktorov v súbore prevažovali: nadváha 65%, hypertenzia väčšinou nedostatočne liečená u vyše 40%, 35% malo diabetes druhého typu(DM II), jeho objavenie podobne ako manifestácia kardiálnych ťažkostí boli na 85% viazané na psychické záťažové situácie najmä v osobnom živote. 35% malo v anamnéze gynekologickú operáciu – väčšinou v čase, keď mal kvalitatívne kulminovať ich psychosexuálny život (gynekologické ochorenie spôsobilo krízu nielen zdravotnú, ale najmä osobnú, často i partnerskú), vyše 85% pacientok hodnotilo vzťah so svojim gynekológom negatívne (pacientky o ňom veľmi často nechceli hovoriť). Ženy neboli dostatočne informované o rizikách vyplývajúcich z hormonálnej dysfunkcie na kardiovaskulárne zdravie ani o biologickej hormonálnej ochrane ich organizmu. V tomto súbore sa paradoxne fajčiarky vyskytovali iba v 20%, oproti kontrolnej skupine „zdravých" žien – zdravotníčok, kde bolo vyše 40% fajčiarok. Subjektívne hodnotili za hlavnú príčinu ochorenia stres.

Charakteristika súboru

- *Stav:* 71 % bolo vydatých, 13% boli vdovy, 14 % bolo rozvedených, 2% bolo slobodných.
- *Počet detí:* 6% bolo bezdetných, 13% malo 1 dieťa, 54% malo 2 deti, 17% malo 3 deti, 7% malo 4 deti, 1% 5 a 2% malo 6 detí.
- *Vzdelanie:* 21 % základné vzdelanie, 28% učňovské vzdelanie, 42% úplné stredoškolské vzdelanie, 9% ukončené vysokoškolské vzdelanie.
- *Pracovné zaradenie pred ochorením:* 38% pracovalo v robotníckych profesiách, 45% v technicko-administratívnych, 10% v riadiacich a organizačných funkciách, 6% boli podnikateľky, 1% bolo nezamestnaných.
- *Pracovná schopnosť v čase hospitalizácie:* 50% žien bolo v riadnom pracovnom zaradení, 9% bolo v čiastočnom invalidnom dôchod-

ku, 34% bolo v invalidnom dôchodku zo zdravotných dôvodov, 4 % boli v starobnom dôchodku, 1% bralo podporu v nezamestnanosti, 2% boli na materskej dovolenke. V uvedených charakteristikách sme nezistili štatistické rozdiely vo vzťahu k stupňu postihnutia koronárnych artérií.

Psychodiagnostické vyšetrenie: A typ správania: v riadenom rozhovore bolo 81% zaradených do A typu správania (36% A1, 45% A2) 17% do X typu správania, 2% do B typu správania. V sebahodnotiacej škále SŠ: 50% sa hodnotilo ako A typ správania, 50% ako X + B typ správania. U vyše 30% pacientiek nebola zhoda medzi výsledkami v riadenom rozhovore a v sebahodnotiacej škále; v Bortnerovom dotazníku dochádzalo k výraznejšiemu skresľovaniu. Z hľadiska miery postihnutia koronárnych artérií sme nezistili štatisticky významné rozdiely v A type správania.

FPIA: z 12 škál sme vybrali 7 na určenie osobnostného profilu žien s ICHS:

- miera psychosomatického narušenia: na tejto škále neboli zistené štatisticky významné rozdiely medzi chorými ženami a ostatnými skupinami,
- agresivita: vyšetrené ženy boli agresívnejšie ako muži, miera postihnutia koronárnych artérií sa pozitívne prejavila vo zvýšenom skóre na škále agresivity,
- depresivita: miera depresivity pozitívne korelovala so stupňom postihnutia koronárnych artérií; ženy s postihnutím hlavného kmeňa boli depresívnejšie ako ostatné sledované skupiny,
- hladina frustrácie: choré ženy boli frustrovanejšie ako muži, ženy s negatívnym koronarografickým nálezom mali vyššie hodnoty frustrácie ako ženy s pozitívnym nálezom,
- 7-dominancia: ženy s ICHS sa javili dominantnejšie ako muži, nezistili sme rozdiely v sledovanej premennej vo vzťahu k miere postihnutia koronárnych artérií,
- 11-emocionálna labilita: ženy boli labilnejšie ako muži, choré boli labilnejšie ako zdravé, neboli rozdiely v miere postihnutia koronárnych artérií v sledovanej premennej,
- 12-maskulinita-femininita: choré ženy s nepotvrdenou ICHS boli maskulínnejšie ako ženy s ICHS potvrdenou, rozdiely neboli štatisticky významné.

STAI: ako v situačnej anxiete (STAI X1), tak v konštitučnej anxiete (STAI X2) choré ženy mali vyššie hodnoty ako kontrolné skupiny (p <0,05-0,001), miera postihnutia koronárnych artérií sa prejavila v štatisticky významne vyšších hodnotách v uvedených škálach.

PVS: choré ženy mali nižšiu hodnotu psychickej odolnosti vo všetkých škálach PVS (CO, CA, CM) oproti zdravým, ako aj oproti mužom (p<0,05, resp. 0,001).

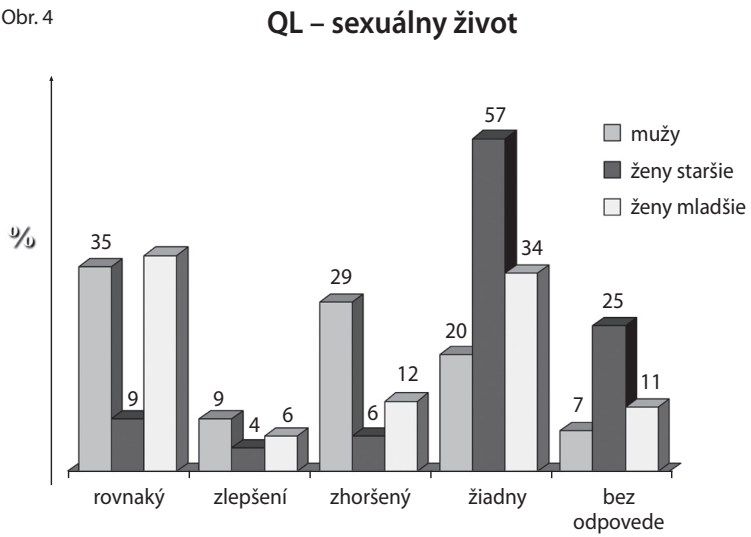
SOC: choré ženy mali nižšie hodnoty najmä v škálach MA a ME ako zdravé, ženy mali nižšie hodnoty ako muži, chorí muži aj ženy mali nižšie hodnoty ako zdraví (p<0,05, resp. 0,001). Znížené hodnoty hardiness a salutogenézy sa javili byť najpriekaznejším rizikovým faktorom, spolupodieľajúcim sa podľa nás na vzniku ochorenia u žien v produktívnom veku.

Výskyt stresových, záťažových **situácií**, pretrvávajúcich dlhšie obdobie v predchorobí (vo vyše 40% už v období detstva), bol charakteristický pre sledovaný súbor bez ohľadu na mieru postihnutia koronárnych artérií. Najvýraznejšie vnímali ženy stres v oblasti osobného a rodinného života, veľmi často boli prezentované dlhotrvajúce problémy so zdravotným stavom dieťaťa alebo niektorého z rodičov, problémy v partnerskom vzťahu, viažúce sa na alkoholizmus partnera a nesúlad v intímnej oblasti. Takmer 75% žien prejavovalo mierne až výrazne pocity životnej nespokojnosti a 55% naznačovalo nedostatočnú sociálnu oporu vo svojom okolí. Bolo zaujímavé, že pomerne vysoké percento žien, ktoré pri prvom vyšetrení udávali neutrálne a konformne pozitívne údaje o svojom súkromí, v priebehu dlhšej hospitalizácie a získania dôvery v psychológa, stávali sa otvorenejšími, úprimnejšími, svoj názor korigovali, upravovali; k riešeniu osobných problémov pristupovali konštruktívnejšie. Kontakt s psychológom – mužom na somaticky orientovanom pracovisku mohol viesť u pacientiek k tendencii skresľovania výsledkov vyšetrení v zmysle nevypovedať o problémoch, ktoré sa významne podpísali pod ich zdravotný stav – ochorenie.

Pri hodnotení kvality života žien po CABG (operovaných v r.1997 až 99) v sledovaných vzorkách žien s dg. ICHS bola kvalita života (QL) žien pred i po CABG horšia oproti QL mužov. Je zaujímavé, že najmladšia žena v tomto súbore bola 35 r. matka 3 detí na materskej dovolenke. Uvádzaná 90% spokojnosť s kardiológom (falošné compliance), bola v disproporcii s nízkou mierou informovanosti o RF

(50–58%). Ženy oproti mužom mali nižšiu pohybovú aktivitu; 45% starších necvičilo vôbec; 87% nevedelo a neužívalo hormonálnu substitučnú terapiu (HST), 31% malo depresívnu symptomatológiu v intenzite vyžadujúcej psychiatricko-psychologickú intervenciu, 60 až 85% malo zhoršenú QL, 25 – 56% zhoršený resp. absentujúci sexuálny život.

Obr. 4



Oproti mužom mali horšiu-slabšiu sociálnu podporu zo strany rodiny a society, 82% poruchy spánku rôzneho charakteru a intenzity.

Z hľadiska hodnotenia hostility u mužov a žien po CABG nezistili sme rozdiely v hodnotách na škále hostility DHW R.Williamsa. Dokonca v kontrolnej vzorke zdravých sestier a lekárov mali ženy vyššie skóre ako pacienti po CABG aj ako muži lekári. Tejto téme sme sa venovali na predchádzajúcich konferenciách PZ, čiastočne v príspevku o syndróme vyhorenia na s. 59 – 71 tohto zborníka.

D typ správania podľa Denolleta v zhode so zahraničnými štúdiami bol v neprospech žien ako na subškále sociálnej inhibície, tak negatívnych afekcií. Javí sa ako nosný konštrukt nielen z hľadiska určovania rizika možného zdravotného zlyhania v etiopatogenéze ochorenia, ale aj prognózy po invazívnej liečbe.

„Rutinný postoj" klinikov, kvalitných a skúsených kardiológov k ženám v produktívnom veku s ICHS môže dokumentovať nasledujúca kazuistika:

Ošetrujúca kardiologička požiadala psychológa o spoluprácu u 38r. pacientky s kardiálnymi problémami pred katetrizáciou, s komentárom, že jej „spravila psychosomatické vyšetrenie, nič som tam nenašla, asi tam aj tak nič nenájdeš, okrem nadváhy, ešte je moc mladá, pravidelne menštruuje..." Z psychologického nálezu uvádzam len podstatné údaje dopĺňajúce rizikový profil pacientky: mala disharmonický partnerský vzťah- nebola rozvedená, ale sama vychovávala syna, fyzicky pracovala v náročnom mužskom prostredí, fajčila 20 a viac cig. denne, výrazný A typ správania podľa Friedmana a Rosenmana, mala zvýšené skóre hostility, depresívne rozlady, bola sociálne izolovaná, bola zistená nedostatočná sociálna podpora, D typ podľa Denolleta: so záverom predisponovaná osobnosť s kumulácia psychosociálnych RF aterosklerózy..vysoko riziková z hľadiska rozvoja ICHS! U pacientky po závažnom náleze na koronárnych artériách bola vykonaná urgentná chirurgická revaskularizácia – 3x bypass s pooperačnými komplikáciami (vážne poruchy rytmu s následnou resuscitáciou, zlomenými rebrami a komplikovaným hojením sterna). Vzhľadom k tvrdosti osudu, ktorý pacientku postihol, nepovažoval som psychologický nález, psychosomatické diagnostické úvahy a potvrdenie pracovných hypotéz za veľké víťazstvo, i keď to bola profesionálna satisfakcia. Tá istá pacientka bola hospitalizovaná na KSCH opäť s odstupom 7 rokov s nutnou reoperáciou s opäť neistou prognózou, nakoľko sa zhoršil nielen jej zdravotný, ale aj psychosociálny stav. Tentoraz iný ošetrujúci lekár opäť nepovažoval za nutné vykonať podrobnejšiu psychosociálnu anamnézu (RA, SA: negatívna) hoci medzitým jej zomrel otec na srdce, konečne sa rozviedla, znížil sa jej ekonomický príjem a v čase hospitalizácie s ňou ukončili pracovný pomer a zostala bez finančných prostriedkov.

Diskusia a záver

Pre všetky sledované skupiny bol príznačný vysoký výskyt psychosociálnych a osobnostných RF. V porovnaní so zahraničnými štúdiami s podobným zameraním napriek socioekonomickým a transkulturálnym diferenciám sme nenašli podstatné rozdiely v hlavných rizikových faktoroch. Podstatnú rolu pri objavení sa prvých klinických prejavov zohrával stres, náročné – ťažké životné situácie, sociálna izolácia, nedostatočná sociálna opora/podpora, znížený sebacit/vlastná hodnota. Vysoké zastúpenie A typu správania (môže a nemusí obsahovať emancipačné prvky: priebojnosť, zrýchlené psychomotorické tempo, pocit časového tlaku, neschopnosť relaxácie a najmä hostilita), choroba (detí alebo rodičov, zriedkavejšie partnera), disharmonický partnerský vzťah, stresy v zamestnaní, pocity nedocenenia, subjektívne vnímanie pracovnej záťaže, čo môže signalizovať aj hroziaci alebo prekonaný stav vyhorenia. V uvedenom období sa problematike BO v súvislosti s kardiovaskulárnymi ochoreniami u žien nik nezaoberal.

Fajčenie ako rizikový faktor sa vyskytoval významne menej často ako u žien v zahraničných štúdiách alebo ako u kontrolných vzoriek zdravých žien (20:40%).

Psychologický profil diferencoval medzi rizikovými, chorými a zdravými ženami. Nie jednoznačne však diferencoval v psychosociálnych charakteristikách medzi skupinami, čo sa týka závažnosti ochorenia a mierou postihnutia koronárnych artérií. Subjektívne prežívanie ochorenia nie je vždy v zhode s objektívnym nálezom. Medzi klinikmi bola a pretrváva značná skepsa, čo sa týka prognózy invazívne liečených žien s ICHS. Medzipohlavné rozdiely sa často prejavovali aj v distribúcii a náväznosti jednotlivých vyšetrení. Kontakt so zdravotníckym prostredím zvyšuje riziko iatropatogenizácie. Najvýraznejšia bola kolízia medzi nadbytočnými vyšetreniami alebo upieraním možnosti ďalších, často dôležitých vyšetrení.

Čo z toho vyplýva pre prax, praktických lekárov a obvodných kardiológov, ale najmä pre ženy? Odpoveď na túto otázku by si vyžadovala ďalšie samostatné pojednanie alebo odborné usmernenie.Postoje klinikov k negatívnym nálezom sú často bagatelizujúce, majú tendenciu viesť k nesprávnym zovšeobecneniam. Praktický lekár ani kardiológ by nemal podceňovať „sťažnosti", náreky mladších žien, ktoré sú v riziku, ale nemajú klinicky potvrdenú formu ICHS. V dôsledku nárastu záťaží a stresov, nezdravého životného štýlu vrátane sociálne tolerovaných abúzov – najmä alkoholu, kofeínu a nikotínu je kardiovaskulárne zdravie žien v produktívnom veku vystavené vyššiemu riziku zlyhania. Chronický stres znižuje, oslabuje prirodzenú biologickú ochranu ženského zdravia, podobne ako u mužov v mladom veku akceleruje ICHS. Aktuálne u nás absentujú (a pravdepodobne ešte dlho budú absentovať) psychosomatické kliniky, oddelenia, ktoré by sa mohli komplexne venovať aj ženám v kardiovaskulárnom riziku.

Vzhľadom k tomu, že sme v „kontrolných súboroch zdravých" žien – zdravotníčok a manažérok našli vysokú kumuláciu RF – vrátane ATS a fajčenia, treba upozorniť na možné zvýšené riziko zdravotného zlyhania u žien v produktívnej populácii. Problematika si zasluhuje väčšiu pozornosť a ďalší systematický výskum, aj vzhľadom k sociálnym a ekonomickým dopadom.

Literatúra:

Appels A., Golombeck B.: Denollets type D personality increases the risk of sudden cardiac death. In.: 5 th Int.Congr.Behav Med., Copenhagen, August 1998

Berkman L.F.:Social support and cardiovascular disease morbidity and mortality in women. In.: Czajkowski S.M. (eds) et al.: Women, behavior and cardiovascular disease, NIH Publ., No 94-3309, Washington DC, Aug.1994, p.159-166

Douglas P.S., Ginsburg G.S.: The evaluation of chest pain in women. New Engl.J.Med 344; 1996;20: 1311-1315

Douglas, P.S.: Coronary artery disease in women. In: BRAUNWALD, E.(Ed.): Heart disease, A textbook of cardiovascular medicine, Vol.2., 5th Edition, W.B.Saunders Company, Philadelphia/London/Toronto/Montreal/Sydney/Tokyo, 1997, s.1704-1714.

Eaker, E.D., Chesbro, J.H., Sacks, F.M., et al.: Cardiovascular disease in women. Circulation, 88;1993,(4);s. 1999-2009.

Frankenhauser M., Rauste-von Wright M., Collins A., et al.: Sex differences in psychoneuroendocrine reaction to examination stress. Psychosom. Med., 40,1978, 334-343

Hallman T., Thomsson H., Burell G, et al.: Stress, burnout and coping: Differences between women with CHD and healthy matched women. J of Health Psychol., 2003; 8: 433-445

Chesney, A.P., Gentry, W.D.: Psychosocial factors mediating health risk: A balanced perspectives. Prevent.Med. 1982, 11, s. 612-617.

Klabník J., Murín J.: Chronické srdcové zlyhávanie – zaostrené na ženy. Cor Vasa 2009; 51(11-12) 805-812

Matthews, K.A., Woodall, K.L., Engebrestson, T.O. et al.: Infulence of age, sex, and family on type A and hostille attitudes and behavior. Health-Psychol;1992,11(5);s.317-323.

Meesters, C., Appels, A.: Why is coronary heart disease a lower class disease? The contribution of hostility and vital exhaustion. 4th International Congress of Behavioral Medicine, Washington DC., March 1996, Abstracts, s.128.

Orth-Gomér, K., Scneiderman N. (Ed´s).: Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 1996

Orth-Gomér, K.: Chesney M.A., Wenger N.K.: Women, stress and heart disease: Lawrence Erlbaum Ass., Mahwah, New Yersey, London, 1998

Pickering, T.,G., Schwartz, J.E.: The effects of occupational stress on blood pressure in men and woman. 5th International Congress of Behavioral Medicine, Copenhagen, August 1998, Abstracts s.76.

Powell, L.H., Baum A., Lovallo W., et al.: Physiologic markers of chronic stress in middle-aged women. 5th International Congress of Behavioral Medicine., Copenhagen, August 1998, Abstracs s.66.

Riečanský, I., Selko, D., Zikmund, et. al.: Osobnostné a psychosociálne faktory ICHS u pacientov v mladšom veku, Záverečná správa ŠVTR, P 12-335-806: Biopsychosociálne faktory duševného zdravia, Bratislava-Praha,1990.

Selko D. Psychosociálne rizikové a protektívne faktory ICHS u žien. Kandidátska dizertačná práca, SÚSCH a FF UK Bratislava, 1998, 95 s.

Selko, D., Grožajová, M., Riečanský, I., Mešťanová, A.: Possibility of testing the cardiovascualr reactivity on the model mental stress in patients with CHD. In:1st International Congres of Behavioral Medicine, Uppsala, June 1990, Abstract book, s.413.

Selko, D., Riečanský, I., Zikmund, Vl., et al.: Cardiovascular reactivity to the model mental stress in the patients with IHD. In: International meeting: Mental stress as a trigger of cardiovascular events, Veruno, October 1989, Abstract book, s.7.

Shumaker, S.A., Hill, R.D.: Gender differences in social support and physical health. Health Psychology, 10,19991, (2), s. 102-111.

Suarez E.C.: Biological consequences of anger expression in hostille men and women: the role of antagonistic hostility. In: 5th International Congress of Behavioral Medicien. Copenhagen, August 1998.

Zikmund, Vl., Breier, P., Selko, D., et al.: Type A behavior and the premorbid ability to cope with affectogenic situations in coronary heart disease patients. Activ.nerv.sup. 29,1987,2, s.145-146.

POKLES RODOVÝCH ROZDIELOV V RIZIKOVOM SPRÁVANÍ SLOVENSKÝCH ADOLESCENTOV MEDZI ROKMI 1998 A 2006

[1]Lukáš Pitel, [1]Andrea Madarasová Gecková, [1,2]Oľga Orosová, [1,3]Jitse P. van Dijk, [3]Sijmen A. Reijneveld

[1] Kosice Institute for Society and Health, Lekárska dakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Trieda SNP 1, 040 11 Košice [2] Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Moyzesova 16, 040 01 Košice, [3] Department of Social Medicine, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja, kontrakt č. APVV-20-038205 a Agentúrou na podporu vedy a techniky, kontrakt č. APVT-20-028802.

Abstrakt

Úvod: *Mužskí tínedžeri fajčievali v minulosti viac než tínedžerky, ale behom posledných desaťročí sa tento pomer chlapcov a dievčat v prevalencii fajčenia vo viacerých európskych krajinách obrátil. Účelom našej štúdie je zhodnotiť, či podobná zmena rodových rozdielov vo fajčení a v iných spôsoboch rizikového správania nenastala behom posledného desaťročia aj u slovenských adolescentov.*

Metódy: *Dáta boli zozbierané v rokoch 1998 (N=2616; 47,6% žien, 14,9±0,6 roka, návratnosť 96,3%) and 2006 (N=1081; 53,0% žien, vek 14,3±0.6, návratnosť 93,0%). Sledované boli zmeny v rodovo špecifickej prevalencii fajčenia a konzumácie alkoholu – pre obe kohorty celkovo i podľa socioekonomických skupín na základe najvyššej úrovne vzdelania rodičov.*

Výsledky: *Štatisticky významné zmeny nastali v pomere chlapcov a dievčat vo fajčení, ale nie v pití alkoholu. Prevalencia fajčenia u chlapcov klesla pod prevalenciu u dievčat. Zmeny v týchto rodových pomeroch sa však výrazne líšili podľa socioekonomických skupín. Najväščia zmena v rodovom pomere fajčenia nastala v strednej socioekonomickej skupine a mala za následok nárast pomeru v celej vzorke. Zmeny v rodových pomeroch u adolescentov z najvyššej socioekonomickej skupiny boli oveľa nižšie.*

Záver: *Správanie slovenských adolescentiek sa vo fajčení začalo podobať na správanie ich mužských rovesníkov spred niekoľkých rokov. Táto zmena v rodovom pomere na Slovensku behom posledného desaťročia vykazuje podobnosť so zmenou v západnej Európe spred dvoch desaťročí.*

Kľúčové slová: *rodové rozdiely, rizikové správanie, adolescencia, fajčenie, alkohol, prierezová štúdia*

Pokles rodových rozdielov v rizikovom správaní slovenských adolescentov medzi rokmi 1998 a 2006

Úvod

Výskumy rodových rozdielov v rizikovom správaní (RS) dokazujú, že vo väčšine krajín sa rizikovejšie správajú častejšie chlapci než dievčatá [1,2,3,4]. Tento trend však nemá univerzálnu platnosť [5]. Vyskytujú sa tu variácie v závislosti od času, miesta [4], veku a socioekonomickej pozície (SEP) [6]. Naviac aj individuálne longitudinálne zmeny v RS počas procesu dospievania vykazujú rôzne vzorce podľa SEP [7]. Dokázateľne napríklad došlo k poklesu, ba až zvratu vo vzorci vyššej prevalencie fajčenia u mužských adolescentov v 80. rokoch 20. storočia v Západnej Európe [8,9]. V krajinách Strednej a východnej Európy sa rodovo špecifická prevalencia fajčenia líšila v posledných desaťročiach od trendov v Západnej Európe. Podľa Pusku [10] bolo v krajinách Strednej a východnej Európy pred obdobím transformácie na trhovú ekonomiku fajčenie viac rozšírené medzi mužmi než medzi ženami. Tento vzorec bol v nasledovnom období transformácie potvrdený taktiež u stredoeurópskych adolescentov [11,12]. Podobne čo sa týka pitia u stredoeurópskych dospelých, Makela, Gmel, Grittner et al. [2] našli jeho vyšší výskyt u mužov, hlavne vo vyšších vekových skupinách. Preto je možné predpokladať, že posun v rodových rozdieloch v rovnakom smere sa mohol v minulosti udiať aj v prípade konzumácie alkoholu. V nasledujúcich odsekoch uvádzame prehľad priamejších dôkazov tohto posunu v niektorých špecifických oblastiach rizikového správania.

Užívanie alkoholu – Poelen, Schotle, Engels, Boomsma and Willemsen [13] porovnávali užívanie alkoholu u holandských 12 až 15-ročných adolescentov v rokoch 1993, 1995, 1997 a 2000 a nenašli žiaden

konzistentný trend v posune rodových rozdielov, čo sa týka frekvencie užívania alkoholu, celoživotného užívania alkoholu, celoživotnej skúsenosti s opitosťou ani frekvencie opitosti. Jediné štatisticky významné rodové rozdiely v tejto štúdii sa ukázali v aktuálnej spotrebe alkoholu v rokoch 1993 a 2000 a v kvantite pitia v roku 1995. Vo všetkých menovaných prípadoch pili chlapci vyššie množstvá, resp. častejšie [13]. U anglických adolescentov neboli zistené medzi rokmi 2004 a 2006 žiadne rozdiely v týždennej spotrebe alkoholu, zatiaľ čo v predošlých rokoch bola prevalencia vyššia medzi chlapcami. Tento trend smerom k vyrovnávaniu rodových rozdielov sa zrejme objavil už v predošlých desaťročiach, hoci nepostupoval konštantne [9]. V Škótsku bola počas 90. rokov 20. storočia prevalencia užívania alkoholu za posledný týždeň trvale u chlapcov o niekoľko percentuálnych bodov vyššia než u dievčat. V roku 2000 však táto prevalencia bola u oboch rodov takmer vyrovnaná [8]. Podobne v štúdiách HBSC možno nájsť údaje poukazujúce na posun v rodovom pomere od rokov 1993-94 cez 1997-98 po 2001-2002 [11,14,15]: dievčatá sa začali správať rizikovejšie. Podobný trend sa objavuje v dátach o týždennom pití v niektorých západoeurópskych krajinách z výskumov ESPAD z rokov 1995, 1999 a 2003 [12,16,17]. Pape, Rossow a Storvoll (2008) však zistili celkové zvýšenie konzumácie alkoholu u nórskych teenagerov medzi 1992 a 2002, zatiaľ čo rodový pomer ostal stabilný [18].

Čo sa týka postkomunistických krajín, Okulicz-Kozaryn and Borucka [19] zistili podobné trendy vo Varšave. Po prudkom poklese percenta adolescentov bez skúsenosti s alkoholom od polovice 80. do polovice 90. rokov ostali celkové hodnoty približne konštantné, ale rodové proporcie sa menia: hodnoty u chlapcov sa znižujú a u dievčat zvyšujú. Od 1992 do 2004 výskyt alkoholu za 30 dní u poľských adolescentiek ostal viac-menej na rovnakej úrovni, ale u chlapcov výskyt klesol. Signifikantný rozdiel v nárazovom konzumovaní vysokého množstva alkoholu medzi dievčatami a chlapcami, ktorí zvykli takto piť častejšie, vymizol medzi rokmi 2000 a 2004. V štruktúre frekvencie a druhov nápojov sa dievčatá postupne pripodobnili chlapcom od 1998 do 2004 [20].

Fajčenie – v Anglicku bol na začiatku 80. rokov výskyt pravidelného fajčenia u chlapcov a u dievčat podobný, ale v roku 1986 sa náh-

le objavila dievčenská dominancia a zostala podnes [9]. V Škótsku sa v 80. rokoch objavil podobný trend [8].

Vo výskumoch ESPAD [12,16,17] je posun rodového pomeru vo fajčení adolescentov veľmi pravidelný a podobný v takmer všetkých krajinách strednej a východnej Európy. Zistenia týchto štúdií naznačujú, že v týchto stredoeurópskych krajinách pravdepodobne len nedávno došlo, resp. stále dochádza k rovnakému vyrovnávaniu či až zvráteniu rodových pomerov ako v západnej Európe v predošlých desaťročiach. Štúdie HBSC [11,14,15], vychádzajúce z dát zozbieraných v rokoch 1993/94, 1997/98 a 2001/2002 taktiež podávajú dôkazy o zvyšujúcej tendencii dievčat k týždennému fajčeniu u adolescentiek v porovnaní s chlapcami rovnakého veku, a to v strednej i západnej Európe. Tieto trendy sa však líšili v závislosti od krajiny a vo viacerých štátoch neprebiehali postupom času v rovnakom smere.

Socioekonomická pozícia – Za dôležitý determinant rizikového správania (RS) je považovaná okrem rodu aj socioekonomická pozícia (SEP). Čím nižšia je socioekonomická (SE) skupina, tým menej priaznivé je zvyčajne RS [21]. Počas adolescencie sa však SEP nejaví byť vo všetkých druhoch RS natoľko relevantným a konzistentným determinantom ako počas ostatných období života. Vplyv SEP počas adolescencie je v porovnaní s dospelosťou obzvlášť silný vo fajčení a slabší, resp. nijaký napr. vo fyzickej aktivite [22, 26]. Tradičný SE gradient (čím nižšia SEP, tým rizkovejšie správanie) sa v prípade alkoholu u adolescentov väčšinou nepotvrdzoval [7]. Viaceré výskumy však ukázali tento tradičný gradient vo fajčení adolescentov [23,24, 25]. Čo sa týka rozdielov podľa rodu, väčšina štúdií nenašla rozdiely v gradientoch chlapcov a dievčat vo fajčení [7], hoci Scragg et al. [27] našiel tradičný gradient len medzi novozélandskými adolescentkami.

Hoci rod aj SEP sú vo všeobecnosti považované za dôležité faktory pri predikcii niektorých druhov RS, relatívne malá pozornosť býva venovaná ich interakcii. Hanson a Chen [7] zozbierali výsledky viacerých výskumov o vzťahu SEP a RS z USA, Kanady, Nového Zélandu a niektorých západoeurópskych krajín. Vo fajčení našli oveľa viac štúdií odhaľujúcich tradičný SE gradient než žiaden gradient alebo obrátený gradient. Niektoré štúdie však našli tradičný gradient len u dievčat [27,28] alebo u špecifických etnických skupín [29,30,31].

Hoci takmer všetky štúdie v danom prehľade zahrnuli do svojich analýz aj rod, žiadna z nich neskúmala efekt rodu vo vzťahu SEP a spotreby alkoholu [7].

Počet údajov o interakcii rodu a SEP ako prediktorov RS v strednej a východnej Európe je skromný. Gecková, van Dijk, Groothoff a Post [32] zistili u slovenských adolescentov, že vplyv rodu na SE gradienty v RS závisí od kritéria SEP, ktoré bolo v meraní použité. Napríklad ak bola SEP určovaná vzdelaním rodičov, tradičný sociálny gradient vo fajčení bol nájdený len u chlapcov. Ak bola SEP určovaná podľa zamestnania rodiča alebo podľa typu školy, bol tradičný gradient nájdený u oboch rodov.

Nie sú dostupné žiadne štúdie zo strednej Európy, ktoré by merali efekt rodu na SE rozdiely v rozličných typoch RS simultánne. Účelom tejto štúdie je vyplniť túto medzeru skúmaním rodových rozdielov v dvoch rôznych kohortách slovenských adolescentov, v užívaní alkoholu a vo fajčení – celkovo aj podľa SEP.

Metódy

Vzorka

Uskutočnili sme dva prierezové výskumy adolescentov v Košiciach v rokoch 1998 a 2006. V roku 1998 boli dáta zbierané u prvákov 31 stredných škôl. Výber bol stratifikovaný podľa typu školy: proporcia piatich typov sekundárneho vzdelávania na Slovensku bola zachovaná. Individuálne školy boli vybraté náhodne. Z distribuovaných dotazníkov sa ich vrátilo 2616 (vekové rozpätie: 13.75-17.50 rokov; priemer: 14.86 rokov; štandardná odchýlka: 0.62; 52.4% chlapcov; návratnosť: 96.3%).

Za pomoci podobnej metodológie sme zozbierali dáta aj v roku 2006. Kvôli zmenám vo vzdelávacom systéme (zavedenie povinného deviateho ročníka v základných školách) sme administrovali dotazníky žiakom 8. a 9. ročníka základných škôl, ktoré boli vybraté náhodne. Bolo vrátených 1081 dotazníkov, v ktorých bol uvedený rod (vekové rozpätie: 13.09-16.83 rokov; priemer: 14.33 rokov; štandardná odchýlka: 0.62; 47.0% chlapcov).

V oboch prípadoch vyplnili respondenti dotazník v škole, vo svojich triedach a podľa inštrukcií cvičených terénnych pracovníkov. Návratnosť bola 96.3% v roku 1998 a 93.0% v roku 2006, non-responzia sa vyskytla kvôli chorobám a iným dôvodom absencie na vyučovaní.

Meracie nástroje a premenné

Sociodemografické premenné zahŕňali rod, vek a najvyššie dosiahnuté vzdelanie rodičov, pri ktorom sa rozlišovali tri úrovne vzdelania: 1) nízka SEP – základné a učňovské vzdelanie; 2) stredná SEP – stredoškolské ukončené maturitou; a 3) vysoká SEP – univerzitné vzdelanie.

Rizikové správanie zahŕňalo užívanie alkoholu a fajčenie. Respondentom boli položené otázky, koľkokrát pili počas posledných štyroch týždňov alkohol (možnosti: ani raz; 1-2-krát; 3-5-krát; 6-10-krát; 10-krát a viac) a či už niekedy fajčili cigaretu (nie, nikdy; už som to skúsil; fajčil som, ale prestal; sem-tam fajčím, ale nie denne; teraz fajčím denne). Tí, ktorí pili alkohol 3-krát alebo viac za posledné 4 týždne, resp. fajčili denne alebo príležitostne, boli považovaní za rizikovo sa správajúcich.

Štatistická analýza

Hlavný efekt rodu, časové obdobie štúdie a ich interakcia s rizikovým správaním (každý jeho typ zvlášť) boli analyzované za použitia logistického regresného modelu s odkontrolovaním veku. V prvej analýze sme merali túto interakciu medzi rodom a časovým obdobím pre celé vzorky z rokov 1998 a 2006, po odkontrolovaní (malých) rozdielov vo vekovej distribúcii medzi týmito vzorkami. Následne sme analýzy opakovali u každej SE skupiny zvlášť. Tiež boli vypočítané jednoduché pomery rizika. Dáta boli kódované a analyzované pomocou programu SPSS 14.0.

Výsledky

V užívaní alkoholu klesol rodový pomer šancí s odkontrolovaným vekom z 1.69 v roku 1998 na 1.26 v roku 2006 (viď. tabuľku 1). Táto zmena v rodovom pomere šancí však nebola štatisticky významná. Celkovo u oboch rodov stúpol výskyt užívania alkoholu z 11,5% na 15,0%, ale u dievčat o čosi výraznejšie než u chlapcov.

Vo fajčení sa rodový pomer šancí štatisticky významne zmenil. V roku 1998 bol kontrolovaný pomer šancí 1,70, naproti tomu v roku 2006 jeho hodnota bola 0,80 – teda fajčenie sa stalo častejším javom u dievčat než u chlapcov. Zaujímavé je, že celkový výskyt fajčenia sa takmer nezmenil (23.7% vs. 23.8%). Prevalencia fajčenia sa však zvýšila u dievčat a poklesla u chlapcov.

Tab. 1 **Zmeny v pomere šancí chlapci/dievčatá v RS medzi rokmi 1998 a 2006 (celá vzorka)**

	Prevalencia 1998		PŠ[1] 1998	Prevalencia 2006		PŠ[2] in 2006	Rod x kohorta z
	n	%		n	%		OR (95% CI)
Užívanie alkoholu							
Dievčatá	109	8.8	1 (ref) 1.69***	73	13.1	1 (ref) 1.26	0.76 (0.49-1.17)
Chlapci	194	14.2		85	17.1		
Spolu	303	11.6		158	15.0		
Fajčenie denne alebo príležitostne							
Dievčatá	230	18.5	1 (ref) 1.70***	145	25.8	1 (ref) 0.80	0.46*** (0.33-0.66)
Chlapci	388	28.5		108	21.6		
Spolu	618	23.7		253	23.8		

PŠ[1], PŠ[2] – pomery šancí po odkontrolovaní veku; * p≤0.05, ** p≤0.01, *** p≤0.001;
ref – referenčná kategória
Z – Tento pomer šancí indikuje zmenu v čase od 1998 do 2006 pre ženy v porovnaní s mužmi.

Analýzy pre každú SE skupinu zvlášť ukázali, že rodový pomer šancí sa významne zmenil v strednej SE skupine vo fajčení (viď. tabuľku 2). V nízkej SE skupine sa pomer šancí nezmenil v užívaní alkoholu ani vo fajčení. Smer týchto zmien bol u oboch premenných rovnaký: časté užívanie alkoholu a fajčenie u chlapcov sa buď znížili alebo sa ich prevalencia dokonca signifikantne obrátila (fajčenie dievčat v strednej SE skupine).Vo vysokej SE skupine nenastal žiaden signifikantný posun rodového pomeru šancí. Čo sa týka konzumácie alkoholu v tejto skupine, rodový pomer šancí sa posunul opačným smerom: v roku 2006 sa rizikovo správalo viac chlapcov a menej dievčat v porovnaní s rokom 1998, hoci táto zmena rodového pomeru šancí nebola štatisticky významná.

Tab. 2 **Zmeny v pomere šancí chlapci/dievčatá v RS medzi rokmi 1998 a 2006 v rôznych socioekonomických skupinách adolescentov**

	Nízka SE skupina			**Stredná SE skupina**			**Vysoká SE skupina**		
	Prevalencia 1998 (v %)	Prevalencia 2006 (v %)	zmena PŠ (KI) Rod x kohorta z	Prevalencia 1998 (v %)	Prevalencia 2006 (v %)	zmena PŠ (KI) Rod x kohorta z	Prevalencia 1998 (v %)	Prevalencia 2006 (v %)	zmena PŠ (KI) Rod x kohorta z
Alkohol			1.91 (0.52-6.99)			0.54 (0.29-1.01)			1.22 (0.59-2.53)
Chlapci	10.7	25.0		15.7	17.7		15.0	15.4	
Dievčatá	7.1	8.6		7.5	14.2		13.6	12.6	
Fajčenie			0.62 (0.22-1.72)			**0.26***** (0.16-1.43)			1.09 (0.58-2.05)
Chlapci	31.2	25.0		31.4	20.6		20.5	21.6	
Dievčatá	18.9	20.7		18.2	31.5		17.5	20.7	

* p≤0.05, ** p≤0.01, *** p≤0.001
KI – konfidenčný interval (95%)

Vo všetkých SE skupinách vzrástla prevalencia fajčenia u dievčat, zatiaľ čo u chlapcov klesla (nízka a stredná SE skupina) alebo sa nezmenila (vysoká SE skupina).

Diskusia

Naša štúdia poodhalila niektoré dôležité zmeny v adolescentnom RS medzi rokmi 1998 a 2006. V prípade celej vzorky sme zistili všeobecný pokles v pomere chlapcov voči dievčatám kvôli zvýšenej prevalencii užívania látok u dievčat. Zvyšujúci sa výskyt užívania alkoholu u oboch rodov je v súlade so zisteniami iných štúdií z celej Európy [11,14,15]. Hoci celkový výskyt fajčenia ostal konštantný, rodový pomer sa enormne zmenil: hodnoty stúpli u dievčat a klesli u chlapcov.

Došlo k signifikantnému obratu v rodovom pomere šancí vo fajčení u strednej SE skupiny: prevalencia u dievčat prevýšila prevalenciu u chlapcov. V najvyššej SE skupine neboli potvrdené nijaké silné a konzistentné zmeny RS. Jedným možným vysvetlením by mohlo byť, že trendy vo vysokej SE skupine anticipujú zmeny v rámci celej spoločnosti a v tomto prípade sa spomínaná zmena pomeru odohrala z veľkej časti už pred rokom 1998. Veľmi nízke rodové pomery šancí v oboch skúmaných typoch RS v porovnaní s oboma nižšími SE skupinami poskytujú pre túto domnienku istú podporu.

Zdá sa, že tento anticipujúci trend vo vysokej SE skupine v porovnaní s nízkou platí v zdravotnom správaní vo všeobecnosti. V skorom štádiu fajčiarskej epidémie je fajčenie najčastejšie u mužov z vysokej SE skupiny. Neskôr je táto skupina tiež prvou, v ktorej proporcia fajčiarov začína klesať [34,35]. V našej štúdii však správanie ani jedného rodu, ani nízkej ani strednej SE skupiny veľmi neimitovali situáciu vo vysokej SE skupine. Okrem toho, tento epidemický vzorec má údajne byť platný v podstate v prípade každej inovácie alebo trendu v spoločnosti [35], vrátane nárastu alebo poklesu iných typov RS. Avšak ani prevalencie užívania alkoholu vo vysokej SE skupine našej prvej vzorky a následné prevalencie v roku 2006 nepoukazujú na tento typ kauzality.

Inou možnou príčinou by mohli byť zmeny v rodových rolách, typické vzostupom tradične maskulínnych ambícií a maskulínneho rolového správania u žien [19,35]. Emslie, Hunt a Macyntire [36] referujú o nájdení pozitívneho vzťahu medzi maskulinitou a fajčením u mužov i u žien.

Bola pozorovaná jasná zmena v rodovo špecifickom RS v tom istom smere, v akom sa odohrala v západoeurópskych krajinách. Naše zistenia sú v súlade s už spomenutými výskumami ESPAD, ktoré sotva dovoľujú pochybovať o smere tohto procesu. Je potrebné mať viac verifikovaných informácií o prítomnosti týchto príčin v západnej aj strednej Európe, aby sme mohli objasniť pozadie tohto procesu.

Silnou stránkou tejto štúdie je možnosť porovnania RS z dvoch vekových kohort s osemročným odstupom, keďže obe vzorky sa týkajú rovnakej vekovej skupiny a výskumy boli uskutočnené v rovnakom meste. Výlučne na posun v rodových rozdielov v RS sa zameralo len veľmi málo prierezových štúdií.

Ako limitáciu treba spomenúť, že kvôli zmenám vo vzdelávacom systéme tvoria vzorku z roku 2006 žiaci základných škôl, pričom vzorku z roku 1998 žiaci stredných škôl (vrátane učilíšť), hoci priemerný vek oboch skupín je takmer rovnaký. Dá sa predpokladať, že na stredných školách bude správanie rizikovejšie, predovšetkým v užívaní návykových látok. Naše údaje však ukazujú, že užívanie návykových látok je napriek tomu vyššie v roku 2006. Ďalej, efekt typu školy, ak by nejaký existoval, by mal mať vplyv na oba rody, čo naznačuje len veľmi obmedzený vplyv na výsledky tejto štúdie.

Naše výsledky sú prvými ohľadom posunu rodových vzorcov RS v strednej Európe a preto potrebujú potvrdenie ďalšími výskumami. V ideálnom prípade by sa taká konfirmačná štúdia mala pokúsiť priniesť informácie aj o mechanizmoch, ktoré k tejto zmene viedli. Nateraz by mali tvorcovia zdravie podporujúcich aktivít prihliadať na zmeny v rodových vzorcoch správania a na SEP rodičov adolescentov, aby boli schopní intervenovať efektívnejšie. Obzvlášť urgentná je potreba adaptovať intervenčné programy na súčasne vysoké riziko u adolescentiek.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja, kontrakt č. APVV-20-038205 a Agentúrou na podporu vedy a techniky, kontrakt č. APVT-20-028802

Literatúra:

Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. Eur J Public Health 2007;17:353-360.

Makela P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche S, Bloomfield K, Room R. Drinking patterns and their gender differences in Europe. Alcohol Alcoholism 2006;41:I8-I18.

Isralowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. Addict Behav 2006;31:355-358.

Geckova A. Inequality in Health among Slovak Adolescents. Groningen (NL): University of Groningen, 2002.

Williams JH, Van Dorn RA, Ayers CD, Bright CL, Abbott RD, Hawkins JD. Understanding race and gender differences in delinquent acts and alcohol and marijuana use: A developmental analysis of initiation. Soc Work Res 2007;31:71-81.

Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, Sleskova M, Groothoff JW, Reijneveld SA. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: A longitudinal study. BMC Public Health 2008;8:1-32.

Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. J Behav Med 2007;30:263-285.

Boreham R, Shaw A, editors. Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in Scotland in 2000: Edinburgh (Scotland): The Stationery Office; 2001.

Fuller E, editor. Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2006. The Information Centre, Lifestyles Statistics; 2007.

Puska P. Smoking in Central & Eastern Europe. In: Puska P, Waller M and Lipponen, S, editors. Smoke free Europe: A forum for networks.

King A, editor. The Health of Youth: A cross-national survey. Copenhagen (Denmark), WHO Regional Office for Europe; 1996.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A, editors. The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Stockholm (Sweden): The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 1997.

Poelen EAP, Scholte RHJ, Engels RCME, Boomsma DI, Willemsen G. Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. Drug Alcohol Depen 2005;79:413-421.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, editors. Health and Health Behaviour among Young People. Copenhagen (Denmark): World Health Organization; 2000.

WHO. Young people's health in context. WHO Regional Office for Europe; 2004.

Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, et al., editors. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm (Sweden): The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2000.

The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm (Sweden): The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe; 2004.

Pape H, Rossow I, Storvoll EE. Wetter and Better? Changes in Associations between Drunkenness and Other Problem Behaviors among Norwegian Youth. Eur Addict Res 2008;14:61–70.

Okulicz-Kozaryn K, Borucka A. Warsaw adolescent alcohol use in a period of social change in Poland: Cluster analyses of five consecutive surveys, 1988 to 2004. Addict Behav 2008;33:439-450.

Okulicz-Kozaryn K, Borucka A. Zmiany w piciu alkoholu przez warszawskich nestolatkow w latach 1984-2004. (Changes in alcohol consumption among Warsaw adolescents between 1984-2004.). Alkoholizm i Narkomania. 2006;19:243-258.

Kompletná literatúra u autora

VNÍMANIE TVARU TELA, HMOTNOSŤ A FYZICKÉ CVIČENIE AKO DETERMINANTY SEBAÚCTY

Monika Vavricová
Katedra psychológie, FF UPJŠ, Košice

Abstrakt: *Čoraz viac sa hovorí o nespokojnosti žien so svojim telom a hmotnosťou. Preto bolo našim cieľom zistiť dôležitosť sústredenia sa na vonkajší tvar tela a hmotnosť v rámci ostatných determinantov sebaúcty. Zamerali sme sa aj na sledovanie celkovej úrovne sebaúcty a zmapovanie možnej prítomnosti symptómov porúch príjmu potravy. Administrovali sme dotazník SAWBS, BAT a Rosenbergovu škálu sebaúcty 60 ženám, ktoré aspoň trikrát do týždňa navštevujú fitnescentrum a 60 ženám, ktoré necvičia. Zistili sme, že pre cvičiace je faktor tvar tela a hmotnosť signifikantne dôležitejší determinant sebaúcty než pre ženy, ktoré necvičia. Najdôležitejšie determinanty sebahodnotenia, či už cvičiacich alebo necvičiacich, sú atribúty ako partnerské/intímne vzťahy, osobnosť a kamarátske vzťahy. Na základe našich výsledkov sa nám ale nepotvrdili signifikantné rozdiely v úrovni sebaúcty medzi cvičiacimi a necvičiacimi. Celý náš výskumný výber v priemere neprekročil hranicu, ktorá by indikovala prítomnosť porúch príjmu potravy.*

Kľúčové slová*: tvar tela a hmotnosť, determinanty sebaúcty, sebaúcta, symptómy porúch príjmu potravy*

Úvod

To ako vnímame samého seba má veľký vplyv na naše duševné zdravie a to sa odráža v našom správaní. Vzťah k sebe si tvoríme už ako dieťa. To ako si samého seba vážime, ako samého seba oceňujeme môžeme súhrnne nazvať sebaúcta alebo sebahodnotenie. Rozhodli sme sa, že budeme chápať tieto dva slová synonymicky. Sebahodnotenie predstavuje súbor úsudkov, názorov a emocionálnych postojov k svojmu Ja.

Sebahodnotenie má dva póly, buď sme so sebou spokojní alebo nespokojní. V literatúre a zahraničných štúdiách sa môžeme stret-

núť s početnými výskumami zameranými práve na sledovanie týchto dvoch pólov sebaúcty. O to menej sa ale hovorí o tom, čo podmieňuje to, že sme so sebou spokojní alebo nie. Preto sme sa v našej práci zamerali hlavne na mapovanie determinantov sebahodnotenia.

Na uchytenie tejto problematiky sme využili dotazník SAWBS (Shape and Weight-Based Self-Esteem Inventory), ktorý vytvorila Kanaďanka Josie Geller spolu so svojimi spolupracovníkmi (1998). Dotazník SAWBS sa zameriava na to, ktoré faktory (tvar tela a hmotnosť, študijné a pracovné kompetencie, osobnosť, priateľské, intímne a partnerské vzťahy, osobnostný rozvoj, tvár, participácia na mimoškolských/voľnočasových/mimopracovných aktivitách) sú dôležité pre náš pocit zo seba samého. Sleduje hlavne postavenie atribútu tvar tela a hmotnosť v rámci ostatných determinantov sebaúcty. Metodika SAWBS bola primárne vytvorená na indikáciu pacientov s poruchami príjmu potravy. Neskôr ju Geller a jej kolegovia použili na skúmanie neklinickej populácie. Geller et al. (1997) zistili, že zameriavanie sa na telo a hmotnosť nie je charakteristické iba pre jedincov s poruchami príjmu potravy, ale tieto dva koncepty majú centrálny vplyv, pozitívny alebo negatívny, na sebaúctu každého z nás. My sme sa zamerali na sledovanie determinantov sebaúcty u cvičiacich a necvičiacich žien. Vychádzali sme z vlastnej skúsenosti so ženami, ktoré pravidelne navštevujú fitnescentrum, ale aj z výskumu Berman, Kerr, De Souza (2005) ktorí zistili, že kontrola váhy a tvaru tela je pre pravidelne cvičiace dôležitá a priali by si, aby sa menej koncentrovali na tieto determinanty. Prichard a Tiggemann (2008) uvádzajú, že čas strávený vo fitnescentre pozitívne koreloval so zameraním sa na tvar tela.

V našej práci sa zaoberáme postavením atribútu tvar tela a hmotnosť v rámci ostatných determinantov sebaúcty v skupine pravidelne cvičiacich a necvičiacich žien. Zameriame sa aj na porovnanie celkovej úrovne sebaúcty cvičiacich a necvičiacich a tiež na možnosť vyššieho skóre v dotazníku na identifikáciu porúch príjmu potravy u žien, ktoré zakladajú svoju sebaúctu na tvare tela a hmotnosti.

Výskumný výber

Výskumu sa zúčastnilo 120 žien vo veku 20 až 35 rokov. Rozdelili sme ich do dvoch skupín. Prvú skupinu sme nazvali: CVIČIACE. Tvorilo ju 60 žien, ktoré pravidelne navštevujú fitnescentrum. Stanovili sme si kritérium, že by mali cvičiť aspoň trikrát do týždňa vo fitnes-

centre (aerobik, posilňovňa), priemerne hodinu na jedno cvičenie. Druhú skupinu tvorilo 60 NECVIČIACICH. Sú to ženy, ktoré naopak, nechodia do fitnescentra vôbec alebo menej než trikrát do týždňa, prípadne sa venujú športovej aktivite maximálne trikrát do týždňa.

Opis nástrojov merania

Shape and Weight-Based Self-Esteem Inventory – SAWBS

Dotazník SAWBS prvýkrát publikovala výskumníčka Gellerová (in Geller et al., 1997). Táto metodika sa zameriava na to, ktoré faktory (tvar tela a hmotnosť, študijné a pracovné kompetencie, osobnosť, priateľské, intímne a partnerské vzťahy, osobnostný rozvoj, tvár, participácia na mimoškolských/voľnočasových/mimopracovných aktivitách) sú dôležité pre náš pocit zo seba samého. Sleduje hlavne postavenie atribútu tvar tela a hmotnosť v rámci ostatných determinantov sebaúcty. Respondent si vyberá z deviatich atribútov tie, ktoré sú dôležité pre jeho celkový pocit hodnoty a tie potom zoradí podľa významnosti. Nezisťovali sme reliabilitu, lebo tento dotazník nevyužíva Likertovu škálu, ale škálu zoraďovania položiek. Preto tu nie je možné vypočítať Cronbachovo alfa.

Body Attitude Test – BAT: Test vzťahu k vlastnému telu.

Bol špeciálne vytvorený na posúdenie pacientov s týmto ochorením (Probst, 1995). Uher, Pavlová a Pápežová (2004) ho prevzali a upravili. Na základe faktorovej analýzy boli vytvorené tri škály.

- *Škála negatívneho hodnotenia rozmerov vlastného tela (BAT I)*
- *Škála pocitu odcudzenia vlastného tela (BAT II)*
- *Škála všeobecnej nespokojnosti so svojim telom (BAT III)*

Nakoľko sme pri administrovaní tohto testu použili náš preklad z českého jazyka, zamerali sme sa aj na sledovanie reliability tohto testu. Hladina alfa celého testu bola na našom výbere α=0,761. Táto hodnota je pre nás dostatočne významná. Hladina alfa v škále BAT I bola na našom výbere α=0,774, v škále BAT II α=0,603 a pre škálu BAT III α=0,706. Tieto hodnoty sú pre nás dostatočne významné.

Rosenbergova škála sebaúcty

Jednou z najpoužívanejších metód pre zisťovanie úrovne sebahodnotenia, je Rosenbergova škála sebahodnotenia (Rosenberg Self-Esteem Scale). Táto škála bola koncipovaná ako jednodimenzionálna,

ktorá meria celkovú úroveň globálneho vzťahu k sebe (Halama, Bieščad, 2006). Škála obsahuje 10 položiek, ku ktorým respondent vyjadruje mieru svojho súhlasu na štvorbodovej stupnici s krajnými bodmi „úplné nesúhlasím" a „úplné súhlasím".

Výskumná procedúra

Údaje, ktoré sme získali, sme vyhodnocovali kvantitatívne a kvalitatívne. Kvantitatívne spracovanie sme urobili pomocou programu *Statistical Package for the Socoal Science* (SPSS). Pre všetky položky dotazníka sme zvolili 5% hladinu štatistickej významnosti. Súvislosti a odlišnosti medzi skupinami sme zisťovali pomocou parametrických a neparametrických testov

Výsledky

Štruktúra sebaúcty mapovaná dotazníkom SAWBS

Dotazník SAWBS je zameraný na mapovanie štruktúry sebaúcty. V tabuľke č. 1 uvedieme priemery, štandardné odchýlky a poradie dôležitosti jednotlivých atribútov pre sebaúctu v rámci celého výskumného výberu. V tabuľke č. 2 uvádzame rozdiely medzi cvičiacimi a necvičiacimi v dôležitosti jednotlivých atribútov SAWBS.

Tab. 1: **Priemery, štandardné odchýlky a poradie atribútov dotazníka SAWBS**

	VÝSKUMNÝ VÝBER (CVIČIACE + NECVIČIACE) N=120		
Atribúty	M	SD	Poradie
A: Partnerské alebo intímne vzťahy	6,46	2,311	1.
B: Tvar tela a hmotnosť	3,29	2,724	6.
C: Študijná/pracovná spôsobilosť	4,54	2,669	4.
D: Osobnosť	5,21	2,813	2.
E: Kamarátske vzťahy	4,71	2,360	3.
F: Tvár	1,85	2,203	7.
G: Osobný rozvoj	4,47	2,524	5.
H: Kompetencie vo voľnoč. aktiv.	1,27	1,877	8.

M – priemer (mean), SD – štandardná odchýlka N – počet ľudí v skupine

Tab. 2: **Rozdiely medzi skupinami v jednotlivých atribútoch SAWBS**

	Skupiny								
	CVIČ (N=60)			NECV (N=60)					
Atribúty	M	SD	p	M	SD	P	U	Sig	ME
A: Partnerské alebo Intímne vzťahy	6,65	2,231	1.	6,27	2,393	1.	1664.0	0.275	0,1
B: Tvar tela a hmotnosť	4,57	2,5	4.	2,02	2,325	6.	832.5	0.000	0,47
C: Študijná/pracovná spôsobilosť	4,63	2,273	3.	4,45	2,62	5.	1709.0	0.630	0,04
D: Osobnosť	4,67	2,978	2.	5,75	2,549	2.	1418.5	0.021	0.19
E: Kamarátske vzťahy	4,52	2,597	5.	4,9	2,207	4.	1690.5	0.563	0.05
F: Tvár	2,38	2,508	7.	1,32	2,079	7.	1252.0	0.002	0.31
G: Osobný rozvoj	4,02	2,678	6.	4,92	2,294	3.	1457.5	0.069	0.16
H: Kompetencie v mimoprac. aktivitách	1,38	2,023	8.	1,15	1,706	8.	1707.5	0.581	0.05

M – priemer, SD – štandardná odchýlka, P – poradie determinantu dôležitosti v rámci skupiny, ME – miera efektu, N – počet participantov v skupine, CVIČ – cvičiace, NECV – necvičiace

SAWBS sa sústredí hlavne na postavenie faktoru *B: Tvar tela a hmotnosť*, v rámci ostatných determinantov sebaúcty. Aplikáciou Mann-Whitneyho kritéria sme zistili existujúce odlišnosti v dôležitosti niektorých atribútov pre sebaúctu medzi skupinami cvičiacich a necvičiacich (tabuľka 2). Pre cvičiace bol faktor tvar tela a hmotnosť štvrtý najdôležitejší pre ich sebaúctu. Pre skupinu cvičiacich je tento faktor signifikantne dôležitejší determinant sebaúcty oproti skupine necvičiacich (U=832.5, p=0.000). Taktiež faktor *F: Tvár* je signifikantne dôležitejší determinant pre *cvičiace* (U=1252.0, p=0.001). Naopak, faktor *D: Osobnosť* je pre skupinu *necvičiacich* signifikantne dôležitejší determinant sebaúcty (U=1418.5, p=0.021).

Pri ostatných atribútoch (*A*: *partnerské alebo intímne vzťahy, C: študijná/ pracovná spôsobilosť, E: kamarátske vzťahy, G: osobný rozvoj, H: kompetencie vo voľnočasových/mimoškolských/mimopracovných aktivi-*

tách) sa nám nepotvrdili signifikantné rozdiely v dôležitosti pre sebaúctu cvičiacich a necvičiacich.

Úroveň sebahodnotenia u cvičiacich a necvičiacich

Pomocou Rosenbergovej škály sebaúcty sme mapovali celkovú úroveň sebahodnotenia, teda úroveň globálneho vzťahu k sebe. Celý náš súbor (N=120) dosiahol priemernú úroveň sebaúcty M=31,933 a SD=4,437. *Cvičiace* (N1=60) mali v sebahodnotení priemerné skóre M1=32,250 a štandardnú odchýlku SD1=4,504. *Necvičiace* (N2=60) mali priemerné skóre M2=31,616 a štandardnú odchýlku SD2=4,384.

Prostredníctvom T-testu sa nám nepotvrdili signifikantné rozdiely v úrovni sebahodnotenia medzi skupinou cvičiacich a necvičiacich ($t(118)=0.860$, $p=0.437$).

V našom dotazníku sme mapovali tiež koľkokrát do týždňa ženy navštevujú fitnescentrum a tiež ako často do týždňa sa venujú akejkoľvek športovej aktivite. Na základe týchto údajov, sme respondentky rozdeľovali medzi cvičiace a necvičiace. Ženy, ktoré sme zaradili do skupiny cvičiacich sa venujú týždenne nejakej športovej aktivite v priemere 3,52-krát (min. 2-krát a max. 7-krát). Necvičiace týždenne športovali priemerne 1,32-krát (min. 0 a max. 3-krát). Skupina cvičiacich navštevovala priemerne fitnescentrum 3,33-krát do týždňa (min. 3-krát a max. 7-krát). Naopak necvičiace priemerne 0,13-krát (min. 0 a max. 1-krát). Preto nás zaujímalo, či v rámci skupiny cvičiacich alebo necvičiacich nebudú rozdiely v úrovni sebaúcty medzi ženami, ktoré sa rozdielne často venujú športovej aktivite, prípadne chodia do fitnescentra.

Pomocou Mann-Whitneyho testu sa nám potvrdil predpoklad existencie signifikantných rozdielov v celkovej úrovni sebaúcty medzi ženami v skupine cvičiacich, ktoré sa venujú športovej aktivite trikrát do týždňa a cvičiacimi ženami, ktoré športujú sedemkrát ($U=18.500$, $p=0.017$).

Poruchy príjmu potravy u žien, ktoré zakladajú svoju sebaúctu na tvare tela a hmotnosti

Na posúdenie prítomnosti porúch príjmu potravy v našom výskumnom výbere sme použili Test vzťahu k vlastnému telu, ktorý bol špeciálne vytvorený na posúdenie pacientov s PPP (Probst, 1995). Probst et al. (1995) uvádza, že celkové skóre 36 a viac bodov určuje

prítomnosť porúch príjmu potravy. Uher, Pavlová a Papežová (2004) dodávajú, že kritérium 10 bodov a viac v Škále pocitu odcudzenia vlastného tela BAT II je spoľahlivejšie.

Ženy, ktoré označili v dotazníku SAWBS na prvom mieste, druhom alebo treťom mieste ako determinant ich sebaúcty atribút tvar tela a hmotnosť, sme považovali za respondentky, ktoré zakladajú svoju sebaúctu prevažne na tvare tela a hmotnosti. Náš výber sme rozdelili na štyri skupiny. V našom výbere bolo 57 (47,5%) žien, ktoré označili za najvýznamnejší faktor ich sebahodnotnia determinant A, to je prvá skupina. Druhé miesto mu prisúdilo 26 (21,7%) probantiek – druhá skupina a tretie 12 (10%) žien – tie tvoria tretiu skupinu. Do štvrtej skupiny sme zaradili všetky ostatné respondentky (25 = 20,8%), ktoré priradili tomuto faktoru nižší stupeň dôležitosti, teda ich sebaúcta bola založená skôr na iných atribútoch než je tvar tela a hmotnosť.

To, ako naše štyri skupiny respondentiek skórovali v dotazníku BAT a jeho škálach BAT I, II, III je podrobne popísané v tabuľke č. 3. Uvádzame tam, aké celkové priemerné skóre v dotazníku BAT a jeho troch škálach dosiahli ženy zo štyroch skupín.

Pomocou Kruskal-Wallisovho testu a ANOVA sme zisťovali, či ženy, ktoré zakladajú svoju sebaúctu prevažne na tvare tela a hmotnosti, teda tomuto faktoru prisudzujú prvé, druhé alebo tretie miesto dôležitosti pre ich sebahodnotenie, nedosahovali signifikantne vyššie priemerné skóre v dotazníku BAT a jeho jednotlivých škálach BAT I, II a III.

Nepotvrdil sa predpoklad existencie signifikantných rozdielov *v úrovni subjektívneho vzťahu k vlastnému telu* (BAT), *v úrovni negatívneho hodnotenia rozmerov vlastného tela* (BAT I), *v úrovni pocitov odcudzenia vlastného tela* (BAT II), ani v *úrovni všeobecnej nespokojnosti so svojim telom* (BAT III) medzi ženami, ktoré zakladajú svoju sebaúctu prevažne na tvare tela a hmotnosti, teda tomuto faktoru prisudzujú prvé, druhé alebo tretie miesto dôležitosti pre ich sebahodnotenie a tými, ktorých sebaúcta je založená skôr na iných atribútoch. Jednotlivé výsledky Kruskal-Wallisovho testu, ANOVA a signifikancie uvádzame v tabuľke 3.

Diskusia

Na základe našich výsledkov sme zistili, že pre cvičiace je faktor tvar tela a hmotnosť signifikantne dôležitejší determinant sebaúcty

Tab. 3: **Sebaúcta založená prevažne na tvare tela a hmotnosti skórovanie v BAT a jeho škálach**

		Skupiny					
BAT		Na1	Na2	Na3	Na4	χ/F	Sig
BAT	Priemer	25,54	24,8	26,084	24,8		
	Štand. odchýlka	11,462	8,84	9,086	9,027	2.462	0.241
BAT I	Priemer	5,68	5,769	5,75	5		
	Štand. odchýlka	3,797	8,84	4,494	3,316	0.570	0.451
BAT II	Priemer	5,631	5,153	5,25	4,44		
	Štand. odchýlka	3,646	3,342	2,734	3,317	1.499	0.682
BAT III	Priemer	6,894	3,353	7,083	5,68		
	Štand. odchýlka	3,378	2,464	4,144	2,925	0.945	0.215

Na1 – skupina probantiek, ktoré označili faktor tvar tela a hmotnosť za najdôležitejší pre ich sebaúctu, Na2 – skupina probantiek, ktoré označili faktor tvar tela a hmotnosť za druhý najdôležitejší pre ich sebaúctu, Na3 – skupina probantiek, ktoré označili faktor tvar tela a hmotnosť za tretí najdôležitejší pre ich sebaúctu, Na4 – skupina probantiek, ktoré označili faktor tvar tela a hmotnosť za štvrtý najdôležitejší pre ich sebaúctu

než pre ženy, ktoré necvičia. Najčastejšie ho označovali za druhý alebo tretí najdôležitejší determinant. Naopak, ani jedna necvičiaca neoznačila tento determinant za najdôležitejší pre jej sebaúctu, dokonca až polovica necvičiacich tento faktor vôbec neoznačila za možný atribút sebahodnotnia. Naše výsledky podporujú zistenia Bermana, Kerr, De Sauza (2005), že ženy, ktoré navštevovali pravidelne fitnescentrum uviedli, že kontrola váhy a tvaru tela je pre ne dôležitá a priali by si, aby sa na to menej koncentrovali. Zaujímavé je aj zistenie, že pre cvičiace je signifikantne dôležitejší atribút tváre, pre ich sebahodnotenie.

Pozreli sme sa aj na postavenie ostatných determinantov sebaúcty a ich dôležitosť v našom výskumnom výbere. Zistili sme, že najdôležitejšie determinanty sebahodnotenia, či už cvičiacich alebo necvičiacich žien, sú atribúty ako partnerské/ intímne vzťahy, osobnosť a kamarátske vzťahy. Partnerské/ intímne vzťahy uviedli zhodne cvičiace aj necvičiace, za najdôležitejší determinant ich sebahodnotenia. Čo vysvetľuje aj Erikson vo svojej teórii vývinových štádií. Obdobie ran-

nej dospelosti (20 – 30 rokov) charakterizuje snahami človeka zjednotiť svoju identitu s identitou druhých. Mladí dospelí hľadajú vzťah intimity a priateľstvo, pracovné aj ľúbostné vzťahy.

Ďalším cieľom nášho výskumu bolo porovnanie celkovej úrovne sebaúcty medzi skupinou cvičiacich a necvičiacich. Na základe našich výsledkov sa nám nepotvrdili signifikantné rozdiely v úrovni sebaúcty medzi cvičiacimi a necvičiacimi, Náš výsledok korešponduje so zistením Binsinger, Laure, Ambard (2005), ktorí síce zistili, že došlo k nárastu celkovej sebaúcty v skupine žiakov, ktorí pravidelne športujú, ale nárast sebaúcty bol nižší u žien. Podobne aj Tiggeman a Williamson (2008) zistili, že pozitívna korelácia medzi sebaúctou a cvičením je u mužov, ale nie je signifikantná u žien, dokonca zistili negatívnu koreláciu v skupine žien pod 21 rokov. Na druhej strane je zaujímavé zistenie, že cvičiace, ktoré navštevujú fitnescentrum 3-krát týždenne majú signifikantne vyššiu úroveň sebaúcty oproti cvičiacim ženám, ktoré robia akúkoľvek športovú aktivitu až 7-krát týždenne. To by sme mohli vysvetliť tvrdením, že ženy cvičia a športujú hlavne preto, aby znížili svoju hmotnosť a vylepšili tvar postavy, viac zdôrazňujú vzhľad pre to aby sa cítili dobre (Davis, Cowles, 2001). Sebahodnotenie založené na tvare tela a hmotnosti je jedným z diagnostických kritérií pre poruchy príjmu potravy (Smolík, 1996; Halmi, 2003), tak ako nadmerné cvičenie a nízke sebavedomie (Brimová, 2004). Preto môžeme uvažovať o tom, že nadmerné športovanie, až 7-krát do týždňa, už nie je rekreačné pre zlepšenie pocitu zo seba, ale prejavom istej permanentnej nespokojnosti so sebou.

Okrem toho sme sa zamerali na zmapovanie možného vyššieho skóre v dotazníku na identifikáciu porúch príjmu potravy u žien, pre ktoré je, v rámci sebaúcty, hmotnosť a výzor na poprednom mieste. Ženy, ktoré označili v dotazníku SAWBS na prvom mieste, druhom alebo treťom mieste ako determinant ich sebaúcty atribút B: tvar tela a hmotnosť, sme považovali za respondentky, ktoré zakladajú svoju sebaúctu prevažne na tvare tela a hmotnosti. V našom výbere bolo až 57 žien, ktoré označili za najvýznamnejší faktor ich sebahodnotenia determinant B. Spolu bolo v našom výskumnom výbere 95 žien, ktoré určili tvar tela a hmotnosť za popredný determinant ich sebaúcty.

Napriek tomu sa nepotvrdil náš predpoklad, že ženy, ktoré zakladajú svoju sebaúctu prevažne na tvare tela a hmotnosti, teda tomuto faktoru prisudzujú prvé, druhé alebo tretie miesto dôležitosti pre ich

sebahodnotenie, budú dosahovať vyššie priemerné skóre v dotazníku zameranom na posúdenie prítomnosti porúch príjmu potravy.

Keď sme zobrali do úvahy kritérium, že celkové skóre 36 a viac bodov v dotazníku BAT určuje prítomnosť porúch príjmu potravy, vyselektovali sme 5 cvičiacich a 8 necvičiacich, z toho 3 cvičiace a 4 necvičiace uviedli ako najdôležitejší determinant ich sebaúcty práve tvar tela a hmotnosť. Keď sme zobrali do úvahy kritérium, že skóre 10 bodov a viac v škále BAT II, indikuje jedincov s poruchami príjmu potravy, vyselektovalo sa nám 6 cvičiacich a 8 necvičiacich. Z toho 4 cvičiace a 5 necvičiacich uviedlo ako najdôležitejší determinant ich sebaúcty práve tvar tela a hmotnosť. Okrem toho sme zistili, že práve necvičiace dosiahli signifikantne vyššiu úroveň pocitu odcudzenia vlastného tela (BAT II) oproti cvičiacim. Škálu BAT II reprezentujú otázky ako „Vo svojom tele sa necítim dobre." To by sme mohli vysvetliť pomocou zistenia, že ľudia, ktorí nešportujú boli menej spokojní so svojim zdravím, negatívnejšie hodnotili funkčnosť tela a jeho vzhľad oproti športujúcim (Fialová, 2004).

Záver

Za kľúčové zistenie považujeme, že sebahodnotenie pravidelne cvičiacich žien je signifikantne viac založené na tvare tela a hmotnosti. Doteraz sme sa v domácej literatúre stretávali prevažne s názorom, že cvičenie má hlavne benefity (Medeková, 2002; Pavlíková, 1996). Zahraničné výskumy uvádzajú, že ženy cvičia hlavne preto, aby si kontrolovali váhu a tvar tela (Berman, Kerr, De Sauza, 2005; Tiggemann, Williamson, 2008). My ale chceme upozorniť na možný fakt, že prehnané sústredenie sa na tvar tela a hmotnosť, môže byť signálom nespokojnosti, čo môže v extrémnych prípadoch viesť aj k poruchám príjmu potravy.

Literatúra:

BERMAN, E.; KERR, G.; DE SAUZA, M.J. (2005). A qualitative examination of weight concerns, eating and exercise behaviors in recreational exercisers (body image). Women in Sport & Physical Activity Journal, 15, 48-63.

BINSVANGER, C., LAURE, P., AMBARD, M.F. (2005). Regular extra curricular sports practice does not prevent moderate or severe variations in self-esttem or trait anxiety in early adolescents. Journal of Sports Science and Medicine, 5, 123-129.

BRIMOVÁ, E. (2004). Ideál krásy: štíhli a svalnatí. Psychologie dnes, 7, 8, 14-16.

DAVIS, C.; COWLES, M. (2001). Body Image and Exercise: A Study of Relationships and Comparisons Between Physically Active Men and Women, Sex Roles, 25, 1/2, 33-45.

FIALOVÁ, L. (2004). Health promoting behaviour and sport. Studia psychologica, 1, 31-35.
GELLER, J., JOHNSON, Ch., MADSEN, K. (1997). The Rolo of Shape and Weight in Self-Concept: The Shape and Weight Based Self-Esteem. Cognitive Therapy and Research, 21, 5-24.
HALAMA, P., BIEŠČAD, M. (2006). Psychometrická analýza Rosenbergovej škály sebahodnotenia s použitím metód klasickej teórie testov (CTT) a teórie odpovede na položku (IRT). Československá psychologie, 50, 6, 569-583.
HALMI, K.A. (2003). Classification, Diagnosis and Comorbidities of Eating Disorders: A Review. In : M. Maj (Ed.) Eating Disorders (pp. 253-272). UK: Wiley.
MEDEKOVÁ, H. (2002). Determinanty pohybovej aktivity detí a mládeže. In: Pavlíková, A. (Ed.) Vybrané aspekty pohybovej činnosti obyvateľov SR. Zborník výstupov z vedeckého projektu 1/7453/20. (s. 70 – 74). Bratislava: FTVŠ UK.
PAVLIKOVÁ, A. (1996). Pedagogické aspekty štruktúry záujmov detí a mládeže vo voľnom čase. In: Pavlíková, A. (Ed.) Tělesná výchova a sport na základních a středních školách. (s.186 – 189). Brno: MU.
PRICHARD, I., TIGGEMANN,, M. (2008). Relations among exercise type and body image in the fitness centre enviroment: The role of reasons for exercise. Psychology of Sport and Exercise, 9, 855-866.
PROBST, M., VAMDEREYCKEN, V., COPPENOLLE, H., VANDERLINDEN, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. Eating Disorders, 3, 2, 133 – 144
SMOLÍK, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf
TIGGEMANN, M., WILLIAMSON, S. (2008). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. Sex Roles, 43, 119-127.
UHER, R., PAVLOVÁ, B., PAPEŽOVÁ, H. (2004). Vzťah k vlastnímu tělu a somatomorfní disociace u poruch príjmu potravy. Československá psychologie, 3, 385-396.

PREŽÍVANIE ŽIEN S BENÍGNYM NÁDOROM PRSNÍKA

Výskyt príznakov PTSP a vybraných symptómov psychopatológie v nami skúmanom súbore

Gabriela Kvasničková
Katedra psychológie TU, Trnava

„Pri pomyslení na všetko, čo sa okolo mňa deje si pripadám ako športovec, ktorý robí najväčší a najťažší adrenalínový šport. Proste nikdy si nie je istý výsledkom."

(anonymná respondentka výskumu)

Teoretické východiská

Prirodzenou reakciou konfrontácie s ťaživou životnou situáciou môžu byť frustrácia, stres či psychotrauma (Vymětal, 2003). Hovoria o tom i výskumy na vzorke žien s diagnózou rakoviny prsníka (Lo Castra, Schlebuscha, 2006; Mehnert, Koch, 2007 ai.), ktoré popri osamelosti, anxiete, depresii, problémoch s body image, nižšej kvalite života (ai.), identifikovali u respondentiek i ***postraumatickú stresovú poruchu (PTSP).*** Rozpätie výskytu PTSP u týchto žien spadá podľa Mehnerta a Kocha (2007) do rozpätia 0 až 32%.

Na otázku, či je teda možné uvažovať o ohrození na živote chorobou ako potencionálnou traumatickou udalosťou vedúcou k rozvinutiu PTSP, odpovedajú výsledky výskumov, ako i DSM-IV-TR (2000), ktoré **ohrozenie chorobou ako možnú traumu** zahŕňa. Uvedené zistenia však odborníci skúmali na vzorke žien s už diagnostikovanou rakovinou prsníka. S výskumom, sledujúcim cielene symptómy distresu či PTSP u žien, ktoré boli/sú v štádiu prvotných príznakov a očakávajú výsledok diagnózy, sme sa nestretli.

V odbornej literatúre a v literatúre určenej širokej verejnosti, sme ale našli príbehy, vyjadrenia a citáty žien s vlastnou či pozorovanou skúsenosťou práve z **obdobia prvých príznakov**. Možno v nich pritom pozorovať rôznu formu psychopatológie: anxietu, depresiu, úzkosť, strach zo smrti a frustráciu, ktorá najlepšie vystihuje nejasnosť situácie, očakávanie výsledkov. Uvedené emócie s negatívnym nábojom

pritom výstižne charakterizujú peritraumatický distres, podstatný prediktor PTSP (Birmes et al., 2005; Brunet et. al, 2000). Samozrejme je treba uviesť, že konkrétnu stresovú reakciu determinujú mnohé premenné (napr. osobnosť, predošlá skúsenosť, vnímanie/interpretácia udalosti, predispozícia z hľadiska neurobiológie ai.), ktoré sa podieľajú na prežívaní a emocionálnej reakcii žien s benígnym nálezom (Křivohlavý, 2002; Lo Castro, Schlebusch, 2006).

Vymětal (2003, s. 69) hovorí: „Človek, ktorý sa cíti byť chorý, cíti sa zároveň byť ohrozený. Prežíva najmä obavy a strach". Na inom mieste autor uvádza, že prirodzene častým strachom spájaným s diagnózou rakovina je strach zo smrti.

Ak teda priraďujú odborníci ohrozenie smrteľnou chorobou k traume, môže viesť objavenie objektívnych zmien na prsníku s príznakmi zodpovedajúcimi malígnemu nádoru (navodzujúce dojem vážneho ochorenia), k prejaveniu sa symptómov PTSP? Navyše, ak je u ženy obdobie prvých príznakov sprevádzané pochybnosťami, strachom z liečby (či dokonca smrti) a často krát zdĺhavou diagnostikou?

Podstatou tejto štúdie bolo preto podrobnejšie popísať a pomenovať prežívanie žien s podozrivými zmenami – nálezom na prsníku, ktoré pripomínajú rakovinové ochorenie. **Retrospektívne** sme na našej vzorke zisťovali, či sa u žien v období prvých príznakov vyskytol peritraumatický distres ako i vybrané symptómy psychopatológie (napr. somatizácia ai.). Chceli sme zistiť, či podozrivý nález a ťaživé prežívanie s ním spojené, povedie odstupom času k rozvinutiu posttraumatických symptómov a ktoré symptómy PTSP – **v čase testovania –** sú zastúpené vo vyššej miere. Overovali sme tým výsledky predchádzajúcich zistení (Brunet et al., 2001; Birmes et al., 2005), uvádzajúce peritraumatický distres ako významný prediktor symptómov PSTP, avšak na našom špecifickom súbore.

Priebeh výskumu a metodiky

V časovom úseku január až marec 2008 sme oslovili niekoľko ženských kolektívov (napr. nemocnica). V týchto zariadeniach bol respondentkám distribuovaný (lavínový výber) testový zošit: Informovaný súhlas, položky štatistického spracovania a na účely tohto výskumu preložené, v zahraničí štandardizované dotazníky: PDI (Peritraumatic Distress Inventory; Brunet et al., 2001), škála posttraumatických symptómov IES (Impact of Event Scale; Horowitz et al., 1979).

Súčasťou testového zošita boli i vybrané škály z SCL-90 (Self–Report Symptom Inventory).

Výskumný súbor

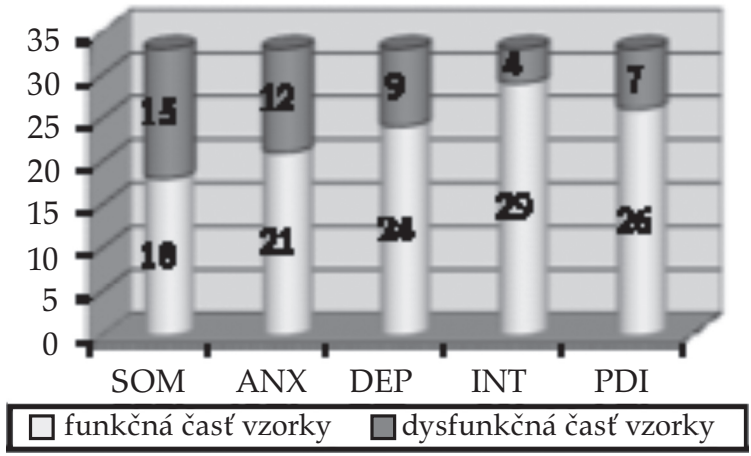
Do výskumu sa zapojilo 33 žien, ktoré splnili tri stanovené kritériá účasti na výskume (žena, skúsenosť s objektívnymi zmenami na prsníku/zážitok ohrozenia, vek nad 18 rokov). Náročnosť získania vhodných respondentiek sa odzrkadlila i na vekovom rozpätí vzorky. V čase testovania mala najmladšia respondentka 18 rokov, najstaršia 73 rokov (M = 48, SD = 11.02).

Z hľadiska zmien na prsníku bolo najčastejšie u našich respondentiek zastúpené objavenie si hrčky (60,6%), ďalej bolesti na prsníku (18,2%) a iné problémy (napr. podozrivé zmeny na mamografii) sa vyskytli u 9,1% respondentiek. Väčší počet problémov súbežne uviedlo 12,1% žien. Prvú skúsenosť so zmenami malo 63,6% žien nášho súboru. Druhá skúsenosť, ako i viac skúseností ako dve, boli vo vzorke zastúpené v rovnakej miere – po 18,2%.

Výsledky

Na grafe č. 1 vidíme, že hranicu cut-off (Bieščad, 2004) dosiahlo pre subškálu somatizácia (SOM) 15 žien (45,5%), 12 žien (36,4%)

Graf 1: **Výskyt psychopatológie v našom výskumnom súbore (N=33) vo zvolených dimenziách**



prekročilo hranicu deliacu dysfunkčnú a funkčnú populáciu subškály anxieta (ANX) a depresívnych (DEP) bolo 9 žien (27,3%). Prekvapujúci bol nízky výskyt problémov interpersonálnej senzitivity (INT) – 12,1%, ako i peritraumatického distresu, keď 78,8% respondentiek, teda až 26 žien hodnotu cut-off peritraumatického distresu (PDI) neprekročilo.

Z celého súboru (N=33) splnilo podmienku časového kritéria (časové rozpätie od nálezu na prsníku: minimálnu 6 mesiacov od pacientkinho nálezu – nie viac ako 24 mesiacov) 19 respondentiek. Z týchto hranicu cut-off skóre (Devilly, Spencer, 1999) klinicky signifikantných symptómov posttraumatickej stresovej poruchy prekročilo 14 respondentiek (73,7 %). 5 žien (26,3%) kritickú hranicu nedosiahlo. Z pôvodného počtu žien (N=33) sa tak symptómy PTSP rozvinuli v 42,4%. Bližšiu analýzu hrubého skóre škály IES porovnanú s interpretačnými kritériami (Marren, Christianson; 2004) uvádzame v tabuľke č.1.

Tab. 1: **Rozpätie symptómov PTSP v našom výskumnom súbore (N=19)**

	frequency	**%**	**valid %**
subklinické rozpätie	0	0	0
ľahké rozpätie	5	15,2	26,3
stredné rozpätie	11	33,3	57,9
ťažké rozpätie	3	9,1	15,8
celkovo	19	57,6	100

Z hľadiska miery vyššieho výskytu znovuprežívanie alebo vyhýbanie – subškály IES – sa u našej vzorky obidva klastre symptómov prejavovali v rovnakej miere ($Z = 1,61$; $p = 0,107 > 0,05$).

Pri overovaní nakoľko sú posttraumatické symptómy (IES) predikované peritraumatickým distresom (PDI) nám Pearsonov korelačný koeficient potvrdil silný vzťah: $R=0,736$ ($p<0,001$). Koeficient determinácie dosiahlo hodnotu 0,541.

Diskusia a záver

Analýza výskumných dát preukázala, že obdobie prvých príznakov s nálezmi podobnými symptómom nádorového ochorenia, môže

byť pre niektoré ženy natoľko traumatické, až vedie k rozvinutiu symptómov PTSP. Nemôžeme však tvrdiť, že k rozvoju poruchy viedlo iba objavenie podozrivých zmien. Ku kritickým faktorom rozvoja PTSP u žien patrí podľa Vogt (b.r) aj fyzické zranenie, resp. jeho následky. Ak pritom berieme do úvahy, že súčasťou podrobnej diagnostiky podozrivých zmien je často krát i chirurgický zákrok, môžeme sa domnievať, že negatívne vedľajšie prejavy operácie (bolesti, jazva, operácia sama) prispievajú k rozvoju neskorších posttraumatických symptómov. Zároveň je operatívna diagnostika realizovaná na lôžkových oddeleniach onkogynekológie, kde sú diagnostikované ženy konfrontované s pravou podobou i dôsledkami rakovinového ochorenia prsníka (strata vlasov, mastektómia a i.) u pacientok liečených na oddelení. Táto negatívna skúsenosť v sebe zahŕňa predchádzajúcu skúsenosť i silný emočný zážitok, čo podľa Křivohlavého (2002) podstatne determinuje vnímanie a interpretáciu vlastných príznakov. Príklad z nemocničného prostredia býva mnohokrát bez priameho vzťahu k pozorovanej osobe, o to náročnejšia môže byť skúsenosť s podozrivými symptómami v najbližšom sociálnom prostredí. Pritom práve u rakoviny prsníka sa hovorí o dvojnásobnej dedičnej záťaži (Jurga et al., 2000).

Retrospektívne zistenie z obdobia prvých príznakov v našej vzorke poukázali istú mieru psychopatológie, čo významne zvyšuje pravdepodobnosť rozvinutia symptómov PTSP (Praško et al., 2001). Napriek nízkemu percentu výskytu v našom súbore sa ukázal byť peritraumatický distres dobrým prediktorom posttraumatických symptómov, keď až 54% symptómov PTSP našej vzorky bolo vysvetliteľných peritraumatickým distresom.

Pri akceptovaní časového odstupu testovania od obdobia prvých príznakov, nachádzali sa mnohé respondentky v čase nálezu na prsníku v klimaktériu. Keďže klimax sám o sebe prináša rôzne negatívne premenné (Vymětala, 2003), uvažovali sme, nakoľko bola podstatná miera psychopatológie našej vzorky spôsobená i vekovou štruktúrou výberu. Z overenia spoluvýskytu nie je pritom jasné nakoľko peritraumatický distres viedol k symptómom psychopatológie alebo naopak, nakoľko symptómy psychopatológie viedli k peritraumatickému distresu.

Ak teda zvážime, že podstatným faktorom rozvoja symptómov PTSP je história psychopatológie (Brewin, Andrews, Valentine, 2000;

Kessler et. al, 1995), klimaktérium je obdobím často krát sprevádzaným negatívnymi symptómami (Vymětal, 2003) a peritraumatický distres je dobrým prediktorom rozvoja symptómov PTSP, môžeme sa domnievať, že ženy s nezhubnými nádormi v a po období klimaktéria, môžu byť k rozvoju symptómov PTSP náchylnejšie.

Uvedomujeme si, že naše výsledky je potrebné naďalej overovať bez skreslenia retrospektívnym testovaním (porovnaj s Lamprecht Sack, 2002) a s podchytením širokého spektra prediktorov PTSP (napr. nejasná úloha dedičnosti; Grawe, 2007). Predpokladáme však, že naše zistenia odborníkov upozornia na rozširujúci sa výskyt PTSP a náročné prežívanie žien s nezhubným nálezom na prsníku. Aplikácia výsledkov v praxi môže viesť k zvyšovaniu kvality života žien, ktoré sa s totožnými problémami stretli alebo v budúcnosti stretnú.

Literatúra:

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV-TR)*, fourth edition. Washington, DC: APA. http://www.behavenet.com/capsules/disorders/ptsd.htm. 14.1.2008

Bieščad, M. (2004). *Psychometrická analýza sebaposudzovacej škály Symptom Checklist – 90 (SCL-90)* (diplomová práca). Trnava: Katedra psychologie FH TU.

Birmes, P.J., Brunet, A., Calmes, D., Arbus, Ch., Coppin, D., Charlet, J.P., Vinnemann, N., Juchet, H., Lauque, D., Schmitt, L. (2005). Symptoms of Peritraumatic and Acute Traumatic Stress Among Victims of an Industrial Disaster. *Psychiatric Services, 56*, 93–95.

Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 748-766.

Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J., Marmar, Ch.R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1480–1485.

Devilly, G.J., Spence, S.H. (1999). The Relative Efficacy and Treatment Distress of EMDR and a Cognitive Behavior Trauma Treatment Protocol in the Amelioration of Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* (1-2), 131 – 157.

Grawe, K. (2007). Neurální koreláty posttraumatické stresové poruchy (PTSD). In: K. Grawe, *Neuropsychoterapie* (159-165). Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-311-6

Horowitz, M., J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Ebeny Scale. A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine, 41,* 3, 209- 218.

Jurga, L. (2000). Karcinóm prsníka. In: L. Jurga, a kol. *Klinická onkológia a rádioterapia* (s. 767-796). Bratislava: Slovak Academic Press.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 52,* 1048–1060.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0179-0

Kvasničková, G. (2008). *Nezhubný nádor na prsníku ako trauma* (diplomová práca). Trnava: Katedra psychológie FF TU.

Lamprecht, F., Sack, M. (2002). Posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine, 64,* 222-237.

Marren, J., Christianson, S. (2004). Horowitz's Impact of Event Scale. An Assessment of Post Traumatic Stress in Older Adults. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. http://www.unitedspinal.org/publications/nursing/2006/05/01/best-practices-in-nursing-care-for-older-adults-with-dementia/. 14.1.2008.

Praško, J., Prašková, B., Soukupová, N., Tichý, V. (2001). Posttraumatická stresová porucha – I. díl. Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi, 4,* 157-160.

Vogt, D. (bez udania roku) Women, Trauma and PTSD. National Center For Posttraumatic Stress Disorder. http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_ women_lay. html. 18.2.2008.

Vymětal, J. (2003). *Lekařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-740-X

KVALITATÍVNY POHĽAD NA ŽIVOT S REAUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

Viera Cviková
Jana Kočanová
Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Abstrakt: *cieľom práce je zistiť, v akých oblastiach života a akým spôsobom reumatoidná artritída ovplyvňuje život pacienta s týmto ochorením. Zamerali sme sa na to, ako pacient vníma reumatoidnú artritídu, jej príznaky a dôsledky na rôzne sféry života. Pozornosť sme venovali aj tomu, aké potreby v človeku vyvoláva toto ochorenie vo vzťahu k blízkym, lekárom aj spoločnosti a ako ovplyvňuje reumatoidná artritída kvalitu života človeka s týmto ochorením. Zvolili sme kvalitatívne metódy skúmania – pološtrukturované interview a focus group, ktoré sme doplnili dotazníkom WHOQOL-BREF. Naše zistenia poukazujú na to, že je potrebné venovať väčšiu pozornosť postupnej strate kompetencií a osobnej dôstojnosti u pacientov počas progresu ochorenia. Výsledky taktiež poukázali na vplyv ochorenia na plánovanie materstva a rodinný život a význam svojpomocných skupín ako komplexného zdroja sociálnej opory.*

Kľúčové slová: *Reumatoidná artritída. Biopsychosociálny prístup. Psychologické faktory. Sociálne faktory. Kvalita života.*

Summary: *The goal of this research is to find out in which areas of life and in which way the reumathoid arthritis influences the patient's life. We focused on how the patient percieves the reumathoid arthritis, its symptoms and consequences on various areas of life. We also paid attention to what needs arrise from this diagnosis towards the relatives, doctors and even society and how the reumatoid arthritis influences the quality of persons's life with this diagnosis. We chose qualitative research methods: semi-structured interview and focus group which were enhanced by WHOQOL- BREF questionnaire. The outcome suggests that it is necessary to pay attention to gradual loss of competences and one's dignity of pacients with progressive symptoms. The impact of arthritis on planning of maternity and family life*

was proved as well. Further more, the outcome suggests the importance of support groups as a source of comprehensive social support.

Key words: *Rheumatoid arthritis. Biopsychosocial approach. Psychological factors. Social facors. Quality of life.*

Úvod

Reumatoidná artritída je chronické autoimunitné ochorenie, ktoré trvale poškodzuje kĺby a vedie k ich zápalom a znehybňovaniu. Príčina zmätenia imunity doteraz nie je objasnená. Mnohé výskumy poukazujú na to, že toto ochorenie je veľmi náchylné na ovplyvnenie psychosociálnymi faktormi, ktoré môžu priebeh ochorenia zlepšiť aj sťažiť (Trnavský, 2004). V tejto práci sme chceli prostredníctvom kvalitatívnej metodológie zistiť, v akých oblastiach života a akým spôsobom reumatoidná artritída ovplyvňuje život pacienta s týmto ochorením. Zamerali sme sa na tri oblasti:

- Ako pacient vníma reumatoidnú artritídu, jej príznaky a dôsledky na rôzne sféry života?
- Aké potreby v človeku vyvoláva toto ochorenie vo vzťahu k blízkym, lekárom aj spoločnosti?
- Ako ovplyvňuje reumatoidná artritída kvalitu života človeka?

Metódy a spracovanie

Ako výskumné metódy sme zvolili kvalitatívne zamerané pološtrukturované interview a focus group. Kvalitu života sme sledovali pomocou dotazníka kvality života WHOQOL-BREF. Osobné rozhovory sme realizovali v marci 2009 na vzorke 12 respondentiek s diagnózou reumatoidnej artritídy. Pri focus group sme postupovali špecifickým spôsobom. Diskusia prebehla na úrovni videokonferencie so 4 účastníčkami, počas ktorej sme pracovali len s asociáciami, ktoré vyprodukovali pacientky s reumatoidnou artritídou (RA) ako relevantné k pojmu reuma. Následne tieto asociácie kategorizovali a interpretovali ich subjektívnu významnosť v ich živote. Poskytlo nám to pohľad na to, ako si samotný pacient štrukturuje mentálny konštrukt RA a ktoré oblasti života sú zasahované a ako. Tieto kvalitatívne pohľady sme doplnili pomocou výsledkov z dotazníka kvality života, kde respondentky vyjadrili vplyv ochorenia na kvalitu života v zložke fyzickej, psychickej, sociálnej alebo environmentálnej. Zís-

kané dáta z interview sme podrobili kvalitatívnej analýze podľa odporúčaní Plichtovej (2002) a Miovského (2006). Interpretačné výsledky z interview sme porovnali s výsledkami z focus group, ktoré boli opisom analytickej a interpretačnej činnosti samotných respondentiek počas diskusie. Tieto výsledky sme doplnili porovnaním kvality života respondentiek v 4 oblastiach – fyzickej, psychickej, sociálnej a environmentálnej.

Zistenia

Na základe kritéria praktického využitia získaných informácií považujeme za vhodné venovať pozornosť nasledujúcim zisteniam:

1. Priamy vplyv ochorenia na život pacienta

Respondentky špecifikovali dopad ochorenia na fyzické schopnosti a možnosť pohybu a športu, niektoré vplyv pociťujú aj na psychickú stránku, kvôli bolesti a obmedzeniam sú náladové až depresívne. Najväčšie obavy vyjadrili z nemožnosti chodiť, nemožnosti používať ruky a následnej odkázanosti na druhých a progresu ochorenia ako takého. V širšom kontexte poukazujú na dopad ochorenia v životných plánoch, najmä v rovine partnerstva, vydaja a plánovania detí. Tento aspekt sa ukázal aj vo focus group, kde reakciou bolo buď sa vydať čo najskôr a mať deti hneď alebo na myšlienku rodiny a partnerstva zanevreli. V tomto zistení vidíme veľkú zásluhu najmä v kvalitatívnej metodológii, ktorá umožnila dopad obmedzení a dôsledkov RA skúmať hlbšie. Poznanie toho, že ochorenie zasahuje tak citlivo aj oblasť rozhodovania v sfére uzatvárania manželstva a plánovania rodiny nebolo spomenuté v žiadnych výskumných štúdiách a je dôležitým faktom v psychologickom poradenstve pacientov.

2. Vnímané obmedzenia

Všetky respondentky potvrdili prítomnosť obmedzení, v závislosti od fyzickej funkčnosti na úrovni obmedzenia športových aktivít až po obmedzenia pohybu vôbec. Taktiež poukázali na obmedzenie v možnosti pracovného uplatnenia a ťažko niesli nemožnosť starať sa o deti tak, ako by chceli a tráviť s nimi čas hrou a pohybom vonku. Ako najhoršiu súčasť ochorenia udávajú bolesť, z komplexnejších pohľadov je to invalidita a postupná strata kompetencií. Oblasti obmedzenia sa významne venovala aj diskusia vo focus group, tento po-

jem sa vyskytol v produkcii asociácii každej diskutujúcej (ako jediný) na popredných miestach. Vnímajú rozmer obmedzení nielen z fyzickej stránky, ale aj ako postupné okresávanie možností vykonávania aktivít a kompetencií, čo v nich vyvoláva pocity beznádeje a neistoty. Ako najhoršiu súčasť ochorenia spomedzi fyzických uviedli tri zo štyroch diskutujúcich bolesť. Potvrdili sa teda doterajšie poznatky, že bolesť je vnímaná ako najhoršia súčasť ochorenia spomedzi fyzických obmedzení. Postupná strata kompetencií sa javí na základe nášho výskumu ako dôsledok ochorenia, ktorému by mala byť venovaná väčšia pozornosť aj v odbornej literatúre. Jedna vec je ochorenie akceptovať, avšak postupné ustupovanie ochoreniu v každodennom živote je rovnako ťažké na spracovanie. Najmä ak bráni v starostlivosti o deti alebo v profesionálnom raste. Strata osobnej dôstojnosti a pocity zraniteľnosti spojené s obmedzeniami poukazujú na významnosť vplyvu obmedzení na sebaobraz a sebavnímanie pacienta.

3. Prínos ochorenia

Respondentky interview, ktoré sa liečili dlhšie (nad 17 rokov), vnímali prínos z ochorenia v priateľoch-spolupacientoch. Diskutujúce z focus group pozitíva ochorenia vnímali, vyjadrili ich ako samostatnú kategóriu asociácií, kde začlenili poznanie iných pacientov–priateľov, ale najmä osobnostný rast a charakterové zmeny k lepšiemu. Neschopnosť vidieť pozitívny prínos v ochorení pri kratšej dobe trvania ochorenia poukazuje na súvis dĺžky trvania ochorenia, jeho akceptácie a určitého nadhľadu na ochorenie, ktoré umožňuje väzbu aj iných emočných konotácií na daný pojem.

4. Význam informácií

V tejto oblasti zdôrazníme, že podľa vyjadrení respondentov, informácie od iných pacientov sú prefiltrované osobnou skúsenosťou, čo významne zvyšuje subjektívnu hodnotu informácií. Zároveň poukázali na úskalia samostatného informovania sa. Jednak je to riziko nesprávnej interpretácie získaných poznatkov a taktiež možný negatívny dopad niektorých informácií na psychický stav a prijatie ochorenia, ak nie sú správne načasované.

5. Význam sociálnej opory

Respondentky vo výpovediach deklarovali potrebu pomoci blíz-

kych pri ochorení, ktorú saturovali najmä rodičia. Jedna respondentka poukázala na to, že jej podpora zo strany blízkych nebola poskytovaná a nedostatok porozumenia sa odrazil aj na jej negatívnom psychickom rozpoložení. Ako najkomplexnejší zdroj sociálnej opory vnímali iné spolupacientky, ktoré poskytujú pochopenie, emočnú aj informačnú podporu. Toto potvrdili aj diskutujúce z focus group, ktoré združovanie sa v podporných skupinách vnímajú ako zdroj sociálnej opory vo vzájomnej emočnej podpore a inšpirácii. Zaujímavým rozdielom bolo, že oproti interview, pri focus group absentovala prítomnosť významu rodiny a blízkych, boli vnímaní skôr ako nositelia dôsledkov ochorenia (nemožnosť postarať sa o rodinu). Docenenie významu svojpomocných a podporných skupín na Slovensku stále chýba. Lekári neuznávajú ich dôležitosť, čo je na škodu aj im, pretože tieto združenia by s nimi ochotne spolupracovali, čím by sa pacientom zabezpečila komplexnejšia starostlivosť a podporila sa spolupráca medzi lekárom a pacientom.

6. Kvalita života

Kvalita života pacientok sa ukázala ako najviac znížená v oblasti fyzickej. Druhá najhoršie hodnotená oblasť bolo prostredie, čo môže poukazovať na nedostatočné prispôsobenie environmentu ľuďom s obmedzeniami. Kvalita života sa nepreukázala ako závislá od dĺžky trvania ochorenia.

Záver

Akýkoľvek pacient s chronickým ochorením je vystavený testu svojich adaptačných a zvládacích mechanizmov a mnohí z nich by prijali pomoc psychológa. Ten však potrebuje mať o ochorení a jeho vplyve na psychiku pacienta informácie, ktoré by boli základom pre poskytnutie kompetentnej opory a pomoci. Preto považujeme za nevyhnutné skúmať reumatoidnú artritídu nielen z pohľadu biologického, ale aj psychosociálneho, aby sa koncept komplexnej liečby pacienta mohol rozvíjať a aplikovať do každodennej starostlivosti o pacienta.

Literatúra:

DANZER, G. 2001. Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, 244 s. ISBN 80-7178-456-7.

EVERS, A. W. M. et al. 1997. Determinants of Psychological Distress and Its Course in the First Year After Diagnosis in Rheumatoid Arthritis Patients. In *Journal of Behavioral*

Medicine [online]. Oct. 1997, Vol. 20, Issue 5 [cit. 2007-12-06], pp. 489-504. Dostupné na: EBSCO Host: Academic Search Premier, Accession Number 9712132710. ISSN 0160-7715.

FYRAND, L. et al. 2001. Social support in female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. In *Psychology, Health & Medicine* [online]. Nov. 2001, Vol. 6, Issue 4 [cit. 2007-12-26], pp. 429-439. Dostupné na : EBSCO Host: Academic Search Premier, Accession Number 5344280. ISSN 1354-8506.

FYRAND, L. et al. 2003. The Effect of Social Network Intervention for Women with Rheumatoid Arthritis. In *Family Process* [online]. Spring 2003, Vol. 42, Issue 1 [cit. 2007-12-06], pp. 71-89. Dostupné na: EBSCO Host : Academic Search Premier, Accession Number 9407417. ISSN 0014-7370.

KOVÁŘOVÁ, M. 2003. *Sociálna podpora a kvalita života chorých s reumatoidnou artritídou.* 1.vydanie. Rožňava : Roven, 2003. 124s. ISBN 80-89168-01-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví.* Vyd. 1. Praha : Praha, 2001. 280s. ISBN 80-717-8774-4.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitatívni přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Vyd 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAGYOVÁ, I. 2005. *Self-rated health and quality of life in slovak rheumatoid arthritis patients.* 1.st edition. Košice : Institute for Society and Health, University of PJ Safarik, 2005. 151 s. ISBN: 80-969224-3-2.

OZCETIN, A. et al. 2007. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *In The West Indian Medical Journal* [online]. Mar. 2007, Vol. 56, Issue 2 [cit. 2007-12-19], pp. 122-129. Dostupné na: EBSCO Host: MEDLINE with Full Text, Id. Number 17910141. ISSN 0043-3144.

PLICHTOVÁ, J. 2002. *Metódy sociálnej psychológie zblízka : kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií.* 1. vyd. Bratislava : Média, 2002. s. 151 – 245. ISBN 80-967525-5-3.

TREHARNE, G.J. et al. 2005. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. In *Journal Of Health Psychology* [online]. May 2005, Vol. 10, Issue 3 [cit. 2007-12-06], pp. 457-474. Dostupné na : EBSCO Host: MEDLINE with Full Text, Id. Number 15857874. ISSN 1359-1053.

TRNAVSKÝ, K. 2004. Komunikace mezi lékařem a nemocným s chronickou revmatickou chorobou. In ROVENSKÝ, J. et al. *Reumatológia v teórii a praxi VI.* 1. vydanie. Martin: Osveta, 2004. s 825 – 833. ISBN 80-8063-163-8.

AKTIVITA OCHORENIA, FUNKČNÁ DISABILITA, BOLESŤ A SOCIÁLNA OPORA AKO PREDIKUJÚCE PREMENNÉ PSYCHOLOGICKÉHO DISTRESU U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

[1,2] Jozef Benka; [1,2] Iveta Nagyová, PhD; [1] Jaroslav Rosenberger, PhD; [1,4] Anna Čalfová; [4] Želmíra Macejová, PhD; [1,3] Ass. Prof Jitse P van Dijk, PhD; [3] Prof Johan W Groothoff, PhD.

[1] Kosice Institute for Society and Health, UPJŠ; [2] Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, UPJŠ; [3] Department of Social Medicine, University Medical Centre Groningen, University of Groningen, The Netherlands; [4] 1. interná klinika, UPJŠ

Súhrn: *viacero štúdií poukazuje na problém zvýšenej anxiety a depresie u pacientov s reumatoidnou artritídou (RA). Zámerom tejto práce bolo analyzovať priebeh psychologického distresu (anxiety a depresie) a silu asociácií s aktivitou ochorenia, funkčnou disabilitou a bolesťou u pacientov s včasnou RA. Druhým cieľom bolo preskúmať možnú protektívnu rolu sociálnej opory voči psychologickému distresu. Vzorka pozostávala zo 116 pacientov s včasnou RA (85% žien, vek = 48 ± 12 rokov, dĺžka ochorenia 22 ± 16 mesiacov), ktorí raz ročne, po dobu štyroch rokov, podstúpili rutinné reumatologické vyšetrenie (RAI, ESR) a vyplnili dotazníky týkajúce sa psychologického distresu (GHQ-28), funkčnej disability (HAQ), bolesti (NHP) a sociálnej opory (SSQT, SSQS). Priebeh a stabilita psychologického distresu bola explorovaná pomocou test-retest Pearsnovho korelačného koeficientu a analýza variancie bola použitá na porovnanie priemerov jednotlivých meraní. Napokon bol vytvorený lineárny regresný model za účelom určenia prediktívnej sily jednotlivých premenných. Údaje boli spracované pomocou štatistického softwaru SPSS 15.0. Pomocou korelačnej analýzy boli nájdené signifikantné korelačné vzťahy*

medzi funkčnou disabilitou, bolesťou, sociálnou oporou a psychologickým distresom. Avšak potom, čo boli štatisticky kontrolované socio-demografické premenné, dĺžka ochorenia, aktivita ochorenia, kolísavý priebeh RA a úroveň psychologického distresu v prvom meraní, si signifikantný vzťah s psychologickým distresom v štvrtom roku uchovali iba emocionálna sociálna opora (β = -0,21; p ≤ 0,05), bolesť (β = -0,22; p ≤ 0,05) a počiatočná úroveň psychologického distresu (β = 0,42; p ≤ 0,001). Celkovému modelu sa podarilo vysvetliť 34% z celkovej variancie psychologického distresu. Štúdia celkove poukazuje na dôležitosť počiatočnej úrovne psychologického distresu u pacientov s včasnou RA. Naviac poukazuje aj na možné rizikové a protektívne faktory ako sú úroveň bolesti a sociálna opora na začiatku ochorenia.

Abstract: *a number of studies have reported increased levels of anxiety and depression in rheumatoid arthritis (RA) patients. The aim of this study was to analyze the course of psychological distress (anxiety and depression) and the strength of the association between disease activity, functional disability and pain in recent RA patients. Second aim was to examine potential protective role of social support against psychological distress. The sample consisted of 116 patients with early RA (85% women, age = 48 ± 12 years, disease duration 22 ± 16 months). The patients underwent a routine examination and filled in questionnaires regarding psychological distress (GHQ-28), functional disability (HAQ), pain (NHP) and social support (SSQT, SSQS). The course and stability of psychological distress was analyzed using test-retest Pearson correlation coefficient and analysis of variance was applied to compare the means of respective measurements. All data were analyzed using SPSS 15.0. Correlation analysis revealed significant associations between functional disability, pain, social support and psychological distress. However, after controlling for socio-demographic variables, disease duration, disease activity and erratic pattern of the disease, only emotional support (β = -0,21; p ≤ 0,05), pain (β = -0,22; p ≤ 0,05) and initial distress (β = 0,42; p ≤ 0,001) retained significance. The whole model accounted for 34% of the total variance in psychological distress. The study stresses the importance of initial level of psychological distress in recent RA patients. It also shows on the importance of risk factors such as increased level of pain and protective factors such as social support at the beginning of the disease.*

Kľúčové slová: *reumatoidná artritída, psychologický distres, funkčná disabilita, bolesť, sociálna opora*
Key words: *rheumatoid arthritis, psychological distress, functional disability, pain, social support*

Úvod

Reumatoidná artritída (RA) je autoimunitné chronické ochorenie, pri ktorom dochádza k zápalom kĺbov a ich postupnej deštrukcii, čo sa prejavuje veľmi silnými pocitmi bolesti, únavy, pričom je tiež charakteristická premenlivým kolísavým priebehom. Samotné napadnutie kĺbov spôsobuje ťažkosti s pohybom a vykonávaním bežných denných aktivít. Prevalencia RA sa pohybuje okolo 1%, najčastejšie sa vyskytuje v piatej dekáde života a častejšie postihuje ženy ako mužov (Anderson et al. 1985, Sokka 2003).

Viaceré štúdie poukazujú na zvýšenú mieru anxiety a depresie u pacientov s RA (Dickens 2001, Covic et al. 2006). I keď presné čísla zistenej prevalencie zvyčajne závisia priamo od použitej metodiky ako aj socio-demografických faktorov, prehľadové štúdie uvádzajú, že miera anxiety a depresie je asi dvakrát vyššia ako u zdravej populácie (Dickens 2002). Dôležitosť psychologického distresu pri zvládaní závažného chronického ochorenia netreba zdôrazňovať a napokon ani fakt, že môže priamo vplývať na liečbu.

Súvislosť medzi distresom a premennými súvisiacimi priamo s ochorením je pomerne zložitá a v literatúre je možné nájsť viacero pohľadov. Napríklad Smith navrhol princíp bludného kruhu (vicious cycle), podľa ktorého dochádza k opakujúcemu sa samo-posilneniu psychologického distresu formou recipročných vzťahov medzi bolesťou, funkčnou disabilitou, obmedzením v sociálnej oblasti a celkovým psychickým stavom (Smith et al. 1997).

Okrem tohto konceptu nachádzame v literatúre ďalšie prístupy ako napríklad zameranie sa na vzťah medzi bolesťou a depresiou, ktorý pôsobí tiež recipročne a napokon aj na práce, kde sa kladie dôraz na premenné na strane pacienta či jeho bezprostredného sociálneho prostredia (Wolfe & Skevington 2000, Anderson 1987, Tan et al. 2005).

V tejto štúdii sa budeme ďalej venovať práve sociálnemu prostrediu a zvlášť sociálnej opore. Teoreticky je možné sociálnu oporu rozdeliť podľa viacerých kritérií. Z funkčného hľadiska je to napríklad

inštrumentálna a emocionálna sociálna opora, ktoré považujeme za zvlášť relevantné z hľadiska našej práce (Taylor 2006).

Keďže RA je chronické ochorenie, ktoré je veľmi obmedzujúce, čo sa týka bežných denných aktivít, vonkajšie zdroje zvládania ako sociálna opora sú veľmi dôležité, ak nie priam nevyhnutné vzhľadom na úspešnú adaptáciu (Stanton 2007).

Na základe uvedenej literatúry boli stanovené dve hypotézy. V prvej hypotéze predpokladáme vzťah medzi premennými týkajúcimi sa RA (aktivita ochorenia, funkčný status, bolesť...) a psychologickým distresom. V druhej predpokladáme signifikantný negatívny vzťah sociálnej opory k psychologickému distresu po kontrolovaní relevantných premenných.

Metódy

Vzorka

Vzorku tvorilo 116 pacientov z východného Slovenska, ktorí sa opakovane zúčastnili krátkeho reumatologického vyšetrenia a vyplnili niekoľko dotazníkov raz ročne po dobu štyroch rokov. Medzi hlavné kritériá zaradenia do štúdie patrilo naplnenie minimálne štyroch kritérií ACR (American College of Rheumatology) a dĺžka ochorenia nie viac ako 4 roky na začiatku štúdie. Vo vzorke prevažovali ženy (85%), priemerný vek pacientov bol 48 (SD = 12) rokov a priemerná dĺžka ochorenia bola 22 (SD = 16) mesiacov.

Nástroje zberu dát

Psychologický distres bol meraný pomocou kombinácie subškál depresie a anxiety pochádzajúcich z dotazníka General Health Questionnaire (GHQ-28). Mieru psychologického distresu hodnotili respondenti na štvorbodovej Likertovej škále, pričom vyššie skóre znamenalo vyšší distres (Goldberg & Hillier 1979). Reliabilita bola overovaná Cronbachovou alfou, dosahovala výšku 0,83 pri prvom meraní.

Funkčná disabilita bola meraná pomocou dotazníka HAQ (Health assessment questionnaire), ktorý je rutinne používanou metodikou v reumatologickej praxi a dosahuje štandardne vysokú mieru reliability (Fries 1991).

Aktivita ochorenia bola monitorovaná pomocou sedimentácie erytrocytov za prvú hodinu (ESR) a citlivosť kĺbov bola vyšetrená reu-

matológom a ohodnotená štandardnou metódou, Ritchieho artikulárnym indexom (RAI).

Bolesť bola meraná pomocou subškály dotazníka NHP, ktorá je generickou mierkou bolesti. Obsahuje osem položiek, na ktorých pacienti hodnotia prežívanie bolesti pri rôznych úkonoch (Hunt et al. 1981). Cronbachova alfa pri prvom meraní bola 0,82.

Sociálna opora bola meraná pomocou subškál dotazníka SSQS a to emocionálna sociálna opora (ESS) a inštrumentálna sociálna opora (INS). Respondenti hodnotili svoje odpovede na trojbodovej Likertovej škále (Demange et al. 2004). Vyššie skóre znamenalo väčšiu spokojnosť s oporou. Cronbachova alfa ESS bola 0,86 a pre INS 0,76.

Keďže RA je známa kolísavým priebehom, bola zvolená metóda, ktorú vo svojej práci odporúča Stratingová (Strating et al. 2006). Nezávislé premenné boli definované priemerom za prvé tri roky a závislá premenná (psychologický distres) pochádzala zo štvrtého roka. Všetky štatistické analýzy boli overované pomocou SPSS 15.

Výsledky

Najprv bol analýze podrobený psychologický distres a jeho priebeh, v ktorom bol zaznamenaný jediný štatisticky významný rozdiel a to medzi prvým a druhým rokom, kde došlo k štatisticky významnému poklesu ($p \leq 0,01$). Test-retest Pearsonove korelácie psychologického distresu v jednotlivých rokoch sa pohybovali v rozmedzí 0,56 – 0,69 ($p \leq 0,001$).

Následne boli analyzované vzťahy medzi prediktormi a závislou premennou pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu a sú uvedené v tabuľke 1. Ukázala sa súvislosť medzi psychologickým distresom a všetkými prediktormi až na sedimentáciu erytrocytov za prvú hodinu (ESR), ktorá nebola štatisticky významná. Najvyššie korelácie boli zaznamenané s bolesťou (0,41; $p \leq 0,01$) a emocionálnou oporou (0,36; $p \leq 0,01$), najnižšia s citlivosťou kĺbov (0,20; $p \leq 0,05$) (ostatné výsledky v tabuľke).

Napokon bol vytvorený regresný model, ktorý je prezentovaný na grafe (graf 1), kde sú zobrazené štatisticky signifikantné prediktori s percentom vysvetlenej variancie, medzi ktoré patrí počiatočná úroveň psychologického distresu ($\beta = 0,42$; $p \leq 0,001$) meraná v prvom roku, priemerná miera bolesti za prvé tri roky ($\beta = -0,22$; $p \leq 0,05$) a priemerná emocionálna opora za prvé tri roky ($\beta = -0,21$; $p \leq 0,05$).

Prezentovanému modelu sa podarilo vysvetliť 34% z celkovej variancie psychologického distresu. Inštrumentálna sociálna opora prekvapivo nebola signifikantným prediktorom distresu v tomto modeli.

Diskusia

Cieľom práce bolo poukázať na súvislosť medzi psychologickým distresom a premennými súvisiacimi s RA. Druhým cieľom bolo preskúmať vzťah psychologického distresu a sociálnej opory.

Okrem ESR sa podarilo preukázať vzťah medzi premennými RA a psychologickým distresom u pacientov. Práce, ktoré poukazujú na súvislosti medzi laboratórnymi mierkami a psychologickými premennými sú skôr nejednotné (Krol et al. 1994, Wolfe & Hawley 1993).

Samotný psychologický distres mal relatívne stabilný priebeh, keď sa podarilo potvrdiť jediný štatisticky významný rozdiel a to medzi prvým a druhým rokom. Výsledky korešpondujú so zisteniami zahraničných autorov (Doeglas et al. 2004).

V modeli, ktorý bol postavený za účelom predikcie psychologického distresu boli najlepšími prediktormi počiatočná úroveň distresu, bolesť a emocionálna opora. Emocionálna opora štatisticky signifikantne súvisela s distresom a to aj po kontrolovaní socio-demografických premenných a premenných súvisiacich s ochorením. Zistené výsledky sa opäť výrazne nelíšia od existujúcich štúdií a poukazujú na dôležitosť sociálneho prostredia pri zvládaní obmedzujúceho ochorenia ako je reumatoidná artritída (Doeglas et al. 1994).

Prekvapivým zistením bolo hlavne, že inštrumentálna opora sa nepreukázala ako signifikantný prediktor psychologického distresu. I keď sa tento negatívny výsledok neinterpretuje ľahko, je možné uvažovať, že použitý dotazník nereflektoval dostatočne tie činnosti, ktoré sú v priamej súvislosti s psychickou pohodou pacientov. Pre hlbšie pochopenie vzťahu sociálnej opory, reumatoidnej atritídy a psychologického distresu je potrebné analyzovať tieto vzťahy hlbšie a zamerať sa na mediačné a moderačné vzťahy.

Prezentovaná analýza má limity, ktoré je vhodné spomenúť a mali by byť zohľadnené v ďalších prácach. Zvlášť jednou z oblastí, ktoré sú kľúčové, je vplyv osobnostných faktorov, ktoré môžu vplývať na vnímanie prežívaného psychologického distresu a mali by byť kontrolované, čo v tejto práci nebolo možné urobiť.

Záver

Aj napriek istým nedostatkom a obmedzeniam, štúdia celkove poukazuje na dôležitosť počiatočnej úrovne psychologického distresu u pacientov s včasnou RA. Naviac poukazuje aj na možné rizikové a protektívne faktory ako sú úroveň bolesti a sociálna opora na začiatku ochorenia.

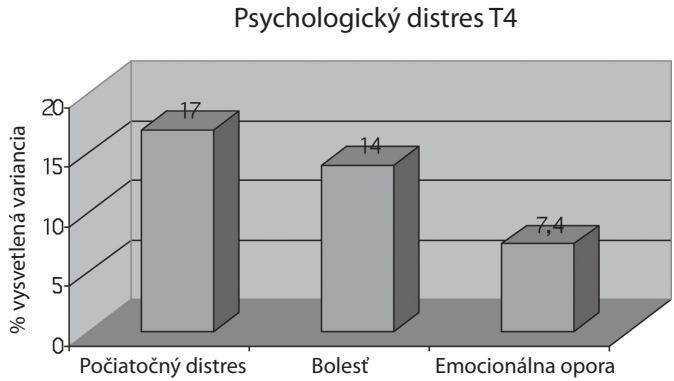
Príloha

Tab. 1 **Korelácie medzi prediktormi a psychologickým distresom T4**

	■ESR	■HAQ	■RAI	■NHP	■ESS	■INS
Psychologický distres T4	-0,04	0,26**	0,20*	-0,41**	-0,36**	-0,25*

Poznámka 1: ■ priemerná hodnota za prvé tri roky
Poznámka 2: ESR – sedimentácia erytrocytov, HAQ – Health Assessment Questionnaire, NHP – Nottingham Health Profile (bolesť), ESS – emocionálna opora, INS – inštrumentálna opora

Graf 1 **Hierarchická lineárna regresia na psychologický distres v štvrtom roku**



Literatúra:

ANDERSON, KO.: „The assessment of pain in rheumatoid arthritis: disease differentiation and temporal stability of a behavioral observation method." Pain, 33: 25-32 (1987)

ANDERSON KO, BRADLEY LA, YOUNG LD, McDANIEL LK, WISE CM.: Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychol. Bull,* 98(2): 358-87 (1985).

COVIC T, TYSON G, SPENCER D, HOVE G: „Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors." *Journal of Psychosomatic Research* 60(5):469-76 (2006)

DEMANGE V, GUILLEMIN F, BAUMAN M, SUURMEIJER TP, MOUM T et al.: "Are there more than cross-sectional relationships of social support and support networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? the European Research on Incapacitating Diseases and Social Support Longitudinal Study." *Arthritis Rheum.* 51(5):782-91 (2004)

DICKENS C. : "The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis." *Rheumatology-Oxford,-England* 40(12):1327-30 (2001)

DICKENS C.: „Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis." *Psychosomatic-medicine* 64(1):52-60 (2002)

DOEGLAS D, SUURMEIJER T, KROL B, SANDERMAN R, van RIJSWIJK M, van LEEUWEN M.: „Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis." *Arthritis Care Res.* 7(1):10-5 (1994)

DOEGLAS DM, SUURMEIJER TP, VAN DEN HEUVEL WJ, KROL B, VAN RIJSWIK MH et al.: „Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis." *Qual. Life Res.* 13(6):1053-65 (2004)

FRIES JF.: „The hierarchy of quality-of-life assessment, the Health Assessment Questionnaire (HAQ), and issues mandating development of a toxicity index." *Control Clin Trials* 12(4 Suppl):106S-17S (1991)

GOLDBERG DP, HILLIER VF.: „A scaled version of the General Health Questionnaire." *Psychol. Med.* 9(1):139-45 (1979)

HUNT SM, McKENNA SP, McEWEN J, WILLIAMS J, PAPP E.: „The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations." *Soc. Sci. Med. [A]* 15(3 Pt 1):221-9 (1981)

KROL B, SANDERMAN R, SUURMEIJER T, DOEGLAS D, van RM, van LM.: „Disease characteristics, level of self-esteem and psychological well-being in rheumatoid arthritis patients." *Scand. J. Rheumatol.* 23(1):8-12 (1994)

SMITH CA, WALLSTON KA, DWYER KA, DOWDY SW.: "Beyond good and bad coping: a multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis." *Ann. Behav. Med.* 19(1):11-21 (1997)

SOKKA T.: „Assessment of pain in patients with rheumatic diseases." *Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 17(3):427-49 (2003)

STANTON AL.: "Health psychology: psychological adjustment to chronic disease." *Annual-review-of-psychology*: 565-92 (2007)

STRATING MM, SUURMEIJER TP, VAN SCHUR WH.: „Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study." *Arthritis Rheum.* 55(5):736-44 (2006)

TAN G, NGUEYN Q, ANDERSON KO, JENSEN M, THORBY J.: „Further validation of the chronic pain coping inventory." *J. Pain* 6(1):29-40 (2005)

TAYLOR SE.. *Health Psychology,* Singapore: The McGraw-Hill Companies. (2006)

WOLFE F, HAWLEY DJ.: „The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis." *J. Rheumatol.* 20(12):2032-7 (1993)

WOLFE F, SKEVINGTON SM. 2000.: „Measuring the epidemiology of distress: the rheumatology distress index." *J. Rheumatol.* 27(8):2000-9 (2000)

HODNOTENIE EFEKTIVITY PREVENTÍVNEHO ROVESNÍCKEHO PROJEKTU VYUŽÍVAJÚCEHO STRATÉGIU ROZVOJA KĽÚČOVÝCH KOMPETENCIÍ

Lucia Demešová
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Súhrn: *Úvod*
Projekt „Prečo je dobré žiť zdravo?" je súčasťou rovesníckeho programu „Náš život" realizovaného Oddelením podpory zdravia pri RÚVZ Trebišov. Zámerom projektu bolo ovplyvniť najvýznamnejšie vybrané faktory životného štýlu adolescentov. Intervencie využívali stratégiu rozvoja kľúčových kompetencií kombinovanú s informačným prístupom. Projekt sa realizoval od júna 2006 do mája 2008. Ciele evaluácie: 1. Kvantitatívne vyhodnotiť krátkodobú a dlhodobú efektivitu intervencií. 2. Vyhodnotiť kvalitu realizovaných intervencií.

Metódy
Hodnotenie krátkodobého efektu
Výskumnú vzorku tvorilo 200 respondentov v sledovanom a 200 v kontrolnom súbore, vo veku 14 – 15 rokov. Metódy hodnotenia: pre- a post- test a komparatívny model. Nástroj zberu údajov – anonymné vstupné a výstupné dotazníky. Časové obdobie zberu – jeden mesiac po skončení intervencií. Analýza údajov – program Excel, párový a dvojvýberové t-testy.
Hodnotenie dlhodobého efektu
Sledovaný súbor – 200 adresátov preventívneho programu (počas ich štúdia na základnej škole), ktorí v súčasnosti navštevujú stredné školy v okrese Trebišov. Kontrolná skupina – 200 respondentov, neintervenovaní spolužiaci. Zber údajov – anonymný dotazník; 2 – 2,5 roka po skončení intervencií. Metóda hodnotenia a analýzy – identická ako pri hodnotení krátkodobého efektu.

Výsledky
Hodnotenie krátkodobého efektu
Po intervencii sa zistil štatistický významný rozdiel úrovne vedomos-

tí v sledovanom súbore (priemerný počet správne odpovedajúcich 116,1) v porovnaní s kontrolným (priemer 77,2). U sledovaných sa vplyvom intervencií zistila významná žiaduca zmena v oblasti postojov (z priemerného počtu recipientov so žiaducimi postojmi 115,4 pred na 138,5 po intervencii) a správania sa (z priemerného počtu rizikovo sa správajúcich 21,3 pred na 15,5 po intervencii) . Pri kvalitatívnom hodnotení označilo 81% respondentov intervencie ako zaujímavé.
Hodnotenie dlhodobého efektu
V sledovanom súbore sa v porovnaní s kontrolným zistil nevýznamný rozdiel v úrovni vedomostí (sledovaní – priemer 114,5; kontrolní – priemer 113,6). V sledovanom súbore sa zistil významný pokles žiaducich postojov (po intervencii – priemer 138,5; následné hodnotenie – priemer 112,3) a významný nárast rizikového správania (po intervencii – priemer 11,5; následné hodnotenie – priemer 43,6). V intervenovanom aj v kontrolnom súbore sa zistil porovnateľný výskyt rizikového aj žiaduceho správania.

Záver
Výsledky hodnotenia poukazujú na správnosť zvolenej stratégie, ale zároveň poukazujú na potrebu zmeny pri realizácii predmetného preventívneho programu za účelom zaistenia jeho dlhodobej udržateľnosti a súčasne požadovanej účinnosti.

Kľúčové slová: *preventívny rovesnícky projekt, kľúčové kompetencie, hodnotenie efektivity intervencií*

Summary: *Introduction*
Project „Why is good to live healthily?" is a part of contemporary program „Our life" realized by Assistances Health Department at RUVZ Trebišov. The aim of the project was to influence the most famous selected factors of lifestyle at teenagers. Intervention used development of key powers strategy which was combined by information access. The project was realized from 1 June 2006 to May 2008. The goals of evaluation: 1. To evaluate short time and long time effectiveness of intervention quality.

Methods
Short effectiveness evaluation
Research sample was created by 200 respondents at monitoring and 200 at control set at the age of 14 – 15 years. Evaluative methods: pre and post –

test and a comparative model. Implement acquisition of data – anonymous entry and output questionnaires. Time period of data – one month after termination of intervention. Data analysis – Excel, matched and double – selected t-tests.

Long effectiveness evaluation

Suspense file – 200 consignee´s preventive program (during termination of their study at primary school), who attend secondary schools in the district Trebišov in the present. Control group – 200 respondents, non intervened classmates. Data acquisition – anonymous questionnaire, 2 – 2,5 years after termination of intervention. Evaluative method and analyses – identical as at short effect evaluation.

Results

Short effect evaluation

After intervention it was determined statistic prominent difference of knowledge level in suspense file (average number correct corresponding 116,1) in compare with control (average 77,2). At monitoring under influence intervention was determined prominent wantable change in the area of attitudes (from average number bell jar with wantable attitudes 115,4 before on 138,5 after intervention) and behaviour (from average number risk behaviour 21,3 before on 15,5 after intervention). At qualitative evaluation 81 percent respondents marked intervention as interesting.

Long effect evaluation

At monitoring set in compare with check was determined no significant difference in knowledge level (monitoring – average – 114,5 control – average – 113,6). At monitoring set was determined substantial decrease of wantable attitudes (after intervention – average 138,5, following evaluation – average 112,3) and substantial increase of risk behaviour (after intervention – average 11,5, following evaluation – average 43,6). At intervene and control set was determined comparable occurrence danger and wantable behaviour, too.

Conclusion

Results ratings mention correctness strategy but at the same time they mention need changes at realization objective preventive program in order to assurance its longer tenability and together asking effectiveness.

Key words: *Preventive contemporary project, key powers, intervention effect evaluation*

Úvod

Rovesnícky projekt *„Prečo je dobré žiť zdravo?"* je súčasťou *programu „Náš život"*. Jedná sa o pôvodný preventívny program Oddelenia podpory zdravia pri Regionálnom úrade verejného zdravotníctva (RÚVZ) so sídlom v Trebišove a Občianskeho združenia Patronus Health. Program sa realizuje od 1. apríla 2005. Predmetný projekt bol realizovaný od júna 2006 do 30. apríla 2008 (v slovenskom a maďarskom jazyku).

Intervencie využívali stratégiu *rozvoja kľúčových kompetencií* kombinovanú *s informačným prístupom*. Zámerom projektu bolo ovplyvniť najvýznamnejšie vybrané rizikové faktory životného štýlu adolescentov. V rámci projektu bolo vybraných a vyškolených 27 peer aktivistov (žiakov 1. ročníka stredných škôl). Peer aktivisti realizovali intervencie u žiakov 8. a 9. ročníka na 6-tich základných školách (ZŠ) (3 mestské a 3 vidiecke) okresu Trebišov. *Nosnými témami intervencií boli:* prevencia konzumácie alkoholu a fajčenia v kontexte všetkých návykových látok; zdravé partnerské vzťahy a prevencia HIV/AIDS; zdravá výživa a prevencia porúch príjmu potravy; efektívna komunikácia; asertivita; kritické myslenie.

Intervencie sa realizovali v dvoch cykloch:

1. cyklus (školský rok 2006/2007) – pozostával z 10 hodín intervenčnej práce jednotlivých skupín peer aktivistov. Uskutočnil sa u žiakov 8. ročníka (12 tried).
2. cyklus (školský rok 2007/2008) – pozostával z 5 hodín intervenčného pôsobenia. Cieľovou skupinou boli žiaci zapojení do prvého cyklu. Besedy realizovala lektorka RÚVZ v Trebišove v spolupráci s peer aktivistami. Počas realizácie druhého cyklu sa vyskytlo viacero komplikácií (súvisiacich s uvoľňovaním peer aktivistov z vyučovania ako aj časovým zaťažením lektorky), ktoré podmienil zníženie počtu udržiavacích stretnutí u časti intervenovaných tried.

Metódy

Hodnotenie krátkodobej efektivity

- *Hlavný cieľ*: Kvantitatívne a kvalitatívne hodnotenie projektu „Prečo je dobré žiť zdravo?".
- *Vedľajšie ciele: 1.* Zistiť zmeny vo vedomostiach, postojoch a správaní v sledovanom súbore po uskutočnení intervencií. 2. Porovnať vedomosti, postoje a správanie v sledovanom súbore po ab-

solvovaní intervencií s vedomosťami, postojmi a správaním adolescentov v kontrolnom súbore. 3. Vyhodnotiť kvalitu uskutočnených intervencií.

- *Výskumný súbor* tvorili respondenti s rovnakými základnými charakteristikami – *veku* (14 – 15 rokov), *pohlavia* – dievčatá a chlapci 1:1, *miesta* (respondenti bývajúci a navštevujúci ZŠ v okrese Trebišov), *ďalšie* – žiaci ZŠ s vyučovacím jazykom slovenským. Výskumný súbor pozostával z dvoch podskupín: 1. *Sledovaný súbor* – 200 intervenovaných respondentov z 3 mestských a 3 vidieckych ZŠ, vybraných náhodným výberom; 2. *Kontrolný súbor* – 200 neintervenovaných respondentov z 3 mestských a 5 vidieckych ZŠ, ktoré boli náhodným výberom určené za kontrolnú skupinu.
- *Modely kvantitatívneho hodnotenia: 1. Pre- a post-test.* Hodnotenie efektivity spočívalo v meraní početnosti premenných (*správanie, vedomosti a postoje)* v sledovanom súbore pred a po intervencii. Účinnosť intervencií sa zisťovala otestovaním štatistickej významnosti rozdielov medzi meraniami. 2. *Komparatívny model.* Hodnotenie efektivity sa uskutočnilo porovnaním početnosti vyššie pomenovaných premenných v sledovanom súbore s početnosťou tých istých premenných v kontrolnom súbore. Účinnosť intervencií sa zisťovala otestovaním štatistickej významnosti rozdielov medzi sledovanou a kontrolnou vzorkou v čase po ukončení intervencií.
- *Kvalitatívne hodnotenie intervencií* – Uskutočnilo sa na základe určenia, či intervencie mali alebo nemali pre respondentov prínos z hľadiska definovaných kvalitatívnych premenných (*prínos z hľadiska obsahu, identifikácia sa respondenta s obsahom, miera spokojnosti respondenta s intervenciami).*
- *Zber údajov* sa uskutočnil použitím dvoch typov dotazníkov – vstupného a výstupného. Dotazníky boli anonymné, obsahovali otvorené aj uzatvorené otázky (v počte 85 a 75). Časové obdobie zberu – jeden mesiac po skončení intervencií.
- *Ako metódy štatistickej analýzy sa použili štatistické funkcie* a *analytické nástroje programu Excel* – popisná štatistika a nástroje pre testovanie hypotéz (*„Párový t-test na zhodu stredných hodnôt“* a *„Dvojvýberové t-testy s rovnosťou alebo nerovnosťou rozptylov“* a pomocný *„F-test na testovanie zhody rozptylov dvoch základných súborov“)*. Výsledky boli interpretované na *hladine významnosti* $\alpha = 0,05$.

Hodnotenie dlhodobej efektivity

Použitá bola rovnaká metóda výskumu ako pri hodnotení krátkodobej efektivity.

- *Výskumný súbor* pozostával zo *súboru sledovaných (*tvorili ho študenti stredných škôl v okrese Trebišov s vyučovacím jazykom slovenským, ktorí boli počas štúdia na ZŠ intervenovaní) a zo *súboru kontrolných* (tvorili ho súčasní spolužiaci respondentov sledovaného súboru, ktorí neboli počas ZŠ intervenovaní). V*ková kategória respondentov* – 16 až 17 rokov; zastúpenie podľa pohlavia – dievčatá 61% a chlapci 39%.
- *Zber údajov* sa uskutočnil prostredníctvom anonymného následného dotazníka po 2 – 2,5 ročnom odstupe od uskutočnenia intervencií.
- *Modely kvantitatívneho hodnotenia: 1. Pre- a post-test.* Hodnotenie efektivity spočívalo v meraní početnosti premenných (*správanie, vedomosti a postoje)* v sledovanom súbore získaných z výstupných a následných dotazníkov. 2. *Komparatívny model.* Hodnotenie efektivity sa uskutočnilo porovnaním početnosti menovaných premenných v sledovanom súbore s početnosťou tých istých premenných v kontrolnom súbore.

Výsledky a diskusia

Hodnotenie krátkodobej efektivity

Vedomosti

- **V sledovanom súbore** *nastal* po intervencii *štatisticky významný vzostup* úrovne vedomostí ($p = 0,00$, $t(2)$). Podiel správnych odpovedí pred intervenciou bol 34,1% a po intervencii 58,%.
- **V kontrolnom súbore** v období medzi vypĺňaním vstupného a výstupného dotazníka *nastal štatisticky významný* vzostup úrovne vedomostí ($p = 0,00$, $t(2)$). Podiel správnych odpovedí v čase pred intervenciou bol 33,7% a v čase po intervencii 38,6%.
- Rozdiel počtu respondentov so správnymi vedomosťami ***medzi sledovaným a kontrolným súborom*** *je štatisticky významný* ($p = 0,00$ $t(2)$), t.j. v sledovanom súbore bol po intervencii podiel respondentov so správnymi vedomosťami 58%, v kontrolnom 38,6%.

Analýzou získané výsledky bolo možné porovnať s výskumom autorov Okruhlica, Szemzö (1997) hodnotiacim účinnosť intervencií v peer programe „Kým nie je príliš neskoro“. V tomto výskume sa po-

zornosť sústredila len na vedomosti v oblasti návykových látok – alkohol a fajčenie. Autori pri otázkach týkajúcich sa alkoholu poukázali len na mierne vyšší podiel správnych odpovedí u respondentov sledovaného súboru v porovnaní so súborom kontrolným. Vo väčšine otázok týkajúcich sa fajčenia nebol medzi sledovaným a kontrolným súborom zaznamenaný žiadny rozdiel.

Postoje

- ***V sledovanom súbore*** *nastal* po intervencii *štatisticky významný vzostup* žiaducich postojov (p = 0,00, t(2)). Podiel žiaducich odpovedí pred intervenciou bol 57,7% a po intervencii 69,2%
- ***V kontrolnom súbore*** v období medzi vypĺňaním vstupného a výstupného dotazníka *nenastal štatisticky významný* vzostup žiaducich postojov (p = 0,12 , t(2)). Podiel žiaducich odpovedí v čase pred intervenciou 58,9% a v čase po intervencii 60,7% .
- Rozdiel počtu respondentov so žiaducimi postojmi ***medzi sledovaným súborom*** (69,25%) ***a kontrolným súborom*** (60,7%) *nie je štatisticky významný* (p = 0,13, t(2)).

Získané výsledky bolo možné porovnať s výsledkami už spomínanej autorskej dvojice Okruhlica, Szemzö (1997). V porovnávanom programe sa nepodarilo dosiahnuť žiadaný účinok intervencií. V sledovanom súbore bol v časti otázok zameraných na postoje zistený dokonca nižší podiel respondentov so žiaducimi postojmi ako v kontrolnom súbore.

Protektívne správanie (*vo vzťahu k zdravej výžive a stravovacím návykom)*

- ***V sledovanom súbore*** nastal po intervencii *štatisticky významný* vzostup protektívneho správania (p = 0,01, t(2)). Podiel žiaducich odpovedí pred intervenciou bol 45,9% a po intervencii 57,3%.
- ***V kontrolnom súbore*** v období medzi vypĺňaním vstupného a výstupného dotazníka *nenastal štatisticky významný* vzostup protektívneho správania (p = 0,32, t(2)). Podiel žiaducich odpovedí v čase pred intervenciou 41,7%, v čase po intervencii 42,6% .
- Rozdiel počtu respondentov s protektívnym správaním ***medzi sledovaným a kontrolným súborom*** *nie je štatisticky významný* (p = 0,09, t(2)), t.j. v sledovanom súbore bol po intervencii podiel respondentov so žiaducim správaním 57,3%, v kontrolnom 42,6%.

Rizikové správanie (fajčenie, konzumácia alkoholu a nežiaduce znižovanie telesnej hmotnosti)

- ***V sledovanom súbore*** po intervencii *nastal štatisticky významný* ***pokles*** sledovaného rizikového správania (p = 0,00, t(2)) (podiel respondentov pred intervenciou 10,7%, po intervencii 7,76%).
- ***V kontrolnom súbore*** v období medzi vypĺňaním vstupného a výstupného dotazníka *nastal štatisticky významný* ***nárast*** **sledovaného** ***rizikového správania*** (p = 0,03, t(2)) (podiel respondentov v čase pred intervenciou 9,7%, v čase po intervencii 11,01%).
- Rozdiel počtu respondentov s rizikovým správaním ***medzi sledovaným súborom*** (7,76%.) ***a kontrolným súborom*** (11,01%) *nie je štatisticky významný* (p = 0,30, t(2)).

Získané výsledky týkajúce sa oblasti fajčenia a konzumácie alkoholických nápojov je možné porovnať so štúdiou efektivity peer projektu „Kým nie je príliš neskoro" (Okruhlica, Szemzö, 1997). V spomínanej štúdii sa po intervenčnom pôsobení v súbore sledovaných zistilo rôznorodé správanie sa respondentov v oblasti fajčenia a konzumácie alkoholických nápojov. V niekoľkých otázkach sa v sledovanom súbore zaznamenalo mierne priaznivejšie správanie ako v kontrolnom súbore. V ďalších otázkach bolo v sledovanom súbore zistené naopak rizikovejšie správanie v porovnaní s kontrolným.

Hodnotenie kvality uskutočnených intervencií

Prínos z hľadiska obsahu:

- získanie nových informácií uviedlo 50,2% respondentov;
- spresnenie poznatkov uviedlo 38,7%.

Identifikácia sa respondenta s obsahom:

- 22,6% respondentov deklarovalo, že uskutočnené intervencie ovplyvnili ich názory;
- 17,6% uviedlo, že sa budú prezentovanými informáciami riadiť.

Miera spokojnosti respondentov s programom:

- 81% respondentov hodnotí realizované intervencie ako zaujímavé.

Z dostupnej literatúry nie sú k dispozícii porovnateľné údaje o hodnotení kvality, preto nie je možné získané výsledky porovnať.

Dlhodobá efektivita

Vedomosti

- ***V sledovanom súbore*** sme *nezistili štatisticky významnú zmenu* (pok-

les) úrovne celkových vedomostí po 2,5 ročnom časovom odstupe od realizácie intervencií (p = 0,98, t(2)). Podiel správnych odpovedí vo výstupnom dotazníku bol 58,0%, v následnom 58,1%.

- **Medzi sledovanými** (podiel správnych odpovedí 87,6%) **a kontrolnými** (podiel správnych odpovedí 56,8%) *nie je štatisticky významný rozdiel* (p = 0,95, t(2)).

Analýzou získané výsledky týkajúce sa hodnotenia úrovne vedomostí (ako aj u postojov a správania) nebolo možné porovnať. V dostupnej literatúre neboli publikované výskumy zaoberajúce sa hodnotením dlhodobého efektu intervencií realizovaných v podmienkach verejného zdravotníctva v SR. Zahraničné výskumy boli v dostupnej literatúre publikované sumárne alebo sa metóda výskumu nezhodovala s nami použitou metódou. Z toho dôvodu v diskusii neuvádzame porovnanie s inými výskumami.

Postoje

- ***V sledovanom súbore*** sme *zistili štatisticky významný pokles* žiaducich postojov (p = 0,01, t(2)). Podiel žiaducich odpovedí vo výstupnom dotazníku bol 69,25%, v následnom 56,18%.
- ***Medzi sledovaným*** (podiel žiaducich odpovedí 56,2%) ***a kontrolným súborom*** (podiel žiaducich odpovedí 55,7%) *nie je štatisticky významný rozdiel* (p = 0,93, t(2)).

Protektívne správanie

- ***V sledovanom súbore*** sme nezistili štatisticky významnú zmenu v žiaducom správaní (p = 0,09, t(2)), došlo však k poklesu počtu respondentov so žiaducim správaním. Podiel žiaducich odpovedí vo výstupnom dotazníku bol 62,9%, v následnom 51,4%.
- ***Medzi sledovaným*** (podiel žiaducich odpovedí 51,4%) **a kontrolným súborom** (podiel žiaducich odpovedí 51,2%) *nezistili štatisticky významný rozdiel* v počte respondentov so žiaducim správaním (p = 0,98, t(2)).

Rizikové správanie

- ***V sledovanom súbore*** sme *zistili štatisticky významný nárast* rizikového správania (p = 0,00, t(2)). Podiel výskytu rizikového správania vo výstupnom dotazníku bol 5,7%, v následnom 2,3%.
- Zistili sme identický výskyt (p = 0,95, t(2)) rizikového správania u porovnávaných súborov, podiel ***v sledovanom súbore*** – 21,9 % a v ***kontrolnom*** – 21,5 %.

Hodnotenie výskytu rizikového správania z hľadiska sexuálnych skúseností

- 38% respondentov bolo v situácii, keď im niekto navrhoval pohlavný styk;
- 55% z tých, ktorí mali ponuku na pohlavný styk ju z dôvodu realizácie intervencií odmietlo na ZŠ a 25% respondentov na SŠ;
- 72,4% tých, ktorí mali ponuku na pohlavný styk ho z dôvodu realizácie intervencií odmietlo mať bez kondómu.

Hodnotenie kvality uskutočnených intervencií

Dlhodobé žiaduce ovplyvnenie postojov (intervenciami) uviedlo:

- v oblasti partnerských vzťahov 64,5% respondentov;
- z hľadiska zdravej výživy to uviedlo 56%;
- v oblasti konzumácie alkoholických nápojov 47,5% a fajčenia 45% respondentov.

Dlhodobé žiaduce ovplyvnenie správania intervenciami uviedlo:

- v oblasti partnerských vzťahov 43,5% respondentov;
- z hľadiska zdravej výživy to uviedlo 38%;
- v oblasti konzumácie alkoholických nápojov 33,5% a fajčenia 30,5% respondentov.

Miera spokojnosti respondentov s programom:

- 80,5% respondentov hodnotilo realizované intervencie ako zaujímavé. Pri výstupnom hodnotení takto odpovedalo tiež 81% respondentov.

Záver

Krátkodobá efektivita

Získané výsledky naznačili správnosť zvolenej stratégie zdravotno-výchovného pôsobenia.

Najpriaznivejší výsledok sme zaznamenali v oblasti vedomostí. V rámci tejto premennej bol zistený štatisticky významný rozdiel medzi sledovaným a kontrolným súborom. V oblasti postojov a správania sme zistili významnú žiaducu zmenu v sledovanom súbore. Nezistili sme však štatisticky významný rozdiel medzi sledovaným a kontrolným súborom. Táto skutočnosť bola pravdepodobne daná tým, že:

- intervencie u cieľových skupín na ZŠ boli realizované študentmi stredných škôl. Ich pozitívny vplyv bol tak obmedzený len na čas trvania jednotlivých intervencií;

- vo výskumnej vzorke sa pravdepodobne uplatnili aj iné protektívne vplyvy (napr. z procesu vyučovania).

Dlhodobá efektivita

Získané výsledky potvrdili správnosť zvolenej stratégie preventívneho pôsobenia, ale zároveň poukázali na potrebu zmeny najmä v intenzite intervencií, v zaistení nadväznosti ich obsahu a dĺžky časového obdobia realizácie intervencií.

Najvýznamnejšie zistenia:

- Úroveň vedomostí v sledovanom súbore po 2,5 rokoch od realizácie intervencií zostala nezmenená. V sledovanom súbore sme v porovnaní s kontrolným zistili vyššiu úroveň vedomostí, tá však nebola významná.
- V oblasti žiaducich postojov sme v sledovanom súbore zistili ich významný pokles. Ich výskyt však bol v celej výskumnej vzorke bez štatisticky významného rozdielu.
- V sledovanom súbore sme zistili významný nárast rizikového správania. Zároveň došlo k miernemu poklesu počtu respondentov so žiaducim správaním. V intervenovanom aj v kontrolnom súbore bol výskyt rizikového aj žiaduceho správania identický.

Vyššie uvedené výsledky sú pravdepodobne odrazom:

- prirodzených zmien súvisiacich s biodromálnym vývinom respondentov (v adolescentnom veku), ktoré môžu podmieňovať vyhľadávanie rizikového správania,
- možnej straty motivácie k zdravému spôsobu života po skončení primárneho vplyvu intervencií,
- menej optimálnej štruktúry programu, ktorá umožnila realizovať nadväzujúce intervencie v danej cieľovej skupine len stredne dlhé obdobie,
- možného negatívneho vplyvu prostredia (meniace sa socio-ekonomické podmienky, pretrvávajúce kultúrne vplyvy a iné).

Záverom možno konštatovať, že 15-hodinové intervenčné pôsobenie v priebehu dvoch rokov u adolescentov je dostačujúce len na dosiahnutie krátkodobej efektivity. Pre dosiahnutie dlhodobej účinnosti (najdôležitejšieho účinku intervencií) je táto intenzita a časové obdobie nedostačujúce.

ČO SÚVISÍ SO SEXUÁLNOU SKÚSENOSŤOU SLOVENSKÝCH 15-ROČNÝCH ŠKOLÁKOV?

Peter Kolarčik[1], Andrea Madarasová Gecková[1], Jitse P. van Dijk[1,2]
[1] Košice Institute for Society and Health, Univerzita P. J. Šafárika, Košice
[2] Department of Social Medicine, University of Groningen, The Netherlands

Súhrn: *Sexuálne aktívni adolescenti sú vystavení väčšiemu riziku nákazy pohlavne prenosnými chorobami, keďže u adolescentov nie je používanie prostriedkov chrániacich pred neželaným tehotenstvom alebo pred pohlavne prenosnými chorobami konzistentné. Cieľom tejto práce je analyzovať vplyv vybraných premenných obsiahnutých v štúdii HBSC so skúsenosťou s pohlavným stykom u 15-ročných školákov. Údaje boli zbierané formou anonymného dotazníka administrovaného v školských triedach. Výskumnú vzorku tvorilo 1252 15-ročných respondentov (47% chlapcov; priemerný vek 15,3 roka; SD=0,40). Skúsenosť s pohlavným stykom bola hodnotená vo vzťahu k socioekenomickému statusu rodiny (zamestnanosť rodičov, nedostatok jedla), rizikovému správaniu, frekvencii stretávania sa s rovesníkmi, stravovacími návykmi, komunikáciou v rodine a školským prospechom. Dichotomizované premenné boli vyhodnotené logistickou regresnou analýzou, pričom bol kontrolovaný efekt pohlavia. Skúsenosť s pohlavným stykom uviedlo 12% školákov (13% chlapcov, 11% dievčat). Väčšiu pravdepodobnosť sexuálnej skúsenosti mali školáci, ktorí pravidelne fajčia, konzumujú alkoholické nápoje, aspoň raz v živote fajčili marihuanu, aspoň raz sa zúčastnili bitky, trávia každý večer s kamarátmi, niekoho šikanovali, majú horšie výsledky v škole, nemajú radi školu, mali aspoň jeden úraz v minulom roku, neraňajkujú pravidelne, majú nezamestnanú matku, majú doma nedostatok jedla, ťažšie komunikujú s matkou, prípadne ľahšie komunikujú s nevlastným otcom (rozsah OR od 1,51 do 8,48). Efekt pohlavia nebol signifikantný, rovnako ako vplyv životnej spokojnosti, zamestnania otca a hodnotenie blahobytu rodiny. Napriek nízkej prevalencii sexuálnej skúsenosti u 15-ročných školákov je jej výskyt významne ovplyvnený rizikovým a problémovým správaním školákov, socioekonomickou situáciou rodiny a kvalitou komunikácie s matkou. Skorá sexuálna skúsenosť ako forma rizikového správania s väčšou pravdepodobnosťou sprevádza iné riziko-*

vé a problémové správanie. Preventívne programy by sa nemali zameriavať izolovane na jednotlivé rizikové správania, ale mali by pokrývať komplex týchto prejavov s cieľom eliminovať nepriaznivý vplyv spoločných spúšťacích faktorov.

Summary: *Sexually active adolescents are at higher risk of getting sexually transmitted infection (STI), because the use of contraceptive and STI protection methods is not consistent among them. The aim of our study is to analyze effects of selected variables from HBSC study on sexual experience among 15-years old pupils. Data were collected via anonymous questionnaires, which were administered in school classes. Study sample consists of 1252 15-years aged respondents (47% of boys; mean age 15,3 years; SD=0,40). Effect of family socioeconomic status (parents' employment, food poverty), risky behaviour, peer contact frequency, eating habits, family communication and academic achievement to experience with sexual intercourse was assessed. Dichotomized variables were analyzed using logistic regression and gender effect was controlled for. Sexual intercourse was reported by 12% of pupils (13% boys, 11% girls). Higher probability of reporting sexual intercourse was among students who smoke regularly, consume alcoholic beverages, at least once in lifetime used cannabis, was at least once in physical fight, every evening spend with peers, had bullied somebody, had poor academic achievement, do not like school, had at least one injury in last year, do not have breakfast regularly, their mother is unemployed, have not enough food at home, have difficult communication with mother or easier communication with step-father (OR ranged from 1,51 up to 8,48). The effect of gender, similarly as the effect of life satisfaction, fathers employment, and family affluence was not significant. Although prevalence of sexual experience among 15 years old pupils is low, its prevalence is remarkably influenced by risky behaviour of adolescents, socioeconomic situation in the family and quality of communication with mother. Early sexual experience as a form of risky behaviour more likely accompanies other risky behaviours. Preventive programmes should not concentrate on single risk behaviour but should focus on complex of such behaviours and try to eliminate adverse effect of common turning on factors.*

Kľúčové slová: *Štúdia HBSC, adolescencia, rizikové správanie, pohlavný styk*
HBSC Study, adolescence, risky behaviour, sexual intercourse

Úvod

Adolescencia ako proces psychosociálneho zrenia a vývojový prechod medzi detstvom a dospelosťou je charakterizovaný pohlavným dozrievaním a objavovaním vlastnej sexuality (Balharová, Kukla, 2004). Dosiahnutie zrelej sexuality, ako z pohľadu psychologického, tak aj z fyzického, patrí medzi hlavné úlohy, ktoré sú neodmysliteľnou súčasťou obdobia prechodu medzi detstvom a dospelosťou. Je to dôležité obdobie života, od zvládnutia ktorého závisí, okrem iného, aj sexuálne zdravie jedinca, teda pozitívna integrácia fyzických, emocionálnych, intelektuálnych a sociálnych aspektov sexuality (Currie et al., 2008). V rámci tohto prechodu sa mladý človek musí vysporiadať s vlastnou sexualitou, vyrovnať sa s tlakmi okolia, ktoré ho povzbudzujú k sexuálnej aktivite a nakoniec sa rozhodnúť či vôbec, kedy a s kým začne byť sexuálne aktívny (Roche a kol., 2005).

Iniciácia sexuálnej aktivity je pre mnohých adolescentov významným medzníkom na ceste k dospelosti (Schofield et al., 2008). Oboznamovanie sa so sexualitou je prirodzenou súčasťou normálneho vývinu, ktorého výsledkom by malo byť dosiahnutie zrelého a zdravého sexuálneho správania. Správny vývin sexuality mladého človeka závisí často krát od správneho načasovania. Sexuálna aktivita počas adolescencie môže byť problematická a to hlavne v závislosti od veku, v ktorom sa udeje. Jednoducho môžeme povedať, že čím je vek prvej sexuálnej skúsenosti nižší, tým viac potenciálnych problémov a komplikácií so sebou prináša (Smith, 1997). Zistilo sa, že sexuálne aktívni adolescenti majú väčšie riziko nákazy pohlavne prenosnými chorobami, dievčatá so skorou sexuálnou skúsenosťou sú vystavené väčšiemu riziku neželaného tehotenstva (Schofield et al., 2008; Godeau et al., 2008, Metcalfe, 2004; Wellings a kol., 2007; Roche a kol., 2005). Tiež sa zistilo, že jedinci so skorou sexuálnou skúsenosťou uvádzajú väčší počet sexuálnych partnerov a rizikovejšie sexuálne správanie a zároveň adolescenti so skorou sexuálnou skúsenosťou uvádzajú viac psychologických ťažkostí v porovnaní s ostatnými (napr. pocity osamelosti, napätie, problémy so spánkom) (Crockett a kol., 1996; Orr a kol., 1991). O adolescentoch je známe, že používanie prostriedkov chrániacich pred neželaným tehotenstvom alebo pred pohlavne prenosnými chorobami nie je konzistentné a to je hlavným dôvodom, prečo sú sexuálne aktívni adolescenti vystavení väčšiemu riziku nákazy pohlavne prenosnými

chorobami a neželaným tehotenstvám (Amu, Appiah, 2006; Smith, 1997).

Priemerný vek prvej sexuálnej skúsenosti sa podľa niekoľkých štúdií znižoval. Posledná štúdia HBSC však naznačuje spomaľovanie znižovania sa tohto veku, so súčasným zmenšovaním rozdielov vo veku prvej sexuálnej skúsenosti medzi chlapcami a dievčatami (Currie et al., 2008).

Skorá sexuálna skúsenosť, teda taká, ktorá sa odohrala vo veku 15 rokov a menej, sa typicky objavuje v kontexte ďalšieho rizikového správania adolescentov. V mnohých štúdiách sa našla súvislosť skorej sexuálnej skúsenosti s tzv. rule- alebo norm-breaking behavior, správaním porušujúcom pravidlá alebo normy (Smith, 1997). Skorá sexuálna skúsenosť sa vyskytuje častejšie u adolescentov, ktorí zneužívajú psychoaktívne látky (pravidelne fajčia, konzumujú alkohol, majú skúsenosť s marihuanou alebo inými drogami), u adolescentov s agresívnym, antisociálnym a problémovým správaním a školskou maladjustáciou (Schofield et al., 2008; Currie et al., 2008).

Záujmom verejného zdravotníctva, ako aj prioritou mnohých krajín je podpora zdravého sexuálneho vývinu adolescentov a hlavne prevencia neželaných tehotenstiev a pohlavne prenosných chorôb.

Cieľom tejto práce bola analýza efektu vybraných premenných, obsiahnutých v štúdii HBSC, so skúsenosťou s pohlavným stykom u 15-ročných školákov.

Metódy

Zber údajov prebiehal na základných školách v roku 2006 v rámci medzinárodnej prierezovej štúdie HBSC, ktorá sa zameriava na široké spektrum zdravotných ukazovateľov a rizikového správania u žiakov základných škôl vo veku 11, 13 a 15 rokov. Údaje boli zbierané formou anonymného dotazníka administrovaného v školských triedach tímom školených administrátorov (Currie et al., 2008).

Na položky týkajúce sa sexuálneho správania odpovedali len 15-roční respondenti, preto sme pre našu analýzu využili len odpovede 15-ročných žiakov, ktorých bolo 1252 z čoho bolo 47% chlapcov. Priemerný vek bol 15,3 roka.

Skúsenosť s pohlavným stykom sme zisťovali otázkou: „Mal/a si už pohlavný styk?“, na ktorú respondent odpovedal: áno/nie. Skúsenosť s pohlavným stykom sme hodnotili vo vzťahu k: socioekonomic-

kému statusu rodiny, rizikovému správaniu, frekvencii stretávania sa s rovesníkmi, fyzickou aktivitou, úrazmi, stravovacími návykmi, komunikáciou v rodine, školským prospechom.

Socio-ekonomický status rodiny zahŕňal zamestnanosť otca a matky a položku merajúcu zhoršenú ekonomickú situáciu, prejavujúcu sa v nedostatku jedla. Pýtali sme sa ako často sa žiakom stáva, že chodia do školy hladní, kvôli tomu, že doma nebolo čo jesť. Možnosti odpovede boli: nikdy (1), niekedy (2), často (3), vždy (4). Premennú sme dichotomizovali na kategóriu nikdy a niekedy-vždy.

Ako indikátory rizikového správania sme použili frekvenciu fajčenia, konzumácie alkoholických nápojov a marihuany. Pri fajčení mohol respondent uviesť jednu z nasledujúcich frekvencií: každý deň (4); aspoň raz týždenne (3), ale nie každý deň; menej ako raz týždenne (2); nefajčím (1). Premennú sme dichotomizovali na kategórie: nefajčím alebo fajčím menej ako raz týždenne a kategóriu fajčím aspoň raz týždenne a častejšie. Pri konzumácii alkoholických nápojov sme sa pýtali na frekvenciu konzumácie piva, vína, destilátov, miešaných alkoholických nápojov a iných alkoholických nápojov v nasledovných frekvenciách: každý deň (5), každý týždeň (4) / každý mesiac (3), zriedkakedy (2), nikdy (1). Podľa frekvencií konzumácie jednotlivých alkoholických nápojov bola táto premenná dichotomizovaná na kategórie: konzumácia akéhokoľvek alkoholického nápoja aspoň raz týždenne (každý deň, každý týždeň) alebo menej často (každý mesiac, zriedkakedy, nikdy). Pri konzumácii marihuany v priebehu života boli možnosti odpovede nasledujúce: 0 nie, nikdy (1) / áno, 1 až 2-krát (2); áno, 3 až 5-krát (3); áno, 6 až 9-krát (4); áno, 10 až 19-krát (5); áno, 20 až 39-krát (6) áno, viac ako 40-krát (7). Pre potreby nášho výskumu sme túto premennú rozdelili na dve kategórie a to: nie nikdy nekonzumoval marihuanu a konzumoval marihuanu aspoň raz za život.

Zisťovali sme aj frekvenciu stretávania sa s priateľmi po 18:00 v priebehu týždňa. Respondenti si vyberali z nasledujúcich možností: ani raz (1); 1 večer (2); 2 večere (3); 3 večere; 4 večere (4); 5 večerov (5); 6 večerov (6); každý večer (7). Premennú sme dichotomizovali na kategórie stretávam sa s priateľmi každý večer a stretávam sa s priateľmi nie každý večer.

Za fyzickú aktivitu sme považovali akúkoľvek fyzickú aktivitu trvajúcu aspoň 60 minút. Respondentov sme sa pýtali ako často vy-

konávali takúto aktivitu počas uplynulých 7 dní. Možnosti boli nasledovné: ani raz (1); 1 večer (2); 2 večere (3); 3 večere; 4 večere (4); 5 večerov (5); 6 večerov (6); každý večer (7). Dichotomizáciou sme vytvorili kategórie: fyzická aktivita každý deň a fyzická aktivita nie každý deň.

Úrazy u respondentov sme skúmali otázkou: Ako často si utrpel/a úraz, ktorý vyžadoval lekárske ošetrenie počas uplynulých 12 mesiacov? Z možných odpovedí (Neutrpel/a som úraz; Raz; 2-krát; 3-krát; 4-krát a viac) sme vytvorili dve kategórie: žiaden úraz, aspoň jeden úraz.

Pri stravovacích návykoch nás zaujímala frekvencia raňajkovania počas pracovných dní a konzumácia ovocia. Odpovede na otázku: „Ako často zvyčajne raňajkuješ (minimálne 1 pohár mlieka alebo ovocnej šťavy)?" boli: nikdy neraňajkujem; jeden deň v týždni; dva dni v týždni; tri dni v týždni; štyri dni v týždni; päť dní v týždni. Konzumáciu ovocia sme skúmali otázkou: „Ako často v týždni zvyčajne jedávaš ovocie?" s možnosťami odpovedí: nikdy; menej ako raz za týždeň; raz za týždeň; 2 až 4-krát za týždeň; 5 až 6-krát za týždeň; každý deň, raz denne; každý deň viackrát za deň. Obidve premenné sme dichotomozovali na kategórie: raňajkujem (resp. jem ovocie) každý deň vs. neraňajkujem (resp. nejem ovocie) každý deň.

Postoj k škole a vnímaný školský výkon sme skúmali otázkami: Páči sa ti v škole v súčasnosti? (odpovede: veľmi sa mi páči; páči sa mi; nepáči sa mi; vôbec sa mi nepáči) resp. Ako hodnotíš svoje schopnosti a výkony v škole v porovnaní s ostatnými spolužiakmi/čkami? (odpovede: veľmi dobre; dobre; priemerne; podpriemerne). Aj tieto premenné sme dichotomizovali. V prípade postoja k škole na kategórie: páči sa mi v škole (veľmi sa mi páči; páči sa mi) a nepáči sa mi v škole (nepáči sa mi; vôbec sa mi nepáči). Vnímaný školský výkon sme rozdelili na kategórie: slabý výkon (priemerne; podpriemerne) a dobrý výkon (veľmi dobre; dobre).

Pri komunikácii v rodine sme sledovali kvalitu komunikácie s matkou a otcom, prípadne s nevlastnou matkou a nevlastným otcom. Respondenti na otázku: „Je pre teba jednoduché rozprávať sa s členmi tvojej rodiny a priateľmi o veciach, ktoré ťa trápia? Ako s nimi komunikuješ?" mohli odpovedať: veľmi ľahko; ľahko; ťažko; veľmi ťažko. Kategórie boli zlúčené do dvoch výsledných kategórií: ľahká komunikácia (veľmi ľahko; ľahko), ťažká komunikácia (ťažko; veľmi ťažko) pre každého z rodičov.

Dichotomizované premenné boli vyhodnotené logistickou regresnou analýzou, pričom bol kontrolovaný efekt pohlavia.

Výsledky

Skúsenosť s pohlavným stykom uviedlo 12% školákov (13% chlapcov, 11% dievčat). V porovnaní s medzinárodným priemerom HBSC, ktorý je znázornený na grafe č.1, je výskyt takejto skúsenosti v našej populácii 15-ročných adolescentov o viac ako polovicu nižší. Pomer respondentov v jednotlivých kategóriách, ktorých efekt na sexuálnu skúsenosť sme neskôr analyzovali v logistickej regresnej analýze je uvedený v tabuľke č. 1. Výsledky logistickej regresnej analýzy sú znázornené na grafoch č. 2a a č. 2b. Premenné sú na grafoch znázornené podľa miery efektu, veľkosti koeficientov OR. Z grafu č. 2a vyplýva, že najväčší vplyv na výskyt skúsenosti so sexuálnym stykom má skúsenosť s konzumáciou marihuany, pravidelné aspoň týždenné fajčenie a konzumácia alkoholu, ako aj trávenie všetkých večerov s priateľmi. Sexuálna skúsenosť sa teda s väčšou pravdepodobnosťou vyskytuje u žiakov, ktorí sa vyznačujú týmito formami rizikového správania. Významný efekt na výskyt sexuálnej skúsenosti u respondentov má aj hodnotenie komunikácie s nevlastným otcom ako ľahkej. Skorá sexuálna skúsenosť sa tiež s väčšou pravdepodobnosťou vyskytuje u žiakov, ktorí sa zúčastnili šikanovania alebo bitky. Graf č. 2b znázorňuje ďalšie významné faktory, týkajú sa skôr rodinného prostredia a postojov ku škole. Ich efekt na výskyt sexuálneho správania 15-ročných žiakov je však v porovnaní s rizikovým a agresívnym správaním, uvedenými v grafe č. 2a, oveľa nižší.

V regresnej analýze sme kontrovali efekt pohlavia, ktorý nebol signifikantný, čo znamená, že jednotlivé rizikové faktory pôsobia rovnako na výskyt sexuálnej aktivity u chlapcov ako aj u dievčat.

Životná spokojnosť, fyzická aktivita, pravidelnosť konzumácie ovocia, komunikácia s otcom a nevlastnou matkou ani zamestnanosť otca nemali žiaden efekt na výskyt sexuálnej skúsenosti u skúmaných žiakov.

Diskusia

Cieľom našej práce bola analýza efektu vybraných premenných, obsiahnutých v štúdii HBSC, na výskyt skúsenosti s pohlavným stykom u 15-ročných školákov. Podľa našich výsledkov mali väčšiu pravdepo-

dobnosť sexuálnej skúsenosti školáci, ktorí aspoň raz v živote konzumovali marihuanu, pravidelne aspoň v týždňových intervaloch fajčia a konzumujú alkoholické nápoje, každý večer trávia s kamarátmi, aspoň raz niekoho šikanovali alebo sa aspoň raz zúčastnili bitky. Zvláštnosťou je efekt ľahkej komunikácie s nevlastným otcom, to však môže naznačovať uvoľnenú atmosféru v domácom prostredí, kde nie sú stanovené jasné hranice správania a vytvára to priestor pre výskyt rizikového správania.

Naše výsledky sú konzistentné so zisteniami ďalších štúdií, ktoré sa zaoberali faktormi vplývajúcimi na skorú sexuálnu skúsenosť mládeže (Godeau et al., 2008; Schofield et al., 2008; Smith, 1997; Currie et al., 2008) a potvrdzujú tézu o zhlukovaní rizikového správania (Raitakari et al., 1995). Podstatou tejto tézy je, že rizikové správanie ako napr. fajčenie neexistuje izolovane, ale spolu s ďalším rizikovým správaním (napr. konzumáciou alkoholu, agresívnym správaním a ďalším správaním porušujúci pravidlá) a tieto formy rizikového správania zvyšujú pravdepodobnosť skorej sexuálnej aktivity, ktorá sa vyskytuje častejšie práve v kontexte ďalšieho rizikového správania.

Vyššie uvedené faktory sú najsilnejšími prediktormi, rizikovými faktormi v našej skúmanej skupine. Preventívne programy by sa mali sústreďovať na adolescentov s týmito prejavmi problémového správania. Na druhej strane by sa programy nemali zameriavať na izolované problémové správanie, ale na ich komplex.

Záver

Napriek nízkej prevalencii sexuálnej skúsenosti u 15-ročných školákov je jej výskyt významne ovplyvnený hlavne rizikovým a problémovým správaním školákov. Skorá sexuálna skúsenosť, ako forma rizikového správania, s väčšou pravdepodobnosťou sprevádza iné rizikové a problémové správanie. Preventívne programy by sa nemali zameriavať izolovane na jednotlivé rizikové správania, ale mali by pokrývať komplex týchto prejavov s cieľom eliminovať nepriaznivý vplyv spoločných spúšťacích faktorov.

Táto práca vznikla s podporou Agentúry na podporu vedy a výskumu prostredníctvom finančnej podpory APVV-20-038205.

Literatúra:

Amu, O.; Appiah, K. (2006) Teenage pregnancy in the United Kingdom: Are we doing enough? European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2006;11(4), s. 314-318.

Balharová, J.; Kukla, L. (2004) Pohlavní vývoj dětí. In Dítě na prahu dospívání. Brno: Barrister and Principal, s. 35-53.

Crockett, L.J.; Bingham, C.R.; Copak, J.S.; Vichry, J.R. (1996) Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning, and problem behavior. Journal of Youth and Adolescence, 1996;25(1), s. 89-111.

Curie, C.; Gabhainn, S.N.; Godeau, E.; Roberts, C.; Smith, R.; Curie, D.; Picket, W.; Richter, M.; Morgan, A.; Barnekow, V. (2008): Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents.

Godeau, E.; Vignes, C.; Duclos, M.; Navarro, F.; Cayla, F.; Grandjean, H. (2008) Factors associated with early sexual activity: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged children (HBSC)/WHO. Gynecologie Obstetrique & Fertilite, 36(2), s. 176-182.

Metcalfe, T. (2004) Sexual health: meeting adolescents' needs. Nursing Standard,18(46), 40-43.

Orr, D.P.; Beiter, M.; Ingersoll, G. (1991) Premature Sexual-Activity as an Indicator of Psychosocial Risk. Pediatrics, 1991;87: 141-147.

Raitakari, O. T.; Leino, M.; Raikkonen, K.; Porkka, K.V.K.; Taimela, S.; Rasanen, L.; Viikari, J.S.A. (1995) Clustering of Risk Habbits in Young Adults: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. American Journal of Epidemiology, 142, 1, s. 36-44.

Roche, K.M.; Mekos, D.; Alexander, C.S.; Astone, N.M.; Bandeen-Roche, K.; Ensminger, M.E. (2005) Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighborhood matters. Journal of Family Issues, 26(1), s. 32-54.

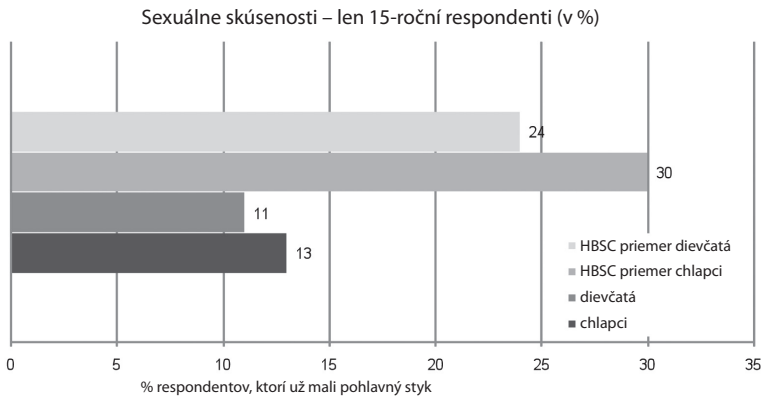
Schofield,H.T.; Bierman, K.L.; Heinrichs, B.; Nix, R.L (2008) Predicting early sexual activity with behaviour problems exhibited at schoolentry and in early adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 36, s. 1175-1188.

Smith, A. (1997) Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. Social Work, 42(4), s.334-346.

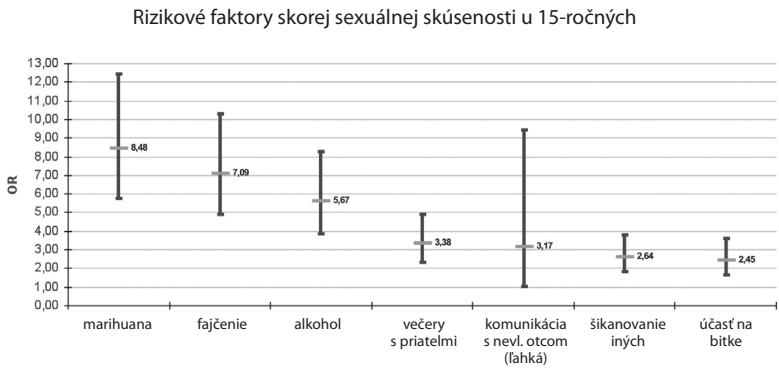
Wellings, K.; Collumbien, M.; Slaymaker, E.; Singh, S.; Hodges, H.; Patel, D.; Bajos, N. (2006) Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet, 368, s. 1706-1728.

Príloha

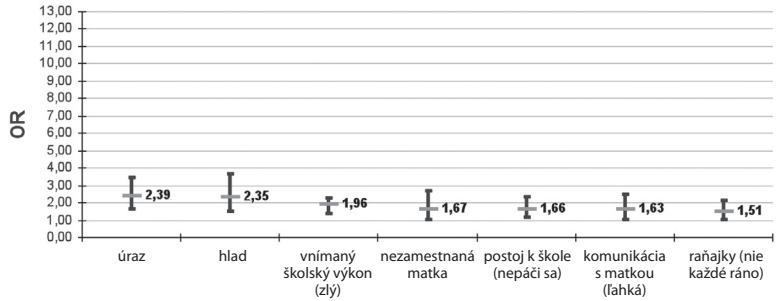
Graf 1: **Porovnanie prevalencie sexuálnej skúsenosti u slovenských 15-ročných respondentov a priemeru Štúdie HBSC.**



Graf 2a: **Efekt vybraných faktorov na výskyt sexuálnej skúsenosti u 15-ročných respondentov vyjadrený v koeficientoch OR.**



Graf 2b: **Efekt vybraných faktorov na výskyt sexuálnej skúsenosti u 15-ročných respondentov vyjadrený v koeficientoch OR.**



Tab. 1: **Pomer respondentov v jednotlivých kategóriách premenných, ktorých vplyv na sexuálnu skúsenosť bol posudzovaný.**

		Chlapci		Dievčatá		Spolu	
		N=591		N=661		N=1252	
		N	%	N	%	N	%
Rizikové správanie a vplyv rovesníkov							
	fajčenie (aspoň raz týždenne)	108	18,4	100	15,2	208	16,7
	konzumácia alkoholu (týždenne)	187	33,3	140	21,7	327	27,1
	marihuana (aspoň raz za život)	121	21,3	94	14,5	215	17,7
	večera s priateľmi (každý večer)	228	40,4	225	35,6	453	37,8
Škola							
	vnímaný školský výkon (slabý)	175	30,9	143	22,6	318	26,5
	postoj k škole (nepáči)	213	37,4	172	27,1	385	32,0
Agresívne správanie							
	fyzické násilie (aspoň raz)	335	59,2	175	27,7	510	42,6
	účasť na šikanovaní iných (aspoň raz)	219	38,8	141	22,4	360	30,1
Životná spokojnosť							
	spokojný so životom (skóre 6-10)	479	84,9	494	79,4	973	82,0
So zdravím súvisiace správanie							
	fyzická aktivita (každý deň)	270	48,4	187	30,2	457	38,8
	úraz (aspoň 1 za minulý rok)	279	47,9	243	37,2	522	42,2
	raňajky (nie každý deň)	276	49,9	362	54,9	638	51,1
	konzumácia ovocia (každý deň)	126	22,2	219	33,5	345	28,3
Rodinná atmosféra a ekonomická situácia							
	komunikácia s otcom (ťažká)	166	28,1	189	43,7	455	36,3
	komunikácia s nevlastným otcom (ťažká)	37	6,3	28	4,2	65	5,2
	komunikácia s matkou (ťažká)	100	16,9	116	17,5	216	17,3
	komunikácia s nevlastnou matkou (ťažká)	19	3,2	26	3,9	45	3,6
	otec zamestnaný	488	93,8	539	93,9	1027	93,9
	matka zamestnaná	487	89,7	530	85,5	1017	87,4
	hlad (niekedy-vždy)	88	15,9	58	9,1	146	12,3

SOCIOEKONOMICKÉ NEROVNOSTI V ZDRAVÍ NA SLOVENSKU – VÝBER Z VÝSKUMNÝCH ZISTENÍ KISH

Andrea Madarasová Gecková
Ústav verejného zdravotníctva LF UPJŠ, Košice & KISH UPJŠ

"Zdravie vo všetkých politikách" 3. konferencia SAVEZ, 21. – 22. 5. 2009, Košice"

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu vedy a techniky prostredníctvom finančnej podpory APVV-20-028802, APVV-20-038205

Súhrn: *Zohľadnenie existujúcich nerovností v zdraví, pôsobiacich sociálnych determinánt a mechanizmov ich posôbenia je dôležitým faktorom efektívnosti stratégií, opatrení na zlepšenie a podporu zdravia populácie. Spolupráca Univerzity v Grőningene, Holandsko a UPJŠ v Košiciach, Slovensko, vo výskume socioekonomických nerovností v zdraví má už viac ako 10-ročnú tradíciu. Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad najdôležitejších výskumných zistení prameniacich z projektov realizovaných v rámci tejto spolupráce a načrtnúť možné východiská pre ďalší výskum. Prezentované sú zistenia niekoľkých prierezových a jednej longitudinálnej štúdie skúmajúcich sociálne determinanty zdravia a so zdravím súvisiaceho správania adolescentov, niekoľkých ekologických štúdií súvislostí socioekonomických charakteristík okresov s úmrtnosťou a tiež výber zistení zacielených na zdravie a rizikové správanie Rómskej komunity. Socioekonomické nerovnosti v zdraví boli potvrdené v kohorte adolescentov v roku 1997, no iba v skupine dievčat v kohorte adolescentov v roku 2006. S rastúcim vekom adolescentov vzrástla i miera vplyvu socioekonomických faktorov na rizikové správanie adolescentov. Vplyv socioekonomického statusu na rizikové správanie adolescentov je nepriamy a sprostredkujúcimi faktormi sú správanie rodičov a správanie rovesníkov . Socioekonomický status iba čiastočne vysvetlil vplyv Rómskej etnicity na zdravie a rizikové správanie adolescentov, potvrdený bol ale vplyv vnímanej diskriminácie a prežívanej beznáde-*

je. Vzdelanostná úroveň a miera nezamestnanosti boli dôležitými faktormi štandardizovanej miery úmrtnosti dospelej populácie, zatiaľ čo zastúpenie Rómskeho etnika v okrese bolo najdôležitejším faktorom dojčeneckej úmrtnosti. Obohatenie existujúcich databáz o socioekonomické stratifikátory, rutinné monitorovanie socioekonomických nerovností v zdraví ako i budovanie kapacít verejného zdravotníctva pre monitorovanie a analyzovanie sociálnych determinánt zdravia sú dôležitými prerekvizitami úspešných stratégií redukcie socioekonomických nerovností v zdraví. Zároveň je potrebné presunúť ťažisko akademického výskumu z monitorovania nerovností v zdraví na objasňovanie mechanizmov participujúcich na vytváraní, prehlbovaní či redukcii socioekonomických nerovností v zdraví.

Kľúčové slová: *sociálne determinanty, zdravie, nerovnosti v zdraví, socioekonomický status*

Úvod

Rozdiel v strednej dĺžke života muža v roku 2007 žijúceho v okrese lokalizovaného v hlavnom meste, charakterizovaného nízkou mierou nezamestnanosti (1,4%), vyšším priemerným príjmom (1088 Euro), vyššou vzdelanostnou úrovňou (10,2% populácie má základné alebo neukončené základné vzdelanie, 32,1% má vysokoškolské vzdelanie), veľmi nízkym zastúpením rómskeho obyvateľstva a absenciou Rómskych osád (Bratislava IV, 75 rokov) a mužom žijúcim v okrese na východe Slovenska (Trebišov, 67 rokov) charakterizovaného vysokou mierou nezamestnanosti (16,5%), nižším priemerným príjmom (634 Euro), nižšou vzdelanostnou úrovňou (24,4% populácie má základné alebo neukončené základné vzdelanie a 7% má vysokoškolské vzdelanie) a vysokým zastúpením Rómskeho obyvateľstva žijúceho najmä v osadách (5,9% podľa sčítania v roku 2001, 15% podľa sčítania v Rómskych osadách v roku 2004) činil 8 rokov (údaje zo SODB 2001, Štatistického úradu SR 2002, 2007, UPSVAR 2009, Úradu splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity 2004). Obrazne by sa dalo povedať, že mužov v Bratislave čaká 10 rokov dôchodku, kým muži v Trebišove si ho užijú iba 2 roky. Socioekonomické charakteristiky okresov sa výrazne líšia, čo by mohlo indikovať ich podiel na existujúcich rozdieloch v zdraví. Takéto jednoduché porovnanie síce môže byť indikátorom možných socioekonomických nerovností, ale bez ďalších analýz nemôže slúžiť ako dôkaz, informácia

potrebná k monitorovaniu a plánovaniu opatrení v oblasti verejného zdravotníctva. Pritom zohľadnenie existujúcich nerovností v zdraví, pôsobiacich sociálnych determinánt a mechanizmov ich posôbenia je dôležitým faktorom efektívnosti stratégií, opatrení na zlepšenie a podporu zdravia populácie (Záverečná správa Komisie pre sociálne determinanty v zdraví, WHO 2008, Madarasova Geckova 2009).

Spolupráca Univerzity v Grőningene, Holandsko a UPJŠ v Košiciach, Slovensko vo výskume socioekonomických nerovností v zdraví má už viac ako 10-ročnú tradíciu. Výskumná spolupráca stredoeurópskych univerzít s Univerzitou v Groningene, Holandsko viedla v roku 1995 k vytvoreniu Stredoeurópskej siete (Central European Network), do ktorej boli zapojené univerzity z piatich krajín (Chorvátsko, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko). Na LF UPJŠ v tomto roku bolo iniciované prvé doktorandské štúdium v spolupráci s Univerzitou v Grőningene, ktoré bolo súčasťou medzinárodnej štúdie EURIDISS (Rajničová Nagyová 2005). V nasledujúcom roku bol spustený podobný projekt (Madarasová Gecková, 2002) v oblasti výskumu nerovnosti v zdraví adolescentov inšpirovaný „**Scotland Twenty-07 Study**" (West 1986) a nadväzujúci na **paralelnú holandskú štúdiu** (Tuinstra 1998). Už v tomto období sa začala formovať neformálna skupina mladých vedecko-výskumných pracovníkov úzko spolupracujúcich s odborníkmi z Univerzity v Grőningene, ktorá sa v roku 2004 transformovala do jednotky organizačnej štruktúry Prírodovedeckej fakulty UPJŠ, kde v tom čase pôsobila väčšina administratívno-manažerského tímu a neskôr v roku 2006 získala status univerzitného centra excelentnosti. Nerovnosti v zdraví sú jednou z hlavných výskumných oblastí, v rámci ktorých prebiehajú výskumné projekty doktorandského štúdia v spolupráci s Univerzitou v Grőningene. Kým na začiatku sa tím sústredil temer výlučne na dospievanie a prieskumy realizované v školách, v súčasnosti výskumné aktivity pokrývajú celý životný cyklus, využívajúc prierezové, longitudinálne i ekologické dizajny štúdií, zahŕňajúc i okrajové skupiny populácie ako sú chronicky chorí (Škodová 2008, Škodová a kol. 2009), etnické menšiny (Kolarčík 2007, Kolarčík a kol. 2009a-b, Madarasová Gecková a kol. 2008) a podobne. V súčasnosti viac než 20 vedecko-výskumných pracovníkov pracuje na svojich dizertačných prácach, 7 dizertačných prác bolo obhájených na Univerzite v Grőningene (Madarasová Gecková 2002, Rajničová Nagyová 2005, Báčiková-Šléšková 2006, Rosenberger 2006,

Havlíková 2008, Škodová 2008, Chylová 2009) a tím kontinuálne participuje na európskych aktivitách v oblasti výskumu nerovnosti v zdraví (viac informácií na www.kish.upjs.sk, www.arra.sk newsletter január 2009, číslo 1, ročník 3).

Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad najdôležitejších výskumných zistení v oblasti socioekonomických nerovností v zdraví prameniacich z projektov realizovaných v rámci tejto spolupráce a načrtnúť možné východiská pre ďalší výskum.

Metódy

Prezentované sú zistenia niekoľkých prierezových a jednej longitudinálnej štúdie skúmajúcich sociálne determinanty zdravia a so zdravím súvisiaceho správania adolescentov, niekoľkých ekologických štúdií súvislostí socioekonomických charakteristík okresov s úmrtnosťou a tiež výber zistení zacielených na zdravie a rizikové správanie Rómskej komunity (viď. tabuľka 1). V roku 1997 sme po prvýkrát zbierali údaje u adolescentov, ktoré by nám umožnili porovnať hĺbku socioekonomických nerovností s realizovanými štúdiami v Škótsku (West 1986) a Holandsku (Tuinstra 1997). Na túto štúdiu nadväzovala druhá vlna zberu údajov v roku 2002, pričom zároveň boli zozbierané údaje v novej kohorte adolescentov v roku 2002 a 2006. V roku 2007 sme doplnili údaje zozbierané u adolescentov žijúcich v Rómskych osadách a ich rovesníkov navštevujúcich školy vo väčších mestách. Ďalším krokom bolo zapojenie sa do medzinárodnej štúdie Health Behaviour in School Aged Children (HBSC, www.hbsc.org). Údaje z posledného zberu údajov boli spracované vo forme národnej správy (Madarasová Gecková a kol, 2009) a ďalší priekum je plánovaný v školskom roku 2009/2010.

Inšpirovaní účasťou v medzinárodnom projekte EUROTHINE (Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach, DG SANCO, koordinator: prof. J. Mackenbach, Rotterdam) sme sa začali venovať analýze úmrtnosti využívajúc údaje zo sčítania ľudu v roku 2001 a údaje o úmrtnosti v následných rokoch. V septembri 2009 odštartuje projekt INEQiCITIES (Socioeconomic Inequalities in Mortality: Evidence and Policies in Cities of Europe, DG SANCO, koordinátor: prof. C. Borell, Barcelona), ktorého cieľom je analyzovať socioekonomické nerovnosti v úmrtnosti v mestách Európy, pričom zahrnuté budú i Košice a už v súčasnosti prebiehajú práce na príprave databázy.

Tab. 1 **Vybrané výskumné štúdie realizované v rámci KISH**

Rok zberu údajov	Stručný popis štúdie	Literárny zdroj (informácie o protokole štúdie)
1997	Študenti I.ročníkov 31 stredných škôl v Košiciach, výber stratifikovaný podľa typu školy, n=2616, **15-roční,** 96% návratnosť, inšpirované „**Scotland Twenty-07 Study**" (West 1986) a nadväzujúce na **paralelnú holandskú štúdiu** (Tuinstra 1998).	Gecková 2002
2002	Študenti I. a III. ročníkov 24 stredných škôl v Košiciach, stratifikovaný podľa typu školy n=1010+982, **16 a 18-roční**, 98% návratnosť	Šlešková 2007
	T2 kohorty z roku 1997, n=844, **20-roční**, 46% návratnosť	Šlešková 2007
2002	**Mortalita, údaje zo sčítania ľudu**, 79 okresov	Rosičová a kol. 2009
2006	Žiaci VIII. a IX. ročníkov 81 ZŠ v **Bratislavskom, Žilinskom, Košickom a Prešovskom regióne**, n=888+775+2363+555, **14-roční**	Pitel a kol. 2009, Tomčíková a kol., 2009
2007	**Adolescenti žijúci v Rómskych osadách** na Východnom Slovensku, interview, n=330, **15-roční** vs. rovesníci, dotazník, n=722, **15-roční**	Kolarčík a kol. 2009, Kolarčík 2007

Výsledky

Socioekonomické nerovnosti v zdraví

Štatisticky významné rozdiely v zdraví v neprospech adolescentov z nižších socioekonomických skupín boli potvrdené v kohorte adolescentov v roku 1997 (Madarasová Gecková a kol. 2004), no iba v skupine dievčat v kohorte adolescentov v roku 2006 (Sallona a kol. 2008). Porovnanie kohort (index dissimilarity) naznačuje **zmiernenie socioekonomických nerovností v zdraví adolescentov medzi rokom 1997 a 2006**: index dissimilarity klesol z 0.08 na 0.04 v kohorte chlapcov

a z 0,13 na 0.08 v kohorte dievčat (Salonna a kol. 2008). Jednou z možných interpretácií vysvetľujúcich zmiernenie socioekonomických nerovností, ku ktorému pravdepodobne došlo medzi rokom 1997 a 2006 je spoločenská stabilizácia.

Extrémna chudoba – adolescenti žijúci v Rómskych osadách.

Adolescenti žijúci v Rómskych osadách častejšie **negatívne hodnotili svoje zdravie, častejšie utrpeli úraz a častejšie využívali zdravotnícke služby v uplynulom roku, no trpeli menším počtom zdravotných ťažkostí** v porovnaní so svojimi rovesníkmi (Kolarčík a kol. 2009a). Adolescenti žijúci v Rómskych osadách, najmä dievčatá, **menej často fajčili, konzumovali alkohol, mali skúsenosť s marihuanou, venovali sa fyzickej aktivite každý deň** v porovnaní so svojimi rovesníkmi (Kolarčík a kol. 2009b). **Socioekonomický status iba čiastočne vysvetlil vplyv Rómskej etnicity na zdravie a rizikové správanie adolescentov** (Kolarčík a kol. 2009a-b). **Vzdelanie rodičov, vnímaná diskriminácia a beznádej** čiastočne vysvetlili rozdiel v subjektívnom hodnotení zdravia medzi adolescentami žijúcimi v Rómskych osadách a ich rovesníkmi (Madarasová Gecková a kol. 2008).

Socioekonomické faktory regionálnych rozdielov v úmrtnosti

Úmrtnosť mužov sa zdá byť citlivejšia na socioekonomické faktory než úmrtnosť žien ikeď vzhľadom na zistenia z Českej republiky a ďalších stredoeurópskych krajín (Šlachtová a kol. 2009, Mackenbach a kol. 2008) nie sú konzistentné s týmto tvrdením a nabádajú k opatrnosti pri interpretovaní (Kunst 2009). Okresy sa výraznejšie líšili v **štandardizovanej miere úmrtnosti** (SMR) mužov než žien. Podiel populácie s **vysokoškolským vzdelaním** a miera **nezamestnanosti** v okrese významne prispievala k rozdielom v SMR mužov, no nie SMR žien. Súvislosť s **priemerným príjmom**, podielom **Rómskej populácie** v okrese so SMR sa nepotvrdila (Rosičová a kol., 2008a). K rozdielom v **dojčenskej a perinatálnej úmrtnosti** medzi okresmi významne prispieval **podiel Rómskej populácie** v okrese, no nie vzdelanostná úroveň, miera nezamestnanosti či priemerný príjem (Rosičová a kol., 2008b). Temer štvrtina úmrtí mužov v sledovanom období (2001–2003) bola zapríčinená nadmernou konzumáciou alkoholu. Miera **úmrtnosti podľa príčin smrti súvisiacich s konzumáciou alkoholu** mužov, no nie žien, súvisela so socioekonomickými charak-

teristikami okresu. Najvýznamnejšie prispievala **miera nezamestnanosti** a **nízka vzdelanostná úroveň**, zatiaľčo podiel Rómskej populácie a priemerný príjem neboli štatisticky významnými faktormi (Rosičová a kol, 2009).

Socioekonomické faktory so zdravím súvisiaceho správania adolescentov

V kohorte adolescentov v roku 1997 sme potvrdili socioekonomické rozdiely vo **fajčení**, **postojoch k fajčeniu, konzumovaní alkoholu** (s výnimkou dievčat), **skúsenosti s marihuanou, každodennej fyzickej aktivite** v neprospech adolescentov z nižších socioekonomických skupín (Gecková a kol. 2002). S rastúcim vekom adolescentov (medzi 15. a 19. rokom veku) **vzrástla miera vplyvu socioekonomických faktorov** na rizikové správanie adolescentov (Salonna a kol. 2008). Porovnaním kohorty adolescentov z roku 1998 a 2006 bolo zistené, že výskyt fajčenia u chlapcov klesol až po úroveň výskytu fajčenia u dievčat, výskyt každodennej fyzickej aktivity dievčat výrazne vzrástol, výskyt konzumácie alkoholu sa výrazne nezmenil. Zmeny v rodových rozdieloch boli odlišné v odlišných socioekonomických skupinách. K najväčším zmenám došlo v **strednej socioekonomickej skupine** (Pitel a kol. 2008). Vplyv socioekonomickej pozície na fajčenie adolescentov je **nepriamy** a sprostredkujúcimi faktormi sú správanie rodičov a správanie rovesníkov (Madarasová Gecková a kol., 2005).

Záver

Socioekonomické nerovnosti v zdraví boli dokumentované už v 19. storočí a v poslednej dekáde minulého storočia sa táto oblasť výrazne rozvíjala a posúvala od dokumentovania socioekonomických nerovností v zdraví k budovaniu konceptuálnych rámcov, vysvetľovaniu pôsobiacich mechanizmov a hľadaniu účinných a efektívnych stratégií redukcie socioekonomických nerovností v zdraví (Makenbach&Bakker 2002, Madarasová Gecková 2005, 2009). Monitorovanie rozdielov v zdraví a ich sociálnych determinánt by sa malo stať súčasťou rutinného dohľadu nad zdravím populácie a ťažisko akademického výskumu by sa malo presunúť z monitorovania nerovností v zdraví na objasňovanie mechanizmov participujúcich na vytváraní, prehlbovaní či redukcii nerovnosti v zdraví.

Základný výskum je veľmi dôležitý, ale transfer získaných poznatkov do praxe je zložitým procesom vyžadujúcim multisektorálnu spoluprácu, vytváranie koalícií (van Dijk, 2008) a to už pri plánovaní výskumu a nielen pri ich diseminácii.

Rutinné monitorovanie rozdielov v zdraví a ich sociálnych determinánt si vyžaduje (1) obohatenie rutinne vytváraných databáz o **socioekonomické stratifikátory respektíve ukazovatele zdravia** (pridaním, umožnením spájania databáz, ...) a (2) **vybudovanie kapacít pre monitorovanie a analyzovanie** sociálnych determinánt zdravia. Vybudovanie systému dohľadu nad rovnosťou zdraví je dôležitou prerekvizitou úspešných, účinných a efektívnych stratégií redukcie socioekonomických nerovností v zdraví, ale i prevencie prehlbovania nerovností v zdraví v dôsledku napr. dopadov ekonomickej krízy.

Literatúra:

Bačiková-Šlésková M.: Unemployment and the health of Slovak adolescents, *University of Grőningen*, 2006.

Chylová-Krokavcová M.: Perceived Health Status in Multiple Sclerosis Patients, 2003-2009, *University of Groningen*, 2009.

Gecková A., van Dijk J.P., Groothoff J.W., Post D.: Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Sozial- Und Präventivmedizin* 2002;47:233-239.

Havlíková E.: Fatigue, mood disorders and sleep problems in patients with Parkinson's disease, *University of Grőningen*, 2008.

Kolarčik P., Madarasová Gecková A., Orosová O., van Dijk JP., Reijneveld S.A.: Predictors of health endangering behaviour among Roma and non Roma adolescents. Submitted to *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2009.

Kolarčík P., Madarasová Gecková A., Orosová O., van Dijk J.P., Reijneveld S.A.: Perceived health among Roma and non-Roma adolescents predicted by ethnicity or socio-economic status? *Social Science and Medicine*, 2009, 68(7):1279-1284

Kolarčík P.: Socioekonomické znevýhodnenie ako faktor rizikového správania adolescentov. Správa z výskumného projektu APVV 20-03805. Košice 2007.

Mackenbach J, Bakker M. Reducing inequalities in health, London, Routledge, 2002.

Madarasová Gecková A., Kolarčik P., van Dijk JP., Reijneveld SA.: Do parents' education, perceived discrimination and hopelessness explain worse self-rated health in Roma adolescents compared to the majority population? *European Journal of Public Health* 2008, 18 (supp 1):130

Madarasová Gecková A., Katreniaková Z., Kollárova J., Veselská Z. eds: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2005/2006 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School Aged Children" (HBSC). Equilibria s.r.o. Košice 2009.

Madarasova Geckova A., Stewart R., van Dijk J.P., Orosova O., Groothoff J.W., Post D.: Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents, *European Addiction Research* 2005,4:204-209.

Madarasová Gecková A., van Dijk J.P., Žežula I., Tuinstra J., Groothoff J.W., Post D.: Socioeconomic inequalities in health among Slovak adolescents. *Sozial- Und Präventivmedizin* 2004;49(1):26-35.

Madarasová Gecková A.: Can research contribute to the public's capacity for activities that reduce socioeconomic inequalities in health? *International Journal of Public Health* 2009, 54:online first

Madarasová Gecková A.: Inequality in health among Slovak adolescents, University of Grőningen 2002.

Madarasová Gecková A.: Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví. PeGas, Michalovce, 2005, 126p. ISBN 80-967901-3–7.

Pitel L., Madarasová Gecková A., van Dijk J.P., Reijneveld S.A.: Diminishing gender differences in health related behaviour among different socioeconomic groups. Submitted to *Scandinavian Journal of Public Health* 2009

Preklenutie rozdielov v zdravi za jedno generačné obdobie. Preklad zhrnutia záverečnej správy Komisie pre sociálne determinanty v zdraví "„Closing the Gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health" WHO 2008

Rajničová-Nagyová I.: Self-Rated Health and Quality of Life in Slovak Rheumatoid Arthritis Patients, University of Grőningen, 2005.

Rosenberger J.: Perceived Health Status after Kidney Transplantation, University of Grőningen, 2006.

Rosičová K., Madarasová Gecková A., van Dijk J.P., Rosic M., Žežula I., Groothoff J.W.: Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. *International Journal of Public Health*, 2009, 54:online first

Rosičová K., Madarasová Gecková A., van Dijk J.P., Rosic M., Žežula I., Groothoff J.W.: Do education, unemployment, income and the proportion of Roma contribute to infant mortality rate? An ecological study. Submitted to *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2009

Salonna F., Madarasová Gecková A., Slešková M., Groothoff J.W., Reijneveld S.A.: Socioeconomic differences in health of adolescents in 1998 and 2006. A diminishing gap as a symptom of societal stabilization? *European Journal of Public Health* 2007;17(supp2):127.

Salonna F., van Dijk J.P., Madarasová Gecková A., Báčiková M., Groothoff J.W., Reijneveld S.A.: Social inequalities in changes in health-related behavior among Slovak adolescents aged between 15 and 19: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 2008, 8:57, doi:10.1186/1471-2458-8-57

Salonna, F., Middel B., Bačíková M., Madarasová Gecková A., Reijneveld S., Groothoff J., van Dijk J.P.: Deterioration is not the only prospect for adolescents´ health: improvement among boys and girls in self-reported health between the ages of 15 and 19 years of age. *Croatian Medical Journal*, 2008, 49(1):66-74.

Škodová Z.: Coronary heart disease from a psychosocial perspective: socioeconomic and ethnic inequalities among Slovak patients, University of Grőningen, 2008.

Štatisticky úrad SR: Population by education from Population and Housing Census. Bratislava, 2002.

Štatisticky úrad SR: The Regional Statistical Yearbook of Slovakia 2006. Bratislava, 2007.

Tomčíková Z., Madarasová Gecková A., van Dijk J., Reijneveld S.: Parental divorce and adolescents' drunkenness. The role of socioeconomic position, psychological well-being and social support. *European Addiction Research*, 2009, online first.

Kompletná literatúra u autorky

KOMUNIKÁCIA ADOLESCENTA S RODIČMI, ŠTRUKTÚRA RODINY A SKÚSENOSŤ S OPITOSŤOU – PREDBEŽNÉ VÝSLEDKY PROJEKTU HBSC

Zuzana Tomčíková[1,2], Andrea Madarasová Gecková[1,2], Jitse P. van Dijk[1,3], Seijmen A. Reijneveld[3]

[1] KISH, Kosice Institute for Society and Health, [2] Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, Univerzita P. J. Šafárika, Košice
[3] Department of Social Medicine, University Medical Center Grőningen, University of Grőningen, The Netherlands

***Abstrakt*:** *Cieľ*
Cieľom tejto štúdie bolo skúmať vzťah medzi vnímanou kvalitou komunikácie adolescenta s rodičmi, štruktúrou rodiny a skúsenosťou s opitosťou.

Metódy
Výskumnú vzorku tvorila slovenská časť dát získaných v rámci projektu HBSC 2005/06. Celkovo pozostávala z 3882 žiakov (46,3% chlapcov; 53,7% dievčat) vo veku od 10 do 16 rokov (priemerný vek 13,3; ± 1.6). Respondenti vyplnili dotazník anonymne vo svojich triedach, podľa medzinárodnej metodológie HBSC. Pre účely tejto štúdie boli použité otázky týkajúce sa komunikácie s rodičmi a opitosti adolescenta a otázka o štruktúre rodiny adolescenta (s kým žije v domácnosti).

Výsledky
Bol zistený vzťah medzi komunikáciou s rodičmi a skúsenosťou s opitosťou – komunikácia s rodičmi vnímaná adolescentom ako náročná zvyšuje pravdepodobnosť opitosti. Taktiež bol zistený vzťah medzi rodinnou štruktúrou a opitosťou – ak adolescent žije v neúplnej rodine (s jedným rodičom) zvyšuje to pravdepodobnosť toho, že má skúsenosť s opitosťou. Pridanie rodinnej štruktúry do modelu však nezmenilo efekt komunikácie s rodičmi.

Diskusia
Naše výsledky potvrdili význam dvoch dôležitých faktorov rodinného prostredia (komunikácie s rodičmi a rodinnej štruktúry) pri predchádzaní rizi-

kového pitia alkoholu. Podrobnejším interpretáciám výsledkov a možným odporúčaniam pre prax sa venujeme v samotnom príspevku.

Kľúčové slová: *adolescenti, opitosť, komunikácia s rodičmi, rodinná štruktúra*

Abstract: *Aim of study*
The aim of this study is to explore the association between the quality of adolescent communication with parents, family structure and adolescent drunkenness.

Methods
Data were obtained from the Slovak part of the 2005/06 HBSC study. The total Slovak sample consisted of 3882 students (46.3% males, 53.7% females) aged 10 to 16 (mean age 13.3; ± 1.6). The students have completed the questionnaire anonymously in the classroom according to the methodology of international HBSC. Respondents completed questionnaires on the quality of communication with their parents, on family structure and on the drunkenness.

Results
First, a significant association between parent – adolescent communication was found: communication considered by adolescent as difficult increases the risk of drunkenness. Second, a significant association between family structure and adolescent drunkenness was found: living in single parent family increases the risk of drunkenness. After adding family structure into the model the effect of communication with parent remained not changed.

Discussion
Our results confirmed the importance of two family characteristics (communication with parents and family structure) in preventing the risk alcohol use. More specific interpretations of these findings as well as possible recommendations for practice are addressed in the text.

Key words: *adolescents, drunkenness, communication with parents, family structure*

Úvod

Rizikové pitie alkoholu je pomerne častým typom rizikového správania sa adolescentov a zároveň predstavuje významný verejnozdravotnícky problém. Z hľadiska spotreby alkoholu patrí Slovensko

ku krajinám na najvyšších priečkach, alarmujúci je aj relatívne nízky vek, kedy deti s alkoholom začínajú. Podľa najnovšej HBSC štúdie (Health Behavior in School-aged Children) (Currie et al., 2008) 9% dievčat a 14% chlapcov vo veku 11 rokov pije alkohol aspoň raz do týždňa. Aj vek prvej skúsenosti s opitosťou je nízky – vo veku 15 rokov má takúto skúsenosť za sebou už 31% dievčat a 39% chlapcov. V našej štúdii používame ako indikátor rizikového pitia alkoholu práve skúsenosť s opitosťou. Opitosť sa považuje za ukazovateľ tzv. nárazového pitia (binge drinking), ktorého nebezpečenstvo spočíva najmä v tom, že v sebe kumuluje riziká samotného užívania alkoholu a ďalších typov rizikového správania, s ktorými sa často kombinuje – najmä rizikové sexuálne správanie, úrazy a pod.

Zo širokej škály potenciálnych faktorov, ktoré ovplyvňujú vznik rizikového pitia alkoholu je rodina faktorom obrovského významu. Rodina predstavuje základný a najdôležitejší kontext, v ktorom sa uskutočňuje vývin dieťaťa a preto je len pochopiteľné, že sa s touto témou v súvislosti s rizikovým správaním stretávame v literatúre pomerne často. V rámci rodiny sa formujú základné vzorce správania, hodnoty, normy a postoje. Ak však prestane spĺňať svoje vývinové úlohy, môže sa stať miestom vzniku rôznych vývinových problémov, vrátane rizikového správania (Eickhoff, 2001; Currie et al., 2004). Existuje množstvo faktorov v rámci rodinného života, ktoré sa považujú za rizikové, resp. protektívne faktory. V tomto príspevku sa zaoberá dvomi, ktoré majú v rámci projektov HBSC svoju tradíciu, a to komunikáciou s rodičmi a rodinnou štruktúrou.

Komunikácia adolescenta s rodičmi je považovaná za jeden zo základných pilierov rodinného života. Fungujúca komunikácia predstavuje indikátor sociálnej opory, ktorá sa jednotlivým členom rodiny poskytuje; sama o sebe je vlastne prostriedkom poskytovania opory (Laursen, 1995). Kvalita komunikácie taktiež napovedá o kvalite rodinných väzieb a navyše je školou rozvíjania komunikačných zručností pre všetkých členov rodiny. No a napokon – podľa mnohých štúdií je fungujúca komunikácia významným protektívnym faktorom vo vzťahu k rôznym typom rizikového správania, vrátane rizikového užívania alkoholu (Griffin et al., 2000; Currie et al., 2008).

Ďalší významný aspekt rodinného života predstavuje štruktúra rodiny. Zjednodušene môžeme povedať, že štruktúra rodiny je tvore-

ná jej členmi, ich vzájomnými vzťahmi, ich prítomnosťou, resp. neprítomnosťou. Najmä v posledných desaťročiach prešla rodina, najmä v západnom svete mnohými zmenami, stúpa počet tzv. netradičných rodín, čiže rodín s jedným rodičom alebo s nevlastným rodičom. Predovšetkým neprítomnosť jedného z rodičov, z akýchkoľvek dôvodov, predstavuje z hľadiska vývinu riziko. Mnoho štúdií potvrdilo, že deti a adolescenti vychovávané len jedným rodičom sa častejšie správajú rizikovo, vrátane rizikového pitia alkoholu (Haarland et al., 2002; Hoffman, 2006). Tento fakt môže mať viacero príčin, jedným z vysvetlení je napríklad znížená rodičovská kontrola (dve oči vidia menej ako štyri) (Marsden et al., 2005) alebo tiež socio-ekonomická pozícia rodiny, ktorá je v prípade rodiny s jedným rodičom častejšie nižšia (Rodgers & Rose, 2002).

Metódy

Výskumná vzorka

V tejto štúdii bola použitá slovenská časť dát zozbieraných v rámci medzinárodného projektu HBSC 2005/06. Slovenská časť vzorky pozostávala z 3882 žiakov (46,3 % chlapcov, 53,7% dievčat) vo veku od 10 do 16 rokov (priemerný vek 13.3; ±1.6). Respondenti vyplnili dotazník anonymne vo svojich triedach podľa medzinárodnej metodológie HBSC.

Použité metodiky

Skúsenosť s opitosťou

Respondentom bola položená otázka, či niekedy vo svojom živote vypili také množstvo alkoholu, že boli opití. Možné odpovede sa pohybovali na škále od *nikdy*, až po *áno, viac ako 10-krát.* Pre účely tejto štúdie bola položka dichotomizovaná a respondenti boli rozdelení na dve skupiny – *neopil sa nikdy / opil sa aspoň raz*.

Komunikácia s rodičmi

Na meranie úrovne kvality komunikácie adolescenta s rodičmi bol použitý nasledovný indikátor: *Aké jednoduché (ľahké) je pre teba rozprávať sa s otcom/matkou o veciach, ktoré ťa trápia?* Respondenti mali 4 možnosti odpovedí – *veľmi ľahké, ľahké, ťažké* a *veľmi ťažké*. Pre účely tejto štúdie bola položka dichotomizovaná na *ľahké + veľmi ľahké* a *ťažké + veľmi ťažké.*

Štruktúra rodiny

Na meranie rodinnej štruktúry bol použitý nasledovný indikátor: *Pred sebou máš zoznam ľudí, ktorí môžu tvoriť rodinu. Zaznač, s ktorými z nich žiješ ty.* V tejto štúdii nás zaujímali len rodičia (či už biologickí alebo nevlastní). Respondenti boli rozdelení do dvoch skupín – *úplná a neúplná rodina*, pričom úplná rodina znamená dvaja rodičia, či už biologickí alebo nevlastní, neúplná rodina je rodina len s jedným dospelým.

Štatistické metódy

Dáta boli analyzované s použitím programu SPSS, verzia 14. V prvom kroku sme zisťovali základné charakteristiky výskumnej vzorky (deskriptívna štatistika). V ďalšom kroku bola použitá binárna logistická regresia na zistenie vzťahu medzi skúsenosťou s opitosťou adolescenta, kvalitou komunikácie s rodičmi a rodinnou štruktúrou. Postupne boli vyrátané 4 modely. V prvom z nich sme zisťovali efekt komunikácie s matkou na opitosť, v druhom komunikácie s otcom, v treťom sme si overili ich vzájomné pôsobenie a v poslednom bola pridaná rodinná štruktúra.

Výsledky

Výsledky binárnej logistickej regresie sú zobrazené v *tabuľke 1*. V prvom modeli sme skúmali vzťah medzi komunikáciou adolescenta s matkou a jeho skúsenosťou s opitosťou. Bol zistený štatisticky významný vzťah – komunikácia s matkou vnímaná adolescentom ako ťažká alebo veľmi ťažká zvyšuje pravdepodobnosť opitosti. V druhom modeli bol skúmaný vzťah medzi komunikáciou adolescenta s otcom a skúsenosťou s opitosťou. Aj v tomto prípade bol zistený významný vzťah, že rovnako aj nízka vnímaná kvalita komunikácie s otcom zvyšuje pravdepodobnosť opitosti. V treťom modeli sme overili vzájomné pôsobenie komunikácie s matkou a komunikácie s otcom na opitosť adolescenta – štatisticky významný vzťah oboch premenných ostal nezmenený. V poslednom modeli sme do analýz pridali rodinnú štruktúru. Bol zistený vzťah medzi rodinnou štruktúrou a opitosťou – ak adolescent žije v neúplnej rodine (s jedným rodičom) zvyšuje to pravdepodobnosť toho, že má skúsenosť s opitosťou. Pridanie rodinnej štruktúry do modelu však nezmenilo efekt komunikácie s rodičmi.

Diskusia

V predkladanej štúdii sme skúmali komunikáciu adolescenta s rodičmi a rodinnú štruktúru vo vzťahu k opitosti adolescenta. Výsledky potvrdili, že komunikácia s oboma rodičmi vnímaná adolescentom ako náročná, ako aj neúplná rodinná štruktúra zvyšujú u adolescenta pravdepodobnosť skúsenosti s opitosťou. Tieto zistenia sú v súlade s výsledkami iných štúdií, ktoré skúmali vzťah medzi rodinnou komunikáciu a rizikovým správaním adolescentov (napr. Griffin et al., 2000; Eickhoff, 2001) alebo vplyv neúplnej rodinnej štruktúry na rizikové správanie adolescentov (napr. Rodgers & Rose, 2002; Kirby, 2006; Paxton et al., 2007).

Už sme spomenuli, že vplyvom spoločenských zmien pribúda rodín s jedným rodičom, ktoré by sme na základe našich výsledkov mohli označiť ako rizikové. Tento fakt sa však prevenciou sotva ovplyvní, zdôrazňuje to však potrebu zamerať svoju pozornosť najmä na deti vyrastajúce v neúplných rodinách. Podporiť zdravú komunikáciu v rodine môže byť reálnejšou prevenčnou snahou, a to najmä rozvíjaním komunikačných zručností samotných detí a adolescentov v školách, lebo aj oni sami raz budú rodičmi. Napriek tomu však treba mať na pamäti, že našimi respondentmi boli adolescenti, čo je vek, v ktorom sa komunikácia s rodičmi najmä z pohľadu samotného dospievajúceho môže zdať problémová aj v tej najfunkčnejšej rodine.

Záver

Význam rôznych rodinných faktorov pri prevencii rizikového pitia je v literatúre známy. V tejto štúdii sme potvrdili význam dvoch dôležitých faktorov rodinného prostredia – *komunikácie s rodičmi* ako indikátora rodinných vzťahov a sociálnej opory a *rodinnej štruktúry* ako podstatného demografického a kontextuálneho komponentu pri skúmaní rodiny.

Literatúra:

Currie, C; Gabhainn, SN; Godeau, E; Roberts, Ch; Smith, R; Currie, D; Picket, W; Richter, M; Morgan, A; Barnekow, V (2008) Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents; Report No. 5.

Currie, C; Roberts, Ch; Morgan, A; Smith, R; Settertobulte, W; Samdal, O; Barnekow Rasmusse, V (2004) Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents; Report No. 4.

Eickhoff, C (2001) Protection or risk? Family environments reflected in communication between parents and their children. *Research and Practice of Health Promotion, 10*.

Griffin, KW; Botvin, GJ; Scheier, LM; Diaz, T; Miller, NL (2000) Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors, 14:* 174 – 184.

Haarland, P; Reijneveld, SA; Brugman, E; Verloove – Vahorick, SP; Verhulst, FC (2002) Family factors and life events as risk factors for behavioral and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11:* 176 – 184.

Hoffmann, JP (2006) Family structure, community context, and adolescent problem behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 35:* 867-880.

Kirby, JB (2006) From single-parent families to stepfamilies – Is the transition associated with adolescent alcohol initiation? *Journal of Family Issues, 27*: 685 – 711.

Laursen, B (1995) Conflict and social interaction in adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence, 5:* 55 – 70.

Marsden, J; Boys, A; Farrell, M; Stillwell, G; Hutchings, K; Hillebrand, J; Griffiths, P (2005) Personal and social correlates of alcohol consumption among mid-adolescents. *British Journal of Developmental Psychology, 23*: 427 – 450.

Paxton, RJ; Valois, RE; Drane, JW (2007) Is there a relationship between family structure and substance use among public middle school students? *Journal of Child and Family Studies, 16:* 593 – 605.

Rodgers, KB; Rose, HA (2002) Risk and resiliency factors among adolescents who experience marital transitions. *Journal of Marriage and Family, 64*: 1024 – 1037.

Príloha

Tab. 1: **Výsledky binárnej logistickej regresie pre efekt komunikácie s rodičmi a rodinnej štruktúry na opitosť**

Opitosť OR (95% CI)				
	Model 1	**Model 2**	**Model 3**	**Model 4**
Komunikácia s matkou				
ľahká	Ref		Ref	Ref
ťažká	1,67 (1,37 – 2,04) ***		1,47 (1,17 – 1,84) ***	1,49 (1,19 – 1,87) ***
Komunikácia s otcom				
ľahká		Ref	Ref	Ref
ťažká		1,46 (1,25 – 1,71) ***	1,32 (1,11 – 1,57) ***	1,28 (1,07 – 1,56) ***
Štruktúra rodiny				
úplná				Ref
neúplná				2,29 (1,74 – 3,03) ***

*** $p < 0.001$

SEBAÚCTA A SEBAÚČINNOSŤ U FYZICKY AKTÍVNYCH A PASÍVNYCH ADOLESCENTOV

[1] Zuzana Veselská, [1] Beáta Gajdošová, [1]Andrea Madarasová Gecková, [1] Oľga Orosová, [1,2] P. Jitse van Dijk, [2]A. Sijmen Reijneveld

[1] Kosice Institute for Society and Health a Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, UPJŠ

[2] Department of Social Medicine, University Medical Center Grőningen, University of Grőningen, The Netherlands

Súhrn: *Fyzická aktivita má množstvo pozitívnych dôsledkov na zdravie adolescentov. Predchádzajúce štúdie pritom potvrdili, že dievčatá sú omnoho menej fyzicky aktívne ako chlapci a tiež pokles fyzickej aktivity spojený s vekom je výraznejší u dievčat a žien. Cieľom tohto výskumu bolo preskúmať možné rozdiely v sebaúcte a sebaúčinnosti u troch skupín chlapcov a dievčat v období adolescencie: skupiny bez fyzickej aktivity, skupiny s nepravidelnou fyzickou aktivitou a skupiny s každodennou fyzickou aktivitou. Celková vzorka 736 žiakov základných škôl (priemerný vek 14.7 roka, 49 % chlapcov) zo Slovenska, Českej republiky a Rakúska vyplnila Rosenbergovu škálu sebaúcty (subškály pozitívna a negatívna sebaúcta), Škálu sebaúčinnosti (subškály všeobecná a sociálna sebaúčinnosť) a odpovedala na otázku o frekvencii ich fyzickej aktivity v priebehu týždňa. Respondenti boli na základe tejto otázky rozdelení do troch skupín: (1) žiadna fyzická aktivita; (2) nepravidelná fyzická aktivita; (3) každodenná fyzická aktivita. Na skúmanie dát bola použitá analýza variancie (ANOVA) osobitne pre chlapcov a dievčatá.*

Analýza variancie odhalila rozdiely medzi adolescentmi bez akejkoľvek fyzickej aktivity a adolescentmi s nepravidelnou alebo každodennou fyzickou aktivitou. Častejšia fyzická aktivita u chlapcov bola spojená s vyššou sociálnou sebaúčinnosťou ($P<0.05$). Zároveň bola častejšia fyzická aktivita u dievčat spojená s vyššími premennými ako je pozitívna sebaúcta ($P<0.001$), všeobecná sebaúčinnosť ($P<0.001$), sociálna sebaúčinnosť ($P<0.01$) a s nižšou negatívnou sebaúctou ($P<0.001$). Uvedené výsledky naznačujú, že pravidelná fyzická aktivita je spojená s vyššou úrovňou sebaúcty a sebaúčinnosti u adolescentov, hlavne však v skupine dievčat. Na základe týchto rodových rozdielov

je možné usudzovať, že podpora a rozvoj spomenutých aspektov sebasystému u dievčat môže viesť k nárastu ich fyzickej aktivity, ktorá je dlhodobo nižšia v porovnaní so skupinou chlapcov. Tieto výsledky tiež naznačujú možné rozdiely v motivácii, ktorá chlapcov a dievčatá vedie k fyzickej aktivite.

Abstract: *Physical activity has various positive consequences on the health of adolescents. At the same time, previous studies confirmed that girls are less physically active in comparison with boys and decline of physical activity with age is more apparent in girls and women. The aim of this study was to explore possible differences in self-esteem and self-efficacy among three groups of adolescent boys and girls: without physical activity, with irregular physical activity and with everyday physical activity.*

A total sample of 736 elementary-school students (mean age 14.7, 49% males) from the Slovakia, Czech Republic and Austria completed the Rosenberg's Self-esteem scale (positive and negative self-esteem subscales), the Self-efficacy Scale (general and social self-efficacy subscales) and question on their physical activity during the previous week. Based on this question respondents were divided into three categories: (1) no physical activity; (2) irregular physical activity; (3) everyday physical activity. Data were explored with one-way analysis of variance (ANOVA) separately for each gender.

Analysis of variance confirmed differences between adolescents without physical activity and with irregular or everyday physical activity. Higher frequency of physical activity among boys was associated with higher social self-efficacy ($P<0.05$). At the same time higher frequency of physical activity among girls was associated with higher positive self-esteem ($P<0.001$), general self-efficacy ($P<0.001$) and social self-efficacy ($P<0.01$) and with lower negative self-esteem ($P<0.001$). Above mentioned results suggest that physical activity is related to the higher levels of self-esteem and self-efficacy among adolescents, especially among girls. Based on these gender differences it could be assumed, that enhancement and development of mentioned aspects of self-system among girls might lead to the increase of their physical activity levels, which are constantly lower in comparison with boys. These results also suggest possible differences in motivation, which leads boys and girls to the physical activity.

Kľúčové slová: *sebaúcta, sebaúčinnosť, fyzická aktivita, adolescencia*
Keywords: *self-esteem, self-efficacy, physical activity, adolescence*

Úvod

Fyzická aktivita má množstvo pozitívnych dôsledkov na zdravie adolescentov a prispieva nielen k ich fyzickému zdraviu, ale aj k celkovému duševnému stavu (Parfitt a Eston, 2005). Navyše, osvojenie si zdravých vzorcov správania, ako je pravidelná fyzická aktivita, má tendenciu pretrvávať od detstva a adolescencie až po dospelosť (Hallal a kol., 2006). Predchádzajúce štúdie pritom potvrdili, že dievčatá sú omnoho menej fyzicky aktívne ako chlapci a tiež pokles fyzickej aktivity spojený s vekom je výraznejší u dievčat a žien (Currie a kol., 2008; 2004). Na základe pretrvávajúceho problému s poklesom fyzickej aktivity u mladých ľudí sa uskutočnilo mnoho výskumov, ktoré sa pokúsili odhaliť premenné spájajúce sa s vyššou mierou fyzickej aktivity. V skupine psychologických premenných sa pozornosť venovala najmä sebaúcte a sebaúčinnosti (Sallis, Prochaska a Taylor, 2000). Sebaúcta či sebahodnotenie (self-esteem), ktorá sa vo všeobecnosti vzťahuje k hodnoteniu vlastnej osoby a pocitom vlastnej ceny (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1979) má vplyv nielen na súčasné fyzické a psychické zdravie, či so zdravým súvisiace správanie adolescentov, ale rovnako na ich zdravie a s ním súvisiace správanie v dospelosti (Mann a kol., 2004). Rovnako sebaúčinnosť (self-efficacy), ktorá sa vzťahuje k presvedčeniu človeka, že môže mať kontrolu nad udalosťami alebo že môže ovplyvňovať svoj život, má preukázateľne dôležitú úlohu pri zmene zdravie ohrozujúceho správania a pri osvojovaní si zdraviu prospešného správania, ako je pravidelná fyzická aktivita (Hoskovcová, 2006). Cieľom tohto výskumu bolo preto preskúmať možné rozdiely v sebaúcte a sebaúčinnosti u troch skupín chlapcov a dievčat v období adolescencie: skupiny bez fyzickej aktivity, skupiny s nepravidelnou fyzickou aktivitou a skupiny s každodennou fyzickou aktivitou. Predpokladali sme rozdiely v úrovni sebaúcty a sebaúčinnosti u skupín s odlišnou frekvenciou fyzickej aktivity, pričom sme očakávali vyššiu sebaúctu a sebaúčinnosť v skupinách s vyššou úrovňou fyzickej aktivity.

Metódy

Celková vzorka pozostávala zo 736 žiakov základných škôl (priemerný vek 14.7 roka, 49 % chlapcov) zo Slovenska, Českej republiky a Rakúska. Školení výskumníci a výskumní asistenti zozbierali dáta v mesiacoch jún a september 2007. Sada dotazníkov bola administro-

vaná v triedach v priebehu dvoch vyučovacích hodín bez prítomnosti učiteľa, aby bola zachovaná anonymita. Respondenti vyplnili Rosenbergovu škálu sebaúcty (subškály pozitívna a negatívna sebaúcta), Škálu sebaúčinnosti (subškály všeobecná a sociálna sebaúčinnosť) a odpovedali na otázku o frekvencii ich fyzickej aktivity v priebehu týždňa. Rosenbergova škála sebaúcty pozostáva z dvoch subškál merajúcich pozitívnu a negatívnu sebaúctu. Odpovede sú na 4-bodovej likertovskej škále od 1 (silne nesúhlasím) po 4 (silne súhlasím) a vyššie skóre v každej zo subškál predstavuje vyššiu pozitívnu a negatívnu sebaúctu (Rosenberg, 1965). Škála sebaúčinnosti rovnako pozostáva z dvoch subškál merajúcich všeobecnú a sociálnu sebaúčinnosť. Odpovede sú na 5-bodovej likertovskej škále od 1 (silne nesúhlasím) po 5 (silne súhlasím) a vyššie skóre v každej zo subškál predstavuje vyššiu všeobecnú a sociálnu sebaúčinnosť (Sherer a kol., 1982). Frekvencia fyzickej aktivity bola zisťovaná otázkou „Ako často športuješ? Myslí sa športová aktivita dlhšia ako 20 minút." s možnosťami odpovede (1) nešportujem, (2) raz týždenne, (3) aspoň 2-3 krát týždenne a (4) denne. Respondenti boli na základe tejto otázky rozdelení do troch skupín: (1) žiadna fyzická aktivita (nešportujem); (2) nepravidelná fyzická aktivita (raz až trikrát týždenne); (3) každodenná fyzická aktivita (denne). Na skúmanie dát bola použitá analýza variancie (ANOVA) osobitne pre chlapcov a dievčatá.

Výsledky

Analýza variancie odhalila rozdiely medzi adolescentmi bez akejkoľvek fyzickej aktivity a adolescentmi s nepravidelnou alebo každodennou fyzickou aktivitou. Ako je možno vidieť v tabuľke 1 chlapci s každodennou fyzickou aktivitou mali štatisticky významne vyššiu sociálnu sebaúčinnosť v porovnaní s chlapcami bez akejkoľvek fyzickej aktivity ($P<0.05$). Zároveň ako je možné vidieť v tabuľke 2 dievčatá s nepravidelnou alebo každodennou fyzickou aktivitou mali vyššiu pozitívnu sebaúctu ($P<0.001$), všeobecnú sebaúčinnosť ($P<0.001$), sociálnu sebaúčinnosť ($P<0.01$) a nižšiu negatívnu sebaúctu ($P<0.001$) v porovnaní s dievčatami bez akejkoľvek fyzickej aktivity.

Diskusia

Ako už bolo spomenuté vyššie, fyzická aktivita predstavuje skvelý spôsob ako podporiť fyzické zdravie v období adolescencie a zároveň

je možné sledovať rozvoj zdravých vzorcov správania, ktoré pretrvávajú od adolescencie až po dospelosť (Hallal a kol., 2006). Naše výsledky zároveň poukazujú na fakt, že už minimálna fyzická aktivita môže byť spojená s vyššou sebaúctou a sebaúčinnosťou u adolescentov, hlavne však v skupine dievčat, čo je v súlade so zisteniami predchádzajúcich štúdií uskutočnených v skupine adolescentov (Parfitt & Eston, 2005). Je možné predpokladať, že aktívne zapojenie sa v pravidelnej fyzickej aktivite počas školy alebo voľného času môže zlepšiť to, ako sa mladí ľudia vnímajú, ako hodnotia svoje schopnosti a ako vnímajú svoju hodnotu. Je však dôležité upozorniť na fakt, že naše zistenia sú výsledkom prierezovej štúdie, ktorá nám neumožňuje presne určiť smer vplyvu medzi premennými (v našom prípade medzi sebaúctou a sebaúčinnosťou na strane jednej a fyzickou aktivitou na strane druhej). Na základe už uskutočnených štúdií v zahraničí sa však dá predpokladať vzájomný vplyv plynúci oboma smermi. Na potvrdenie takéhoto predpokladu je však potrebný následný longitudinálny výskum. Tieto výsledky a rodové rozdiely tiež naznačujú možné rozdiely v motivácii, ktorá chlapcov a dievčatá vedie k fyzickej aktivite.

Záver

Chceli by sme dodať, že uvedené výsledky naznačujú potrebu odlišného prístupu pri podpore rozvoja fyzickej aktivity u chlapcov a dievčat. Je však potrebné uskutočniť ďalší výskum na longitudinálnom základe, ktorý by nám umožnil lepšie spoznať existujúce vzťahy medzi skúmanými premennými. Je však nepopierateľné, že ďalším skúmaním fyzickej aktivity a faktorov, ktoré ju ovplyvňujú môžeme v oblasti rozvoja zdravia mladých ľudí získať mnoho dôležitých informácií.

Literatúra:

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self esteem*. Freeman, San Francisco, CA.

Currie C. et al (eds.) (2004). Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie C. et al (eds) (2008) Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Hallal, P.C., Victora, C.G., Azevedo, M.R., & Wells, J.C.K. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine, 36,* 1019–1030.

Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Grada Publishing, Praha.
Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*. 19, 357-372.
Parfitt G. & Eston R.G. (2005). The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatrica, 94*, 1791–1797.
Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
Sallis, J.F., Prochaska, J.J., & Taylor, W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 32,* 963-975.
Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51,* 663-671.

Príloha

Tab. 1 **Porovnanie skupín prostredníctvom analýzy variancie (ANOVA) u chlapcov**

	Skupina 1 priemer	Skupina 2 priemer	Skupina 3 priemer	p hodnota	Scheffeho test rozdielov medzi skupinami
Sebaúcta					
pozitívna	14.58	14.92	15.20	0.36	–
negatívna	11.79	11.80	11.55	0.76	–
Sebaúčinnosť					
všeobecná	56.40	57.71	59.13	0.36	–
sociálna	18.73	19.79	20.71	0.05	1-3*

Skupina 1: žiadna fyzická aktivita, Skupina 2: mierna fyzická aktivita,
Skupina 3: každodenná fyzická aktivita
*p < .05

Tab. 2 **Porovnanie skupín prostredníctvom analýzy variancie (ANOVA) u dievčat**

	Skupina 1 priemer	Skupina 2 priemer	Skupina 3 priemer	p hodnota	Scheffeho test rozdielov medzi skupinami
Sebaúcta					
pozitívna	13.06	14.56	14.75	0.001	1-2***, 1-3***
negatívna	13.41	11.87	12.46	0.001	1-2***
Sebaúčinnosť					
všeobecná	51.90	58.49	59.80	0.001	1-2***,1-3***
sociálna	19.08	20.71	21.37	0.01	1-2*,1-3*

Skupina 1: žiadna fyzická aktivita, Skupina 2: mierna fyzická aktivita,
Skupina 3: každodenná fyzická aktivita
*p < .05 **p < .01 ***p < .001

MONITORING HOSTILITY A D TYPU SPRÁVANIA U SESTIER V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

Martina Filická
Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Spišská Nová Ves
Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav nelekárskych študijných programov, téma rigoróznej práce: *Monitoring hostility a D typu správania u sestier v primárnej starostlivosti,* školiteľ: PhDr. Milina Bubeníková, PhD.

Úvod

Človek so svojou inteligenciou, silou a emóciami je bytosť, ktorá vo svojom živote musí tieto schopnosti využívať v rovnováhe. Tieto schopnosti mu pomáhajú správať sa v prostredí tak, aby dosiahol svoj zámer a bol pre spoločnosť užitočný. Niekedy to vyžaduje obrovskú duševnú silu a ovládanie svojich emócií, aby dosiahol u druhého človeka spoluprácu a presvedčil ho o tom, že jeho správanie a konanie nie je pre jeho fyzické a duševné zdravie správne. S týmito atribútmi sa stretávajú najmä pomáhajúce profesie (lekári, sestry atď.), ktoré v pracovnom prostredí musia potlačiť svoje emócie, aby pomohli pacientovi prijať jeho zdravotný stav a spolupracovať pri liečbe ochorenia. Sestry musia byť odborne pripravené, aby mohli úspešne vykonávať svoju prácu, ale nie je to jediným predpokladom. Mali by si uvedomiť, že odbornosť je len nástrojom, ktorého správne a náležité využitie vo významnej miere závisí od jej ďalších osobnostných vlastností (Gulášová, 2004). Sestry vo svojej profesii musia neustále spracovávať správanie, reakcie a emócie pacienta, ktorý čelí novej životnej situácii, ktorú sa snaží rôznymi spôsobmi akceptovať. S prvými reakciami jeho správania, ktoré nie sú vždy príjemné sa stretávajú zdravotníci, ktorí by ho mali vypočuť a pomôcť mu vyrovnať sa s novou životnou situáciou. Nie všetci ľudia majú schopnosť vyrovnávať sa s množstvom emócií a reakcií ostatných ľudí, a to sa odrazí na ich osobnostných vlastnostiach, vnútorným prežívaním sveta a vonkajšími prejavmi správania.

Každý človek má tendenciu k určitému typu správania sa, ktorý sa môže prelínať s inými typmi správania. Tieto typy správania za-

tiaľ delíme na osobnosť typu A, B, C a D. Osobnosť typu A sa vyznačuje hostilitou, impulzivitou, súťaživosťou a túžbou po úspechu, veľkými ambíciami, nadmernou aktivitou, nedostatkom času a necitlivosťou k okoliu (k ľuďom a ich potrebám). Tento typ správania má sklon ku kardiovaskulárnym ochoreniam, aj keď niektorí autori uvádzajú, že jedinou charakteristikou osobnosti typu A, ktorá má súvis s chorobami srdca je hostilita. Osobnosť typu B je charakterizovaná ako opak typu A, teda je pokojným spôsobom života, rozvahou, zmyslom pre uvoľnenie, dobrou spoluprácou s druhými. Ľudia s osobnosťou typu B majú dobrý zmysel pre humor, ochotu odpúšťať a zmysel pre autonómiu, títo ľudia neboli častými pacientmi na kardiovaskulárnom oddelení. Osobnosť typu C je spájaná s dimenziou racionalita – antiemocionalita. Ľudia s osobnosťou typu C sa vyhýbajú konfliktom potláčaním svojich emócií, títo ľudia sú náchylní na rakovinu. Pre osobnosť typu D je charakteristická vysoká negatívna afektivita a zároveň vysoká sociálna inhibícia. Negatívna afektivita a sociálna inhibícia sú základné osobnostné črty (charakteristiky), pričom negatívna afektivita sa týka tendencie zažívať negatívne emócie v čase a v situáciách a sociálna inhibícia sa týka tendencie potláčať vyjadrovanie emócií a správania v sociálnych interakciách. Sociálne inhibovaní jedinci môžu vnímať okolitý svet ako ohrozujúci, od iných očakávajú neuspokojivé reakcie ako neocenenie a odmietnutie, týmto reakciám sa snažia aktívne vyhnúť a to vyvinutím stratégií, ktoré zahrňujú napr. ústup. Osobnosti typu D majú 4-krát väčšie riziko kardiovaskulárnych ochorení a úmrtia na tieto choroby ako osoby, ktoré nie sú osobnosťami typu D. Ukázalo sa tiež, že osobnosť typu D je prognostickým faktorom pre vznik rakoviny u ľudí s koronárnou chorobou srdca (Denollet, 1998). Medzi spomínané negatívne afekcie patria hnev, hostilita predovšetkým v sociálnej interakcii. Hostilita zahrňuje skupinu názorov, prípadne kognitívne afektívnu orientáciu. Hostilné osoby pociťujú hnev, zlosť, pohŕdanie, eventuálne môžu prežívať nenávisť a nedôveru voči iným osobám a objektom. Akcentujú ohrozenie a potencionálne škody, ktoré môžu od ostatných vychádzať. Hostilita ako všeobecný postoj k „zlému svetu" je nasýtená negativizmom a nedôverou, je tiež spojená so závisťou voči konkrétnej osobe, či osobám a prerastá do nenávisti (Stuchlíková, 2002, s.139).

Cieľ

1. Zistiť D typ správania sestier v primárnej starostlivosti
2. Posúdiť prítomnosť hostility u sestier v primárnej starostlivosti

Metódy

V práci sme použili ako metódu získavania informácií dotazník týkajúci sa D typu správania a prítomnosti hostility u sestier v primárnej starostlivosti. Pre prieskum sme mali 2 druhy dotazníkov.

Prvý dotazník bol štandardizovaný. Tento dotazník obsahoval 14 tvrdení. Pri každom tvrdení bola numerická škála od 0 po 4 (pričom 0 = neplatí to o mne, 1 = skôr neplatí, 2 = neviem, 3 = skôr platí, 4 = platí). Tvrdenia číslo 1 a 3 sa počítali reverzne. V dotazníku neboli ani správne ani nesprávne odpovede, dôležitý bol názor, pocit sestier.

Druhý dotazník sme si zostavili sami, bol rozdelený do piatich kategórií. V každej kategórii boli určité tvrdenia. Vedľa tvrdení sa nachádzali prídavné mená medzi ktorými boli čísla od 1 do 5 (pričom 1 znamená napr. veľmi zaujímavá, 2 = dosť zaujímavá, 3 = ani zaujímavá, ani nezaujímavá, 4 = dosť nezaujímavá, 5 = veľmi nezaujímavá). Sestry mali možnosť označiť to číslo, ktoré vystihovalo ich názor, pocit.

Súbor

Keďže sme chceli zistiť výskyt D typu správania a prítomnosť hostility u sestier v primárnej starostlivosti, za vzorku prieskumu sme si vybrali sestry na všeobecných a odborných ambulanciách. Prieskum sme realizovali na všeobecných a odborných ambulanciách v okresoch Spišská Nová Ves a Gelnica a meste Bratislava. Prieskum sme uskutočnili v období október 2008 – február 2009. Rozdali sme 147 dotazníkov a vrátilo sa nám 100 dotazníkov, čo predstavuje 68,03%.

Všeobecná charakteristika súboru

Keď porovnávame výsledky prieskumu z hľadiska veku sestier, tak najviac sestier v súbore sme mali vo vekovej skupine od 50 do 59 rokov. Najmenej sestier bolo vo vekovej skupine od 20 do 29 rokov. Priemerný vek sestier je 44 rokov. Vysvetľujeme si to tým, že mladšie sestry pracujú na oddeleniach. Druhý dôvod je ten, že sestry na ambulanciách sú finančne poddimenzované (graf 1).

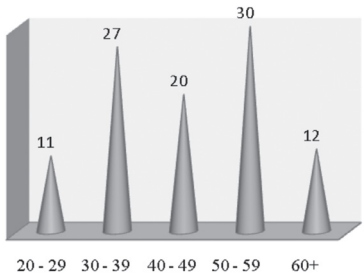
Z hľadiska vzdelania najviac sestier má dosiahnuté stredoškolské vzdelanie, najmenej sestier má dosiahnuté vysokoškolské vzde-

lanie II. stupňa. Dôvodom týchto výsledkov je vek sestier, žiadna finančná a pracovná motivácia, aby sestry študovali na vysokých školách. Zamestnávatelia im neumožňujú študijné voľno, musia študovať na úkor vlastnej dovolenky, ale napriek tomu mladšie sestry študujú popri zamestnaní (graf 2).

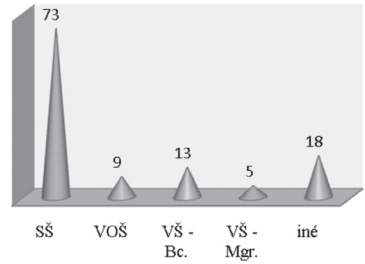
V prieskume nás zaujímalo, akú dĺžku praxe majú sestry v zdravotníctve. Najviac sestier pracuje v kategórii od 31 do 40 rokov. Priemerná dĺžka praxe je skoro 24 rokov (graf 3).

V našom prieskume bolo zapojených 46 všeobecných a 54 odborných ambulancií v okrese Spišská Nová Ves, Gelnica a meste Bratislava (graf 4).

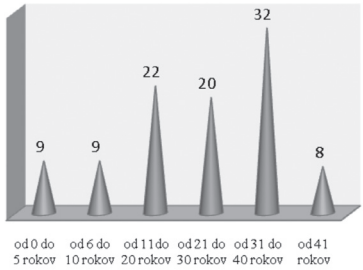
Graf 1 **Vek sestier**



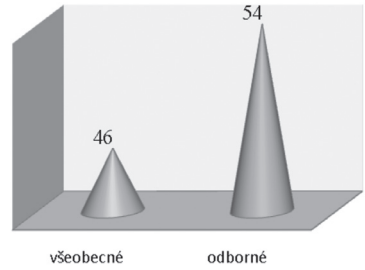
Graf 2 **Vzdelanie sestier**



Graf 3 **Dĺžka praxe**



Graf 4 **Ambulancie**



Výsledky

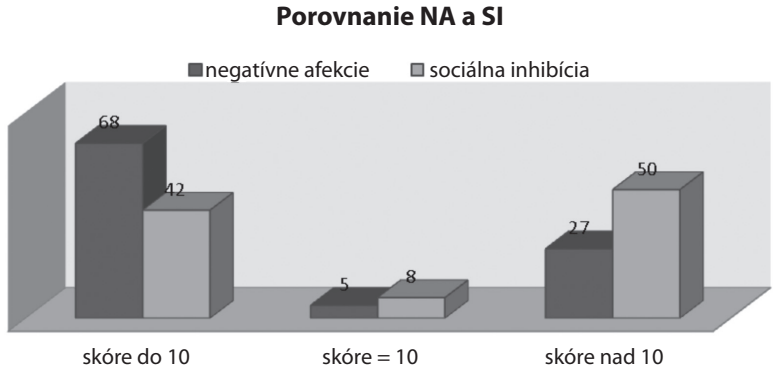
Výsledky prvého dotazníka

Výsledky sociálnej inhibície – v našom prieskume z celkového počtu 100 sestier, 42 sestier dosiahlo skóre nižšie ako 10 bodov, čo zna-

mená, že sa u nich nevyskytla prítomnosť sociálnej inhibície. 8 sestier dosiahlo skóre, ktoré sa rovná 10 bodom, čo poukazuje na hraničné hodnoty sociálnej inhibície. 50 sestier dosiahlo skóre vyššie ako 10 bodov, čo ukazuje na prítomnosť sociálnej inhibície. Priemerná hodnota sociálnej inhibície u prieskumnej vzorky je 10,38.

Výsledky negatívnej afekcie – z celkového počtu 100 sestier, 68 sestier dosiahlo skóre nižšie ako 10 bodov, čo poukazuje na neprítomnosť negatívnych afekcií, 5 sestier dosiahlo hraničné hodnoty negatívnych afekcií, 27 sestier dosiahlo skóre vyššie ako 10 bodov, čo ukazuje na prítomnosť negatívnych afekcií. Priemerná hodnota negatívnych afekcií, ktorá vyšla v našom prieskume je 7,53.

Porovnanie sociálnej inhibície a negatívnych afekcií			
Sociálna inhibícia		Negatívne afekcie	
spolu	100	spolu	100
SI – priemer	10,38	NA – priemer	7,53
SI – minimum	0	NA – minimum	0
SI – maximum	21	NA – maximum	19



Výsledky druhého dotazníka

Druhý dotazník bol rozdelený do piatich kategórií, ktoré boli zamerané na prácu a pracovné vzťahy, spoluprácu a vzťahy s pacientmi, osobný život, rodinu a priateľov, vnímanie okolitého sveta a vnímanie seba.

Výsledky 1. kategórie Práca, pracovné vzťahy – táto kategória dotazníka bola rozdelená na 3 časti. Prvá časť bola zameraná ako vnímajú sestry svoju prácu. Väčšina sestier považuje prácu za zaujímavú, príjemnú, pokojnú, dobrú. Druhá časť bola zameraná ako vnímajú vzťahy na pracovisku. Väčšina z nich ich označila za veľmi dobré, priateľské, úprimné, nekonfliktné. V tretej časti mali sestry označiť ako sa cítia na pracovisku. Väčšina respondentiek sa cíti uvoľnene, ocenene, užitočne, príjemne.

Výsledky 2. kategórie Spolupráca, vzťahy s pacientmi – táto kategória bola rozdelená ako sestry vnímajú pacienta, spolupráca s pacientmi. Väčšina sestier považuje pacientov za dobrých, priateľských, nekonfliktných a pokojných. Spoluprácu s pacientmi považuje väčšina sestier za dobrú, efektívnu, účelnú a vyhovujúcu.

Výsledky 3. kategórie osobný život, rodina, priatelia – v tejto kategórii sa sestry mohli vyjadriť ako vnímajú svoj osobný život, rodinu a priateľov. Väčšina sestier vníma svoj osobný život ako spokojný, aktívny, usporiadaný a optimistický. Rodinu vníma harmonicky, funkčne, neproblémovo a súdržne. Väčšina sestier vníma svojich priateľov ako dobrých, pomáhajúcich, zábavných a úprimných.

Výsledky 4. kategórie vnímanie okolitého sveta – okolitý svet sestry vnímajú ako dobrý. K ostatným kategóriám zaujali neutrálny postoj a okolitý svet vnímajú ani ako problémový a ani ako neproblémový, ani ako pomáhajúci ani ako využívajúci, ani optimisticky ani pesimisticky. Ľudí naokolo vnímajú ako dobrých a priateľských. Ale sestry ľudí vnímajú ako ani úprimných ani neúprimných, ani dávajúcich ani berúcich. Väčšina sestier sa v okolitom svete cíti uvoľnene, ocenene, pokojne a príjemne.

Výsledky 5. kategórie vnímanie seba – väčšina sestier sa charakterizuje, že sú šťastné, žičlivé, dôverčivé a príjemné. Väčšina sestier sa cíti spokojne, dobre, oddýchnuto a hrdo.

Záver

Výsledky prieskumu ukázali, že 50 respondentiek z celkového počtu 100 sestier preukazuje prítomnosť sociálnej inhibície. Len 27 sestier z celkového súboru preukazuje prítomnosť negatívnych afekcií.

Sestry sú niekedy v práci nútené potlačiť emócie, pretože musia svoju prácu vykonávať za každých okolností a každému, kto pomoc potrebuje. Už na začiatku štúdia ich učili, že svoje problémy, emócie

musia nechať za dverami ambulancií, oddelení. Niekedy si to vyžaduje nadľudský výkon. Preto by sa tejto problematike malo venovať. Sestry by sa na svojich seminároch mali zamerať na zvládanie záťažových situácií, riešiť situácie a problémy na pracovisku.

Literatúra:

DENOLLET, J. et all. 1998: Personality, Disease Severity, and The risk Of Long-Term Cardiac Events In Patient With Decreased Ejection Fraction after Myocardial Infarction. 97, 1998, 167-1973

ĎURKA, R.: Osobnosť typu D. http://www.psychologia.sav.sk/sps/pz.pdf

GULÁŠOVÁ, I. 2004: Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. In: Sestra – odborný časopis pro zdravotní sestry, XIV, 2004, č. 6, s. 8-9 ISSN 1210-0404

UHEROVÁ, Z.: Vzťah empatie a inklinácie k štýlu správania A a B u študentiek fakulty zdravotníctva v Prešove. http: //www.unipo.sk/alAles/doos/fz_veda/suk/q0546.pdf

VÝROČNÁ KONFERENCIA EURÓPSKEJ ASOCIÁCIE PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA, 23. – 26. SEPTEMBER 2009, PISA, TALIANSKO

Peter Kolarčík
Košice Institute for Society and Health, Univerzita P. J. Šafárika, Košice

V nádhernom toskánskom talianskom meste, ktoré preslávil Galileo Galilei ako aj jedinečná Šikmá veža v Pise, sa tento rok konala 23. výročná konferencia Európskej asociácie psychológie zdravia (EHPS). Stúpajúci záujem o výročnú konferenciu EHPS dokazuje aj enormný záujem účastníkov, ktorých počet tento rok presiahol tisícku. Na konferencii bolo odprezentovaných viac ako 150 orálnych príspevkov a viac ako 800 posterov. Okrem toho mali účastníci možnosť zúčastniť sa 28 sympózií a 3 diskusií za „okrúhlym stolom". Slovenský aktuálny výskum v oblasti kvality života pacientov trpiacich chronickými chorobami reprezentovali dva orálne príspevky Mgr. J. Benku a Mgr. L. Príhodovej. Zdraviu a rizikovému správaniu adolescentov a mladých dospelých sa venovali posterové príspevky doc. O. Orosovej, dr. B. Gajdosovej, Mgr. R. Šebeňu, Mgr. L. Pitela a Mgr. P. Kolarčika. Abstrakty všetkých príspevkov boli publikované v časopise Psychology & Health.

Veľmi zaujímavou témou diskutovanou v rámci jedného zo sympózií bolo postavenie a úloha psychológie zdravia a jej príspevok k posunu paradigmy nielen v kontexte medicíny a jej kritická reflexia, ktorú bravúrne podal prof. K. Chamberlain z Massey University, Auckland, Nový Zéland. Za povšimnutie stojí jeho postreh, v ktorom hovorí, že napriek 30-ročnej existencii psychológie zdravia, enormnému množstvu vedeckých štúdií v tejto oblasti sa v postavení pacienta za tú dobu nič zásadné nezmenilo. Psychológii zdravia vyčíta, že sa stala podriadenou medicíne namiesto toho, aby využila svoj potenciál a k medicíne zaujala partnerský, kritický alebo dokonca vedúci postoj. Prof. M. Bertiny v svojom kritickom príspevku k paradigme

psychológie zdravia navrhol posunúť sa od „modelu choroby" k „modelu zdravia" keďže hovoríme o „psychológii zdravia" a nie „psychológii choroby".

Organizátori pripravili pre účastníkov konferencie nielen zaujímavý odborný program, ale aj skvelý kultúrny program, ktorý ponúkol neformálny priestor na rozširovanie a utužovanie profesionálnych kontaktov s odborníkmi z takmer celého sveta a to či už pri uvítacej recepcii alebo slávnostnej večeri.

Nasledujúca 24. výročná konferencia EHPS sa uskutoční 1. až 4. septembra 2010 v meste Cluj-Napoca v Rumunsku. Účasť na nej vám v mene všetkých účastníkov vrelo odporúčam.Viac informácií je možné nájsť na webovej prezentácii: http://www.ehps-cluj2010.psychology.ro/.

Oral:

Coping efficacy and psychological distress in rheumatoid arthritis patients
M. Benka, J., Nagyova, I., Van Dijk, J.P., Rosenberger, J., Calfova, A., Macejova, Z. and Groothoff, J.W.

Psychological factors associated with non-compliance in patients after kidney transplantation and how they change over time
Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., van Dijk, J.P., Roland, R. and Groothoff, J.W.

The psychosocial health characteristics of Roma adolescents. Without hope but happy and beloved?
Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A., Orosova, O., van Dijk, J.P. Reijneveld, S.A.

Gender differences in adolescent health-related behaviour dimished between 1998 and 2006
Pitel, L., Madarasova Geckova, A., Orosova, O., van Dijk, J.P. Reijneveld, S.A.

Resilience and cigarettes smoking, alcohol consumption among young Slovak adolescents
Gajdosova, B., Orosova, O., Sebena, R., Salonna, F.

Personality, social intelligence and drug use among slovak university students
Orosova, O., Gajdosova, B., Sebena, R., Salonna, F.

Depressive symptoms, social support and religious faith in relationship with problem drinking among university students
Sebena, R., Mikolajczyk, R., El Ansari, W., Orosova, O., Salonna, F.

NÁRODNÝ ÚSTAV SRDCOVÝCH A CIEVNYCH CHORÔB, A.S.

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s. so sídlom v Bratislave, Pod Krásnou hôrkou č. 1, poskytuje špičkové komplexné zdravotnícke služby v oblasti diagnostiky, liečby a prevencie ochorení srdca a ciev v súlade s najnovšími vedeckými a odbornými poznatkami kardiovaskulárnej medicíny. Má štatút zdravotníckeho zariadenia s celoslovenskou pôsobnosťou, opiera sa o viac ako štvrťstoročnú tradíciu. Kolektív odborníkov pracuje s najmodernejšími technológiami a úzko spolupracuje s viacerými významnými zahraničnými inštitúciami rovnakého zamerania.

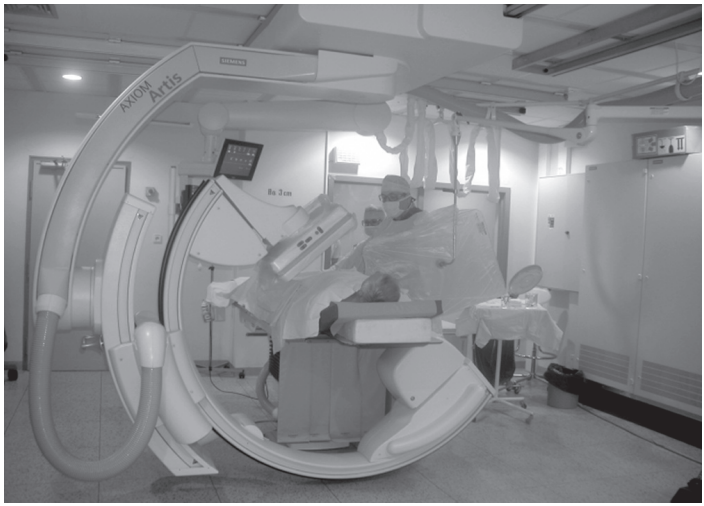
Detské kardiocentrum je jediné špecializované pracovisko svojho druhu na Slovensku, ktoré poskytuje starostlivosť o deti s vrodenými a získanými srdcovými chybami. Od 1.1. 2009 je súčasťou Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a.s.

PREVENTÍVNE CENTRUM

Uvedomovanie si hodnoty vlastného zdravia a života, jeho náležitá ochrana a starostlivosť oň je dôležitou zložkou prevencie každého z nás. Ponúkame vám reálnu možnosť zistiť svoj zdravotný stav a včas predísť prípadným



ťažkostiam v budúcnosti. Výskyt kardiovaskulárnych ochorení a ich posun do mladších vekových kategórií je imperatívom, ktorý nás núti venovať mimoriadne veľkú pozornosť predchádzaniu chorobám srdca a ciev, prípadne ich rozpoznaniu vo včasnom štádiu, kedy je možné efektívne terapeuticky zasiahnuť. Ponúkame širokej verejnosti preventívne prehliadky na určenie miery kardiovaskulárneho rizika. Prednosťou nášho centra je kombinácia vysokej odbornosti, klinických skúseností a najmodernejšej diagnostickej techniky.





PONUKA VYŠETRENÍ



Základné vyšetrenia

1. **Klinické kardiologické vyšetrenia**
2. **EKG:** dvanásťzvodový záznam EKG
3. **RTG hrudníka**
4. **Záťažové EKG**
5. **Echokardiografia – ultrazvukové vyšetrenie srdca**
6. **Laboratórne vyšetrenie krvi**

FAKULTATÍVNE VYŠETRENIA



Duplexné USG karotíd, USG brušnej dutiny a orgánov, 24-hodinový tlakový Holter, 24 -hodinový EKG Holter, Spirometria, Cievne vyšetrenia, Rehabilitácia, Doplňujúce biochemické vyšetrenia, Doplňujúce hematologické vyšetrenia, Krvná skupina + Rh faktor, doplňujúce serologické vyšetrenia, Psychologická ambulancia.









Kontakt na preventívne centrum:

+421 2 59320246, +421 2 59320549

www.nusch.sk

© Kolektív autorov, Bratislava 2009
Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH,
Mgr. Róbert Ďurka, PhD.

Vydáva:
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava
vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o.
Bratislava 2010

Grafické spracovanie:
Jana Satková
Tlač:
ULTRA PRINT, s.r.o., Bratislava

ISBN 978-80-968092-6-4