

**Sekcia psychológie zdravia
Slovenskej psychologickkej spoločnosti pri SAV**

**PSYCHICKÁ ODOLNOSŤ
A
PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA**

Bratislava, 2007

© Kolektív autorov, Bratislava 2007
Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH

Zborník vydaný
s finančným príspevkom



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

**a Kancelárie Svetovej zdravotníckej
organizácie na Slovensku**

Vydáva:

**Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV
vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o., Bratislava 2007**

Grafické spracovanie:

ELO – Eduard Lošonský, Jana Satková

Tlač:

Zuzana HEDEROVÁ – COLORPRINT, Bratislava

ISBN 978-80-968092-4-0

Príhovor editora

Milé kolegyny, kolegovia – záujemcovia o psychológiu zdravia,

dostáva sa vám do rúk Zborník z 2. konferencie sekcie PZ SPS pri SAV na Slovensku s medzinárodnou účasťou. Konala sa 10. mája 2007 v konferenčnej sále Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave, za účasti vyše 50 odborníkov zo Slovenska a Českej republiky. K príprave konferencie sme pristupovali s určitými obavami, najmä preto, lebo sme ešte stále nemali dostatok pozitívnych referencií od iných kolegov, okrem okruhu nadšencov, s ktorými sme v pravidelnom kontakte, že by slovenská psychologická obec mala o túto problematiku hlbší záujem.

Ústrednou témou tejto konferencie bola Psychická odolnosť a psychológia zdravia. Koncept psychickej odolnosti ako vmedzerenej premennej medzi stresom, chorobou a zdravím nie je dostatočne prebádaný a nevenuje sa mu primeraná pozornosť. Jedným z najdôležitejších prínosov psychológie zdravia pre psychológiu ako takú, ale aj napr. pre verejné zdravotníctvo je salutogenetický model zdravia a koncept psychickej odolnosti v najširšom ponímaní (či už v zmysle resilience, hardiness, sense of coherence atď..). Zaujímavé, že tento fakt si najviac uvedomujú nepsychológovia. Aktuálny stav zdravia slovenskej populácie, politikmi populisticky vyzdvihovaná a zdravotníkmi smutne konštatovaná, neustála a pretrvávajúca kríza nášho zdravotníctva, ako by nám nahrávali na smeč.

Napriek množstvu iných zaujímavých a atraktívnych tém, pri organizovaní konferencie a tvorbe programu sme cielene vychádzali aj zo skúseností z našej prvej konferencie. „Prekvapilo“ nás spracovanie udalostí a dojmov od účastníkov pomoci obetiam leteckej katastrofy z januára 2006, ako aj dopadu týchto udalostí na členov záchranného tímu. Zároveň pod vplyvom novších informácií – uvedených v zborníku, ako i osobných skúseností z klinickej praxe sme sa rozhodli pre túto „ošuchanú“ tému. Okrem iného aj preto, že sme si vedomí toho, že naša odborná pospolitosť je spoločnosti v oblasti výskumu a aplikácie poznatkov o psychickej odolnosti do praxe veľa dlžná. Vôbec nás neteší, že do obdobia príprav vpadla katastrofa v Novákoch. O naliehavosti a aktuálnosti tejto témy sme boli

zajedno aj s kolegami z Česko-moravskej sekcie PZ, ktorí nám svojou aktívnou účasťou v tomto smere výdatne pomohli.

Rôznorodosť prezentovaných tém, záber aj kvalita prednášok nás presvedčili, že problematika psychickej odolnosti je veľmi široká, bohatá a hodná zreteľa a pozornosti nielen psychologickému odboru. Po období stagnácie očakávame akceleráciu výskumu i v tejto oblasti. Veríme, že doterajší relatívny nezáujem o túto tému u nás už patrí minulosti. Fakt, že medzi akademickými funkcionármi aj klinikmi – nepsychológmi záujem o PZ je, je potešujúci. Je zároveň výzvou pre novú generáciu, aby sa vyvarovala chýb, ktorými prechádzala a prechádza naša psychológia a poučila sa z možnosti pozitívneho vývoja v tomto smere, ako to vidíme v zahraničí.

Predkladaný zborníček opäť nie je obsiahly, dokladuje však pomerne plasticky aktuálnu snahu, úsilie a orientáciu kolegov a jednotlivých pracovísk z rôznych končín bývalého Česko-Slovenska. Necháme na zvážení a zhodnotení čitateľa, či sa nám zámer vydaril alebo nie.

Jeden z našich cieľov – vytvoriť tradíciu, diskusné fórum na stretávanie sa odborníkov, výmenu skúseností, ktoré majú dopad ako na teóriu tak na prax, viesť viac svetla a zlepšiť informovanosť záujemcov o problematiku psychológie zdravia sa začína vyplňovať.

Na jubilejných psychologických dňoch v Trenčíne v septembri v jednom z príhovorov sa konečne objavilo pranie, aby sa do programu dostala i tematika psychológie zdravia. Prečo tomu tak nebolo, si môžu odpovedať ako organizátori podujatia, tak aj sami členovia psychologickkej obce.

Ovocie už aj pre slovenskú psychologickú obec u nás doma začína prinášať iniciatíva mladých kolegov doktorandov z východného Slovenska. Veľmi pozitívna je snaha v spolupráci so Slovenskou asociáciou verejného zdravotníctva (SAVEZ) a univerzitnými pracoviskami v Holandsku a u nás zriadiť Centrum excelencie, kde by sa vytvorila reálna personálna, intelektuálna aj materiálna báza na rozvoj PZ. Ďalším pozitívom je, že Mgr. Andrea Madarásová – Gecková, PhD., je prvým riadnym slovenským členom EPHS a zároveň aj zástupcom Slovenska v tejto medzinárodnej inštitúcii.

Za veľký prínos tejto konferencie považujem aj fakt, že konečne na druhý raz sa nám podarilo vytvoriť pracovný výbor Sekcie. Verím, že príslovie: „čím viac hláv, tým viac rozumu“ by sa malo pozitívne prejaviť aj na práci našej sekcie v blízkej budúcnosti.

Za organizačný tím opäť tlmočím pranie, aby sme sa v budúcnosti stretávali častejšie a v hojnejšom počte, najneskôr opäť v máji 2008.

Dušan Selko

Podakovanie

za realizáciu konferencie: Výboru Slovenskej psychologickkej spoločnosti pri SAV v Bratislave za morálnu a finančnú podporu na realizáciu podujatia, vedeniu DFN v Bratislave za vytvorenie prijateľných podmienok na uskutočnenie konferencie, kolegom z ČR, predovšetkým doc. PhDr. V. Kebzovi, CSc., PhDr. Ive Šolcovej, CSc., doc. PhDr. Bohumilovi Vašinovi, CSc. a doc. PhDr. Bohumilovi Koukolovi, CSc. za morálnu podporu a aktívnu účasť;

Generálnemu riaditeľovi NÚSCH, a.s. Ing. Mongi Msollymu, MBA a predstavenstvu NÚSCH a.s., v Bratislave, ako aj pani MUDr. Darine Sedlákovej PhD., MPH, riaditeľke Kancelárie WHO na Slovensku – za pomoc pri finančnom zabezpečení vydania zborníka. Tiež PhDr. Viole Zlámalovej a vydavateľstvu MAURO Slovakia s.r.o. za nezištnú pomoc pri finalizácii a realizácii tohto projektu.

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

Obsah

PRÍHOVOR EDITORA	
Dušan Selko	3
SVET JE OHROMNÉ MIESTO	
Ivan Štúr	9
TRI PSYCHOLOGICKÉ VSTUPY DO PROBLEMATIKY ZDRAVIA	
Damián Kováč	12
SVEDOMIE AKO SALUTOPROTEKTOR DUŠEVNÉHO ZDRAVIA	
Iveta Schusterová	16
VZTAH MEZI HARDINESS A RÚZNÝMI ZDROJI ODOLNOSTI	
Iva Šolcová, Vladimír Kebza	20
STRES, JEHO ZVLÁDANÍ, PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY A IMUNITNÍ FAKTORY	
Iva Šolcová, Vladimír Kebza	27
PSYCHICKÁ ODOLNOSŤ VO VYBRANÝCH VZORKÁCH POPULÁCIE SLOVENSKA	
Dušan Selko	45
RACIONÁLNE A IRACIONÁLNE KOGNÍCIE V KONTEXTE STRESU, PSYCHICKEJ ODOLNOSTI A ZDRAVIA	
Jana Kordačová	56
SALUTOGENÉZA – RECENZIA	
Marta Horňáková	67
SALUTOGENETICKÁ KONCEPCIA ZDRAVIA V KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O ČLOVEKA	
Monika Stupková	71
ZMYSEL PRE INTEGRITU: VÝSADA BOHATÝCH ALEBO MILOVANÝCH?	
Andrea Madarasová Gecková a kol.	75
KOINCIDENCE RIZIKOVÝCH A PROTEKTIVNÍCH FAKTORŮ A ÚROVEŇ PREDIKCE	
Bohumil Vašina	80

KONFERENCIA	
„Citizens and Resilience the Balance between awareness and fear“	
Dušan Selko, Vladimír Kebza, Miroslav Harvan, Miroslav Vicen	90
KRÍZOVÁ INTERVENCIA A PSYCHOSOCIÁLNA PODPORA AKO SÚČASŤ NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRI UDALOSTIACH S HROMADNÝM POSTIHNUTÍM OSÔB – skúsenosti z Novák	
Karin Brániková, Andrea Beňušková, Katarína Čajkovičová, Karol Kálig	96
OSOBNOSŤ TYPU D U PEDAGÓGOV	
Róbert Ďurka	106
ODRAZ NIEKTORÝCH ZDRAVOTNÝCH DYSFUNKCIÍ VO VÝVINE OSOBNOSTI U DEŤÍ V ŠKOLSKOM VEKU	
Milada Harineková	115
ZODPOVEDNOSŤ DOSPIEVAJÚCICH ZA SVOJE ZDRAVIE V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH CHORÔB	
Milada Harineková	122
PSYCHICKÉ ZDRAVIE A JEHO VÝZNAM U TEHOTNÝCH ŽIEN	
Lucia Haváčová, Jarmila Pekarčíková	128
VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY DIAGNÓZY „SYNDRÓM DRÁŽDIVÉHO ČREVA“ (COLON IRRITABILE)	
Mária Tomeková	141
BIOPSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY BEZDOMOVCOV	
Monika Bošňáková, Margaréta Kačmariková	149
VÝCHOVA KE ZDRAVÍ A TÉMA ZDRAVÍ JAKO ASPEKT KVALITY ŽIVOTA UNIVERZITNÍCH STUDENTŮ	
Jitka Šimíčková Čížková, Bohumil Vašina, Petr Šišák	153
COMPLIANCE – ANALÝZA PRIENIKU OPTIKY PACIENTA A OPTIKY LEKÁRA	
Darina Brukkerová, Ján Gajdošík	160

SVET JE OHROMNÉ MIESTO...

Ivan Štúr

Bratislava

Tak začína svoju fascinujúcu báseň americký súčasný poéta Lawrence F e r l i n g h e t t i a pokračuje apoteózou sveta a ľudského života, aj keď šťastie nie je neustále (veď ani na nebesiach nespievajú celý čas). Svet je podľa neho skutočne ohromné miesto kam sa narodiť, pokiaľ vám nevadí pár mäknúcich mozgov na vyšších miestach alebo že ľudia hladujú, čo sa dá celkom zniešť, pokiaľ to nie ste práve vy. Na tomto svete sa dá stvárať kadečo, napríklad samopašné, ľúbostné a tragické výčiny, na všetko sa dá dívať a ovoniavať kvety, ba aj myslieť a bozkávať sa a chodiť plávať do rieky a na pikniky a vôbec si to užívať, lenže keď ste v najlepšom „comes the smiling mortician“- príde usmievaný funebrák (pohrebník). Je to celá vývinová psychológia v poézii.

Tento svet je zatiaľ jediným miestom našej možnej existencie a zmyslom pobytu na tejto zemi je prežiť pekný život! Konkrétne, kultivovať svoje vlastné potencie, podporovať a spolupracovať s druhými a šetriť prírodu. K tomu môže mať psychológ už dnes niekoľko skromných poznámok. Napríklad skutočnosť, že nielen dieťa je naším aj materiálным pokračovateľom, ale aj dospelý je zdrojom jeho budúceho zdravia a odtiaľ možno hovoriť o prekonceptnom týraní ešte nepočatého dieťaťa (alkohol, fajčenie, drogy či adrenalínové športy mladých), rovnako o prenatalnom týraní pri nezdravej životospráve gravidnej ženy a agresia muža voči nej.

Pozemské dni sú jednoducho najväčším darom človeka, ale tak ako sa z novorodenca môže vyvinúť ľudská bytosť iba v kontakte s druhým človekom, aj duševný vývin je viazaný na kontinuitu s doterajšou kultúrou.

O kvalite nášho života rozhodujú dve základné skutočnosti: rodičia a sebvýchova. Rodič je modelom pekného života a varuje pred jeho deformáciou. Nemá len každodennú starostlivosť o prežitie, ale odovzdáva mladšej generácii aj kultúru vekov. Sebvýchova potom dopĺňa,

opravuje a rozširuje (kultivuje) zisky z rodiny a širšieho prostredia. Tragickým osudom je tzv. primitívne dospievanie, termín Ch. Buhlerovej, kedy pribúdajúce centimetre a kilogramy nesprevádza primeraný duševný vývin. Thomas Hobbes (angl. filozof 17. stor.) vraví, že zrelý človek je dieťa, ktoré vyrástlo a zosilnelo.

Hneď na začiatku života dochádza k akémusi emocionálnemu zaštipeniu proti stresu. Psychológia uvádza termín attachment Johna Bowlbyho, v preklade Jozefa Haštu vzťahová väzba. Ide o naplnenie základných potrieb dieťaťa – pozornosti a pochopenia – v ľudskom výraze lásky. Nezájem dospelého, či jeho neschopnosť pripútania sa, znamená potom reaktívnu poruchu vzťahu (Reactive attachment disorder – RAD), s celoživotnou neschopnosťou nadväzovať priateľské vzťahy a najmä si ich udržať, zníženým výkonom a deštruktívnym životným štýlom. Udáva sa, že až 52% kriminálnych väzňov trpí takýmto základným nedostatkom lásky. Dostalo sa im trestu skôr, než vykonali zlý skutok.

Odolnosť sa snažím pochopiť ako obranu proti nebezpečenstvu (úrazy, drogy, delikvencia) rovnako ako proti rozvodom (presýtenie napr. v podobe predčasného sexu s nedostatočnou citovou odozvou, hedonizmus, prehnaný konzum). Langmeier, Krejčířová (2006) udávajú tri základné nebezpečenstvá dnešného života. Predovšetkým manipulácia v rodine, aj v spoločnosti, potom technický rozvoj brániaci empatii a spontánnosti a napokon zložitost' života spôsobujúca neistotu človeka. Rakúsky profesor R. Kurz (1998) naznačuje, že dieťa sa pri príchode na svet stretáva s intelektualizmom bez emocionality, individualizmom bez ohľadu na druhých a konzumom s presvedčením, že slasť je najvyššou hodnotou. Každý individuálny človek musí tvrdo zapasovať, aby nezneuctil toto ohromné miesto možného narodenia.

Tak ako základom výchovy je sebvýchova, pýtam sa aj tu mojej životnej lásky – psychológie, čím prispieva k rozvoju ľudského potenciálu dnešných ľudí? Čaká nás výrazná reforma našej vedy (viď. Vybíral, Z. 2006), kde človek je ešte stále objektom sledovaným napriek Lorenzovej etológii v laboratóriu a vzťah s ním technikou vo vyše 400 rôznych psychoterapeutických školách. Humanistická psychológia priniesla pozitívny záujem o emocionalitu, návrat k životu zdôrazní záujem psychológie o umenie a filozofiu, ako neodlučiteľné zložky ľudského prežívania.

Mnohý dnešný psychológ sa suverénne vyjadruje k hociktorému problému, ale špecifickosť našej vedy prikazuje oveľa väčšiu sebakritickosť aj pokoru. Kto sám v živote „nevie chodiť“, ťažko pomôže druhým. O spôsobe života rozhodujú hodnoty, ktoré sledujeme (Panajotis Cakirpaloglu, 2004) a tie ležia v základe charakteru. Nezraňujú ma kolegovia, ktorí v slabosti písali za totality proti mne politické články, ani ten, ktorý odhováral redaktorov, aby netiskli moju – pre neho celkom neznámu – knihu. Smutno mi je nad tými profesionálnymi kolegami, ktorí nevedia vychovať svoje deti, ktorí opúšťajú vlastných potomkov alebo krivdia iným ľuďom, vydávajú nepravdivé svedectvá a usilujú sa zdať namiesto byť. Sám som bol emocionálne dôsledne zaštepený, ale mnohí ľudia čakajú od psychológov otvorenú a pravdivú komunikáciu. Byť psychológom znamená čoraz dôslednejšie hľadať a naplňovať vlastné ľudské možnosti!

Zostáva ešte pár slov o životospráve duše (William James). Popri zdôrazňovaní životnej pohody (WHO) ponúkam vlastnú definíciu: „Mentálna hygiena predstavuje dostatočne citlivú myseľ, schopnú vnímať krásy života, ale nie precitlivenú, zbytočne trpiacu príkormi!“

Nemožno mi potom inak, než chápať duševné zdravie ako kritický pohľad na život (myslenie je zvláštna choroba niektorých jednotlivcov – Karel Čapek) so zachovanou schopnosťou obdivu. Telesné aj duševné zdravie si treba stále udržiavať aktivitou. Evolučná psychológia naznačuje tri základné moduly, totiž obrana pred predátormi, vyvarovanie sa toxických jedál a ochrana mláďat. Pridajme k tomu neustále kultivovanie osobnosti ako najväčší zdroj radosti i poznanie zbytočnosti a nezmyselnosti agresie.

Najpravdivejším obrazom človeka je stopa jeho pozemských dní (die Spur von meine Erdetagen – Goethe), ktorú zanechá a pretože ku každému z nás sa blíži ten Ferlingettiho „smiling mortician“ kráčajme dobrým smerom!

Literatúra:

- Cakirpaloglu, Panajotis: Psychologie hodnot. Votobia 2004
Kurz, Renald: Die Situation der Jugend am Eintritt ins 3. Jahrtausend, Pädiatrie und Pädologie, 1998, 6, 28-37
Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006
Štúr, I.: Metamorfózy života. Bratislava: Procter & Gamble, 2006
Vybíral, Z.: Psychologie jinak. Praha: Academia, 2006

TRI PSYCHOLOGICKÉ VSTUPY DO PROBLEMATIKY ZDRAVIA (Žebože impertinentné?)

Damián Kováč

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

expsdamk@savba.sk

***Abstrakt:** Zdôvodňuje sa, že bio-psycho-socio koncept zdravia (WHO) je už neudržateľný; osobnosť zdravého či chorého jedinca má aj kultúrno-spirituálnu dimenziu. Preto prevenciu chorôb, najmä z civilizácie, nemožno zúžiť len na biologické indikátory (cholesterol, krvný tlak, BMI, atď.); chorobnosť však nemožno zviest ani na nezdravý spôsob života. Na rozdiel od masového konzumno-konformného výskytu, kultivovaná osobnosť je širokospektrálnym predpokladom zdravia (pravdaže, v neinfekčnej epidemiológii). Kultiváciu osobnosti vytvárajú systémové psychoregulátory, akými sú najmä múdrosť, prosociálnosť, striedmosť a ďalšie.*

Kľúčové slová: zdravie, osobnosť, životný štýl, kvalita života

Najprv čo-to osobné: Ja som sa na túto konferenciu* neprihlásil. Takmer celý polstoročný odborný život som sa v psychológii angažoval experimentálne. ANI JEDEN DEŇ BEZ EXPERIMENTOVANIA – také heslo viselo v mojej pracovni – laboratóriu. Hoci som tu zodral niekoľko bielych plášťov, problematiku zdravia som len registroval (neskôr ako pacient). V súčasnosti, keď sa náš výskum zaplevelil, „začiarkovacou psychológiou“, viacerí mi prisúdili kompetenciu teoretika psychológie. Ak bo(h)daj je to aspoň trochu tak, potom sa osmeľujem vstúpiť z tejto pozície aj do problematiky zdravia.

Predovšetkým však chcem položiť akcent na tézu, že zdravie patrí nielen do kompetencie odborníkov na choroby, ale aj viacerých iných; medzi inými aj psychológov. Z akceptovania toho vyplýva môj **prvý psy-**

*Celoslovenská konferencia Sekcie psychológie zdravia Slovenskej psychologickej spoločnosti s medzinárodnou účasťou na tému „Psychická odolnosť a psychológia zdravia“. Bratislava, 10. máj 2007

chologický vstup do terajšieho koncepčného chápania zdravia. Koncept bio-psycho-sociálneho zdravia ako pohody pred súčasným „človekoznaním“ už neobstojí. **Človek je bio-psycho-socio-kultúrno-spirituálne bytie.** Argumenty na to nie sú len teoretické, ale aj aktuálne, masové (napr. konflikty v bývalej Juhoslávii). A keď ešte spresníme, že v prípade človeka ako individua sa na jeho chorobe, ale najmä na jeho zdraví významne podieľa jeho osobnosť, bio-psycho-sociálna koncepcia WHO sa ukazuje redukcionistickou. Hoci medicínski pracovníci sa vo väčšine publikácií naďalej pridávajú uvedeného WHO konceptu zdravia, nájdu sa aj takí autori, ktorí ho aj prekračujú; u nás napr. Vl. Zikmund (2005), a to na konto kvality života. Citujem: „Cítiť sa dobre a mať sa dobre považuje väčšina ľudí za jeden zo základných, ak nie hlavných životných cieľov. Takýto stav sa spája s pojmom kvalita života. Vzťahuje sa na uspokojenie biologických, materiálnych, sociálnych a kultúrnych či duchovných potrieb a nárokov človeka ... „ (s.25).

Druhý psychologický vstup do problematiky zdravia vyprovokovala u mňa konferencia venovaná projektu „Move Europe“ (Bratislava, 27. apríl 2007). V úlohe organizátorov sa tu uvádza päť zdravotníckych organizácií na čele s „European Network for Workplace Health Promotion“. Okrem zahraničného hosťa sa tu prezentovalo šesť popredných slovenských medicínskych pracovníkov. Vo všetkých referátoch, či už teoreticky alebo výskumne zameraných, dominovalo meranie biologických indikátorov, najmä hladiny cholesterolu, cukru, tlaku krvi atď. V tomto smere je priam prototypom tam prezentovaná „Európska charta zdravia srdca“, kde sa o.i. v článku 3 uvádza toto:

„Charakteristiky spojené s kardiovaskulárnym zdravím zahŕňajú:

- nefajčenie
- adekvátnu fyzickú aktivitu – najmenej 30 min. 5x týždenne
- zdravé stravovacie návyky
- žiadnu nadhmotnosť
- tlak krvi nižší ako 140/90 mmHg
- hladinu cholesterolu nižšiu ako 5 mmol/l
- normálny glukózový metabolizmus
- vyhýbanie sa nadpriemernému stresu.“

V medicínskom chápaní zdravia, resp. v profylaxii chorôb sa predtým spomenuté indikátory najčastejšie spájajú do jedného spoločného menovateľa; tým je spôsob života, či životný štýl. Dobré. Avšak čo

vlastne je životný štýl? Čím je determinovaný, čo ho ovplyvňuje, čoho je výsledkom?

Predovšetkým sa osmeľujem upozorniť na to, že „life style“ nie je v modernej vedeckej psychológii „terminus technicus“. Lahko sa možno o tom presvedčiť už v psychologických slovníkoch. Zo širšie orientovaných prameňov sa však možno dozvedieť, že výrazom životný štýl sa chápe všetko to, ako ten-ktorý jednotlivec, resp. sociálna skupina žije vo svojom svete, napr. ako sa stravuje, ako býva, ako sa oblieka, ako trávi voľný čas atď. Do sociológie zaviedol tento termín známy severoamerický prognostik A. Toffler r. 1939 na charakterizovanie života istých subkultúr.

Teda, kde treba hľadať to najdôležitejšie v upevňovaní zdravia a v predchádzaní chorôb, ak, pravda, necháme teraz bokom infekčný, epidemiologický, bakteriálny či vírusový pôvod ochorení?

A tu prichodí **môj tretí psychologický vstup do problematiky zdravia**. Akiste je záslužné skúmať vplyv A, B, C či novšie aj D typu osobnosti, emočnej labilnosti, odolnosti, súdržnosti, hostility, „self-efficassy“, optimizmu, nádejnosti, vyhorenia a ďalších, podľa mňa „špecifických“ faktorov osobnosti na udržanie zdravia, resp. na incidenciu, priebeh a najmä na terapiu ochorení. Súčasne treba vysoko hodnotiť stále sa zlepšujúci systém zdravotníckej starostlivosti vo vyspelých štátoch zahrňujúci novšie aj rôzne psychologické intervencie, napr. poskytovanie rozličných druhov sociálnej opory. O tom i ďalšom prináša vynikajúci prehľad monografia V. Kebzu z r. 2005.

Ibaže mne sa javí problém vplyvu osobnosti na zdravie v strategickom pláne inakšie. Opakovane podčiarkujem, že osobnosť prototypového občana vyspelých krajín na začiatku 21. stor. je krajne dezintegrovaná. Sme enormne informovaní o všeličom vo svete, avšak artificieľne vyhľadávame príjemné zážitky a takmer nič nekonáme v prospech vlastného zdokonaľovania. Presnejšie, aj keď extrémne: dominancia kognícií, asténia emócií, takmer abúlia – taký je, podľa mňa, psychologický profil konformných osobností našej súčasnosti, tvoriacich naprostú väčšinu aj u nás. A tento profil má kriticky hodnotené miesto v mojom BIO-PSYCHO-ENVI modeli osobnosti, taktiež už neraz prezentovanom najmä v domácej komunite. Podľa neho, nie konformná osobnosť a tým menej rudimentárna, ale kultivovaná osobnosť si môže utvárať náležitú, až excelentnú kvalitu života a z toho vyplýva-

júci spôsob života. Čím kultivovaná? V mojej terminológii, systémovými psychoregulátormi, akými sú múdrosť (nie sama inteligencia), prosociálnosť (nie púha extroverzia), striedmosť (nie civilizačný konzumizmus) atď., slovom mohutnosti, ktoré presahujú samé faktory osobnosti, aj keď ich označujeme „Big five“.

Tieto, ako aj ďalšie tézy som sa pokúsil podrobnejšie doložiť v knižnej monografii **Psychológiou k metanoi** (Veda, 2007). Na jej poslednej stránke sa trochu hrám s dvomi výrazmi, ktoré rozhodujú o našej budúcnosti.

Polepšime si, alebo polepšime sa?!

Literatúra:

KOVÁČ, D.: Psychológiou k metanoi. Bratislava: Veda, 2007

KRIŽANOVÁ, D., JAGLA, F.: (organ.) Move Europe Project Conference (invitation). Bratislava: Ústav normálnej a patologickej fyziológie, 27, 4. 2007

KEBZA, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005

ŠVÁB, I. et al.: Európska charta zdravia srdca (rkp.)

ZIKMUND, V.: Základy a prejavy zdravia. In Medicínsky monitor, 2005, č. 4, s. 24-26

SVEDOMIE AKO SALUTOPROTEKTOR DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Iveta Schusterová

Katedra psychológie (Filozofická fakulta Trnavskej univerzity) – FF TU Trnava

V súčasnosti hovoríme o činiteľoch podporujúcich zdravie ako o preventívnych predpokladoch zachovania si zdravia. Medzi tieto salutoprotektory radíme – pocit osobnej zdatnosti, úctu k ľudskej prirodzenosti, zmysel pre integritu – súdržnosť, duševnú odolnosť – hardiness, osobnostnú vyrovnanosť, ale aj správnu životosprávu a optimálny životný štýl – evolučne stabilizované cnosti: statočnosť, priateľskosť, spoľahlivosť, poctivosť, spravodlivosť, poslušnosť.

Všetky uvedené činitele sa navzájom ovplyvňujú a prestupujú. Potvrdzujú teda bio-psycho- sociálno-noetickú multikauzálnu koncepciu človeka, ktorú možno naštrbiť pôsobením kofaktormi ako je stres, frustrácia, konflikt, strach, úzkosť, správanie typu A, B, C, ale tiež poznanie, myslenie a konanie **vyjadrujúce postoj človeka k druhému človeku, k svetu a k okoliu (= svedomie).**

Súvislosť medzi spomínanými salutoprotektormi – ako činiteľmi podporujúcimi zdravie a kofaktormi ako činiteľmi ohrozujúcimi duševné ale i telesné zdravie je nepopierateľná, nakoľko medzi poznávacím človekom, vedomím človeka si svojho „ja“ a poznávaným svetom je vzájomná prepojenosť a vzťah. Môžeme dokonca povedať, že každodenné mrzutosti, ale i radosti sa v nás podpisujú pod jedinečný model sveta jedinca. Svet tak predstavuje celok špecifického, neopakovateľného „videnia a poznania“ cez prizmu naučených, zdôrazňovaných, internalizovaných, ale i zahrnutých hodnôt. Svojskosť modelu sveta je výsledkom každodenných skúseností, ich prežívania, hodnotenia a zvládania. (Niekdedy tu dochádza nielen k pomalým, ale aj k náhlým, často dostatočne nezodôvodneným zmenám, ktoré majú za následok konanie, ktoré sa nám po nejakom čase javí zvláštno, resp. neuveriteľné. Naša počudovanosť však môže prerásť do výčitiek svedomia, ktoré je potrebné či už na vedomej alebo nevedomej úrovni spracovať.

Svedomie tu teda predstavuje **1. vyjadrenie situácie človeka v sebe samom** t.j. (zhoduje sa toto správanie s mojím svedomím alebo s horizontom hodnôt vnútorného usporiadania človeka?)

2. vyjadrenie človeka vo svete (zhoduje sa toto správanie s normami spoločnosti?)

Stýčnou plochou medzi vnútorným a reálnym vonkajším svetom je praktická aktivita človeka, ktorá môže zviditeľniť alebo ukryť reálny stav vedomia.

Podľa Kanta svedomie má každý. Niet človeka, ktorý by bol úplne zbavený morálneho citu, lebo ináč by bol morálne mŕtvy. Zdôrazňoval, že byť bez svedomia, nie je nedostatok svedomia, ale tendencia nebrať na vedomie svoje vlastné normatívne idey, ktoré sú vlastníctvom nášho svedomia. V tomto prípade svedomie prestáva byť salutoprotektorom duševného zdravia a stáva sa záťažovým kofaktorom negatívneho vplyvu na zdravie.

Problém svedomia vzniká vtedy, keď sa do popredia našej pozornosti dostane významný, **nápadný rozdiel medzi životom**, ktorý skutočne žijeme a intuitívnym životom (ktorý by sme mali žiť), ktorý nám sprostredkúva vnútorný orgán=svedomie, alebo vnútorná potreba žiť mravne, dobro v nás, dobro v človeku.

Prirodzená túžba po dobre (ktorú evolučný biopsychológovia spochybňujú) je mnohými psychológmi potvrdená, sa prejavuje už v našom živote tak, že mravná identita dobra pôsobí na nás i v prípade, keď sa náš aktuálny vnem nezlučuje s praxou spoločenskej morálky. Znamená to, že človek si neustále uvedomuje, že svedomie sa k pravdivosti hlási a nepripúšťa nijaké zmenenie alebo zníženie obsahu hodnôt (typická situácia – aby bol vlk sýty a koza ostala celá tzv. kompromisné riešenia zisku a straty nás len málokedy uspokojí). Situácie morálnych dílém sú často riešené v dôsledku poznania človeka, ktoré je do určitej miery obmedzené. Aj keď sme si vedomí, že poznávacím znamením svedomia je, že ide v ňom o viac ako poznanie. V nadväznosti na morálne dilemy však ostáva problémová otázka uskutočňovania hodnôt, pretože vieme, že napriek správne poznaniu toho, čo je dobré nekonáme vždy správne.

Snaď najviditeľnejšie rozlíšenie či svedomie podporuje alebo nepodporuje duševné zdravie badať v kontrole konania individuálneho človeka. Svedomie je tu akousi dispozíciou umožňujúcou človeku hod-

notíť a kontrolovať svoje konanie, skutky. V tomto prípade sa často ozyva aj vo výčitkách svedomia, ktoré môžu ostať výčitkami, ale rovnako sa môžu psychosomatizovať (v bolestiach hlavy, brucha, tenzii, ...).

Prejavy výčitiek svedomia môžu

1. posilňovať negatívne sebahodnotenie

2. často predstavujú určitý subjektívny trest, ktorý uplatňuje jediniec na sebe samom.

Svedomie pôsobí prevažne dvoma mechanizmami. V prvom prípade radí, pomáha, inšpiruje t.j. uplatňuje sa pred konaním, ktoré je dobré, ak je realizované v smere pozitívnych hodnôt čím sa približuje k absolútnej plnosti – v tomto prípade býva skôr salutoprotektorom podporujúcim zdravie.

V druhom prípade mechanizmus pôsobenia svedomia – svedomie žaluje, súdi. Väčšinou sa teda realizuje po konaní viac či menej negatívnych hodnôt a teda vzdáľuje sa od plnosti dobra t.j. konanie je zlé a teda narúša rovnováhu, osobnostnú vyrovnanosť, a teda nepodporuje zdravie.

Nesmieme však zabúdať, že svedomie je ovplyvniteľné aj zvonku, možno ho formovať, ale aj pokriviť, umlčať. Príklad: Nieкто môže mať chybné formované svedomie, ktoré mu dovoľuje viac ako tomu, kto má svedomie formované k priamosti podľa pravdy, t.j. podľa Božích prikázaní (absolútne nemenný zákon), a nie iba podľa prirodzeného pozitívneho zákona, ktorý podlieha zmenám.

Dva mechanizmy formácie svedomia= dva účinky t.j. jeden pozitívny, druhý negatívny(relativizovaním hodnôt, čo je vlastne dobro ?)

Samozrejme, ako so všetkými faktormi v psychológii a koniec koncov aj v živote, nič nie je len čiernobiele.

Svedomie ako vnútorný hlas subjektu odráža aj vzťah povinnosti voči iným ľuďom, keďže človek je bytosť sociálna, a teda nie je nemiestnym úsilím o individuálnu emancipáciu.

Neopomína ani ľudský rozmer prameniáci z dilemy či krízy vedomia, cítenia myslenia a konania dobra či zla. Je potrebné spomenúť aj tieto, ktoré sa podpisujú pod dopady kríz na individuuum. Sú to: bolesť, smútok, zármutok. Nesmieme zabudnúť aj na ich podiel na osobnostnom raste a sebanaplnení ako konštatoval Maslow, alebo staré známe príslovie: „Čo Ťa nezabije, to Ťa posilní“.

Filozof Pecka, D. v súvislosti s budúcnosťou nášho bytia hovorí „o konkrétnom realizovanom zle – postupujúce odosobňovanie ľud-

ského života, pre ktorý je príznačná iba animálna konzumentská realizácia“. A dodáva, že: „tomuto zlu treba čeliť“, lebo znásobuje výčitky svedomia, negatívne emócie, defenzívny pesimizmus a tým aj ďalší salutoprotektor – sociálnu oporu.

Už aj preto by ľudský vzťah k svetu, vychádzajúci zo svedomia, mal byť aktivitou vždy smerujúcou k návratu do Božieho poriadku.

VZTAH MEZI HARDINESS A RŮZNÝMI ZDROJI ODOLNOSTI

Iva Šolcová

Psychologický ústav AV ČR

Vladimír Kebza

Státní zdravotní ústav

HARDINESS

Jednou z osobnostních charakteristik, u nichž je předpokládán salutoprotektivní vliv, je osobnostní odolnost ve smyslu „hardiness“ (Šolcová a Tománek 1994, Šolcová a Sýkora 1995, Šolcová a Kebza 1996).

Charakteristika hardiness a jejích komponent

Hardiness je konstelace osobnostních rysů, které jsou charakterizovány třemi základními komponentami: jedinci s vysokou úrovní hardiness se plně vkládají do toho, co dělají (commitment), jsou přesvědčeni, že mohou ovlivnit události ve svém životě a také tak jednájí (control). Změny ve svém životě považují nejen za normální a běžné, ale zároveň i za nutnou podmínku a podnět dalšího vývoje (challenge).

Commitment

Schopnost převzít odpovědnost za úlohu, projekt či vztah. Nejedná se o slepé puzení, ale je zde obsažen silný prvek realismu spojený se stanovením úrovně odpovědnosti. Základem je přesvědčení o vlastní hodnotě a významu, stejně jako o hodnotě a významu prováděných aktivit. Významnou součástí je i pocit přináležitosti k ostatním. Důraz na aktivitu a snahu událostem čelit na rozdíl od pasivity a vyhýbání se.

Control

Schopnost mít svůj život ve svých rukou, mít na něj vliv, řídit jeho běh, být příčinou toho, co se v něm děje, prostředkem, kterým se to děje, silou, která jedná, a autorem zamýšlených účinků. V souvislosti se

stresem vyjadřuje „kontrola“ ty aktivní kroky, které jedinec v konfrontaci se situací podniká, aby změnil, přizpůsobil nebo snížil účinek působícího stresoru.

Challenge

Vědomí toho, že život člověka je charakterizován proměnlivostí, nikoliv stabilitou. Jedinec vidí vztahy, problémy a situace jako výzvy spíše než jako problémy. Hledá zajímavé, stimulující zkušenosti a zážitky a vytváří pružné způsoby jejich zvládnání. Změna reprezentuje výzvu, a ne problém.

Protektivní účinek hardiness

Podle údajů Hardiness Research Institute (Casper, Wyoming, USA) nepostihne jedince s vysokou úrovní hardiness s pravděpodobností 7 : 1 srdeční infarkt. U osob se střední úrovní hardiness je tato pravděpodobnost 4 : 1, záleží však značně na životním stylu a výživových návycích. Osoby s nízkou úrovní hardiness musí bedlivě dbát na svůj životní styl a výživové návyky, protože pravděpodobnost srdečního onemocnění je u této skupiny 50 : 50. Osoby s vysokou úrovní hardiness uvádějí o 90 % méně neurastenických stesků souvisejících se stresem (bolesti hlavy, žaludeční nevolnost, poruchy spánku apod.) v porovnání s osobami s nízkou úrovní hardiness. Emoční vyčerpání se u nich projevuje o 85 % méně často. Lékařskou pomoc vyhledávají o 74 % méně. Vykazují o 57 % méně pracovního času zameškaného z důvodů nemoci. Starší osoby s vysokou úrovní hardiness jsou signifikantně déle schopni plnohodnotného samostatného života (S. Dane, Nepublikovaný přehled výsledků výzkumu, březen 1992).

Subškála „kontrola“ z dotazníku zjišťujícího celkovou hardiness koreluje negativně s nemocí (Schmied a Lawler 1986), pozitivně s procentem T-buněk a se subjektivním posouzením zdraví (Okun, Zandra a Robinson 1988).

Metoda

Soubor

V rámci první vlny dvoufázové studie zaměřené na výzkum komponent resilience byla v 26 okresech ČR získána dotazníková data od souboru 2638 respondentů, 1214 žen a 1424 mužů, ve věku od 18 do 75

let. 8 % respondentů mělo základní vzdělání, 16 % bylo vyučených, 54 % tvořili středoškoláci a 22 % vysokoškoláci. 24 % souboru tvořili respondenti ve věku od 18 do 29 let, 27 % respondenti ve věku 30 až 45 let, 28 % osob bylo ve věku 45 až 59 let a 21 % ve věku 60 a více let. Soubor byl formován na základě náhodného výběru ve vybraných okresech. Data byla získána v r. 1999 a 2000.

V rámci *druhé vlny* studie byla v 16 okresech ČR sebrána data od 1708 respondentů. Vzhledem k tomu, že výzkum byl anonymní, jednalo se o jiné osoby než v první vlně. Absence některých okresů byla dána zrušením stratifikace ČR na okresy a s tím souvisejícím zrušením některých pracovišť hygienické služby, jež pro nás v první vlně data zajišťovala. Deskripce souboru: N = 1708, 980 žen, 728 mužů, rozsah 18 – 75 let, 8 % absolventů ZŠ, 14 % vyučených, 55 % středoškoláků s maturitou, 23 % absolventů VŠ.

Procedura i proměnné byly totožné jako v první vlně studie. Data byla získána v r. 2003 – 2004.

Postup

Šetření bylo uspořádáno ve spolupráci s pracovišti hygienické služby ČR (šlo o tehdejší krajské a okresní hygienické stanice, z nichž většina participovala na programu WHO CINDI – Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programme – a měla tudíž zkušenosti se sběrem dat tohoto typu). Dotazníky prezentovaly zaškolené týmy (vysokoškolák a dva středoškolští pracovníci). Respondenti pracovali hromadně – obvykle po skupinách o max. 10 lidech.

Nástroje

V rámci dotazníkového šetření, jež bylo anonymní, uvedli dotazovaní nejprve své základní demografické údaje a zodpověděli mj. otázky týkající se sociální opory a sociálních kontaktů. K jejich zjišťování jsme použili otázky z výzkumu N. Krauseho (1997). Jednalo se o 2 položky věnované anticipované opoře (A1 a A2 v příloze), 2 položky zaměřené na získanou sociální oporu (B1 a B2 v příloze), 3 položky věnované sociálním kontaktům s rodinou (C1 až C3 v příloze) a 3 položky zaměřené na sociální kontakt s přáteli (D1 až D3 v příloze). Součet skóre položek tvořil skór příslušné proměnné.

Ke zjišťování úrovně psychické odolnosti ve smyslu hardiness byla použita česká verze dotazníku Personal Views Survey (PVS – Kobasa, 1985). Dotazník obsahuje 50 položek (17 ke zjištění úrovně challenge – výzvy, 16 ke zjištění úrovně commitment – odpovědnosti a 17 ke zjištění úrovně control – kontrola). Na výroky odpovídají respondenti prostřednictvím čtyřstupňové škály: vůbec nesouhlasí, částečně nesouhlasí, spíše souhlasí, rozhodně souhlasí. Výsledkem dotazníku je celkový hrubý skór a hrubé skóry příslušných tří subškál (podrobněji viz Šolcová a Kebza 1996). Průměrná korelace mezi položkami činila 0,67, Cronbachův koeficient alfa: 0,82 pro celou škálu, 0,81 pro výzvu, 0,75 pro odpovědnost, 0,76 pro kontrolu.

Zdraví bylo posuzováno na základě položky: Ve srovnání s lidmi mého věku hodnotím svůj zdravotní stav jako: 1. vynikající, 2. dobrý, 3. uspokojivý, 4. špatný (čím vyšší skór, tím horší zdraví). Pohybová aktivita se zjišťovala na základě položky: „V porovnání s lidmi mého věku jsem pohybově nadprůměrně – průměrně – podprůměrně aktivní“. (Informace o studii viz Šolcová a Kebza 2003.)

Statistický postup

Pro potřeby regresní analýzy jsme soubory sloučili. Po vyřazení chybějících dat vstupovaly do regresní analýzy (metoda stepwise) údaje od 3988 osob. Závisle proměnnou byl celkový skór dotazníku PVS. Nezávisle proměnnými byly: pohlaví, věk, vzdělání, vlna studie 1. nebo 2. měření), anticipovaná sociální opora, získaná sociální opora, subjektivní zdraví, sociální kontakty s rodinou, sociální kontakty s přáteli.

Výsledky a diskuse

Výsledky analýzy regrese uvádíme v tab. 1.

Z výsledků je patrné, že pohlaví se jako prediktor hardiness neuplatnilo. Z demografických proměnných se uplatnil věk, a to v tom smyslu, že úroveň hardiness je nižší ve vyšším věku. Vzdělání je pozitivním prediktorem hardiness: nejvyšší hardiness je u osob vysokoškolsky vzdělaných. Projevil se rozdíl v úrovni hardiness mezi první a druhou vlnou měření: v druhé vlně je hardiness signifikantně nižší. (Analýza subškál ukázala, že poklesla úroveň commitment a control. Rozdíl v subškále challenge je nevýznamný). Co je důvodem poklesu,

Tab. 1 Analýza regrese (N = 3988)

Proměnná	B	Standard. chyba měření	Beta	t	p	95% interval spolehlivosti pro B	
						Spodní veličina	Horní veličina
konstanta	59,0	2,24		26,36	0,001	54,65	63,43
vzdělání	4,0	0,26	0,22	15,47	0,001	3,57	4,61
věk	-0,15	0,01	-0,16	-10,69	0,001	-0,18	-0,12
1. vs 2. vlna	-2,70	0,446	-0,08	-6,06	0,001	-3,57	-1,83
Subjektivní zdraví	-2,723	0,337	-0,12	-8,07	0,001	-3,38	-2,06
Pohybová aktivita	2,57	0,45	0,08	5,61	0,001	1,67	3,42
Kontakty a přáteli	0,49	0,10	0,06	4,54	0,001	0,27	0,70
Kontakty s rodinou	0,233	0,09	0,03	2,35	0,01	0,03	0,42
Anticipovaná sociální opora	1,48	0,16	0,15	9,217	0,001	1,16	1,79
Získaná sociální opora	0,79	0,25	0,53	3,178	0,01	0,30	1,28

B je regresní koeficient, Beta je standardizovaný regresní koeficient, p signifikance Model vyčerpal 22% variance.

Lze jen spekulovat. Uvažovali jsme např. o možném vlivu vstupu do EU. Pozitivním prediktorem hardiness je subjektivní zdraví – pocit dobrého zdraví souvisí s vysokou úrovní hardiness. Jako silné prediktory se projevily kontakty s přáteli a anticipovaná sociální opora (přesvědčení, že se mi od ostatních v případě potřeby dostane pomoci). Jako prediktory se ještě uplatnily kontakty s rodinou a získaná sociální opora (pomoc, které se mi od blízkých a přátel dostalo).

Závěr

Naše výsledky potvrdily

- (1) těsnou souvislost hardiness a subjektivního zdraví,
- (2) význam sociálních zdrojů pro formování hardiness,
- (3) význam pohybové aktivity pro psychickou odolnost,
- (4) význam vzdělání pro utváření psychické odolnosti.

Pozitivním zjištěním je nezávislost úrovně hardiness na pohlaví. Vliv věku je naproti tomu (nejen) v našem výzkumu negativním zjištěním a výzvou pro zavedení nápravy – např. rozšíření nejrůznějších programů, které se zabývají seniory.

Příloha

- (A1) (Někteří) členové mé rodiny (přátelé) by dohlédli na to, aby se mi v případě potřeby dostalo pomoci
1. nesouhlasí 2. částečně souhlasí 3. plně souhlasí
- (A2) Na (některé) členy mé rodiny (přátelé) se mohu za všech okolností spolehnout
1. nesouhlasí 2. částečně souhlasí 3. plně souhlasí
- (B1) (Někteří) členové mé rodiny (přátelé) se mne snaží učinit šťastným (šťastnou)
1. nesouhlasí 2. částečně souhlasí 3. souhlasí
- (B2) (Někteří) členové mé rodiny (přátelé) mne podporují a povzbuzují
1. nesouhlasí 2. částečně souhlasí 3. souhlasí
- (C1) Kolikrát jste v posledních dvou týdnech navštívil(a) rodinu
napište prosím:
- (C2) Kolikrát Vás v posledních dvou týdnech navštívil někdo z rodiny
napište prosím:
- (C3) Kolikrát jste byl v posledních dnech v telefonickém či písemném kontaktu s rodinou
napište prosím:
- (D1) Kolikrát jste v posledních dvou týdnech navštívil(a) své přátele
napište prosím:
- (D2) Kolikrát Vás v posledních dvou týdnech navštívil někdo z přátel
napište prosím:
- (D3) Kolikrát jste byl v posledních dnech v telefonickém či písemném kontaktu s přáteli
napište prosím:

kódování pro otázky C1 – D3:

1x až 2x – skór 1, 3x – 6x – skór 2, více než 6x – skór 3

Literatúra:

- Kobasa, S. C.: Personal Views Survey. Chicago, IL, Hardiness Institute 1985.
- Krause, N.: Perceived support, anticipated support, social class, and mortality. *Research on Aging* 19, 1997 a, 4, 387 – 422.
- Okun, M. A., Zandra, A. J., Robinson, S. E.: Hardiness and health among woman with rheumatoid arthritis. *Person. Individ. Diff.* 1988, 9, 1, 101 – 107.
- Schmied, L. A., Lawler, K. A.: Hardiness, type A behavior and the stress-illness relation in working woman. *J. Person. Social Psychol.* 1986, 51, 6, 1218 – 1223.
- Šolcová, I., Tománek, P.: Daily stress coping strategies: An effect of hardiness. *Studia Psychologica* 1994, 36, 5, 390 – 394 .
- Šolcová, I., Sýkora, J.: Relation between psychological hardiness and physiological response. *Homeostasis in Health and Disease* 1995, 36, 1, 30 – 34.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie* 1996, 40, 6, 480 – 487.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Prediktory sociální opory v české studii. *Československá psychologie* 47, 2003, 3, 220 – 229.

Studie vznikla v rámci výzkumného projektu AV ČR č. IAA 700250701; výzkumný zaměr OZ 702 50 504 a MSM0021620841

STRES, JEHO ZVLÁDÁNÍ, PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY A IMUNITNÍ FAKTORY

Iva Šolcová

Psychologický ústav AV ČR, Praha

Vladimír Kebza

Státní zdravotní ústav, Praha

Vztahy mezi zátěží a stresem, včetně jeho různých druhů a úrovní a všech součástí stresové reakce, relevantními psychologickými proměnnými a imunitními procesy představují významný psychologický i medicínský problém. Protože v těchto vztazích jde o složité vzájemně propojený komplex navazujících vlivů, zpětných vazeb a determinujících podmínek, přistoupíme nejprve k alespoň základnímu vymezení činnosti imunitního systému.

Imunitní systém

Vyložit na malém prostoru složité fungování imunitního systému není možné a také k tomu nejsme kompetentní. Pro pochopení práce imunitního systému (IS) je však určitě užitečné vymezení alespoň tzv. *přirozenou a specifickou* imunitu. Přirozená imunita je imunitní odpověď, která je charakteristická nejen pro savce, ale též pro živočichy nižšího řádu, např. houby. Buňky, které se podílejí na této odpovědi, nezajišťují obranu vůči určitým patogenům, ale jsou víceúčelově založeny tak, aby mohly v krátkém čase zakročit proti různým patogenům. Největší skupiny těchto buněk reprezentují granulocyty, jež se dále dělí na neutrofilů a makrofágy. Mají na starosti zánětlivou reakci. Makrofágy též uvolňují cytokiny, které mj. podporují hojení ran. Do přirozené imunity dále patří přirozené zabíječské buňky (natural killer cell), jejichž hlavní funkce je mj. rozeznávat a likvidovat buňky zodpovědné za nádorové bujení a také bránit vstupu infekce do doby, než se zmobilizuje specifická imunita.

Specifická imunita je charakterizována vyšší specializací (specifitou) a pomalejší reakcí v porovnání s přirozenou imunitou. Lymfocyty jsou vybaveny receptory, které se shodují pouze s jediným tvarem ci-

zorodého prvku (analógie zámku a jediného kľúče, ktorý jej otvorí). V prípade potreby jsou schopny se dělit a vytvořit tak populaci stejných buněk potřebných k likvidaci cizorodého vetřelce; tento proces však trvá několik dní. Lidská specifická imunita je komponována z buněčných a humorálních reakcí, kdy buněčné reakce slouží k potlačení vnitrobuněčných (intracellular) patogenů, např. virům, humorální reakce jsou namířené proti mimobuněčným (extracellular) patogenům, např. parazitům či bakteriím.

Stres a imunitní systém

Vliv stresu na imunitní systém je jednou z oblastí, na které lze spolehlivě doložit psychologickou modulaci imunity. Nejprve stručně vymezíme vztah mezi stresovou odpovědí a imunitními procesy:

1. Oba systémy jsou částí širokého homeostatického systému.
2. Oba systémy mají nezastupitelný význam pro přežití.
3. Imunitní reakce je evolučně starší: je přítomna v jednoduché podobě i u primitivních organismů. Stresová reakce, mobilizující k útoku či útěku (fight-or-flight) se mohla vyvinout až u organismů s určitou senzoryckou kapacitou schopnou detekovat ohrožení, motorickou kapacitou schopnou vykonávat organizovaný pohyb směrem od ohrožení a kapacitou, schopnou toto koordinovat. Předpokládá se, že stresová odpověď útoku/útěku se vyvinula z imunitní zánětlivé (inflammatory) reakce, jejímž účelem je odstranění účinků napadení organismu určitým „vetřelcem“ (např. virem nebo bakterií) a opětovné navození původního normálního stavu fungování organismu.
4. Při řízení imunitní a stresové reakce participují mj. též katecholaminy a kortikoidy.
5. Obě odpovědi – stresová reakce a imunitní reakce – sice mobilizují energii, ale vedou k opačným požadavkům na chování organismu.

Přestože vztah mezi stresovou odpovědí a imunitním systémem patří k nejobtávanějším, výsledky jednotlivých studií, které hledají vztah mezi stresem, imunitními procesy a nemocí, se často rozcházejí. Je to dáno především tím, že nám chybí ještě řada poznatků o fungování člověka jako psychosomatického celku. Vždyť např. ještě před 20 lety se předpokládalo, že imunitní systém je uzavřený. Až když se uká-

zalo, že existuje komunikace mezi IS a CNS, a tím i prostor pro vstup psychických procesů do této komunikace, vznikl nový vědní obor zvaný psychoneuroimunologie (PNI)¹¹. Pojem psychoneuroimunologie poprvé použil G. F. Solomon v r. 1964, když ve své práci předešel dobu o téměř 20 let. Další významné práce v oboru psychoneuroimunologie se totiž objevily až v 80. letech.

Za zakladatele PNI ve smyslu skutečně samostatně se rozvíjejícího oboru je považován psycholog R. Ader (1981), k dalšímu rozvoji oboru významně přispěli např. W. Miltner, N. Birbaumer a W. D. Gerber (1986), J. K. Kiecolt-Glaserová s kolektivem (Kiecolt-Glaser et al., 1991), S. F. Maier. L. R. Watkins a M. Fleshner (1994), A. Marslandová se spolupracovníky (Marsland et al., 1995), v poslední době pak zvl. S. C. Segerstromová se svými spolupracovníky (Segerstrom, Castaneda a Spencer, 2003; Segerstrom a Miller, 2004; Segerstrom, 2005), či stále aktivní R. Ader, A. Steptoe, R. Booth a řada dalších (in: Vedhara, Irwin, 2005).

Diskrepance mezi výsledky různých výzkumných týmů jsou dále dány metodologicky. Výzkum v PNI patří k nejobtížnějším. Nejen pro svou interdisciplinární povahu, ale především vzhledem k šíři proměnných, které je potřeba udržet pod kontrolou, aby studie přinesly validní data – uplatňují se zde mj. genetické dispozice, vlivy prostředí, individuální rozdíly a jejich vzájemná interakce.

Metodologické problémy

Výzkumy v oblasti PNI jsou zatíženy zejména např.:

- obtížemi s objektivizací úrovně stresu, hodnoceným typem stresoru (přírozený, laboratorní), jeho trváním (akutní, chronický), časem, který uplynul mezi prezentací stresoru a měřením parametrů činnosti imunitního systému;
- obtížemi s měřením činnosti imunitního systému, ve kterém je kolísání jednotlivých parametrů normou (navíc Marslandová a kol. /Marsland et al., 1995/ prokázali, že reaktivita imunitního systému na stres je individuálně specifická, tj. že osoby reagují charakteristickým způsobem, odlišným od ostatních osob a reprodukovatelným v různých situacích);
- obtížemi se stanovením doby nástupu nemoci (např. karcinomu).

S narůstajícím množstvím poznatků jsou však nacházeny další souvislosti, které dovolují vyslovit hypotézy o tom, proč se výsledky různě

ných studií, které se zabývají vztahem mezi stresem, imunitním systémem a nemocí (zdánlivě) liší.

Vzhledem k tomu, že imunitní systém je homeostatický systém, který si svoji dynamickou rovnováhu udržuje neustálým dorovnáváním směrem nahoru či dolů, snaží se psychoneuroimunologové při popisování změn indukovaných různými vlivy vyhnout pojmům jako je posílení či potlačení imunity (immunocompetence či immunosuprese) a raději hovoří o regulaci směrem vzhůru (up-regulation) a regulaci směrem dolů (down-regulation, Evans a kol. 1997). Protože v odborné terminologii dosud nebyl zaveden vhodný český ekvivalent pro up- resp. down-regulation, budeme v této souvislosti hovořit o *vzestupu* respektive *poklesu činnosti IS*.

Hypotéza o vztahu mezi stresem a imunitním systémem

Evans a kol. (1997) přišli v 90. letech s myšlenkou, že zdánlivé diskrepance mezi jednotlivými studiemi zaměřenými na vliv stresu na imunitní systém zmizí, je-li brána v úvahu časová charakteristika stresoru: Jejich hypotéza spočívá v předpokladu, že imunitní systém se chová rozdílně v reakci na akutní a chronický stres. Zjednodušeně lze říci, že krátkodobý, akutní stresor – např. vysokoškolská zkouška – vede k vzestupu činnosti IS, zatímco dlouhodobě působící stresogenní situace (zkouškové období) vede k poklesu činnosti IS. Podobně tzv. denní události (daily events), či každodenní mrzutosti (daily hassles) – mikrostresory, které se objeví v průběhu dne vedou k vzestupu činnosti IS, zatímco tzv. životní stres (life stress), který je součtem denních událostí za nějaké určité období, vede k poklesu činnosti IS.

Akutní laboratorní stresor (mentální aritmetika nebo jiný laboratorní výkonový test) vede k vzestupu činnosti IS, zatímco negativní životní události (life events) vedou k poklesu činnosti IS. Zdá se, že alterace imunologických parametrů je větší, jedná-li se o objektivně přítomný stresor spíše než o subjektivně uváděný stres. Dokonce se zdá, že sociální životní události vyvolávají jinou odpověď imunitního systému než nesociální (Herbert a Cohen 1993).

V dalším kroku rozpracování své hypotézy vyšli Evans se spolupracovníky z toho, že obvykle využívaným laboratorním stresorem (i nejobvyklejším přirozeným stresorem používaným ve studiích) je ně-

jaký úkol, který má být splněn, úkol, který představuje výzvu (ať je to např. mentální aritmetika či počítačová hra v laboratorních podmínkách, nebo vysokoškolská zkouška či veřejné vystoupení v přírodních podmínkách). Autoři dále dovozují, že v situaci, kdy je potřeba zvládnout nějaký úkol, vypořádat se s výzvou, je aktivován sympatiko-adrenální systém (Cannonův model). Naproti tomu v situacích, ve kterých není možnost dostat stresor pod kontrolu, splnit úkol, vypořádat se s výzvou, t.j. v situacích, kde má stresor chronický charakter, je aktivován systém hypotalamo-hypofyzární (Selyeho koncepce).

Rozhodnutí o tom, zda je stresor percipován jako zvládnutelný, je založeno mj. na kognitivním hodnocení nároků, které jsou na člověka kladeny, ale i zdrojů, které jsou k dispozici pro jejich zvládnutí (viz Lazarusova transakční koncepce stresu, založená na primárním, sekundárním a terciárním kognitivním zhodnocení – „appraisal“ – stresové situace).

Z hlediska teorií stresu je výše uvedená hypotéza dobře přijatelná, a to zejména z pohledu Masonovy aktivační teorie (1971), a především zejména vzhledem k pracím Henryho a Stephense (Henry a Stephens 1977, Henry 1980), ve kterých rozpracovali vliv kognitivního hodnocení na podobu stresové odpovědi v chování i v neuroendokrinní složce: Ohrožení kontroly nad situací vede podle těchto autorů k fight-or-flight odpovědi, t.j. aktivaci sympato-adrenálního systému, zatímco ztráta kontroly nad situací má za následek rezignaci, vzdání se a aktivaci hypotalamo – hypofyzárního systému s následnou sekrecí adrenokortikotropního hormonu (ACTH) a kortizolu. Autoři tak rozlišili dvě základní formy odpovědi na stresor: odpověď na výzvu, které odpovídá Cannonův model aktivace sympato-adrenálního systému a odpověď na prožívanou porážku, která byla popsána v Selyeho koncepci aktivace osy hypotalamus-hypofyza-kůra nadledvin. Kromě toho patrně existuje (téměř) nekonečné množství stavů, které jsou kombinací obou těchto odpovědí.

Pro podporu výše uvedené hypotézy lze uvést některé poznatky a výsledky:

- Lékařům je např. dobře znám imunosupresivní účinek léků na bázi kortikosteroidů, protože je potřeba k němu přihlížet při jejich preskripci.

- Výkonové laboratorní úlohy vedou typicky ke zvýšení sekrečního imunoglobulinu sIgA, který je prokazatelně svázán se sympato-adrenálním systémem.
- V roce 1991 Halley (1991) konstatoval, že obecně důkazy ukazují ve směru stresem indukované imunosuprese, i když se mohou vyskytnout změny v obou směrech v závislosti na tom, zda je stresor akutní či chronický.
- Herbert a Cohen (1993) došli k závěru, že akutní stresor a chronický stresor vyvolávají opačnou reakci imunitního systému. Podle autorů je za to pravděpodobně zodpovědná katecholaminová reakce při akutním stresu – při chronickém se mění celá hladina.

Dlouhodobý stres ovlivňoval 10 z 12 zkoumaných položek imunologické odpovědi. Autoři však upozorňují, že kromě souvislosti se stresovými hormony může být imunologická odpověď na dlouhodobý stres také odpovědí na změněné chování člověka (pití, kouření, „zajídání“ problémů, apod.).

- V dobře kontrolované studii Kiecolt-Glaserová a kol. (1995) prokázali, že chronický stres zpomaluje hojení ran. Souvisí to s prokazatelně sníženou produkcí látek zodpovědných za hojení ran (poklesem činnosti IS).
- Herbert a kol. (1994) ve své studii prokázali, že sympatický nervový systém je mediátorem imunitních změn v reakci na akutní stresor. Osoby s větší kardiovaskulární reaktivitou měly též vyšší změny v imunitní odpovědi než osoby s nízkou reaktivitou. Sympato-adrenální systém na stresor reaguje velice rychle – na rozdíl od kortizolu, který má vrchol 30 min. po aplikaci stresoru – má však značné interindividuální rozdíly.
- Rovněž Ballieux (1994) se zabýval vztahem mezi chronickým a akutním stresorem. Hlavní efekt akutního stresoru je vzrůst počtu NK buněk (jsou důležité např. při likvidaci nádorových nebo virem nakažených buněk). Tento hlavní efekt negativně koreluje s životním stresem (počtem mikrostressorů za poslední 2 měsíce). Denní mikrostressory jsou přitom podle autora lepším prediktorem psychologických a somatických symptomů než („velké“) životní události.
- U původně dominantních krysích samečků, kteří byli donuceni přijmout submisivní roli a dali to najevo submisivním postojem, signifikantně poklesla produkce protilátek. U samečků, kteří se nepod-

dali a nenechali se přimět k zaujetí submisivního postoje ač byli kvůli tomu vystaveni značné agresi, se produkce protilátek nezměnila (Maier a kol. 1994.)

To, co tito samečkové předváděli, patří do tzv. pátracího chování (search behavior), což je obdoba aktivního copingu (zvládnání) u zvířat. Jeho charakteristikou je, že se nevzdává ani zdánlivě bezvýchodná situace. Rotenberg a kol. (1996) dokonce tvrdí, že každé chování, které zahrnuje pátrací činnost (search activity), má preventivní účinek vůči psychoneuroimunologickým chorobám, zatímco rezignační chování vytváří obecnou predispozici k těmto chorobám. Zdá se, že jde o animální ekvivalent pojmu naučená naděje či nadějnost (event. nadějeplnost, neztrácení víry – learned hopefulness), jak se nazývá aktivní zvládnání stresogenních situací, které osoba získala obvykle v rámci cíleného výcviku a podobných pojmů vyjadřujících chování a jednání protikladné k Seligmanově naučené bezmocnosti (learned helplessness.)

Na straně jedince je důležitá prožívaná kontrola nad situací, pocit, že je možné situaci zvládnout. Významnou situační charakteristikou je její „kontrolovatelnost“ – controllability.

Výzkumy ukázaly, že lidé preferují předpověditelné situace i když se jedná o negativní podněty. I signalizace nepříjemného podnětu, kterému není možno se vyhnout, snižuje jejich fyziologickou reaktivitu (Katz a Wykes 1985). Zakowski (1995) prokázal, že předpověditelnost stresoru má tlumivý účinek na změnu imunitních funkcí.

Podobně Bauer (1994) prokázal moderující vliv možnosti kontrolovat (předvídat) stresogenní podnět na růst tumoru vlivem těžkého stresu u animálních modelů: Nejsnáze onemocněly krysy, které nemohly uniknout elektrickým šokům. Již možnost předvídat stresogenní podnět a připravit se na něj vyhlídky zvířete zlepšovala. Nejlépe prospívala zvířata, která měla možnost stresogennímu podnětu uniknout.

Zde se nabízí analogie s některými dimenzemi nejvýznamnějších koncepcí odolnosti: odolnost, či nezdolnost ve smyslu hardiness S. Kobasové a jejích spolupracovníků je založena na třech hlavních dimenzích, z nichž jedna spočívá v dispozici udržet vývoj událostí pod kontrolou (control). Jedním z předpokladů prožívané kontroly nad situací je též její adekvátní poznatelnost a srozumitelnost, jež jsou součástí smyslu pro koherenci A. Antonovského (sense of coherence).

Proti výše uvedené hypotéze zatím podle nás stojí otázka, proč nedochází při akutním stresu k potlačení imunitních procesů tak jak je tomu u jiných procesů, které nejsou v akutní fázi fight-or-flight odpovědi v dané chvíli nutné pro zachování života.

V současné době vypracovali Segerstromová a Miller (Segerstrom, Miller, 2004) meta-analytickou studii, v níž prostudovali 300 empirických studií, jež se zabývaly vztahem mezi stresem a imunitním systémem. Došli k závěru, že akutní stresory, které vyvolávají odpovědi nastavené v rámci evoluce člověka jako příprava k boji či útěku (fight-flight reaction), mají pozitivní vliv na imunitní systém. Čím více se stresor vzdaluje této charakteristice a stává se chronickým, tím více komponent imunitního systému je zasaženo negativně. Pokud jde o hlavní komponenty imunitního systému (přírozenou a specifickou, viz úvodní odstavec), autoři důvodili, že akutní stresor vede ke zvýšení činnosti přírozené imunity a snížení činnosti specifické imunity. Krátký přírozený stresor (např. vysokoškolská zkouška) vedl k snížení činnosti buněčné imunitní odpovědi, zatímco humorální imunitní odpověď zůstává zachována. Chronické stresory vedou ke snížení činnosti obou forem imunitní odpovědi, buněčné i humorální.

Možné souvislosti pro psychologii

Na vztah mezi psychickými a somatickými procesy pomýšleli lékaři při studiu nemocí již dlouho. Výsledkem těchto úvah byl mj. postupný ústup od paradigmatu etiologického monokauzalizmu, v němž je každé chorobě přisouzena jedna určitá příčina, a to příčina tělesná, k modernějšímu multikauzálnímu pojetí, chápajícímu balancování na škále mezi zdravím a nemocí jako výsledek složitého kauzálního řetězce.

O tom, že stres může ovlivnit imunitu, není pochyb. Stresogenní situace jsou však neodmyslitelnou součástí života dnešního člověka a bylo by scestné domnívat se, že každá zvýšená zátěž povede k nemoci.

Kromě zásadního rozlišení mezi zátěží a stresem je třeba vzít v úvahu též vliv eustresu a distresu, u nichž – kromě obvyklé diferenciace z hlediska asociovaných pozitivně či negativně laděných emocí – je třeba brát v úvahu také míru svobody volby situace, resp. rozhodování, která provází člověka ve stresové situaci.

Přesto však dlouhodobý chronický stres – zejména takový, kde nelze dostat situaci pod kontrolu a kde není naděje na její zlepšení, může mít

za následek dlouhodobý pokles činnosti IS a nemoc. Stres však také může ovlivnit nemoc, aniž by to souviselo s imunitou. Podobně, imunita je ovlivnitelná psychologickými mechanismy a nejedná se o stres.

Zatím se zdá, že psychoneuroimunologie sice přináší velice zajímavé výsledky základního výzkumu, jejich význam pro praxi a psychologii zdraví je však v současné době nejasný. Výsledky psychoneuroimunologických výzkumů nedávají zatím odpověď na základní otázku, a to, zda má skutečnost, že stres či psychosociální procesy mají vliv na imunitu, nějaký bezprostřední klinický význam? Změny v imunitních ukazatelích jsou sice statisticky signifikantní, zajímavé a významné, jejich převod do praktických návodů, jak posílit imunitu či jak předcházet chorobám, však ještě zdaleka není na pořadu dne.

Z mnoha oblastí, které se v rámci psychoneuroimunologie rozpracovávají jsou pro psychologii zajímavé následující otázky:

Jak naše vlastnosti a emoce ovlivňují naše zdraví?

Které osobnostní charakteristiky činí člověka náchylnějším k alteraci imunitních parametrů?

Existuje nějaká analogie pojmu „typ chování“, jež by vyjadřovala náchylnost k ovlivnění imunitních procesů?

Mohou psychosociální faktory pomoci při zvládnání chorob?

Můžeme psychologickou intervencí ovlivnit odolnost člověka vůči nemocem či pomoci při jejich překonávání, jestliže se už projevíly?

Lze psychologickými prostředky působit na imunitu?

Tyto otázky jsou vlastně variacemi na základní otázky psychologie zdraví:

Kdo onemocní a proč?

Kdo z nemocných se uzdraví a proč?

Jak můžeme předejít nemoci a napomoci uzdravení?

Proč někdo neonemocněl, ač byl vystaven stejným podmínkám jako ti, co onemocněli?

Osobnostní charakteristiky a imunitní procesy

Podobně jako ve vztahu ke stresu si PNI klade otázky o vztazích imunologických parametrů a osobnostních charakteristik.

Ursinovi a kol. (1984) vyšla negativní korelace u neuroticismu, defense (Index životního stylu dle Plutchika) a interní lokalizace kontroly

s počtem imunoglobulinů (vzestup činnosti IS) u souboru učitelů.

M. Biondi a kol. (1994) našli souvislost mezi škálami „K“ a „sociální introverze“ dotazníku MMPI a úrovní lymfocytu T11 (vzestup činnosti IS), a to ve smyslu pozitivní korelace se škálou K (vyšší skóre znamená vyšší sílu ega, kontroly a schopnosti obrany) a negativní korelace se sociální introverzí.

H. Dreher (1995) si pět let před „objevením“ pozitivní psychologie položil otázku, které osobnostní rysy či faktory mohou posílit imunitní systém. Na základě literárního přehledu dospěl k závěru, že tuto funkci může plnit 7 osobnostních rysů, a to tzv. ACE faktor (od attention-connection-expression) G. E. Schwartze – naslouchání psychickým a somatickým signálům, schopnost svěřit se druhým J. W. Pennebakeru, hardiness S. Kobasové/Qellette, asertivita G. F. Solomona, láskyplná důvěra (affiliative trust) D. McClellanda, zdravé pomáhání (healthy helping) A. Lukse a vnitřní strukturovanost (self-complexity) P. Linvilleho.

Některé studie naznačují, že osobnost může ovlivnit způsob, jakým se člověk vyrovnává s infekcí a nemocí. Marslandová s kolektivem (Marsland et al., 2001) např. zjistili, že imunologická odpověď osob s vysokým neuroticismem je méně protektivní v porovnání s odpovědí osob s nezvýšeným neuroticismem (výzkum se konal s dobrovolníky, kteří se nechali očkovat proti hepatitidě typu B; odpověď na vakcínu byla u osob s vysokým neuroticismem snižena).

V poslední době je intenzivně rozpracováván vztah mezi dispozičním optimismem a imunitním systémem. Výsledky, ke kterým dospěla Segerstromová s kolektivem (Segerstrom et al., 1998; Segerstrom, Castaneda, Spencer, 2003; Segerstrom 2005) jsou velice zajímavé a pro autory výzkumů představují mj. i velkou interpretační výzvu. Vztah totiž není jednoduchý. V r. 1998 provedla Segerstromová s kolektivem šetření se souborem 90 studentů práva. Ti ze studentů, kteří měli před začátkem universitní výuky optimistický náhled na svět (pozitivně hodnotili své schopnosti a své vyhlídky na úspěch ve škole), měli v prostředí prvního semestru zvýšenou činnost imunitního systému (jeho buněčné komponenty). V činnosti imunitního systému nebyl přitom při vstupním vyšetření studentů žádný rozdíl mezi optimisty a pesimisty. Autoři tehdy vymezili dvě charakteristiky optimistů, které by za to mohly být zodpovědné: hodnotí události jako méně stresující a tendují méně ke špatným náladám, úzkosti a depresi.

V dalších výzkumech se však ukázalo, že existují i situace, ve kterých je vztah mezi optimismem a imunitním systémem negativní. Jestliže totiž stresory odolávají úsilí jedince o jejich překonání, jsou obtížné zvládnutelné a přetrvávají, dochází k tomu, že optimismus je spojen s poklesem činnosti imunitního systému. Dá se tomu říci efekt zklamání – který je důsledkem toho, že se pozitivní pohled na situaci ukazuje jako nesprávný.

I když jsou výsledky těchto studií nesporně zajímavé, jedná se o pilotní práce, z nichž některé se nevyhnuly některým metodologickým nedostatkům. Další výzkum v této oblasti je tedy nezbytný.

Emoce a imunitní systém

Meta-analýza studií zaměřených na vztah imunitních ukazatelů a deprese, kterou provedli Herbert a Cohen (1993) ukázala, že klinická deprese souvisí s poklesem činnosti IS. Změny byly výraznější u hospitalizovaných a starších pacientů. Vztah mezi poklesem činnosti IS a hloubkou deprese byl lineární.

I u aktuálního psychického stavu s převahou depresivních pocitů – obdrželi autoři podobné výsledky jako u klinické deprese, t.j. změny ve směru poklesu činnosti IS, jednalo se ale o změny menšího rozsahu. I toto by svědčilo pro výše uvedenou linearitu změn (Cohen a Herbert 1996).

Postupně byla identifikována řada psychologických faktorů, o kterých různí autoři předpokládají, že mohou mít vliv na imunitu: jde např. o faktory anamnestické (problematické dětství); v současném životě je přikládán největší význam stabilitě manželství a zaměstnání. Zmínili jsme se již výše o vlivu negativních životních událostí i o vlivu denních událostí.

Typ chování a imunitní systém

Intenzivně se zkoumalo tzv. chování typu C charakterizované dle Baltrusche a kol. (1988) jako

- tendence potlačovat negativní emoce;
- neschopnost vyjadřovat emoce – zejména hněv;
- vyhýbání se konfliktům;
- „harmonizující chování“;
- silně vyjádřená sociální desirabilita a sociální konformita.

Chování typu C se zkoumalo zejména v souvislosti s onemocněním rakovinou. Koncepce byla rozpracovávána mj. L. Temoshokovou, H. J. F. Baltruschem a kol., dále H. J. Eysenckem a R. Grossarth-Maticekem. V této koncepci, jež by neměla být chápána v protikladu k chování typu A (Baltrusch, Stangel, Waltz, 1988), je dominující charakteristikou rizikových vlastností osobnosti sklon k popírání a potlačování emocí, zvláště negativních (především hněvu, ale též úzkosti), nedostatek autonomie, silné prožívání ztráty blízké osoby, vyhýbání se konfliktům, závislost na dominantní osobě, dále tzv. harmonizující chování a výrazná sociální konformita a desirabilita, tendence k uplatňování obranných mechanismů potlačení a popření (Grossarth-Maticek et al., 1982; Temoshok, Dreher 1992). Baltrusch, Stangel a Titze (1991) hovoří též o patologické roztomilosti či příjemnosti (pathological niceness), přehnané ochotě (over-compliance), nekonečné trpělivosti, podřizování vlastních potřeb potřebám ostatních a zejména vysoké racionalitě a přísné kontrole vyjadřování emocí až antiemocionalitě. Autoři se domnívají, že popírání, vyhýbání se a potlačování emocí a vlastních potřeb jako styl zvládání situačních nároků vedou posléze k oslabení odolnosti organismu vůči karcinogenním vlivům.

Rovněž vůči této koncepci byla postupně vznášena řada námitek, týkajících se údajné analogie s represí či základním laděním emocionality, výsledky studií nebyly vždy pro základní hypotézu příznivé, neboť v některých z nich nebyl prokázán žádný vztah mezi výše popsány osobnostními charakteristikami a mortalitou na nádorová onemocnění, avšak přes tyto výhrady a nedostatky je C typ osobnosti ve výzkumné i klinické praxi dále rozpracováván. Nejnověji L. Temoshoková s kolektivem realizují longitudinální studii zaměřenou na vztah mezi chováním typu C a některými imunitními ukazateli. Předběžné výsledky hovoří ve prospěch hypotézy o souvislosti chování typu C a beta-chemokiny.

Významné studie související s chováním typu C – obě s převážně negativními výsledky ohledně vztahu osobnosti a karcinomu – provedli Bleikerová s kolektivem (1996) a Priceová s kolektivem (2001a,b).

Holandská prospektivní longitudinální studie Eveline Bleikerové s kolektivem (1996) se zabývala souborem žen z Nijmegenenu (N = 9705), jimž bylo v r. 1989 nebo v r. 1990/43 a více let. Ke každé ženě, jež v průběhu let do r. 1994 onemocněla rakovinou prsu, bylo přiřazeno až 6

kontrolních žen. Výsledky ukázaly, že výskyt rakoviny prsu v souboru souvisí s antiemocionalitou (absence emočního chování nebo nedostatek důvěry ve vlastní pocity, autoři však výsledek hodnotí jako málo průkazný (procento pravděpodobnosti – odds ratio: 1,19; $p < 0,006$).

Australská prospektivní studie kolektivu Melanie Priceové (2001a) měla jako soubor 514 žen, jež podstoupily mamografii. Před vlastním vyšetřením jim byly administrovány psychologické dotazníky, zaměřené na vlastnosti, jež konsituují typ osoby náchylné k nádorovým onemocněním, osoby typu C. Studie nepotvrdila vazbu mezi psychologickými faktory charakterizujícími osoby typu C a rakovinou prsu. Badatelé však našli vysoce významný vliv interakce negativních životních událostí a nedostatku emoční sociální opory na vznik karcinomu prsu: riziko vzniku karcinomu bylo u těchto osob devětkrát vyšší v porovnání s ostatními (Price et al., 2001b).

Možné mechanismy vazby mezi psychologickými faktory a onemocněním rakovinou popsal Holland (1990):

- Psychologické proměnné mohou ovlivnit zdravý podporující chování, a tím ovlivnit riziko vzniku rakoviny.
- Psychologické proměnné mohou ovlivnit vnitřní prostředí organismu (sekreci hormon, imunitní faktory).

Bleikerová s kolektivem přidávají třetí možnost:

- Existuje nějaký doposud neznámý činitel (genetický, hormonální...), který je odpovědný za zvýšené riziko rakoviny.

Sociální opora a imunitní procesy

Zdá se, že podobně jako u latentních negativních účinků stresu na zdraví, je sociální opora (social support) moderátorem vztahu stresor – reakce imunitního systému.

Ochranný účinek sociální opory byl prokázán u opic – neklesala u nich činnost IS přestože byly dlouhodobě vystaveny sociálnímu stresu. Osamělé osoby, které uváděly nízkou úroveň sociální opory vykazovaly pokles činnosti IS v porovnání s kontrolní skupinou. Podobné výsledky byly zjištěny u opuštěných či rozvedených žen. Dosažitelnost sociální opory – posuzovaná subjektivně – pozitivně korelovala s kvantitativními parametry činnosti IS. Přehledově viz Herbert a Cohen (1993).

Podobně Baron a kol. (1990) zjistili nárůst činnosti IS (reakce na standardní imunologický test) u těžce stresovaných osob uvádějících

podporující vztahy v sociálním okolí. Podobně pocit přináležení vedl k lepším výsledkům standardních imunologických testů provedených kolektivem Kennedyho (Kennedy a kol. 1990). V prospektivní studii prokázali Kiecolt-Glaserová a kol. (1991) po 13 měsících větší pokles činnosti IS u těžce zatěžovaných osob uvádějících menší sociální oporu v úvodním rozhovoru v porovnání s kontrolní skupinou.

Psychoterapie a imunitní procesy

Vliv psychologické intervence na průběh choroby je potřeba dále zkoumat, již současné výsledky se však jeví jako velmi slibné. Např. pacienti trpící rakovinou, kteří podstoupili skupinovou psychoterapii vykazovali nárůst činnosti NK buněk (NK buňky jsou důležité např. při likvidaci nádorových nebo virem nakažených buněk, Maier a kol. 1994). Rovněž Goodkin a kol. (1992) ve své studii ukázali pozitivní vliv behaviorální terapie zaměřené na využití aktivního zvládnání stresových situací na funkci NK buněk.

V této oblasti představuje významný mezník práce Spiegela a kol., ve které srovnávali skupinu pacientek s karcinomem prsu, které po dobu jednoho roku chodily na skupinovou psychoterapii s kontrolní skupinou. Podstatou intervence bylo mít pacientky k tomu, aby žily naplno v rámci možností, dále zlepšení komunikace s rodinou a s lékaři, zvládnání strachu ze smrti a z umírání, zvládnání bolesti a ostatních obtíží. Experimentální skupina žila 2x déle než kontrolní skupina (bohužel se pohybuje v oblasti měsíců, pacientky z experimentální skupiny žily průměrně 36.6 měsíců, kontrolní skupina 18.9 měsíců). Spiegel se spolupracovníky však neověřovali, který systém je zodpovědný za prodloužení života pacientek (dle Bauer 1994).

Pozitivně by bylo možno využít zkušenosti psychologů s podmiňovacími procesy tak, aby se vytvářely žádoucí, či nevytvářely nežádoucí podmíněné spoje: Je např. známo, že chemoterapeutika vedou k poklesu činnosti IS. Bylo zjištěno, že u pacientek, které podstoupily pro karcinom prsu chemoterapii, klesaly imunologické ukazatele, když se dostaly do stejného prostředí, ve kterém byla chemoterapie aplikována – i když tentokrát žádnou chemoterapii nepodstoupily (Maier a kol. 1994).

Naopak u autoimunitních chorob (revmatoidní artritida, lupus), u kterých se imunitní systém z prozatím neznámých důvodů obrací

vůči vlastnímu organismu – by mohlo být podávání aktivní substance na potlačení autoimunitní reakce spojováno s placebem. Po ukončení podmiňovacího procesu by pak placebo působilo jako aktivní substance.

Různé další psychologické faktory a imunitní procesy

Pozitivní vliv na imunitní systém má relaxační cvičení, jehož součástí je také autosugesce, představování (imagery) či vizualizace, řízená představivost, zaměřená na vyvolání různých změn ve fungování imunitního systému prostřednictvím personifikovaně založeného generování účelových představ (např. vytváření představ ochranně působících bílých krvinek v podobě vojska bílých rytířů v bílé zbroji a na bílých koních, úspěšně zasahujícího proti vetřelcům, nebo vytváření představ přátelských – většinou kvůli žádoucí podobě s bílými krvinkami bílých – oblíbených zvířat, přejímajících ve vytvářených představách protektivní, ochrannou a obrannou roli). Přesné zaměření vizualizace musí samozřejmě odpovídat jednak typu osobnosti pacienta, úrovni jeho vzdělání, slovní zásobě, úrovni a kvalitě představivosti, převažujícímu kognitivnímu stylu atd., takže indikace vizualizace je podmíněna poměrně podrobnou znalostí osobnosti pacienta.

Podle prvních prací se zdá, že imunitní systém může být ovlivnitelný cílenými biobehaviorálními postupy – přehledově viz Halley (1991).

Prozatím nejkontroverznější oblastí psychoneuroimunologie je patrně zvažovaná možnost volní modifikace imunitní odpovědi.

Závěrem

Přesto, že již bylo dosaženo velmi zajímavých výsledků, zdá se, že PNI je oborem, který má svůj největší rozkvět teprve před sebou. Je to dáno především její komplexností a provázaností s příbuznými obory a závislostí i na pokrocích v těchto oborech. Z psychologického hlediska lze nejzajímavější výsledky očekávat od studií, které se budou zabývat individuálními rozdíly v psychoneuroimunologických ukazatelích ve vazbě na psychologické či psychosociální faktory a od prací, usilujících o komplexní pohled na součinnost psychiky a imunity (Vedhara, Irwin, 2005).

Literatura:

- Ballieux, R. E.: The mind and the immune system. *Theoretical Medicine* 15, 1994, 387-395.
- Baltrusch, H. J. F., Stangel, W., Waltz, M. E.: Cancer from the biobehavioral perspective: The type C pattern. *Activitas Nervosa Superior* 30, 1988, 1, 18-21.
- Baron, R. S., Cutrona, C. E., Russell, D. W., Lubaroff, D. M.: Social support and immune function among spouses of cancer patients. *J. Person. Social Psychol.* 59, 1990, 344-352.
- Baltrusch, H. J. F., Stangel, W., Waltz, M.: Cancer from the biobehavioral perspective: The type C pattern. *Activitas Nervosa Superior* 30, 1988, 1, 18 – 20.
- Baltrusch, H. J. F., Stangel, W., Titze, I.: Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Congress on Brain and Immunity. Acta Neurologica* 13, 1991, 4, 315-327.
- Bauer, S.M.: Psychoneuroimmunology and cancer: an integrated review. *J. Advanced Nursing* 19, 1994, 1114 – 1120.
- Biondi, M., Peronti, M., Pacitti, F., Pancheri, P., Pacifici, R., Altieri, I., Paris, L., Zuccaro, P.: Personality, endocrine and immune changes after eight months in healthy individuals under normal daily stress. *Psychotherapy and Psychosomatics* 62, 1994, 176 – 184.
- Bleiker, E. M., van der Ploeg, H. M., Hendriks, J. H., Ader, H. J.: Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute* 88, 1996, 20, 1478-1482.
- Cohen, S. and Herbert, T. B.: Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 47, 1996, 113 – 142.
- Dreher, H.: The immune power personality. Penguin Books USA, Inc. 1995.
- Evans, P., Clow, A., Huckelbridge, F.: Stress and the immune system. *The Psychologist*. July 1997, 303 – 307.
- Goodkin, K., Blaney, N., Feaster, D., Fletcher, M. A., Baum, M. K., Mantero-Atienza, E., Klimas, N. G., Millon, C., Szapocznik, J., Eisdorfer, C.: Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *J Psychosom Res* 1992, 36, 7, 635 – 650.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D. T. Schmidt, P., Vetter, H.: Psychosomatic factors in the progress of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. *Psychotherapy and Psychosomatics* 38, 1982, 284 – 302.
- Halley, F. M.: Self-regulation and the immune system through biobehavioral strategies. *Bio-feedback and Self-Regulation* 1991, 16, 1, 55 – 74.
- Henry, J. P.: Psychological factors in Physical disease. In: Praag, H. M. (Ed.): *Handbook of biological psychiatry. Part II. Brain mechanisms and abnormal behavior -Psychophysiology.* New York, Basel, Marcel Dekker 1980.
- Henry, J. P., Stephens, P. M.: *Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach to Medicine.* New York, Springer-Verlag 1977.
- Herbert, T. B., Cohen, S.: Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 55, 1993, 364 – 379.
- Herbert, T. B., Cohen, S., Marsland, A., Bachen, E. A., Rabin, B. S., Muldoon, M. F., Manuck, S.: Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosomatic Medicine* 56, 1994, 337 – 344.
- Holland, J. C.: Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. In: Holland, J. C., Rowland, R. H. (Eds.): *Handbook of psychooncology.* New York, Oxford University Press 1990, 705-726.

-
- Katz, R., Wykes, T.: The psychological difference between temporally predictable and unpredictable stressful events: Evidence for information control theories. *J. Person. Social Psychol.* 48, 1985, 3, 781 – 790.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R.: Social support, stress, and the immune system. In: Sarason, I. G., Sarason, B. R., Pierce, G. R. (Eds.): *Social support: An interactional view*. New York, Wiley 1990.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J., Glaser, R.: Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine* 53, 1991, 345-362.
- Kiecolt-Glaser, J., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M., Glaser, R.: Slowing of wound healing by psychological stress. *The Lancet*, December 1995, 346, 1194 – 1196.
- La Greca, A. J.: The psycho-social factors in surviving stress. *Death studies* 1985, 9, 23 – 36.
- Lazarus, R. S.: *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, McGraw Hill 1966.
- Maier, S. F., Watkins, L. R., Fleshner, M.: Psychoneuroimmunology. The interface between behavior, brain, and immunity. *American Psychologist*, December 1994, 1004 –1017.
- Marsland, A., Manuck, S. B., Fazzari, T. V., Stewart, C. J., Rabin, S.: Stability of individual differences in cellular immune responses to acute psychological stress. *Psychosomatic Medicine* 57, 1995, 295 – 298.
- Marsland, A. L., Cohen, S., Rabin, B. S., Manuck, S. B.: Associations between stress, trait negative affect, acute immune reactivity, and antibody response to hepatitis B injection in healthy young adults. *Health Psychology* 20, 2001, 1, 4-11.
- Mason, J. W.: A re-evaluation of the concept of „nonspecificity“ in stress theory. *J. Hum. Stress* 22, 1971, 1.
- Price, M. A., Tennant, C., Smith, R., Butow, P., Kennedy, S. J., Kossoff, M., Dunn, S. M.: The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part I. *Cancer* 91, 2001a, 4, 676-685.
- Price, M. A., Tennant, C., Smith, R., Butow, P., Kennedy, S. J., Kossoff, M., Dunn, S. M.: The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. *Cancer* 91, 2001b, 4, 686-697.
- Rotenberg, V. S., Sirota, P., Elizur, A. *Psychoneuroimmunology: Searching for the main deteriorating psychobehavioral factor*. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 122, 1996, 3, 331 – 346.
- Seegerstrom, S. C.: Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity* 19, 2005, 195-200.
- Seegerstrom, S. C., Castaneda, J. O., Spencer, T. E.: Optimism effects on cellular immunity: Testing the affective and persistence models. *Personality and Individual Differences* 35, 2003, 615-1624.
- Seegerstrom, S. C., Miller, G. E.: Psychological stress and the immune system: A meta-analytic study of 30 years of Inquiry. *Psychological Bulletin* 130, 2004, 4, 601-630.
- Seegerstrom, S. C., Taylor, S E., Kemeny, M. E., Fahey, J. L.: Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *J. Person. Social. Psychol.* 74, 1998, 6, 1646-1655.
- Temoshok, L., Dreher, H.: *The type C connection: The mind-body links to cancer and your health*. New York, Random House 1992.
- Ursin, H., Mikletun, R., Tonder, O., Vaernes, R., Relling, G., Isaksen, E., Murison, R.: Psychological stress-factors and concentrations of immunoglobulins and complement components in humans. *Scandinavian J Psychology* 25, 1984, 340 – 347.

Vedhara, K., Irwin, M. R. (Eds.): Human psychoneuroimmunology. Oxford, Oxford University Press 2005.

Vymětal, J.: Psychické procesy, imunita a psychoterapie. Československá psychologie 41, 1997, 2, 163-170.

Zakowski, S.G.: The effects of stressor predictability on lymphocyte proliferation in humans. Psychology and Health 1995, 10, 409 - 425.

Studie vznikla v rámci výzkumného projektu AV ČR č. IAA 700250701; výzkumní zaměr OZ 702 50 504 a MSM0021620841

PSYCHICKÁ ODOLNOSŤ VO VYBRANÝCH VZORKÁCH POPULÁCIE SLOVENSKA

Dušan Selko,

NÚSCH, a.s., Bratislava, selko@nusch.sk

Vychádzajúc z citačných indexov, problematike psychickej odolnosti, vzhľadom k závažnosti a priekaznosti množstva zahraničných štúdií, sa na rozdiel od iných krajín u nás nevenuje dostatočná pozornosť.

Koncept psychickej odolnosti (otužilosti) v zmysle hardiness a zmyslu pre koherenciu, ktorý zaviedli nezávisle od seba koncom sedemdesiatych rokov do psychológie Susanne Kobasová a Aaron Antonovski, doplnil a obohatil chýbajúce miesta v klinickej psychológii, psychosomatickej a behaviorálnej medicíne, najmä čo sa týka pochoopenia a moderovania vzťahu medzi stresom a ochorením (Kobasa, 1979,85; Antonovski 1985, Křivohlavý 1990,91 a i.). Hardiness a salutogenéza majú podľa autorov špecifický protektívny účinok v tom, že umožňujú eliminovať, zmierňovať, tmiť a usmerňovať negatívne vplyvy nepriaznivých životných udalostí na jedinca a ovplyvňujú stav zdravia a choroby.

Podľa údajov Hardiness Research Institute Inc. jedinci s vysokou úrovňou hardiness majú nižšiu pravdepodobnosť (7 : 1) rozvoja infarktu myokardu oproti jedincom so strednou odolnosťou (4 : 1); osoby so slabším hardiness majú šancu na rozvoj IM 1:1, ale musia podľa autorov viac dbať na životosprávu a elimináciu rizikových faktorov (Williams a spol., 1992). Jedinci s vysokým hardiness mali nižšiu kardiovaskulárnu reaktivitu na stres (Contrada, 1989). Zároveň osoby s vysokou úrovňou hardiness uvádzali podstatne menej emocionálnych problémov a menej často vyhľadávali lekársku starostlivosť (Dane, 1992 in: Šolcová, 1996).

Osoby s vysokým hardiness mali o 90% menej neurastenických ťažkostí v súvislosti so stresom (bolesti hlavy a pod.) emočné vyčerpanie sa u nich prejavovalo o 85% menej, lekársku pomoc vyhľadávali o 74%

menej, o 57% bola u nich nižšia chorobnosť. Osoby s vysokým hardiness sú podľa uvedených štúdií dlhšie schopné plnohodnotného samostatného života (Dane, 1992 in Šolcová 1996).

Ďalšou dimenziou psychickej odolnosti, majúcej vzťah k zdraviu a chorobe je koncept zmyslu pre koherenciu (Sense of coherence) a salutogenézy Antonovského. Zložkami zrozumiteľnosť–comprehensibility, zmysluplnosť–meaningfulness, a ovplyvniteľnosť–manageability zapadá do teórie psychickej odolnosti (Křivohlavý, 1989; Antonovski, 1985;1992). Aplikácia tohto prístupu napr. u pacientov s nádorovými ochoreniami potvrdila, že jedinci s vysokým skóre zmyslu pre koherenciu mali vyššiu šancu na prežitie (Křivohlavý,1990, Antonovski, 1992).

Nie zanedbateľným sa javí tento koncept aj z hľadiska riešenia problematiky syndrómu vypálenia, štúdiu D typu, resp. pri zvládaní náročných situácií v súvislosti s násilím, teroristickými akciami, prírodnými či priemyselnými katastrofami a to ako vo vzťahu k obetiam, tak záchranným tímom. Pozitívny vzťah medzi zdravím a chorobou u jedincov s rôznymi hodnotami dosiahnutými v dotazníkoch PVS a SOC je veľmi zaujímavý, sľubný a podnetný i pre rozvoj psychológie zdravia, psychosomatickej a behaviorálnej medicíny i lepšie pochopenie vzťahov osobnosť – stres – zdravie – choroba.

Na našom pracovisku sme sledovali hardiness u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami v predchádzajúcich pilotných štúdiách. Profil psychickej odolnosti typu hardiness s jednotlivými komponentmi challenge, commitment a control, ako aj zmyslu pre koherenciu, diferencoval medzi pacientmi lepšie, ako niektoré iné psychodiagnostické techniky. Žiaľ, pri realizácii tejto štúdie sme už nemali k dispozícii výsledky 2 diplomových prác (Patkošová, 1994; Kardhordová, 1996), ktoré sa realizovali na našom pracovisku.

KARDHORDOVÁ, Z.: *Psychosociálne rizikové faktory ischemickej choroby srdca u žien. Diplomová práca, Bratislava, FFUK, 1996, 91 s.*

PATKOŠOVÁ, D.: *Typ správania a psychická odolnosť u pacientov s ischemickou chorobou srdca. Diplomová práca, FF UK Bratislava, 1994, 91s.*

Súbor pacientov probandov a zvolené metódy

Pri realizácii tejto štúdie sme siahli po údajoch získaných v r.1993, 1996-98 a ktoré doposiaľ neboli kompletne odpublikované.

Pôvodným zámerom štúdie bolo posúdiť medzipohlavné rozdiely v rizikových faktoroch v súbore pacientov s diagnózou ICHS v produktívnom veku s dôrazom na populáciu žien. Dlhé roky prevládala názor, že ženy v produktívnom veku sú pred rozvojom ischemickej choroby srdca (ďalej ICHS) chránené biologicky a hormonálne (Feibach a spol. 1990; Czajkowski a spol. 1994; Orth-Gomér, 1998 a i.). Do 60. roku života je to výsostne mužské ochorenie, keď muži prevládajú v populácii pacientov 2-5 násobne oproti ženám, po 65. roku života sa tento pomer mení v neprospech žien, najmä ako reakcia na hormonálnu nerovnováhu.

Nárast počtu mladých žien – žien v produktívnom veku, ktoré boli prijaté na naše pracovisko na hospitalizáciu v čase realizácie tohto projektu, ako i nárast informácií a komplexných štúdií, najmä z anglosaských a severských krajín o tomto medicínskom a sociálnom probléme (Czajkowski a spol., 1994; Mathews, 1994, 98; Frankenhaeuser, 1998; Orth-Gomér 1998 a i.) nabádalo nás k tomu, aby sme zistili, ako to vyzerá so sledovanou problematikou v našom regióne.

V ďalšej fáze sme chceli porovnať výsledky získané u žien so skupinou mužov s rovnakou diagnózou, ako aj v zdravej populácii mužov a žien.

Vyšetrili sme 100 pacientiek, hospitalizovaných v Ústave kardiovascularných chorôb a Slovenskom ústave srdcových a cievnych chorôb v Bratislave ešte v rokoch 1996-1998 s diagnózou ischemická choroba srdca (ICHS). Všetky pacientky boli vyšetrené aj selektívnou koronarografiou, na základe jej výsledkov sa pracovná diagnóza ICHS potvrdila alebo nepotvrdila. 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- cieвне postihnutie a postihnutie hlavného kmeňa – HK. V súbore 34 žien počas štúdie absolvovalo CABG (aortokoronárny bypass). Priemerný vek bol 49,5 rokov. Vek začiatku ochorenia bol 44,5 rokov (rozpätie 21 až 54 r.) prehľadne sú výsledky rozloženia súborov podľa veku uvedené v tab.č.1. Hornú hranicu začiatku ochorenia 52 rokov sme stanovili z toho dôvodu, že u žien, ktoré ochorejú na ICHS a napriek tomu sú biologicky aktívne, predpokladáme výraznejšie pôsobenie behaviorálnych a osobnostných rizikových faktorov. To isté kritérium sme použili aj v skupine mužov s ICHS, pričom sme vychádzali z našich predchádzajúcich skúseností s touto skupinou pacientov (Zikmund

a spol. 1988; Selko a spol., 1989).

Napriek umelej selekcii pacientiek, ktoré sa dostali na vyšetrenie v ÚKVCH/SÚSCH, vzhľadom k zastúpeniu jednotlivých regiónov Slovenska, považujeme súbor za reprezentatívny výber slovenských žien v produktívnom veku s klinickou formou ICHS.

Kontrolný súbor zdravých žien pozostával z 80 žien, (45 študentiek 4. ročníka FF UK a 35 manažérok), ktoré sme vyšetřili v rámci prednášok na FFUK, resp. počas manažérskych kurzov. Priemerný vek žien v kontrolnom súbore bol 28 rokov (vekové rozpätie 21 až 48 rokov).

Pre orientáciu sme výsledky vyšetření žien s ICHS porovnávali so súborom 25 mužov s diagnózou ICHS, hospitalizovaných v SÚSCH (priemerný vek 49 rokov, vekové rozpätie 32 až 54 rokov). Zaradenie do súboru prebiehalo podľa podobných kritérií ako u žien tak, aby boli zohľadnené predovšetkým behaviorálne rizikové faktory.

Kontrolnú skupinu zdravých mužov tvorili inštruktori bojovej prípravy policajného zboru (PZ) SR, (N = 46), ktorí boli vyšetření počas inštruktážneho školenia vo Vysokých Tatrách v r. 1993: reprezentovali zastúpenie zo všetkých regiónov Slovenska. Išlo o špecifickú vzorku spĺňajúcu pomerne prísne kritériá výberu do PZ z hľadiska somatického zdravia, osobnostného, intelektuálneho potenciálu, majúcu pozitívny vzťah k pravidelnej pohybovej aktivite.

Zamerali sme sa predovšetkým na oblasť psychickej odolnosti v zmysle a SOC. Použili sme slovenský preklad 50 položkového dotazníka PVS Kobasovej a 29 položkový dotazník SOC Antonovského, obe verzie adaptoval na naše podmienky prof. Jaro Křivohlavý. Všetci pacienti v súbore ako aj kontrolná skupina zdravých sa štúdie zúčastnila dobrovoľne.

Výsledky

1. Rozdelenie súboru podľa veku

Základné rozdelenie súboru podľa fyzického veku a veku začiatku ochorenia sú v tabuľke 1.

Miera postihnutia koronárnych artérií sa zhoršovala vekom, ženy s koronarograficky potvrdenou ICHS boli v priemere o 4,8 r. staršie ako ženy s nepotvrdenou ICHS ($p < 0,001$), podobne začiatok ochorenia mal štatisticky významný vzťah k veku ($p < 0,05$).

Tab. 1: Rozdelenie súboru podľa fyzického veku (FV) a veku začiatku ochorenia(ZO)

VEK	CHORÉ	ICHŠ +	ICHŠ -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY KON	MUŽI ICHŠ	MUŽI ZDRAVÍ
X FV	49,5	50,8	46	50,7	50	50,7	53,8	28	49	30,3
ROZPT	23-60	39-60	23-57	43-57	39-59	40-60	48-60	21-48	37-57	46-20
Z O	44,5	45,1	42,7	45,7	45	44,4	46,7	X	45,5	
ROZPT	21-52	30-52	21-50	35-52	30-52	30-52	30-52	X	32-54	
N	100	73	27	19	19	31	15	80	25	46

Najmladšia pacientka s klinicky potvrdeným IM bez príznakov ICHS hospitalizovaná v SÚSCH v r.1997 mala 16 rokov. Najmladšia pacientka po IM (klinicky potvrdeným) s negatívnym koronarografickým nálezom mala v čase IM 21 rokov.

2. Základné demografické charakteristiky súboru

Z hľadiska miesta bydliska 62% pacientiek pochádzalo z vidieka, resp. aglomerácií do 10 000 obyvateľov, 18% bývalo v mestách do 100 000 obyvateľov, 20% v mestách nad 100 000 obyvateľov. 15 bolo z Bratislavy, 29 zo západoslovenského kraja, 29 zo stredoslovenského kraja, 27 z východoslovenského kraja – rozloženie pacientiek podľa miesta bydliska predstavuje reprezentatívny súbor slovenských žien v produktívnom veku s diagnózou ICHS.

Zaužívané regionálne rozdelenie Slovenska na kraje sme použili pre jednoduchšiu interpretáciu a orientáciu.

Z hľadiska stavu bolo v súbore 71 % pacientiek vydatých, 13% boli vdovy, 14 % bolo rozvedených, 2% bolo slobodných. Kvalitatívna analýza partnerských vzťahov je uvedená v ďalšej časti.

V súbore prevažovali matky s 2 deťmi – (54%); 6% pacientiek bolo bezdetných, 13% malo 1 dieťa, 17% malo 3 deti, 7% malo 4 deti, 1% 5 a 2% mali 6 detí. Rozloženie žien z hľadiska počtu detí je obrazom ešte pozitívnej populačnej tendencie na Slovensku. Dnes v priemerných mladých rodinách prevažujú 2 deti. Vyšší počet detí ako 3 ako i nemožnosť mať dieťa, predstavuje pre ženu – matku vyššiu mieru psychosociálneho stresu.

Na základe anamnestického rozhovoru získané informácie o stupni vzdelania: 21 % malo základné vzdelanie, 28% malo ukončené učňovské

vzdelanie, 42% malo ukončené úplné stredoškolské vzdelanie, 9% malo ukončené vysokoškolské vzdelanie. Všetky ženy so základným vzdelaním uviedli, že nemohli ísť ďalej do školy z dôvodu zlých rodinných podmienok a nezájmu zo strany rodičov; v 2 prípadoch jednoznačne potrebou finančnej výpomoci. V žiadnom prípade nešlo o nízky stupeň vzdelania v dôsledku mentálnej subnormy.

Z hľadiska pracovného zaradenia pred ochorením 38% žien pracovalo v robotníckych profesiách, 45% pracovalo v technicko-administratívnych, 10% v riadiacich a organizačných funkciách, 6% žien boli podnikateľky, 1% bolo nezamestnaných.

Počas ochorenia alebo pobytu v ÚKVCH/SÚSCH 50% žien bolo v riadnom pracovnom zaradení, 9% bolo v čiastočnom invalidnom dôchodku, 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. Tieto údaje sme nezisťovali v kontrolnom súbore zdravých žien.

Kontrolný súbor zdravých mužov (N= 46) inštruktori bojovej prípravy PZ SR, vyšetrení počas inštruktážneho školenia vo Vysokých Tatrách v r.1993: Priemerný vek bol 30,3 r. (rozptyl 46-20 r.).

Z hľadiska rodinného zázemia: 42 (91%) boli ženatí; 4 (9%) boli slobodní. Z hľadiska kritéria vzdelania: VŠ vzdelanie malo 13 (28%); USO 33 (72%).

Priemerná doba pobytu pri PZ bola 6,7 r.; vzhľadom k napätej situácii, ktorá vtedy vládla v PZ i politickej klíme, rozdelili sme ich ešte na tých, ktorí pracovali v PZ pred r. 1989 (do r. 1989 – 67%) a po r. 1989 – 33%).

3. Psychická odolnosť v zmysle „hardiness“ v dotazníku PVS

Hodnoty hardiness composite – celkové skóre získané dotazníkom PVS sú uvedené v tab 2.

Choré ženy mali nižšiu hodnotu psychickej odolnosti vo všetkých škálach PVS (CO, CA, CM) oproti zdravým ženám, ako aj mužom ($p < 0,05$, resp. $0,001$). Zistené výsledky sú v zhode s očakávaním, že ženy, ktoré ochoreli na ICHS v mladšom veku, nielen v dôsledku ochorenia, ale dlhodobo zle zvládaných životných záťaží majú slabšie hardiness. Ženy s ICHS majú štatisticky nižšie hodnoty psychickej

odolnosti vo všetkých subškálach v porovnaní napr. so ženami s Crohnovou chorobou alebo so ženami na rizikovej gravidite (Samašová, 1998). Zdravé ženy mali vyššie hodnoty ako zdraví muži.

Hodnoty všetkých sledovaných skupín dosiahnuté v dotazníku PVS sú uvedené v tabuľkách 2-5.

Tab. 2: **Hodnoty celkového skóre PVS „Hardiness composite“**

PVS	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	56,48	56,21	57,08	59,2	57,67	53	51,74	71,11	59,29	68,7
Sigma	11,07	10,66	12,09	10,58	7,44	12,11	13,21	7,4	10,94	
Min	27,4	27,4	28,13	36,33	46,2	27,4	27,4	53,97	42,8	49,7
Max	76,77	76,77	75,4	76,77	71,3	74,77	67,43	85,37	76,3	85,3

Tab. 3: **Hodnoty dosiahnuté v subškále „Challenge“**

PVS CA	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDR	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	22,71	22,46	23,27	24,06	24,46	20,56	21,5	33,69	22,76	30,6
Sigma	6,73	6,98	6,25	5,62	5,46	8,15	8,2	5,61	6,67	
Min	8	8	9	11	19	8	8	22	12	17
Max	39	39	35	32	37	39	32	44	36	41

Tab. 4: **Hodnoty dosiahnuté v subškále „Commitment“**

PVS CM	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDR	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	31,06	30,77	31,69	31,89	30,42	29,67	27,78	36,13	31,92	35,3
Sigma	6,09	5,95	6,45	6,13	3,09	6,64	7,34	4,3	6,12	
Min	14	14	17	23	25	14	14	23	23	25
Max	43	43	42	43	34	42	35	43	45	42

Tab. 5: **Hodnoty dosiahnuté v subškále „Control“**

PVS CO	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	30,77	30,16	30,95	32,22	31,92	29,38	41	36,74	34,08	37,7
Sigma	6,72	7,89	6,21	6,56	5,35	6,57	0	4,49	6,36	
Min	11	11	17	18	24	17	41	25	24	28
Max	44	40	44	44	43	41	41	45	45	46

Podobné trendy ako v celkovom skóre hardiness sme získali aj v jednotlivých škálach challenge, commitment a control (tabuľky 3-5)

4. Psychická odolnosť v zmysle Sense of coherence – SOC, Salutogenéza

Hodnoty získané v dotazníku SOC sú uvedené v tabuľkách 6-9. Podobne ako v predchádzajúcej technike je zjavné, že dotazník diferencuje medzi chorými a zdravými probantami ako aj medzi pohlaviami.

Ženy s ICHS mali nižšie hodnoty najmä v škálach manageability (MA) a meaningfulness (ME) ako zdraví. V tomto prípade ženy mali nižšie hodnoty ako muži, chorí muži aj ženy mali nižšie hodnoty ako zdraví jedinci ($p < 0,05$, resp. $0,001$). Vzhľadom k vysokému rozptylu získaných výsledkov, boli zaujímavé zistenia, že u „zdravých“ jedincov s nižšími skóre ako v dotazníkoch PVS tak SOC pri osobnom rozhovore alebo kvalitatívnom prístupe sa objavila problematika osobnej alebo zdravotnej nepohody ako jedna z hlavných príčin.

Tab. 6: Hodnoty celkového skóre „Salutogenézy“ v dotazníku SOC

SOC	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	135,5	132,4	142,9	137,8	135,9	125,9	124,4	143,9	145	155,7
Sigma	22,85	22	23,56	20,98	17,62	23,66	25,35	17,1	22,14	
Min	76	76	96	89	105	76	84	108	100	87
Max	177	176	177	176	161	166	161	175	179	192

Tab. 7: Hodnoty v subškále „Comprehensibility“

SOC C	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	45,18	44,2	47,5	43,2	43,7	43,9	45,8	47,4	49,76	52,9
Sigma	9,86	9,78	9,84	10,65	10,22	9,46	9,11	7,5	10,51	
Min	21	21	29	21	28	25	25	30	30	36
Max	68	65	68	60	61	65	57	63	64	66

Tab. 8: **Hodnoty v subškále „Meaningfulness“**

SOC ME	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	42,45	41,25	45,28	45,29	44,07	37,54	37,09	44,82	43,64	48,8
Sigma	8,96	8,53	9,47	8,52	7,01	8,54	9,75	6,11	6,96	
Min	15	15	21	28	29	15	15	29	31	40
Max	66	55	66	55	54	50	48	56	56	56

Tab. 9: **Hodnoty v subškále „Manageability“**

SOC MA	CHORÉ	ICHS +	ICHS -	1-C	2-C	3-C	HK	ŽENY ZDRAVÉ	MUŽI ICHS	MUŽI ZDRAVÍ
X	47,89	46,95	50,12	49,18	47,93	44,58	41,91	51,71	51,2	55,5
Sigma	9,7	9,08	9,95	6,84	6,5	10,83	10,98	6,99	7,19	
Min	20	20	25	33	36	20	20	33	33	37
Max	67	64	67	61	58	63	58	65	61	70

Závery a diskusia

Znížené hodnoty hardiness a salutogenézy v použitých, zatiaľ neštandardizovaných diagnostických technikách, najlepšie diferencovali medzi súbormi zdravých a chorých. Znížená psychická odolnosť sa javí ako jeden z najrizikovejších faktorov spolupodieľajúcich sa na vzniku ochorenia pacientov s ICHS, najmä u žien v produktívnom veku (podrobnejšie sme sa tejto téme venovali inde (Selko,1998). Závažnosť ochorenia sa prejavila/manifestovala v klesajúcich hodnotách všetkých subškál oboch použitých dotazníkov na meranie psychickej odolnosti. Významnú rolu najmä u pacientov v súvislosti s objavením klinických príznakov ochorenia – či už ICHS, IM alebo diabetu mellitus – zohrával subjektívne veľmi negatívne prežívaný existenčný stres, čo sa žiaľ, zatiaľ v klasickej biomedicínskej praxi opomína.

Na základe aj vyššie uvedených zistení, dovoľujeme si tvrdiť, že v dôsledku akcelerovaného životného štýlu, preberaniu (nezdravých) spôsobov správania sa mužov ženami, zníženej odolnosti voči stresu, ako i nižšej psychickej odolnosti, biologická ochrana ženy sa znižuje, stráca svoju pôvodnú funkciu. Toto sa negatívne prejavuje nielen v zhoršujú-

com sa kardiovaskulárnom, ale aj onkologickom a celkovom zdraví 52% našej populácie (čo je percentuálne zastúpenie žien u nás).

Zaujímavým zistením s odstupom času je fakt, že koncept psychickej odolnosti v zmysle Kobasovej hardiness lepšie diferencuje medzi ženami, resp. v prospech žien, zmysel pre koherenciu a salutogenéza je lepšia u mužov a lepšie diferencuje v prospech mužov.

V porovnaní s americkou a českou populáciou (Šolcová,1996), sú nami získané hodnoty o niečo nižšie, čo môže súvisieť ako so stupňom socio-ekonomického vývoja spoločenského systému, tak s inými kultúrnymi vplyvmi.

Koncept psychickej odolnosti v zmysle „hardiness“ aj „sense of coherence“ presahuje klasické klinicko-psychologické ponímanie rizikových a protektívnych faktorov. Svojím existenciálno-filozofickým záberom, ktorý má pragmatické pozadie a súvisí so životnou filozofiou, s reálnym biologickým prežitím, so „správaním zameraným na zdravie“ (health behavior) a „upevňovaním zdravia“ (health enhancement) (Antonovski,1992). Je to pozitívny odkaz autorov, ktorí študovali minulosť, je to výzva a odkaz pre psychológiu zdravia, ktorá sa orientuje na budúcnosť.

Literatúra:

- KOBASA, S. C.: Personal Views Survey. Chicago, IL, Hardiness Institute 1985.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Nezdolnosť typu hardiness. Českoslov. psychol., 35; 1991, 1, s.59-64.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Nezdolnosť v pojetí SOC, Českoslov. psychol. 34;1990,6,s.511-517
- SAMAŠOVÁ, M.: Niektoré psychologické a psychosomatické aspekty gravidity, Diplomová práca, Katedra psychológie FF UK, Bratislava, 1998, 72s.
- SELKO D.: Psychosociálne rizikové a protektívne faktory ICHS u žien; Kandidátska dizertačná práca SÚSCH – FFUK, Bratislava,1998,95 s.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Rozdiely v úrovni a štruktúre osobnostnej odolnosti („hardiness“) u vzorku americkej a českej populácie., Čsl.psychol. 1996; 2: s.480-487.
- WILLIAMS, P.G., WIEBE, D.J., SMITH, T.W.: Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health, J.Behav. Med., 15, 1992,3, s.237-255.
- ANTONOVSKI, A.: Salutogenesis, The sense of coherence newsletter, Ben-Gurion University of the Negev, 4, February, 1992, 11s
- CZAJKOWSKI, S.M., HILL, D.P., CLARKSON, T.B. (Ed 's): Women, behavior, and cardiovascular disease, NIH Publication No.94-3309, Washington DC., August, 1994,
- CONTRADA, R. J.: Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. J Person Social Psychol 57;1989; 5: s. 895-903.
- FEIBACH, N.H., VISCOLI, C.M., HORWITZ, R.I.: Differences between women and men in survival after myocardial infarction. Biology or methodology? JAMA 1990;263:8: s. 1092-1096.

-
- FRANKENHAEUSER, M.: Leadership, gender, and health., In: 4th International Congress of Behavioral Medicine, Washington, March, 1996.
- MATTHEWS, K.A.: Reproductive hormones, stress, and cardiovascular reactivity in women. In: CZAJKOWSKI, S.M., HILL, D.P., CLARKSON, T.B. (Ed's): Women, behavior, and cardiovascular disease, NIH Publication No.94-3309, Washington, DC., August, 1994, s.145-151.
- ORTH-GOMÉR, K.: Psychosocial risk factor profile in women with coronary heart disease. In: ORTH-GOMÉR, K., CHESNEY, M.A., WENGER, N.K.: Women, stress and heart disease. Lawrence Erlbaum Ass., Mahwah, New Jersey, London, 1998, s.25-38.
- SELKO, D., RIEČANSKÝ, I., ZIKMUND, VĽ., GROŽAJOVÁ, M., MEŠŤANOVÁ, A.: Cardiovascular reactivity to the model mental stress in the patients with IHD, Mental stress as a trigger of cardiovascular events, International meeting, Veruno, 1989, Abstract Book s.7.
- ZIKMUND, VĽ., SELKO, D., RIEČANSKÝ, I., CAGÁŇ, S., BREIER, P., MEŠŤANOVÁ, A.: Relationship between the ability to cope with affectogenic situations, type A/X+B behavior pattern and coronary heart disease, Vsesojuznoje symposium: Psychopatologia emocii a patologia srdca, Suzdal, 1988, Abstract Book s. 35.

RACIONÁLNE A IRACIONÁLNE KOGNÍCIE V KONTEXTE STRESU, PSYCHICKEJ ODOLNOSTI A ZDRAVIA

Jana Kordačová

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava, e-mail: expsjkor@savba.sk

¹¹ Štúdiá vznikla s finančným príspevkom Centra excelentnosti výskumu kognícií pri Ústave experimentálnej psychológie SAV v Bratislave (CEVKOG) a grantového projektu VEGA č. 2/6185/26.

Abstrakt: V príspevku sa zameriavame na problematiku odolnosti a stresu z kognitívneho pohľadu racionálno-emočného behaviorálneho prístupu, ktorý dáva odpoveď na otázku, ako sa environmentálne iritácie stávajú záťažovými. Dôraz sa kladie na význam myšlienkových procesov v stresujúcej situácii, ktoré jej prežívanie môžu facilitovať alebo naopak redukovat' (iracionálne vs. racionálne presvedčenia). Vo vzťahu k reziliencii a zvládaniu sa tiež uvádzajú a analyzujú bloky racionálneho myslenia v zmysle pendanta racionálnych princípov, ktoré tieto bloky pomáhajú prekonať (a ktoré sa v príspevku rovnako ilustrujú a analyzujú). Záverom sa zdôrazňuje význam kognitívnej sebaregulácie ako významného prostriedku podpory celkového zdravia, psychickej odolnosti a zvyšovania kvality a radosti zo života (pozitívna psychológia).

Problém

Dnes je už všeobecne známym faktom, že početné zdravotné problémy ľudí sú zapríčinené psychogénne. Týka sa to najmä tzv. civilizáčnych chorôb ako sú kardiovaskulárne ochorenia, astma, psoriáza, gastrointestinálne poruchy, zvýšený cholesterol, znížená imunita, prípadne onkologické (pozri napr. Žucha, 2001) a iné ochorenia. K ich najvýznamnejším negatívnym spúšťačom patrí stres, čo je tiež dôvodom, prečo súčasná psychológia venuje takú pozornosť nielen otázkam jeho vzniku, priebehu a zvládania, ale tiež schopnosti človeka odolávať jeho nepriaznivým vplyvom. Táto problematika býva v psychológii vyme-

dzovaná kľúčovými pojmami ako „*hardiness*“, „*resilience*“, príp. *resistance*“ a pod., ktoré sú však zároveň protektívnymi činiteľmi zdravia a tak sa s nimi stretávame aj na pôde vývinovej psychológie, psychopatológie, psychológie zdravia alebo tzv. pozitívnej psychológie atď.

Súčasný prístup k stresu sa od čias svojich začiatkov zmenili. Tradíčne sa stres chápal ako výsledok vonkajších vplyvov, ktoré sú mimo regulačného dosahu subjektu, ktorý ho prežíva, pričom v úvode vedeckého štúdia stresu (W. Cannon, H. Selye) sa robili experimenty na zvieratách, z reakcií ktorých sa extrapolovalo na ľudí. Až oveľa neskôr, vďaka priamym výskumom na ľuďoch, sa začali objavovať argumenty, že vonkajšie okolnosti nemajú žiadnu vnútornú „schopnosť“ vyvolať stres, ale že jeho efekt je naopak sprostredkovaný tým, ako individuum stresovú situáciu vníma a spracováva, a tiež tým, aké sú jeho *vnútorné* zdroje na jeho zvládnutie.

K tomuto posunu v pohľadoch výskumníkov smerom k otázkam *subjektívneho* spracovávanía vonkajšej reality došlo predovšetkým s nástupom kognitívnej paradigmy do psychológie, keď sa začiatkom 60. rokov 20. storočia začala presúvať pozornosť od správania človeka k jeho *kogníciám*. A tak sa medzi dovedty známymi a uznávanými stresormi, ako boli napríklad vojnové konflikty, partnerské nezhody, pracovný stres, časový stres a pod., začali objavovať aj menej frekventované premenné typu ľudských kognícií. Najvýznamnejšie miesto z nich dodnes patrí myšlienkovým a hodnotiacim procesom jednotlivca v stresujúcej či inak prežívanej situácii.

V našom príspevku by sme radi venovali pozornosť tomu, ako niektoré špecifické kognície môžu vystupovať v podobe signifikantných stresorov, ale aj salutorov a protektorov zdravia. Sústredíme sa osobitne na racionálne a iracionálne myslenie, ktoré majú spomínaný kognitívno-hodnotiaci obsah, pričom treba pripomenúť, že už prví kognitívni terapeuti Aaron Beck a Albert Ellis postrehli, že stres má pôvod a sa zvyšuje pôsobením chybných (*faulty*), alebo – ako ich nazvali *iracionálnych* – spôsobov myslenia (Irvine, 2007). K rozvoju teórie i praxe psychológie stresu a psychickej odolnosti neskôr významnou mierou prispeli aj ďalší kognitivisticky orientovaní autori, ktorí sa venovali kognitívnym aspektom psychickej záťaže v kontexte psychológie zdravia: R. Lazarus a S. Folkmanová svojím kognitívnym modelom stresu (1984), M. Seligman teóriou naučenej bezmocnosti (1991) a neskôr na-

učeného optimizmu (1996), S. Kobasová (1979) svojím konceptom hardiness, a ďalší. Z domácich autorov spomeňme aspoň J. Křivohlavého a O. Kondáša, kde u posledného autora jeho celoživotný záujem o ľudskú kogníciu vyústil o.i. do vypracovania v našich podmienkach ojedinelého *Programu na prekonávanie stresu PROPRES* (1986), ktorý už zahŕňa konkrétnu prácu s dysfunkčnými iracionálnymi myšlienkami.

Racionálno-emočný behaviorálny prístup a iracionalita/racionalita v chápaní A. Ellisa

Ako je známe, racionálno-emočný prístup, resp. racionálno-emočný behaviorálny prístup (REBT) vychádza z myšlienky, že ľudia si v podstatnej miere zapríčiňujú svoje emočné problémy sami tým, že myslia seba poškodzujúcim spôsobom, ktorý je nelogický a nerealistický – iracionálny (Ellis, MacLaren, 2005 a inde). Racionálno-emočný behaviorálny prístup dáva odpoveď aj na otázku, ako sa rôzne environmentálne iritácie stávajú záťažovými, keď postuluje, že každý kognitívny proces, ktorý facilituje tvorbu stresu, takmer vždy obsahuje nejaké iracionálne presvedčenia (Abrams, Ellis, 1994 a inde). Odpoveď na zdroj stresu sa teda nachádza vo vnútri stresovaného jedinca, a nie v udalosti, ktorú prežíva. V zmysle REBT prístupu totiž nič nie je stresom *samo o sebe*, robí ho ním iba naše *myslenie*.

Ellis bol presvedčený, že takmer všetky chyby alebo zlyhania v živote človeka sa dajú pripísať nedostatku „zdravého rozumu“; preto sa zamerával na jeho hlavnú príčinu – na iracionálne presvedčenia. Ich základnou charakteristikou totiž je, že sú nerealistické, absolutizujúce a bránia dosahovaniu cieľov (Ellis, 2003 a inde, bližšie pozri aj Kordačová, 1994, 2003 a inde, Kondáš, Kordačová, 2000).

Pre čitateľa, ktorý nie je celkom orientovaný v problematike iracionálnych kognícií uvádzame, že v súčasnej KBT literatúre sa hovorí o troch základných a zároveň typických iracionálnych presvedčeniach ľudí (Kendall, 1995):

- ▶ Presvedčenie o tom, že *musím* preukázať svoju jednoznačnú kompetentnosť, adekvátnosť, úspešnosť a inteligenciu vo všetkom, o čo sa v živote pokúsim – inak som bezcenný človek.
- ▶ Ľudia *musia* so mnou jednať ohľaduplne a poctivo. Ak nie, sú to darebáci, ktorí si zaslúžia zatratenie a tvrdý trest.
- ▶ Podmienky a okolnosti môjho života *musia* byť úplne v súlade s mo-

jimi predstavami a zásadne nesmú byť náročné alebo frustrujúce. Inak je život neznesiteľný.

Spoločným menovateľom tu sú *neopodstatnené nároky* (známe ako „pasce typu „musenia“ – tzv. „musy“) o tom, aký by mal byť svet a tiež ľudia v ňom (Ellis, 2003 a inde). V tomto zmysle tento autor hovoril aj o „*detinskej vyžadovateľnosti*“ dospelých ľudí. Uvedené presvedčenia navyše odporujú rozumu i realite a majú podobu vnútorných hovorov k sebe, ktorými si bežné, väčšinou únosné životné ťažkosti menia na tragédie či nespĺniteľné úlohy, ktoré však súčasne „nesmú“ ostať nespĺnené. Tak dochádza k neriešiteľným situáciám, z ktorých vyplývajú patologické emócie typu fóbie, paniky, depresie, závislosti, nenávistej agresie a iné zdraviu škodlivé prežívanie (Balcar, 1989). Najúčinnjším producentom stresu sú podľa Ellisa a Abramsa (1994) najmä negatívne zdeformované hodnotenia – tzv. *awfulizing* („zhrôzostrašňovanie“), napríklad o tom, že „*To bude príšerné, ak neurobím túto skúšku!*“ (alebo *ma odmietne táto dievčina*) a spomínané „musenia“: „*Musím mať priazeň všetkých pre mňa osobne dôležitých ľudí*“, alebo „*Ostatní musia rešpektovať moje potreby*“ a pod.

Keďže iracionálne presvedčenia sú absolutizujúce a antiempirické, ich zákonitým dôsledkom je to, čo sa nazýva narušenými emocionálnymi stavmi. Nelogické, iracionálne myslenie totiž vedie k emočnému preťaženiu, preto Ellisov prístup zdôrazňuje aj v bežnom živote predovšetkým logiku, rozum a objektívnosť, tj. potrebu *vedeckého* spôsobu myslenia ako základu racionálneho uvažovania, ktoré je logicko-kritické, vyznačuje sa úsilím o čo najadekvátnejšie postihovanie objektívnej reality, čo tvorí východisko pre zdravý a emočne vyvážený život.

Racionálne myslenie

Týmto pojmom sa v racionálno-emočnej literatúre označujú myšlienkové procesy, ktoré sú uvážené a rozumné (reasonable), jasné a priamočiare (clear-headed), „odemočnené“ (dispassionate), logické (logical), zmysluplné (sound), stojace na faktoch (factual), pravdivé (truthful), správne (correct) a užitočné (beneficial) (Franken, 2005, Maultsby, 1994). Na rozdiel od iracionálnych presvedčení, ***racionálne presvedčenia***:

- sa dajú *empiricky* doložiť a sú *primerané* (buď vzhľadom na danú skutočnosť alebo na takú jej eventualitu, ktorá by mohla nastať)

- ▶ Sú *preferenčné* (t.j. *neabsolutizujú*), čím podmieňujú funkčné prejavy a vedú k zdravým emočným dôsledkom, ktorými sú adekvátne (tj. nie extrémne), pocity a prežívanie (napr. ľútosť a zármutok, namiesto depresie a zúfalstva).
- ▶ Podporujú „zdravé“ a racionálne konanie, ktoré smeruje k úsiliu o zmenu nevyhovujúcej situácie alebo seba, k osobnostnému rastu a k vyhýbaniu sa všetkému, čo blokuje dosiahnutie cieľov.

Preto sa racionálne myslenie považuje za významné aj z hľadiska ochrany duševného zdravia a prevencie jeho porúch (bližšie pozri napr. Kordačová, 1994, 1996, 2002), pričom pojem racionálny neznamená – ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať – *neemocionálny, mechanický* alebo *netvorivý*, ale práve naopak. Ak je totiž myslenie a konanie skutočne racionálne, tj. ak sa rozum použije primerane, výsledkom sú adekvátne a pociť šťastia navodzujúce emócie. **Racionalita** sa preto v racionálno-emočnej behaviorálnej teórii a terapii považuje za základ adaptívneho fungovania a racionálne presvedčenia sa tu označujú aj pojmom *coping beliefs* (napr. Ellis, Harper, 1997).

Bloky racionálneho myslenia

Ellis identifikoval viaceré tendencie, ktoré ľuďom bránia uvažovať „správne“, rozumne a byť – ako sa hovorí – „v pohode“. Nazval ich **blokami racionálneho myslenia** a sú dané najmä tým, že:

1. Ľudia *ignorujú pozitívno*. I keď nie permanentne, ale pomerne často. Predovšetkým vtedy, keď majú mizernú náladu.
2. Ľudia *zveličujú negatívno*. Vo zvýšenej miere najmä vtedy, keď sa nakumuluje. Sebaľútosť typu „*Ja chudáčik*“ sa považuje za iracionálny spôsob, ako si získať účasť alebo vyvolať súcit.
3. Ľudia majú *sklon k nadmernému zovšeobecňovaniu*. Občasné drobné nezdary zavše nafúknu do nadrozmerných veľkostí, napríklad slovami: „*Nikdy sa mi nedarí!*“ alebo „*Nemám žiadnych priateľov*“, a pod. (Franken, 2005).

Ellis (2001) dokonca vypracoval špeciálnu terminológiu na označenie takýchto našich špecifických kognitívnych sklonov: napr. *zostrašňovanie* (*awfulizing*) – pre tendenciu robiť „z komára somára“, podobne katastrofizáciu (*catastrofization*) – pre videnie dopadu vecí v tých najčiernejších kontúrach, *musenie/musturbancia* (*musturbation*) – pre iracionálne požiadavky, ktoré kladieme na seba či iných ľudí, pokiaľ ide

o to, čo údajne „*musia*“ alebo „*nesmú*“, *nevydržateľní* (I-cant-stand-it-itis) – pre zníženú frustračnú toleranciu a pocit, že ani najmenšia nepríjemnosť sa nedá zniesť, a pod. (pozri aj Kordačová, 2005). Zoznam podobných *chybných myšlienkových vzorcov* vypracoval aj A. T. Beck, ktorý hovoril o *kognitívnych distorziách* v myslení, ktoré si ľudia osvoja ešte v detstve, mladosti, ale aj v priebehu neskoršieho života. K najčastejším patria:

1. *Mentálny filter* (the mental filtering) – zapríčiňuje, že človek eviduje len negatívne veci života.
2. *Dichotómne myslenie* (dichotomous thinking): veci sú alebo biele, alebo čierne, dobré alebo zlé, pekné alebo škaredé....
3. *Jasnovidecť* (mind reading): presvedčenie, že vieme, čo si iní myslia, alebo poznáme dôvod, prečo konajú istým spôsobom.
4. *Katastrofizácia* (catastrophic exaggeration): t.j. dovoľíme svojej myslí zveličiť negatívne skúsenosti namiesto toho, aby sme sa opierali o fakty.
5. *Obviňovanie iných* (blaming): Ak sa nevieme vysporiadať s vinou, naša myseľ nachádza východisko alebo únik v tom, že skreslí pravdu a „zvalí“ vinu na niekoho alebo na niečo.

Niektoré chyby myslenia ako subkategórie kognitívnych distorzií sme bližšie rozobrali aj v našej knižke (Kondáš, Kordačová, 2000) a nazvali sme ich 8 iracionálnych „P“. Ide o *perfekcionizmus*, *personalizáciu* (pripisovanie si dôsledkov, za ktoré nenesieme zodpovednosť), *pesimizáciu* („čierne okuliare“), *psychologizáciu* (atribučná chyba so zúžením príčin iba na psychologické zdroje, napr. „*Stačí len chcieť a všetko sa dá*“), *patologizáciu* (napr. „*Je to sklerotik*“, ak ide o púhu roztržitosť), *privilegovanie* (neprimerane zvýšené nároky alebo ohľady, správanie sa typu „*princeznej*“, „*netýkavky*“ a pod.), *psychopermanentku* (zahŕňajúca istú trvanlivosť „*Ja som permanentný smoliar*“ a pod.) a *podmieňovanie* ako spôsob uvažovania („*Keby som vtedy vedel, čo viem dnes...*“).

Vo vzťahu k zvládaniu stresu a k zvyšovaniu psychickej odolnosti (alebo tiež k *reziliencii*, ako sa možno v poslednom období s týmto pojmom stretnúť v literatúre), W. Froggatt (2006) rozpracoval niektoré *racionálne princípy*, ktoré môžu pomôcť odhaliť dysfunkčné presvedčenia, spôsobujúce stres a prekonať bariéry v uplatňovaní stratégií na zvyšovanie odolnosti a zvládania. Ide o analógiu atribútov plne funkčnej osoby (fully functioning person, Ellis, 1991), ktoré charakterizujú emočne zdravého a psychicky odolného človeka.

Prvým princípom je **sebapoznanie**. Froggatt ho kladie na prvé miesto, keďže väčšina ostatných princípov na ňom stavia. Sebapoznanie zahŕňa dôkladné poznanie vlastných schopností aj obmedzení, vrátane typu temperamentu, typických zvládacích štýlov, osobných hodnôt a cieľov, a pod. Sebapoznanie je dôležité pre využívanie efektívnych stratégií zvládania, ktoré by mali byť kompatibilné s osobnostnými dispozíciami, osobnými hodnotami, ale aj napr. s úrovňou frustračnej tolerancie a s dosiahnuteľnosťou cieľov a pod.

► **Sebaakceptácia a sebadôvera** – sú dva na seba naväzujúce koncepty. Pri prvom ide o schopnosť prijať samého seba bez iracionálnej požiadavky byť iným než aký som. Sebaakceptácia je racionálnou alternatívou sebahodnotenia a stojí na myšlienke, že rozumnejšie je nehodnotiť vlastné Self vôbec a radšej venovať čas a energiu hodnoteniu svojho *správania* a kvality svojej existencie. To, či nám naše konanie pomáha dosahovať ciele a či je naša radosť zo života primeraná je podľa teórie REBT užitočnejšie, ako starosť o to, či som dostatočne hodnotný. Táto stratégia spätne poskytuje základ pre sebadôveru, ktorá umožňuje podstupovať riziká, prežívať nové veci a mať svoj život vo vlastných rukách.

► **Osvietený záujem o seba samého** – schopnosť konať v súlade s vlastnými záujmami vyplýva zo seba prijatia a sebadôvery. Neznamená ignoráciu potrieb iných ľudí, ale staving najvlastnejších hlbokých potrieb na prvé miesto. Je to dané biologicky a evolučne – nebyť tohto princípu, žiadne živé bytosti by neprežili. Už Hans Selye (in Froggatt, 2006) zdôraznil, že hoci sme vybavení aj sociálnym záujmom, je to predovšetkým preto, aby sme fungovali adekvátne v rámci celku a aby tak sociálny systém ako celok prežil. Záujem o druhých zabezpečí, že sa k nám iní budú správať pekne a nebudú nám ubližovať. Pomáhame teda druhým najmä preto, aby sme pomohli samým sebe prežiť v rámci celku. Tento princíp sa v REBT nazýva *osvieteným záujmom o seba*, keď starosť o to, čo je v našom záujme nám pomôže dosiahnuť to, čo je pre vás najlepšie a vyhnúť sa tomu, čo nám škodí.

► **Tolerancia frustrácie a diskomfortu** – je pre zvládanie stresu základnou požiadavkou. Ak svoj život žijeme v zmysle iracionálneho presvedčenia, že „*Život nesmie byť náročný a veci by mali bežať podľa našich predstáv*“, narazíme na nepríjemnú skutočnosť, že frustrácia jednoducho existuje bez ohľadu na to, či si to prajeme alebo nie. Je preto lepšie zvoliť si to, čo nás dovedie k primeranému emočnému prežíva-

niu, t.j. akceptovať uvedenú skutočnosť, než to, čo privedie k extrémnym a nezdravým pocitom (zlosti, zúrivosti, nenávisti, úzkosti, depresie, pocitom viny) a pod.

▮ **Potešenie s dlhodobým účinkom** – Tento princíp sa dá zhrnúť do tézy „*Žiť pre prítomnú chvíľu s pohľadom upretým do budúcnosti*“. Napr. nepozerať TV a radšej si miesto toho zacvičiť sa z hľadiska krátkodobého prospechu môže zdať práve ono, ale z dlhodobého hľadiska si nielenže upevníme zdravie, ale získame aj novú radosť – radosť z pohybu a cvičenia. Preto je dobre nezabúdať, že okrem terajšej chvíle sa budeme chcieť mať dobre a príjemne aj *nabudúce* (a vlastne celý život). Racionálno-emočný prístup preto odporúča žiť život s cieľom dosiahnuť maximálne potešenie tak v prítomnosti, ako aj pre budúcnosť.

▮ **Podstupovanie rizika** – človek je od prírody orientovaný na zaisťovanie si bezpečia, predvídateľnosti a zbavenia sa strachu. Dokonale bezpečný život by však bol nudný a svojím spôsobom aj „nebezpečný“ v tom zmysle, že by sme „zakrneli“ a tiež by sme nedosiahli to, čo chceme. Podstupovanie rizika je dôležité aj pre poznanie našich hraníc a toho, čo nám vyhovuje a čo nie. Riskovať a podnikáť aktivity, ktoré nezaručujú, že uspejeme, nás robí odolnejšími voči neistote a zvyšuje sebadôveru vo vlastné schopnosti.

▮ **Striedmosť a sebaovládanie** – pomáha vyhýbať sa extrémom v myslení, prežívaní a správaní, čím stabilizuje zbytočné výkyvy nálad, správania a celkovo naše zdravie.

▮ **Emocionálna a behaviorálna zodpovednosť** – Pod emočnou zodpovednosťou sa v racionálno-emočnej teórii a terapii chápe presvedčenie, že človek je sám „autorom“ svojich pocitov ako reakcie na to, čo život prináša. Opakom je iracionálne obviňovanie iných za to, čo prežívame a ako sa cítime. *Behaviorálna* zodpovednosť znamená uvedomenie si, že nik nás nenúti správať sa ani konať určitým spôsobom. Podobne nenesieme zodpovednosť za pocity iných ľudí, keďže nemáme dosah na to, ako sa iní rozhodnú vnímať svet okolo seba. Ak preberáme zodpovednosť za svoje prežívanie a správanie, vyhneme sa tomu, aby sme neprímerane reagovali na to, čo povedia alebo urobia druhí ľudia. Je to cesta, ako získať pocitovú nezávislosť na tom, čo sa deje okolo nás, pokiaľ si to budeme priať.

▮ **Sebariadenie a angažovanosť** – prebratie zodpovednosti za riadenie svojho života zahŕňa vybratie si cieľov a uistenie, že sú to skutočne naše

vlastné ciele, ich aktívne napĺňanie miesto planého rozjímania o nich, tiež robenie vlastných rozhodnutí, aj napriek opozícii iných, a práca na zmene vecí, ktoré nám nevyhovujú namiesto čakania na zázrak. Je to zdravé, vzrušujúce, prináša to radosť a pestujeme si tým vlastnú odolnosť.

► **Flexibilita** – podporuje prežitie a napredovanie, pretože svet sa mení neustále. Ak tomu pružne neprispôbíme aj naše postoje, okolitá zmena v nás bude vyvolávať stres a poškodzovať naše zdravie. Ak na takúto zmenu nazeráme ako na výzvu a nie ako na hrozbu, sme podľa S. Kobasovej tzv. *hardy persons*, t.j. ľudia s charakteristikou, známou ako *hardiness*. Aj Froggatt konštatuje, že pružných ľudí víchor nezlomí, pretože sa vedú prispôbiť novým okolnostiam, ktoré vyžadujú nové spôsoby myslenia a konania. Pružnosť v myslení znamená, že naše hodnoty nie sú rigidnými, nemennými pravidlami, ale *preferenciami*, ktoré nemusia byť naplnené *za každú cenu* a že vo svetle nových informácií a faktov sme ochotní zmeniť svoje názory. Pružnosť v konaní znamená, že dokážeme zmeniť „výhybku“, ak je to v našom záujme, pričom aj iných necháme ísť ich vlastnou cestou bez toho, aby nás iritovalo, ak to nie je podľa našich predstáv.

► **Objektívne myslenie** – je logické, empirické, pragmatické a pružné – pod novým poznaním sa mení. Je založené na objektívnych faktoch a dôkazoch, nie na subjektívnych pocitoch a nerealistických presvedčeniach. Napr. iracionálne presvedčenie o „osudovosti“ môže viesť k pasivite a až k pocitu bezmocnosti, ako zistil už Seligman (*learned helplessness*). Objektívne myslenie preto prispieva k lepšiemu zvládaniu stresu a k väčšej odolnosti voči nemu.

► **Akceptácia reality** – je schopnosť človeka prijať skutočnosť takú, aká je. Je to prijatie faktu, že niečo proste existuje a že nie je žiaden dôvod, aby to neexistovalo, ani aby to bolo iné, než aké to je. Akceptácia reality obsahuje aj poznanie, že žiadna stopercentná istota neexistuje, že utópie sú nepravdepodobné, že isté veci sa nedajú zmeniť (vrátane ľudí – to môžu urobiť len oni sami) a že je to tak v poriadku. Toto poznanie nám ušetrí veľa stresu, zdravia a zbytočne vynaloženej energie na „boj s veternými mlynmi“ a ušetrí ju na riešenie problémov, ktoré si ju vyžadujú.

Záver

V našom príspevku sme sa zamerali na problematiku stresu a odolnosti z pohľadu racionálno-emočnej behaviorálnej teórie, tj. kognitív-

neho prístupu, ktorý za jednu z hlavných príčin distresu a jeho psychosomatizácie považuje nesprávne vnímanie, hodnotenie a interpretáciu prežíanej udalosti jednotlivcom, čo je dané predovšetkým jeho dysfunkčnými kognitívnymi schémami a iracionálnymi presvedčeniami. Takéto kognície sú v zmysle REBT jedným z kľúčových činiteľov emočných problémov ľudí a preto A. Ellis so spolupracovníkmi ponúkli a rozpracovali ako „protiváhu“ iracionality *racionálne princípy*, ktoré pomáhajú prekonať bariéry v uplatňovaní stratégií na zvyšovanie odolnosti a zvládania. K vedeckému mysleniu, ktoré je objektívne, racionálne, logicko-kritické a opierajúce sa o fakty, nabádajú títo autori aj v bežnom živote s tým, že takýto spôsob myslenia sa považuje za kľúč k emočnému zdraviu a celkovej životnej spokojnosti.

Treba však podotknúť, že i keď uvedené racionálne princípy „imunitizujú“ voči stresu a zvyšujú našu odolnosť, racionálno-emočný prístup netvrdí, že existuje lineárna závislosť medzi civilizačnými chorobami, ktoré stres vyvoláva a iracionálnymi presvedčeniami ako takými. Skôr sa ukazuje (Hart a kol. 1991), že iracionálne presvedčenia sú základom prolongovaného vzrušenia (arousal) a emocionálneho napätia ako hlavnej príčiny väčšiny chorôb, ktoré sa spájajú so stresom. Akokoľvek, možnosť vstupovať do regulácie vlastného prežívania a zdravia prostredníctvom kognícií – a najmä racionálneho myslenia – je inšpirujúca. Nemenej pozitívne provokujúca je aj autoregulačná úvaha M. C. Maultsbya o tom, že za svoje myšlienky nesieme hlavnú zodpovednosť my sami: *„You alone control the ideas you believe in“*. Nabáda totiž k možnosti uvedomiť si chyby vo vlastnom myslení a existujúce iracionálne názory a presvedčenia nahradiť funkčným a adaptívnym myslením, ktoré podporuje zdravie, znižuje stres a zvyšuje kvalitu a radosť zo života (pozitívna psychológia).

Literatúra:

- Abrams, M., Ellis, A. (1994): Rational emotive behaviour therapy in the treatment of stress. British J. of Guidance and Counselling 22, 1, 39-50.
- Balcar, K. (1989): Racionálně-emoční terapie Alberta Ellisa. Psychoterapeutické sešity 29, Kabinet psychoterapie PK, Praha.
- Ellis, A. (1991): Achieving self-actualization: The rational-emotive approach. In: Jones, A. Crandall, R. (eds.), Handbook of self-actualization. J. Soc.Behav.Person. 6, 5, 1-18.
- Ellis, A. (2001): Člověče neboj se! Jak ovládnout úzkost dřív než ovládne nás. Praha: Lidové noviny.

- Ellis, A. (2003): Early theories and practices of REBT and how they have been argued and revised during last three decades. *J. of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 21, ¾, 219-243.
- Ellis, A. Harper, R. (1997): A guide to rational living. 3rd edition. CA: Wilshire book Company.
- Ellis, A, MacLaren, C. (2005): Racionálno-emoční behaviorální terapie. Praha, Portál.
- Froggatt, W. (2006): Taking control. Harper Collins, Auckland.
- Haaga, D., Davison, G.C. (1989): Slow progress in RET outcome research: Etiology and treatment. *Cogn. Therapy and Research* 13, 493-508.
- Irvine, J. (2007) : ztiahnuté z http://www.psych.yorku.ca/jirvine/3440/lecture_5_stress_and_moderators_files/lecture_5_stress_and_moderators.ppt, dňa 19. 2. 2007
- Kendall, P.C. (1995) Healthy thinking. *Behav. Therapy* 23, 1-11.
- Kondáš, O. (1986): PROPRES – Program na prekonávanie stresov. Príručka. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy n.p.
- Kondáš, O., Kordačová, J. (2000). Iracionalita a jej hodnotenie. Bratislava: Stimul.
- Kordačová, J. (1994): Poznávanie, iracionálne kognície a možnosť využitia racionálno-emočného prístupu v stratégii zvládania. In: Ruiselová, Z. (Zost.): Poznávanie a zvládanie záťažových situácií. Bratislava, Ústav experimentálnej psychológie SAV, 49-67.
- Kordačová, J. (1996): Iracionálne presvedčenia a psychické zdravie. *Česká a slovenská psychiatrie* 2, 75-82.
- Kordačová, J. (2002): Racionálno.emočná edukácia ako preventívna metóda. In: Kondáš, O. a kol.: State z klinickej psychológie. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 226-242.
- Kordačová, J. (2003a): Osobná životná filozofia, coping a spokojnosť so životom z aspektu miery iracionality a veku – kvalitatívna analýza vnútornej reči. In: Ruiselová, Z. (Zost.), Zvládanie záťaže a adjustácia v kntexte veku a osobnosti. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, s. 46-59.
- Kordačová, J. (2003b): Odpovede na anketu: In Kováč, D.: (Ed.), K problémom kultivácie integrovanej osobnosti na prahu 21. storočia. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV (10 strán rkp., nepaginované).
- Kordačová, J. (2005): Miesto iracionálnych presvedčení v prežívaní strachu. *Čs. Psychologie* XLIX, 1, 65-73.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Maultsby, M. C. (1984): Help yourself to happiness through rational self-counseling. Boston: Marlborough House, Herman Publ. Inc.
- Seligman (1991): Helplessness. New York: Freeman.
- Seligman (1996): The optimistic child. New York: Houghton-Mifflin.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *Br. Med. J.* 4667: 1383-92.
- Žucha, I. (2001): Fragmenty. Psychiatrická spoločnosť SLS a Psychiatrická nemocnica F. Pinela v Pezinku.

SALUTOGENÉZA – RECENZIA

Marta Hornáková

Katedra liečebnej pedagogiky PdF UK v Bratislave

marta.hornakova@fedu.uniba.sk

Recenzia: Rüdiger Lorenz: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. (Salutogenéza. Základy pre psychologov, lekárov a odborníkov v pomáhajúcich vedách.) Mníchov, Basel: Ernst Reinhardt 2004, 208 s.

Zdravie je najvyššia hodnota. Otázky ako ho udržať, prípadne znovu obnoviť alebo ako sa naučiť žiť s ochorením a utrpením, sa dotýkajú každého človeka. Osobitný význam majú pre odborníkov v pomáhajúcich profesiách. Kniha, ktorá prišla na knižný trh z nemeckého vydavateľstva Reinhardt, ponúka nové pohľady na zdravie a otvára tým ďalšie možnosti v pomáhajúcich profesiách. Psychoterapeut a vysokoškolský pedagóg na univerzite v Hannoveri, R. Lorenz, ako sám vyznáva „s potešením“ prezentuje základy salutogenetickej koncepcie zdravia podľa Antonovského a spája tieto východiská s dynamicky sa rozvíjajúcim myslením v oblasti psychológie zdravia a vývinu, psychoterapie a pomáhajúcich koncepcií v zdravotníctve, sociálnej starostlivosti i vo výchove. Nová paradigma v nazeraní na zdravie predstavuje protipól pre u nás spravidla dominujúce zameranie na patológiu a možnosti odstraňovania symptómov choroby. Zo salutogenetického hľadiska nie je zdravie chápané ako neprítomnosť choroby alebo ako ideálny stav, akési optimum, ale ako „komplexná kvalita“ života človeka, kde obe tieto stránky – zdravie i ochorenie, tvoria jednotu. Telo človeka zjednocuje somatickú, psychickú i duchovnú stránku človeka. Somatické a psychické procesy pôsobia synergicky, pričom zatiaľ nepoznáme uspokojujúcu odpoveď na otázky ohľadne ich vzájomného ovplyvňovania. Z hľadiska terapie sa mimoriadne významnými stávajú faktory protektívne, ochraňujúce, podporné. Do popredia sa dostáva vytváranie zdravotného povedomia a aktívneho životného štýlu smerom

k udržaniu a obnoveniu zdravia. Nejde tu zďaleka len o dôraz na zdraviu prospešné návyky ale celostne o mobilizáciu síl jednotlivca (pozitívne rezervy osobnosti), ako aj o spoluvytváranie nových perspektív a kvalít.

Základné teoretické východiská predstavuje autor v prvej kapitole. Nie bez zaujímavosti sú biografické údaje zo života samotného tvorca salutogenetickej koncepcie zdravia Árona Antonovského (nar. 1923, Brooklyn, USA, †1994 Negev). Antonovski pôvodne študoval dejiny a hospodárstvo na Univerzite v Yale. Neskôr ako zamestnanec medicínskeho centra v Jeruzaleme spolu so svojou manželkou Helenou, antropologičkou a vývinovou psychogičkou, skúmal v oblasti sociálnej medicíny vzťah stresu a zdravia. Ukázalo sa, že viac ako samotný stres sa na ochorení podiela individuálne spracovanie situácie. Významnú rolu tu zohrávala dispozičná citlivosť (zdroje obranyschopnosti) a postoje. Pre tento vzťah navrhli pojem „vnímanie koherencie“ (sense of coherence, Koherenzgefühl). Prekladá sa aj ako „zmysel pre koherenciu, prežívanie koherencie“, pretože sa tu veľmi úzko spája zmyslové vnímanie s myslením a prežívaním, s celkovou životnou orientáciou. Koherencia zahrňuje dynamický pocit dôvery, ktorý sa vytvára ak:

- podnety z vonkajšieho prostredia života sú štruktúrované, predvídateľné a vysvetliteľné;
- jednotlivec má dostupné zdroje pre vyrovnávanie sa s požiadavkami prostredia;
- a zároveň ak sú tieto požiadavky výzvami, ktoré prežíva človek ako zmysluplné a hodnotné.

Základná orientácia v prežívaní jednotlivca má podľa Antonovského tri komponenty:

- zrozumiteľnosť (comprehensibility); ak sú životné problémy jasne vysvetliteľné čo do ich rozsahu, povahy;
- zvládnuteľnosť (manageability); ak má jednotlivec možnosti problémy zvládnuť vlastnou silou alebo s pomocou okolia;
- a zmysluplnosť (meaningfulness); kde ide o pozitívne kognitívne a emocionálne spracovanie procesu vyrovnávania sa s problémom.

Lorenz sa ďalej zaoberal utváraním koherencie v priebehu vývinu, jej súvislosťami s emóciami, s vytváraním sebaobrazu a hodnotového systému.

Z hľadiska salutogenézy sú významné výskumy Sterna (1992) o utváraní sebaobrazu u doččaťa. Približne v dvoch mesiacoch dokáže subjekt prežívať svoje psychické bytie oddelene od objektu. Tu sa začína formovať aj pocit koherencie – tým, že dieťa iniciuje dianie a spája známe konanie s jednotlivcom. Identifikuje tvár známej osoby – či už je na nej úsmev, slzy, poznáva známe miesto, situáciu. V šiestich mesiacoch veku je možné dokázať zapamätanie si vnemov pri vlastných pohyboch a zážitkoch. Dojča je pri konaní motivované nielen odmenou, ale aj hľadaním súvislostí – snaží sa dať svojmu správaniu význam, ak okolie reaguje situačne adekvátne na dieťa, dáva mu príležitosť nachádzať súvislosti a vytvárať si dôveru. Svoje zážitky môže systemizovať a chápať. Vytvára si základy pre cit koherencie. Aj u starších detí a mladistvých je skúsenosť vnímaná v kontinuite veľmi významná. Ak majú deti predstavu, že môžu svoje úlohy a situácie zvládnuť a konať správne, stávajú sa „dobrým plavcom“ v rieke života. Začnú mať potrebu konať úspešne a vyrovnávať sa sprekážkami v živote ako s výzvami. Naopak: preťažovanie, zlomy a stresy, neadekvátne prístupy k dieťaťu, konzumnosť, spochybnenie tradičných hodnôt a suportívnych systémov (rodina, cirkev) šancu vytvárať si adekvátne modely správania znižujú. Autor uviedol výsledky výskumov (Keupp1997, s. 49), kde sa hovorí o epidemiologickom výskyte javov, ktoré možno zhrnúť pod pojem demoralizácia – strata sebahodnoty, bezmocnosť, strach z budúcnosti, všeobecný pesimizmus, pocit zlyhania. Pomoc pri vytváraní identity, podpora integrity osobnosti, aktivácia pozitívnych rezerv – to sú aktuálne úlohy v pomáhajúcich profesiách.

Antonovski hovorí o význame emocionálnej regulácie pri vyrovnávaní sa s požiadavkami života. Myslí tým roviny: regulácie impulzov konania, vyjadrovania prežívania a kognitívneho hodnotenia diania. Významnú úlohu tu zohráva vplyv dlhodobého stresu na organizmus človeka. Z hľadiska patogenézy je síce známe, že stress znižuje imunitu, ale nemožno ho pokladať za zásadne patogénny. Z tohto hľadiska sa významnejšie javí schopnosť znižovať vzniknuté napätie – teda stratégie konania a osobnostné zdroje pri prekonávaní prekážok. Tie sú spojené s kognitívnym hodnotením vlastnej situácie. Človek so silným pocitom koherencie prijíma problémy skôr ako výzvy a nie ako obmedzenia alebo ohrozenie. Ide teda v značnej miere o základnú orientáciu človeka – o pocit dôvery a zmysel bytia. Potláčanie emócií, negatívne

emócie (nízka sebaúcta, strata individuálneho zmyslu, nenávisť, potlačenie identity) a slabá schopnosť znížiť napätie (chýbajúce stratégie, dezorientovanosť, popretie zmyslu, narušená sociálna sieť), vedú k zvýšeniu hladiny hormónov, k oslabeniu imunity a k narušeniu zdravotného stavu. Sú spravidla tiež sprievodným znakom ochorenia.

Antonovski vychádzal z názoru, že koherencia sa utvára v prvých 30. rokoch života a potom zostáva stabilná. Je zrejme však, že ide len o akési jadro a tento proces treba chápať ako otvorený – človek sa dynamicky konštituuje po celý život (Erikson) – v procese vyrovnávania sa s požiadavkami prostredia, v procese komunikácie, v dialógu so svetom i sebou samým. Z hľadiska prevencie porúch zdravia a pri koncipovaní odbornej pomoci je preto významné dopomôcť k zmene postojov (naučená bezmocnosť, sebaponížovanie, nadmerná obrana...) k sebe samému a k svojim možnostiam. Potencia k zvládaniu problémov rastie len tam, kde existuje možnosť voľby a pozitívna skúsenosť účinnosti vlastného konania. Posilňovanie potenciálu sebariadenia a sebarealizácie (sebaaktualizácie) sú stimulačné komponenty, ktoré podľa autorových skúseností a skúseností z oblastí medicínskej praxe, viedli k významným pozitívnym zmenám zdravotného stavu. Cieľom pomoci nie je dosiahnutie bezproblémovosti, ale prijatie skutočnosti, že nerovnováha a utrpenie sú súčasťou ľudského bytia a súčasne, že každý disponuje možnosťami žiť svoj život. V rieke života však nikto nemôže nájsť svoj bezpečný breh. Dôležité je vedieť plávať, povedať (Frankl) svoje áno životu.

Salutogenetická teória zdravia nechce byť receptom na dobrý život, jej ambíciou je uľahčiť pochopenie zdravia a choroby a nachádzanie konceptov pomoci.

SALUTOGENETICKÁ KONCEPCIA ZDRAVIA V KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O ČLOVEKA

Medzinárodná liečebno-pedagogická konferencia

Monika Stupková

Katedra liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta UK, Bratislava

Svojim príspevkom by som chcela priblížiť myšlienky konferencie liečebných pedagógov, ktorá sa uskutočnila v septembri roku 2006 pod názvom „Salutogenetická koncepcia zdravia v komplexnej starostlivosti o človeka“. Konferencie sa zúčastnili liečební pedagógovia, špeciálni pedagógovia, učitelia, psychológovia, sociálni pracovníci a sociálni pedagógovia a zástupcovia príbuzných pomáhajúcich profesií.

Na začiatku by som chcela poukázať na vzťah liečebnej pedagogiky a salutogenetickej koncepcie starostlivosti o človeka.

Liečebná pedagogika sa zaoberá výchovou, vzdelávaním a terapiou tých jedincov, ktorých situácia je natoľko sťažená nepriaznivými okolnosťami (vývinovými, sociálnymi alebo zdravotnými), že nemôžu viesť spôsob života primeraný veku a adekvátne svojim schopnostiam sa uplatniť (Horňáková, 2003). Znevýhodnenie nie je spájané len s poškodením alebo ochorením. Dôležitú rolu tu zohráva aj subjektívne prežívanie situácie jedinca, ako aj životné okolnosti, vek, vzťahy, možnosti sebarealizácie, spoločenská ponuka, systém pomoci a aktuálna úroveň poznania v pomáhajúcich profesiách.

V liečebnej pedagogike ide o integráciu výchovného a terapeutického úsilia. Zameriava sa na rozvíjanie kompetencie jedinca žiť svoj život a riešiť sťažené situácie. Liečebný pedagóg pri svojej práci využíva pohyb, hru, tvorivé zamestnania, prácu, umenie (literárne, výtvarné, hudobné) individuálnou alebo skupinovú formou.

Neusiluje pretvoriť klienta na svoj obraz alebo ho „napraviť“, ide tu o:

- pomoc pri zmenených somatických, psychických a sociálnych funkciách,
- pomoc pri zvyšovaní kvality života,
- pomoc pri začlenení sa do spoločnosti (pri výchove a sebavýchove) (Gröschke, 1997 in Horňáková, 2003).

Liečebná pedagogika je charakterizovaná aj ako pedagogika individuálna, interaktívna a na zmysel orientovaná. Je zameraná na jednotlivca, postavená na spolupráci a pomáha jedincovi nachádzať jeho individuálny význam.

Vzťah liečebnej pedagogiky k medicínskym odborom je postavený najmä na poznaní, že somatické ochorenia sa odrážajú v psychike jedinca, majú dopad na jeho praktický život, konanie a vzťahy a naopak dlhodobé neriešené problémy nepriaznivo ovplyvňujú zdravie. Liečebná pedagogika ponúka doplnenie a podporu liečby vhodnou činnosťou, emotívnym preladením, posilňovaním a motivovaním jedinca, neskôr psychosociálnou rehabilitáciou a podpornými programami.

Hlavná téma konferencie poukazovala na zmeny v profesijnom myslení pomáhajúcich profesií. V minulosti prevládala snaha opatrovať, špeciálne vychovávať, naprávať, terapeutizovať a sociálne integrovať, dnes ide skôr o profesionálne sprevádzanie, rozvíjanie kompetencií vnímať, učiť sa a konať ako aj o individuálne zdroje pre zvládanie životných úloh.

Novými témami sa stali:

- ▶ včasná pomoc dieťaťu a rodine,
- ▶ integrovanie podporných a terapeutickovýchovných opatrení do prostredia školy v rámci inkluzívnych konceptov vzdelávania,
- ▶ umožnenie účasti na živote – komunitná rehabilitácia,
- ▶ chránené bývanie,
- ▶ neformálne vzdelávanie,
- ▶ zamestnávanie znevýhodnených,
- ▶ integrovanie minorít a imigrantov,
- ▶ dôraz na selektívnu a indikovanú prevenciu (*Horňáková, 2006*).

Na konferenciu prijal pozvanie pán Rüdiger Loren, psychoterapeut a vysokoškolský pedagóg na univerzite v Hannoveri. Svojou prácou prezentuje myšlienky salutogenetickej koncepcie zdravia podľa A. Antonovského a využíva ich v oblasti psychológie zdravia, vývinu a psychoterapie u pomáhajúcich profesií. Je autorom knihy *Salutogenéza. Základy pre psychológov, lekárov a odborníkov v pomáhajúcich vedách*. Mníchov Basel : Ernst Reinhardt, 2004, 208.s. ISBN 3-497-01790-6.

Salutogenéza sa podľa R. Lorenza zameriava na tie aspekty, ktoré umožňujú vysvetliť, prečo môže zostať človek zdravý napriek mnohým prekážkam a ťažkostiam.

Salutogenéza skúma podmienky zdravia a formuluje ich v zmysle aktívneho konania (schopnosť vyrovnávať sa s požiadavkami každodenného života) a v zmysle aktívneho utvárania identity a sebarozvoja.

Porovnanie patogenézy a salutogenézy

sústredenie sa na symptóm	význam symptómu
aktuálne ťažkosti	aktuálna životná situácia
chorobopis	životný príbeh
priebeh ochorenia	doterajšia svojpomoc
diagnostikovanie patologických zmien	zistovanie zdrojov zvládania
odstránenie symptómov	pochopenie významu symptómu
terapia	aktivovanie zdrojov zvládania

(Lorenz, 2006)

Všeobecné zdroje zvládania rozdelil R. Lorenz vo svojej prednáške na somatické, konštitučné (genetická vybavenosť, imunologické aspekty) a materiálne (zabezpečenie, peniaze, majetok).

Osobnostnými zdrojmi sú napríklad vedomosti, inteligencia, sebaobraz, presvedčenie o schopnosti mať veci pod kontrolou, sebadôvera, sociálne a konatívne kompetencie. Medzi interpersonálne zdroje zaraďuje sociálne vzťahy a napojenie na podporný sociálny systém. Ďalšími zdrojmi sú napríklad kultúra, viera. Účinnosť všetkých zmobilizovaných zdrojov závisí od centrálnej subjektívnej kompetencie, ktorou je zmysel pre koherenciu (zmysel pre integritu, sense od coherence).

Lorenz sa vo svojej prednáške a taktiež v knihe venuje utváraniu koherencie v priebehu vývinu. Každé dieťa potrebuje pomoc výchovy pre správny vývin. Potrebuje získať dôveru vo svoj okolitý svet. Veľmi skoro začína vnímať vzťah medzi potrebou a jej uspokojovaním, keď musí čakať na jedlo, ozvať sa ak niečo chce alebo neskôr ak sa niečomu učí. Dôležité je zabezpečenie rovnováhy medzi napätím a uvoľnením, aby sa tak zabránilo vzniku chronických stresorov. Je potrebné, aby sa deti v ranom veku spolupodieľali na procesoch rozhodovania, aby tak

prežívali spolupatričnosť a dôležitosť, možnosť ovplyvňovať dianie okolo seba.

Vždy vtedy, ak sú signály dieťaťa prijaté a ono dostáva odpoveď (rezonanciu), môže cítiť, že sa zúčastňuje diania, ktoré má význam.

Lorenz (2006) popísal štyri od veku nezávislé premenné, ktoré môžu pomôcť v priebehu života posilniť spätne prežívanie identity a koherencie.

Sú to:

- ▀ zdroje zvládania – napríklad pomoc sociálnej siete, mentálna hygiena v zmysle praktizovania zdravého životného štýlu, riešenie konfliktných situácií, zvládanie stresu.
- ▀ sebahodnota – zodpovedanie otázok „aký som a aký chcem byť“, podpora záujmov, vízií do budúcností a možnosti pre sebarealizáciu.
- ▀ kompetencie – stimulácia komunikačných, sociálnych a zdolávacích kompetencií.
- ▀ možnosti pre sebautváranie – možnosti pre sebaaktualizáciu a rozhodovanie, aby mohol človek zvládnuť požiadavky života a dosiahol potrebnú mieru autonómie (mohol žiť podľa svojich predstáv).

V závere by som spomenula, že základnou úlohou liečebnej pedagogiky je podpora človeka pri preberaní zodpovednosti za svoj život, pričom ho rešpektuje ako autonómne sebaregulujúce bytie. Tu vidím hlavné prepojenie koncepcie liečebnej pedagogiky a salutogenetickej koncepcie. Myslím si, že rozvíjaním týchto základných myšlienok sa bude uberať pedagogika súčasnosti. Nie je možné človeka ochrániť pred problémami, znevýhodnením, utrpením, môžeme mu však pomôcť hľadať jeho riešenia, jeho vlastný zmysel a odpovede na otázky (plávať v rieke života...Frankl).

Literatúra:

- HORNÁKOVÁ, M. 2003. Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. Bratislava : Sociálna práca, 2003. ISBN 80-968927-6-2.
- AMTMANNOVÁ, E., STUPKOVÁ, M. a kol. 2006. Salutogenetická koncepcia zdravia v komplexnej starostlivosti o človeka. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie Liečebnopedagogické dni 2006. Bratislava : Geotropos, 2006. ISBN 80-9694238-1-1.

ZMYSEL PRE INTEGRITU: VÝSADA BOHATÝCH ALEBO MILOVANÝCH?

Andrea Madarasová Gecková^{1,2}, P. Tavel^{1,3}, I. Žežula¹,
J.P. van Dijk^{1,2}, S. A. Reijneveld^{1,2}

¹ Centrum pre výskum spoločenských aspektov zdravia (Kosice Institute for Society and Health) – univerzitné centrum excelentnosti, UPJŠ Košice, SR

² Department of Social Medicine, University Medical Centre Groningen, University of Groningen, The Netherlands

³ Katedra psychológie, FF Univerzita v Olomouci, ČR

Úvod

Zmysel pre integritu je významným **salutogénnym faktorom**, ktorý sa v období detstva a adolescencie **vyvíja** a preto je dôležité poznať **okolnosti, ktoré prispievajú prípadne ohrozujú optimálny vývin** tejto všeobecnej orientácie. V tejto práci sme overovali či vybrané **socioekonomické a psycho-sociálne** faktory prispievajú k zmyslu pre integritu v skupine **dospievajúcich chlapcov a dievčat**. Položili sme si **nasledovné otázky**:

- Je zmysel pre integritu výsadou **vzdelanejších** skupín?
- Má **nezamestnanosť – negatívna životná okolnosť** – vplyv na rozvíjajúci sa zmysel pre integritu?
- Ako **vzťah s rodičmi, vnímaná sociálna opora** prispieva k zmyslu pre integritu?
- Ako **vzťah s rovesníkmi, vnímaná sociálna opora** od rovesníkov prispieva k zmyslu pre integritu?
- Ako **atmosféra a podmienky k štúdiu na škole** prispievajú k zmyslu pre integritu?

Metódy

V roku **2002** bol na **24** stredných školách **lokalizovaných v Košiciach** realizovaný výskum, na ktorom **participovalo 1992** respondentov, z toho **1010** navštevovalo **prvý a 982 druhý** ročník školy. **Vzorka** bola **stratifikovaná** podľa typu školy a pohlavia. **Dotazníky** boli admi-

nistrované v škole, anonymne, vyškoleným tímom pomocných vedec-kých síl. Priemerný vek respondentov bol 17 rokov.

Socioekonomickú pozíciu respondentov sme určovali na základe najvyššieho ukončeného vzdelania otca, matky a výskytu nezamestnanosti u otca, matky. Rozlišovali sme tri stupne vzdelania: vysokoškolské, stredoškolské ukončené maturitou a učňovské alebo nižšie. **Vysokoškolské vzdelanie** rodičov uviedla približne pätina respondentov, pričom zastúpenie matiek bolo nižšie. **Nezamestnaných** bolo 13% otcov a 19% matiek.

Sociálnu oporu sme merali položkami, ktoré vychádzajú z dotazníka vnímanej sociálnej opory autorov Turner&Marino (1994). Použitý dotazník skúma mieru percipovanej sociálnej opory poskytovanú matkou, otcom a priateľmi. Každá zo škál pozostáva zo 6 položiek popisujúcich blízkosť vzťahu, ochotu nájsť si čas na rozhovor, možnosť byť sám sebou v prítomnosti danej osoby, poskytovanie pocitu hodnotnosti danou osobou, pripravenosť byť naporúdzi v prípade potreby a vnímanú dôveru danej osoby k respondentovi. Respondent popisuje do akej miery je výrok pravdivý alebo nepravdivý výberom jednej zo štyroch alternatív. Hrubé skóre jednotlivých škál variuje od 6 do 24, pričom vyššie skóre indikuje nižšiu mieru sociálnej opory. V tabuľke 1 sú uvedené koeficienty Cronbach alfa pre jednotlivé škály ako i priemery a smerodajné odchýlky hrubého skóre pre jednotlivé škály. **Vnú-torná reliabilita škál** je dostatočná. Koeficienty Cronbach alfa pre jednotlivé škály sú v rozmedzí od 0.86 pre škálu mapujúcu vnímanú sociálnu oporu od priateľov do 0.92 pre škálu mapujúcu vnímanú sociálnu oporu od otcov. **Priemerné hrubé skóre** variuje od 9.5 do 12.1 Najnižšiu mieru sociálnej opory vnímali respondenti od otcov.

Tab. 1: Vnímaná sociálna opora od otca, matky a priateľov (Cronbach alfa škál, priemerné HS a STD)

	Cronbach alfa	priemer (STD)	
		muži	ženy
vním. soc. opora otca	.918	11.3 (4.20)	12.1 (4.34)
vním. soc. opora matky	.873	9.8 (3.21)	9.8 (3.48)
vním. soc. opora priateľov	.856	10.2 (2.78)	9.5 (2.84)

Na zhodnotenie školy ako možného faktora, zdroja zmyslu pre integritu sme zvolili dva indikátory a to **atmosféru školy**, ktorá je sytená

viac hodnotením **emocionálno-sociálnych kvalít** školského prostredia a **podmienkami na štúdium**, ktoré sú sýtené viac **materiálno-technickým zabezpečením** školy. Respondentov sme požiadali, aby zhodnotili **atmosféru na ich škole**, pričom si mohli zvoliť jednu z troch kategórií: (1) **uvoľnená**, priateľská, cítim sa tam dobre a bezpečne, (2) **mierne napätá**, podráždená, ale dá sa to vydržať, (3) **napätá** a podráždená, necítim sa tam bezpečne, nedá sa to vydržať. Tiež sme ich požiadali, aby zhodnotili **podmienky na štúdium na ich škole**, pričom sme mali na mysli **veľkosť tried, množstvo a kvalitu pomôcok, odbornú kvalitu výučby**. Opäť si mohli zvoliť jednu z troch kategórií: (1) **vynikajúce** podmienky – primerané priestory, dostatok kvalitných pomôcok, dobrý tím učiteľov, (2) **dostatočné** podmienky – niečo z toho chýba, (3) **nedostatočné** podmienky – chýba väčšina vymenovaných atribútov. Atmosféru v škole hodnotila ako priateľskú približne polovica respondentov, kým podmienky na štúdium hodnotila ako vynikajúce iba štvrtina respondentov.

Zmysel pre integritu sme merali skráteným 13-položkovým dotazníkom z dielne Antonovského (1993). Dotazník meria zvládnuteľnosť, zmysluplnosť a zrozumiteľnosť. Respondent odpovedá pomocou 5-bodovej Likertovskej škály. Hrubé skóre variuje od 13 do 65, pričom **vyššie skóre indikuje vyšší zmysel pre integritu**. Cronbach alfa pre túto škálu v použitej vzorke je 0.72. Priemerné hrubé skóre bolo u chlapcov 43.7 a u dievčat 42.1.

Vplyv vybraných **socio-ekonomických a psycho-sociálnych premenných** na mieru zmyslu pre integritu sme overovali lineárnou regresiou, pričom model sme overovali **zvlášť** v skupine dievčat a v skupine chlapcov. Pre nezávislé kategoriálne premenné boli zavedené **pomocné dichotomické premenné**. Overovali sme model obsahujúci **vzdelanie rodičov** a keďže vzdelanie rodičov sa ukázalo ako nevýznamné i model bez vzdelania rodičov (pairwise). Použili sme štatistický software SPSS.

Zistenia

V tabuľke 2 sú uvedené **štatistické významnosti a vysvetlená variancia** výsledného modelu, teda modelu bez vzdelania rodičov v skupine chlapcov a v skupine dievčat. V skupine chlapcov i dievčat sa ukázal významný príspevok **vnímanej sociálnej opory od otca i matky**,

atmosféry na škole a podmienok na štúdium. V skupine dievčat navyše k zmyslu pre integritu prispievala **nezamestnanosť matky** a v skupine chlapcov vnímaná **sociálna opora od priateľov**. Skúmaný model vysvetľuje v skupine **chlapcov 15%** a v skupine **dievčat 16%** variancie v závislej premennej. Dievčatá, ktoré uviedli, že ich **matka je nezamestnaná** mali **nižšiu** mieru zmyslu pre integritu v porovnaní s ich rovesníčkami. **Vyššia** miera sociálnej opory otcov, matiek a v skupine mužov i sociálnej opory priateľov významne prispievali k **vyššej miere** zmyslu pre integritu u respondentov. **Priateľská** školská atmosféra a **vynikajúce podmienky** k štúdiu na škole významne prispievali k **vyššiemu** zmyslu pre integritu

Tab. 2: **Vplyv vybraných socioekonomických a psychosociálnych faktorov na zmysel pre integritu adolescentov (lineárna regresia)**

	muži	ženy
nezamestnanosť otca	.206	.082
nezamestnanosť matky	.930	.023
vním. soc. opora otca	.000	.000
vním. soc. opora matky	.014	.000
vním. soc. opora priateľa	.000	.094
atmosféra na škole		
• <i>priateľ. vs. znes</i>	.000	.000
• <i>priateľ. vs. zlá</i>	.007	.000
podmienky na štúdium		
• <i>vynik. vs. dobré</i>	.043	.018
• <i>vynik. vs. zlé</i>	.005	.481
upravený koeficient determinácie	.15	.16

Záver

Sociálna opora ako i priateľská atmosféra a podmienky na škole sú zdá sa významnými zdrojmi pre vyvíjajúci sa zmysel pre integritu u dospievajúcich, kým vplyv socio-ekonomických ukazovateľov (vzdelanie rodičov) sa nepotvrdil. U žien sa na zmysle pre integritu podieľa i nezamestnanosť matky a u mužov sociálna opora priateľov.

Zmysel pre integritu zdá sa nie je privilegiom vyšších socio-ekonomických skupín ale privilegiom „milovaných a opatrovaných“ a to tak v rámci rodiny ako i mimo nej. Intervencie zamerané na skvalitnenie

vzťahov v rodine a v škole majú potenciál pozitívne ovplyvniť vývin zmyslu pre integritu, ktorý je považovaný za významný salutogénny faktor.

Literatúra:

Antonovsky A.: The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science&Medicine* 1993;36(6):725-733

Turner RJ, Marino F.: Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J.Health Soc.Behav.* 1994;35(3):193-212

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu vedy a techniky prostredníctvom finančnej podpory APVV-20-028802, APVV-20-038205

KOINCIDENCE RIZIKOVÝCH A PROTEKTIVNÍCH FAKTORŮ A ÚROVEŇ PREDIKCE

Bohumil Vašina

Ostravská univerzita, Ostrava

Při prezentaci vztahu jednotlivých psychologických rizikových a protektivních faktorů zdraví k subjektivně hodnocené zátěži nebo k úrovni subjektivně hodnoceného zdraví, se často setkáváme s vysoce signifikantními údaji (zvláště, když máme početný soubor respondentů). Absolutní hodnoty korelačních koeficientů 0,2 až 0,5 však skutečně mají malou predikční hodnotu. Proto nás zajímalo zda koincidence více sledovaných faktorů zvýší možnosti kvalitní predikce. Vycházeli jsme ze zkušeností při konstruování souborů diagnostických metod pro výběr pracovníků pro některé profese.

Mnohonásobná regresní analýza na rozdíl od jednoduché regrese, kdy máme jednu proměnnou jako prediktor a druhou proměnnou jako kritérium, dovoluje převést tento model do podoby, kde máme více prediktorů. Rovnice pro výpočet regresní přímky má potom místo jednoduché formy $y = a + bx$ kde x a y jsou souřadnice příslušných os, „a“ konstanta (bod ve kterém přímka protíná osu y) a „b“ vyjadřuje strmost přímky, poněkud složitější podobu. Tato rovnice vypadá následovně:

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots b_nx_n$$

Y – kritérium (závisle proměnná)

a – konstanta

$x_1 - x_n$ – hodnoty prediktorů 1 až n

$b_1 - b_n$ – váhy jednotlivých prediktorů nebo „nezávisle“ proměnných.

Pomocí mnohonásobné regresní analýzy můžeme získat další ukazatele, které nám umožňují určit prediktory, které mohou vést ke spolehlivé predikci a zjistit v jaké míře k ní přispívají jednotlivé prediktory i celý model (soubor vybraných prediktorů). Dosud prezentované výsledky potvrzují, že velmi často existuje nenáhodný statisticky významný vztah mezi jedním kritériem a jedním prediktorem, ale tento vztah (např. vyjádřený korelačním koeficientem) je obvykle nepřilíš silný,

tedy to, co mají obě proměnné společně nedosahuje takové hodnoty, která by dovolovala spolehlivou predikci úrovně jedné proměnné z úrovně druhé proměnné. Můžeme však vytvořit model z celé řady prediktorů, tedy vytvořit jakýsi predikční model, který dovoluje mnohem spolehlivější předpověď. Ta se může týkat např. způsobilosti pro výkon určité činnosti nebo např. intenzitu reakce na zátěž – stres, případně vliv některých psychologických faktorů na zdraví, ale také v jaké míře v rámci námi zvoleného modelu se na predikci jednotlivé proměnné podílejí. Při vyhodnocování výsledků výzkumů otvírá vícenásobná regrese cestu ke komplexnějšímu chápání kauzálních vztahů mezi zkoumanými jevy (Ferjenčík, J., 2000, str. 242).

V našem případě jsme jako závisle proměnné použili jednak celkové výsledky Symptomatologického dotazníku (SDC- autoři (Kasielke, Möbius, Scholtze) v českém převodu J. Křivohlavého Dotazník zachycuje zdravotní stesky, jejichž frekvence jsou hodnoceny na pětistupňové škále v rozpětí od nikdy(1) až velmi často(5). Je obecně známo, že mezi subjektivními zdravotními steskami a nemocnostmi existuje vztah. Pokud jde o dotazník SD, byl tento vztah ověřen jako vysoce významný. Za kritérium zdraví jsme použili počet zameškaných dní z důvodu vlastní nemoci za poslední 2 roky. Výsledky byly publikovány (např. Jiráček Z., Vašina B. 2005, str. 148-150). Proto považujeme dílčí i souhrnné výsledky SD jako kritérium obecného zdraví. Je to sice subjektivní informace, ale v podmínkách určité kulturní úrovně společnosti a všeobecně dostupné zdravotní péče, může být do značné míry objektivizovaná informací (Žáček, A. 1974). V jednom případě byla závisle proměnou také dílčí škála oběhové a dýchací potíže SDDO a SDPO –psychické obtíže. Dále za závisle proměnou byla použita škála pracovního stresu (HFPZ) dotazníku HFI –Human –Factors Inventory, autor J.W. Jones et al. (publikováno in Hladký, et al. 1993). Jako nezávisle proměnné byly použity další škály dotazníku HFI a to:

Pracovní nespokojenost HFPN. Tato škála zachycuje míru spokojenosti nebo nespokojení zaměstnanců s různými aspekty své práce.

Organizační stres HFOS. Je škála měřící úroveň organizačního stresu a napětí.

Životní změny a události HFZU. Tato škála měří stresující životní změny události, které zaměstnanci zakoušeli posledních 12 měsíců jak jsou zachyceny ve známých dotaznících např. Holmse a Raheho.

Riziko úrazů a poškození HFRU. Jde o faktory, které u zaměstnanců přispívají k nehodám a chybám:

Životní a zdravotní rizika HFZR. Tato škála dovoluje hodnotit životní styl a zdravotní návyky.

Další nezávisle proměnné jsou získány pomocí škál z:

Jenkinsova dotazníku JAS, který měří úroveň chování typu A – CHTA- (rizikový faktor ischemické choroby srdeční škály JASA – aktivity a JAS H – úsilí a průbojnost.

SŠO – sebehodnotící škála Ostrava-skrínigová metoda pro diagnostiku CHTA

Eysenckova dotazníku EPI škálu extroverze ODE a neuroticismus ODN.

Osobnostního dotazníku KUD (autorka E.Komárková-Kudličková) škály ODA – aktivita a ODD- dominance.

Souboru škál spokojenosti Vašjna B. SP7 – mimopracovní zdroje spokojenosti a SP8 – celková životní spokojenost.

Cloningerova dotazníku TPQ škála HAC – vyhýbání se poškození- zachycující vlastnosti pesimismus, unavitelnost, nejistota a plachost a RDC – závislost na odměně zachycující senzitivitu, náklonnost a závislost na jiných a RD2- persistence-umanutost.

Blumenthalova dotazníku PSSS škála SOA – přítomnost sociální opory.

Taylorův dotazník TAS – měřící úroveň alexitymie – rizikový faktor zdraví charakterizovaný sníženou schopností introspekce, afektivní zkušenosti a fantazie.

Meistrův dotazník DHNZ- Hodnotí některé faktory pracovní zátěže, škály MF1 – pracovní přetížení, MF2 – podtížení – jednostranost, MF3 přídatné faktory přesycení, nervozita, únava a dlouhodobá únosnost

Škála ŠHAN – škála hostility a nahněvanosti ŠHAN.

Taxonomie zátěžových situací učitelů TZSN – jde o sedmistupňové hodnotící škály, které hodnotí jak intenzitu, tak frekvenci jednotlivých zátěžových situací. TZSN je součet součinu síly a frekvence všech zátěžových situací, které jsou v metodě obsaženy.

V níže uvedených tabulkách v prvním sloupečku uvádíme nezávisle proměnné součástí modelu, který slouží k odhadu závisle proměnné, která je uvedena v nadpisu tabulky. Druhý sloupec zachycuje hodnoty „b“ příslušné proměnné, které se vztahují ke hrubým skórum. V třetím sloupci jsou u příslušných proměnných uvedeny hodnoty „b“, které

se vztahují ke standardním hodnotám, tedy k hodnotám které vznikly transformací původního rozložení na rozložení o průměru $M=0$ a směrodatná odchylka $s=1$. Čtvrtý sloupec zachycuje t-test, který testuje rozdíl mezi „b“ hodnotou skutečnou a „b“ = 0. Pátý sloupec uvádí P_t , tedy statistickou významnost tohoto rozdílu. Šestý sloupec uvádí kumulativní hodnotu příspěvku proměnných, které jsou uvedeny v daném řádku a v předcházejících řádcích. A poslední (šestý sloupec) zachycuje příspěvek jednotlivé proměnné, která je uvedena v prvním sloupci. Hodnota „a“ je vlastně konstanta.

Mnohonásobná regresní analýza 1
Závisle proměnná-pracovní zátěž (HFPZ)

Nezávisle proměnná	Odhad váhy	Váha standardních hodnot	t-hodnota (b=0)	Statistická významnost	R ² kumulativní	R ² jednotlivé proměnné
Konstanta	4,5261	0,0000	1,66	0,0970		
SDC	0,0673	0,1039	5,47	0,0000	0,2217	0,2217
HFRU	0,9699	0,5886	30,97	0,0000	0,6025	0,5734
JASA	0,1129	0,0516	3,15	0,0016	0,6068	0,0201
MF1	0,3990	0,0594	3,17	0,0015	0,6170	0,1242
MF2	0,6431	0,0769	4,32	0,0000	0,6328	0,0875
MF3	0,5680	0,1274	6,19	0,0000	0,6445	0,2349
SP7	-0,3671	-0,0364	-2,10	0,0359	0,6469	0,0549
SP8	-0,7070	-0,0501	-2,77	0,0056	0,6489	0,0996
SNTZ	0,0048	0,0505	2,82	0,0047	0,6510	0,1451

Zdroj	s.v.	Σ čtverců	Σ čtverců/s.v.	F	P_F
Konstanta	1	7675648	7675648		
Model	9	224368,3	24929,81	172,59	0,0000
Reziduální rozptyl	1363	120303,5	88,26		
Celkem	1372	344671,8	251,22		
R ² – koeficient determinace		-0,6510			
Upravený R ² na počet parametrů		-0,6487			

Výše uvedená tabulka vznikla kombinací různých proměnných, jejichž R² se statisticky významně liší od R² = 0. Tato kombinace (model) zachycuje 64,87 % společné variance s HFPZ. R² dosahuje takové hod-

noty, která by takový model proměnných (pokud by závislou proměnnou bylo hodnocení pracovní způsobilosti) opravňoval k tomu, aby byl považován za dostatečně dobrý nástroj pro odhad pracovní způsobilosti a to platí v našem konkrétním případě i pro odhad pracovní zátěže.

Model prezentovaný v tabulce 1 se opírá o různé aspekty pracovní zátěže měřené pomocí jiných škál než je HFPZ. Jde především o HFRU- riziko chyb a úrazů, škály přetížení MF1, jednostrannost (MF2) a projevy zátěže MF3 (nespecifické faktory) jako je nervozita, přesytení, únava a dlouhodobá únosnost. Důležité je, že celý model zachycuje skoro 65% spo-

Mnohonásobná regresní analýza 2

Závisle proměnná pracovní zátěž (HFPZ)

Nezávisle proměnná	Odhad váhy	Váha standardních hodnot	t-hodnota (b=0)	Statistická významnost	R ² kumulativní	R ² jednotlivé proměnné
Konstanta	-3,0244	0,0000	-0,92	0,3575		
SDC	0,0720	0,1134	4,89	0,0000	0,2269	0,2269
HFOS	0,2370	0,1398	6,32	0,0000	0,4108	0,2565
HFZR	0,1205	0,0924	4,64	0,0000	0,4535	0,1606
HFRU	0,7725	0,4658	18,46	0,0000	0,6121	0,5533
JAS-A	0,1313	0,0613	3,35	0,0008	0,6173	0,0179
HAC	0,1103	0,0447	2,08	0,0375	0,6204	0,1112
MF1	0,4509	0,0686	3,26	0,0011	0,6324	0,1210
MF2	0,5502	0,0669	3,34	0,0008	0,6440	0,0806
MF3	0,5528	0,1260	5,39	0,0000	0,6548	0,2318
SP8	-0,6119	-0,0441	-2,23	0,0257	0,6562	0,0979
SSA	-0,0516	-0,0360	-1,93	0,0503	0,6573	0,0240
SNTZ	0,0037	0,0398	1,96	0,0500	0,6585	0,1486

Zdroj	s.v.	Σ čtverců	Σ čtverců/s.v.	F	P _F
Konstanta	1	654224	6054224		
Model	12	177179,7	14764,98	172,59	0,0000
Reziduální rozptyl	1074	91879,6	85,55		
Celkem	1154	287844,3	247,75		
R ² – koeficient determinace		- 0,6585			
Upravený R ² na počet parametrů		- 0,6547			

lečné variance, což je už hodnota, která má i svou prognostickou potenci.

Druhý model je širší, ale opět nejvýznamnější roli pro predikci zá-
těže měřené pomocí HFPZ hraje úroveň zdravotních stesků a riziko
úrazů a chyb HFRU. Rozšíření modelu nepřináší zřetelnější přínos pro
predikci. Přesto přínos všech sledovaných nezávisle proměnných je sta-
tisticky významný a společná variance je více jak 65 %.

Další skupinu modelů představují nezávisle proměnné, které mají
dovolit odhad celkových zdravotních stesků (SDC). Model 3.

Mnohonásobná regresní analýza 3

Závisle proměnná „celkové skóre SDC“

Nezávisle proměnná	Odhad váhy	Váha standardních hodnot	t-hodnota (b=0)	Statistická významnost	R ² kumulativní	R ² jednotlivé proměnné
Konstanta	46,8090	0,0000	7,81	0,0000		
HFPZ	0,1498	0,0956	4,14	0,0000	0,2327	0,2327
SDDO	2,3285	0,5420	28,23	0,0000	0,6137	0,5677
HFOS	-0,1001	-0,0382	-1,94	0,0521	0,6148	0,0325
SSO	-0,1039	-0,0468	-2,57	0,0101	0,6161	0,0026
TAS	0,9922	0,0431	2,37	0,0179	0,6342	0,0950
ODN	1,1315	0,2224	10,81	0,0000	0,6926	0,3764
ODD	-0,2636	-0,1004	-5,33	0,0000	0,6992	0,0955
MF3	0,5499	0,0798	4,05	0,0001	0,7081	0,1591
SHAN	0,3532	0,0849	4,54	0,0000	0,7149	0,1040
SP8	-0,8744	-0,0400	-2,24	0,0249	0,7166	0,1067
SSA	0,0680	0,0296	1,73	0,0509	0,7173	0,0324
SNTZ	0,0095	0,0651	3,47	0,0005	0,7206	0,0682

Zdroj	s.v.	Σ čtverců	Σ čtverců/s.v.	F	P _F
Konstanta	1	1419195	1419195		
Model	12	456392,9	380032,75	223,05	0,0000
Reziduální rozptyl	1038	176993,4	170,51		
Celkem	1150	633386,4	603,23		
R ² – koeficient determinace		- 0,7206			
Upravený R ² na počet parametrů		- 0,7173			

První z druhé skupiny modelů, který zde předvádíme (mnohonásobná regresní analýza dokonce potvrzuje existenci více než 70 % společné variance tohoto modelu a proměnné SDC, které zde vystupuje jako závisle proměnná. Problémem tu do jisté míry může být fakt, že součástí modelu je proměnná SDDO, která je však jen jednou ze sedmi složek závisle proměnné. Další model č.4 tuto „chybu“ napravuje a snaží se do modelu dostat více rizikových a protektivních faktorů. Tentokrát nejvíce přispívá k predikční hodnotě modelu proměnná ODN (neuroticizmus-emoční labilita) a HAC (vyhýbání se poškození) z osobnostního dotazníku TPQ zdravotními stesky). Tento model představuje více jak 50% společné variance s SDC.

Mnohonásobná regresní analýza 4

Závisle proměnná „celkové skóre SDC“

Nezávisle proměnná	Odhad váhy	Váha standardních hodnot	t-hodnota (b=0)	Statistická významnost	R ² kumulativní	R ² jednotlivé proměnné
Konstanta	37,45	0,0000	5,23	0,0000		
HFPZ	0,3521	0,2239	9,53	0,0000	0,2387	0,2387
TAS	0,1998	0,0867	3,75	0,0002	0,2893	0,1008
KH	-0,1043	-0,0585	-2,50	0,0125	0,3103	0,0988
ODN	1,7823	0,3511	13,37	0,0000	0,4712	0,3802
NSC	0,2803	0,0531	2,39	0,0166	0,4712	0,0005
HAC	0,9010	0,2338	8,71	0,0000	0,5008	0,2791
RD2	1,2459	0,0973	4,47	0,0000	0,5105	0,0097

Zdroj	s.v.	Σ čtverců	Σ čtverců/s.v.	F	P _F
Konstanta	1	1518145	1518145		
Model	7	354044,1	44255,51	223,05	0,0000
Reziduální rozptyl	1124	339463,2	302,01		
Celkem	1132	693507,3	612,64		
R ² – koeficient determinace		- 0,5105			
Upravený R ² na počet parametrů		- 0,5070			

Model č. 5 se pokouší zjistit do jaké míry mohou některé sledované proměnné predikovat oběhové potíže a potíže s dýcháním. Ukazuje se,

že k možné predikci SDDO přispívá především pracovní zátěž a psychické obtíže a HAC, tedy pesimismus, strach z neznámého a plachost. Model představuje jen asi 36% společné variance s oběhovými a dýchacími potížemi. Očekávali bychom větší příspěvek SŠO a JASH které by měly mít vztah k některým především oběhovým potížím.

Mnohonásobná regresní analýza 5

Závisle proměnná – potíže s dýcháním a oběhové (SDDO)

Nezávisle proměnná	Odhad váhy	Váha standardních hodnot	t-hodnota (b=0)	Statistická významnost	R ² kumulativní	R ² jednotlivé proměnné
Konstanta	-16,8973	0,0000	-9,25	0,0000		
Věk	0,1200	0,2038	8,93	0,0000	0,0535	0,0535
SDPO	0,1892	0,4010	14,31	0,0000	0,3045	0,2513
HFPZ	0,04764	0,1302	4,77	0,0000	0,3356	0,1446
HFZR	0,0585	0,1210	4,92	0,0000	0,3462	0,0688
SSO	0,0403	0,0771	3,68	0,0017	0,3533	0,0069
HAC	0,0423	0,0468	1,68	0,0503	0,3541	0,1108
RD2	0,1920	0,0646	2,71	0,0067	0,3602	0,0087
RDOC	0,1157	0,0653	2,88	0,0040	0,3650	0,0141
ODA	-0,0493	-0,0619	-2,23	0,0255	0,3655	0,0087
JASH	0,0525	0,0802	2,90	0,0037	0,3697	0,0090

Zdroj	s.v.	Σ čtverců	Σ čtverců/s.v.	F	P _F
Konstanta	1	253940,1	253940,1		
Model	10	15885,86	15885,86	172,59	0,0000
Reziduální rozptyl	1270	27088,01	21,329		
Celkem	1280	42973,88	33,573		
R ² – koeficient determinace		- 0,3697			
Upravený R ² na počet parametrů		- 0,3647			

Tabulka č.6 vznikla korekcí modelu na 15 proměnných, jejíž základ tvořilo 46 kvantitativních proměnných. V redukovaném modelu zůstaly jenom ty proměnné jejichž příspěvek byl statisticky významně odlišný od nuly (Pt < 0,05) alespoň v jedné ze sledovaných skupin (skupiny učitelů a skupiny učitelek). Závisle proměnné byly SDC. U žen

Mnohonásobná regresní analýza 6

Závisle proměnná SDC

Rozdíly mezi muži a ženami v modelu 46 proměnných

(Uvedeny pouze proměnné signifikantně přispívající k celkovému R² alespoň u jedné skupiny)

Proměnná	Muži			P _t	Ženy			P _t
	β	R ²	t		β	R ²	t	
Věk	-0,0490	0,0043	-0,75	0,4524	0,0717	0,0178	2,19	0,0287
HFPZ	0,1560	0,2392	1,79	0,0752	0,2305	0,2398	4,55	0,0000
HFPN	-0,1666	0,0302	-1,94	0,0500	-0,0060	0,0336	-0,14	0,8856
HFZU	-0,0180	0,0636	-0,33	0,7438	0,0692	0,0274	2,26	0,0237
TAS	0,0721	0,0874	1,22	0,2257	0,0906	0,1041	2,79	0,0053
SP3	-0,1122	0,0462	-1,56	0,1213	0,0887	0,0060	2,19	0,0284
ODN	0,4107	0,3783	6,01	0,0000	0,3244	0,3695	9,12	0,0000
ODD	-0,1801	0,0193	-2,62	0,0096	-0,1118	0,0999	-3,09	0,0020
ODA	-0,1881	0,0947	-2,69	0,0078	-0,0587	0,1249	-1,53	0,1264
MF3	0,1029	0,1258	1,40	0,1630	0,1008	0,1548	2,70	0,0070
SHAN	0,1697	0,1826	2,43	0,0159	0,1062	0,0687	3,15	0,0016
SP1	0,2059	0,0045	2,73	0,0070	0,0111	0,0135	0,25	0,8052
SP2	-0,1913	0,0096	-3,00	0,0031	0,0321	0,0146	0,85	0,3966
SP5	-0,1983	0,0404	3,41	0,0008	-0,0429	0,0155	-1,36	0,5475
SP7	-0,0342	0,0539	-0,60	0,5505	-0,1160	0,0652	-3,36	0,0008

Muži: R² = 0,5265, R² upravené na počet parametrů = 0,5019**Ženy: R² = 0,5131, R² upravené na počet parametrů = 0,5049**

nejvíce přispívala k odhadu ODN (emoční labilita). Na druhém místě byla HFPZ (pracovní zátěž), která u mužů je jen těsně pod hranicí statistické významnosti. Třetí největší přínos k celkovému R² SS7 ze škál ŠSS-nespokojenost s rodinou (s partnerem, dětmi, situací v rodině) a SHAN (hostilita, nahněvanost). U mužů je to stejně jako u žen ODN (emoční labilita) SS5 – spokojenost s pracovním prostředím, SS2- spokojenost s profesí, SS1 – spokojenost s institucí (podnikem) a HFPN, která je přesně na hranici statistické významnosti (P_t = 0,0501). Pod hranicí statistické významnosti je u mužů HFPZ, věk, SS7, SP3 (škála sociální podpory od přátel), které jsou signifikantní u žen pokud jde o jejich přínos k celkovému R². U žen se významně na hodnotě celkového R² podílejí TAS (alexithymie) a MF3 (přidatné faktory) Meistrova

dotazníku DHNZ. Výsledky ukazují, že je nutno počítat s určitými rozdíly mezi muži a ženami v proměnných, které ovlivňují nebo alespoň korelují s takovými kritériovými proměnnými jako je pracovní zátěž nebo subjektivně hodnocené zdraví.

Tabulka 7, kde závisle proměnou je pracovní zátěž a model vznikl opět výběrem ze 48 proměnných, ve kterém zůstaly pouze ty proměnné, které buď v jedné nebo druhé skupině (u učitelů mužů, nebo u učitelek) signifikantně přispívaly k celkovému R^2 . Tento model obsahuje 12 proměnných. Ze srovnání výsledků vyplývá, že pracovní zátěž učitelek je více spojena s věkem, zdravím SDC, emoční labilitou N, pracovním přetížením MF1, které má zřejmě své výrazné kořeny i v mimopracovní oblasti. U mužů potom s úrovní ztotožnění se s profesí KCM, jednostranností pracovní zátěže MF2 a extrovertovaností ODN. Celková úroveň zdravotních stesků a MF3 (nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost) přispívá výrazně k predikci pracovní zátěže a částečně i přetížení MF1 u obou skupin.

Mnohonásobná regresní analýza 7

Závisle proměnná HFPZ

Rozdíly mezi muži a ženami v modelu 46 proměnných

(Uvedeny pouze proměnné signifikantně přispívající k celkovému R^2 alespoň u jedné skupiny)

Proměnná	Muži				Ženy			
	β	R^2	t	P_t	β	R^2	t	P_t
Věk	-0,0679	0,0041	-1,14	0,2524	-0,0769	0,0050	-2,50	0,0124
SDC	0,2002	0,2318	2,79	0,0053	0,2505	0,2572	6,15	0,0000
TAS	0,1191	0,0848	2,08	0,0373	-0,0344	0,0286	-1,08	0,2792
KCM	-0,1421	0,1168	-2,30	0,0217	-0,0071	0,0417	-0,22	0,8226
JASA	0,0644	0,0058	1,17	0,2422	0,0804	0,0218	2,64	0,0082
ODE	-0,1141	0,0161	-2,05	0,0405	-0,0156	0,0072	-0,51	0,6135
ODN	0,1004	0,1683	1,45	0,1473	0,1196	0,1654	3,16	0,0016
MF1	0,1144	0,1118	1,79	0,0733	0,0932	0,1035	2,73	0,0064
MF2	-0,0444	0,0492	-0,68	0,4979	0,1615	0,1035	5,01	0,0000
MF3	0,1671	0,1729	2,32	0,0202	0,2158	0,2496	5,84	0,0000
SNTZ	0,1464	0,1438	2,35	0,0186	0,1485	0,1494	4,55	0,0000

Muži: $R^2 = 0,3986$, R^2 upravené na počet parametrů = 0,3663

Ženy: $R^2 = 0,4435$, R^2 upravené na počet parametrů = 0,4333

KONFERENCIA „Citizens and Resilience, the Balance between awareness and fear“

¹Dušan Selko, ²Vladimír Kebza, ³Miroslav Harvan, ⁴Miroslav Vicen

¹NÚSCH, a.s., Bratislava; ²Státní zdravotní ústav, Praha

³Ministerstvo vnútra SR, PHaZZ Bratislava; ⁴Slovenský Červený kríž, ÚS Bratislava

V dňoch 22.–24.11.2006 sa konala v holandskom Haagu konferencia venovaná problematike psychickej odolnosti a možnosti jej rozvoja. V období zvýšenej hrozby terorizmu, katastrofických situácií a prírodných pohrôm, ako aj v kontexte s tragickými udalosťami na Slovensku v januári 2006 a čerstvou tragédiou v Novákoch, je to téma výsostne aktuálna i pre náš región. Konferencia bola zameraná medziodborovo. Okrem zdravotníkov boli prítomní pracovníci rezortov vnútra, armády, vládnych a nevládnych organizácií z 25 krajín EÚ – celkovo 150 odborníkov, zameraných na zvládanie následkov katastrof a traum. Slovensko bolo na konferencii zastúpené 4 účastníkmi, ČR siedmymi.

Pod organizovanie podujatia sa významne podpísala firma Impact, ktorá je v Holandsku vzdelávacím a poradenským centrom, zameraným na poskytovanie psychosociálnej starostlivosti v období po prekonávaní následkov katastrof. Konferencia bola orientovaná na 3 hlavné okruhy:

1. psychická odolnosť pri nešťastiach a teroristických útokoch ako odborný – teoretický aj empirický problém,
2. aktívne okrúhle stoly, nasledujúce hneď po každej prednáške,
3. workshopy zamerané na:
 - a) tvorbu a uplatnenie kampaní vo verejných komunikačných prostriedkoch a médiách,
 - b) zásady stratégie komunitných intervencií pre profesionálov, pôsobiacich v oblasti zvládania traumatických zážitkov, plynúcich z katastrof a teroristických útokov;
 - c) zásady spracovania materiálov pre deti: snaha pomôcť učiteľom v príprave detí na primerané zvládanie emócií a reakcií v súvislosti s katastrofami a hrozbu terorizmu.

V prvom bloku odznali prednášky popredných európskych a svetových odborníkov z danej oblasti:

Prof. David Alexander, riaditeľ Centra pre výskum traumy v Aberdeene, v Škótsku, prednášal o psychosociálnych aspektoch terorizmu. Teroristi rátajú s neschopnosťou a nekompetentnosťou autorít v konkrétnych prípadoch. Krátkodobé aj dlhodobé dôsledky teroristických akcií na individuum aj society sú dlho známe; napriek tomu, že aj keď sa očakávajú, neznižuje sa ich dopad, význam zvyšovania informovanosti a prípravy nielen odborníkov, ale celej populácie narastá práve v súvislosti s hrozbou použitia chemických, biologických, rádiologických a nukleárnych prostriedkov/zbraní hromadného ničenia. (záujemci o podrobnejšie oboznámenie sa s problematikou si môžu pozrieť odkazy na práce autora v zozname literatúry).

Ráchel Yehudová, profesorka psychiatrie z Mount Sinai School of Medicine v New Yorku prednášala o biologických aspektoch strachu a odolnosti; zaoberala sa podstatou, príčinami a závažnosťou traumy a jej dopadu na rozvoj PTSD; v USA 50% populácie v produktívnom veku minimálne 1 x za svoj život je exponovaná traume (násilie, nehody, ohrozenie, útok, obťažovanie, prepadnutie, sebaobrana, zneužitie). Nie každá obeť traumy nesie znaky PTSD; vzhľadom k nárastu traumatických udalostí je zaujímavé vysoké percento populácie, u ktorých sa nevyvinie PTSD (približne 60 a viac %). Pri rozvoji PTSD zohrávajú dôležitú rolu medzi pohlavnými rozdielmi: 20,4:8,1 v neprospech žien (Kessler et al., 1995). Väčšina jedincov, u ktorých sa vyvinie PTSD sa z nej zotaví; v priebehu 9 mesiacov je to viac ako 52% postihnutých – i bez odbornej pomoci. Biologické koreláty úzkosti a strachu v súvislosti s PTSD sú intenzívne skúmané. Zistili sa významné rozdiely v činnosti amygdaly u jedincov s PTSD a nonPTSD. PTSD je asociovaná so zvýšeným vylučovaním katecholamínov a SNS aktivitou a nižšími hladinami kortizolu. Aj v porovnaní s depresiou je kortizol najnižší u jedincov s PTSD. Na základe týchto zistení Yehudová uzatvára, že jedinci, ktorí sa nevysporiadali s traumou, neodpovedajú na následný stres v priebehu svojho života „normálne“. Toto zistenie je závažné najmä pri porovnaní neurofyziologickej aktivity na stres a pri rozvinutej PTSD: u detí rodičov, ktorí prežili holocaust sa PTSD rozvinula 3x častejšie ako u „normálnych“ jedincov. Nízky kortizol je jedným z exaktne merateľných rizikových faktorov pre rozvoj PTSD, moderuje

SNS v čase traumy, ovplyvňuje odpoveď na ňu. (záujemci o problematiku si môžu pozrieť odkazy na práce autorky v zozname literatúry).

George A. Bonanno, profesor psychológie a edukácie z kolumbijskej univerzity v New Yorku prednášal o taxonómii faktorov posilňujúcich odolnosť; na základe svojich skúseností z terénu pri zvládaní a štúdiu dopadu udalostí z 11.9.2001 v New Yorku, na priamych účastníkov, pozostalých aj nezaujatých, s postihnutými SARS v Hong Kongu a Číne a účastníkmi vojny na Balkáne.

Uviedol zaujímavé výsledky štúdie merania PTSD u účastníkov, postihnutých, rodinných príslušníkov, záchranárov aj nepriamych účastníkov udalostí z 11.9. v New Yorku; riziko rozvoja PTSD nebolo závislé len od epicentra danej udalosti a neviazalo sa len na obeť udalosti.

Zdroje resilience na veľkých populačných vzorkách získaných priamo v teréne pri nedávnych udalostiach zahŕňajú široký rámec faktorov, ktoré skúma moderná psychológia krízy: patria sem adaptabilita a flexibilita, ego resilience a hardines, bezpečný štýl dosahovania cieľov jedincom, očakávania a flexibilný coping; schopnosť vnímať stres ako pozitívnu udalosť, kapacita jedinca pre pozitívne emócie, flexibilný repertoár sociálnych aktivít. (záujemci o podrobnejšie oboznámenie sa s problematikou si môžu pozrieť odkazy na práce autora v zozname literatúry).

Prof. Ann Mastensová z Inštitútu rozvoja dieťaťa minesotskej univerzity v USA prednášala o vývojovo psychologickom pohľade na možnosti zvyšovania úrovne odolnosti v kontexte terorizmu; kladie veľký dôraz na prípravu dospelých, pretože deti sú bytostne závislé od správania sa dospelých a toto podmieňuje aj formovanie ich resilience. Zdôraznila význam edukácie, tréningu a prípravy na situácie.

Pamela Dixová z Londýna, UK, zo spoločnosti Disaster Action prednášala o význame občianskych komunitných centier a aktivít pri katastrofách a odkaze tých, čo prežili pre nasledovníkov.

J. Gutierrez z Madridu, predseda občianskeho združenia pozostalých po obetiach teroristických útokov „Asociación 11M Afectados de Terrorismo“, prezentoval praktickú výzvu v zmysle zvyšovania odolnosti tých, čo prežili, na laickej úrovni.

Prof. Berthold Gersons, profesor psychiatrie z amsterdamskej univerzity prednášal o komunitnej intervencii v rámci zvládania katastrof a následkov násilia. Upozornil na regionálne a lokálne špecifiká indi-

viduálnych aj kolektívnych reakcií na mimoriadne situácie, zároveň zdôraznil aj fakt, že klasická forma vysporiadania sa s krízou nemusí znižovať riziko rozvoja PTSD čo bolo spoločným čiastkovým záverom väčšiny prezentovaných prác. Teror a katastrofy majú spoločné črty v rôznych končinách sveta a majú špecifický dopad na jednotlivé komunity.

Na základe množstva analýz debriefingov sumarizuje, že nie je možné zabezpečiť prevenciu PTSD, môžeme len limitovať dopad negatívnych vplyvov na tých, ktorí sú nadmerne emočne „nabudení“ hyperarousal a vyčerpaní; profesionálna príprava a vybavenosť nechráni pred rozvojom PTSD – nabáda na terapeutický realizmus a upozorňuje na nebezpečenstvo terapeutickéj omnipotencie a optimizmu, ako aj na negatívny vplyv paušálne používaných debriefingov.. (záujemci o podrobnejšie oboznámenie sa s problematikou si môžu pozrieť odkazy na práce autora v zozname literatúry).

Ad.2. a 3 workshopy a aktívne okrúhle stoly: Facilitátori – väčšinou odborníci s praktickými skúsenosťami v oblasti zvládania náročných situácií, aktivizovali diskusiu k prezentovaným prednáškam v 6 až 8 členných „medzinárodných“, kultúralne a socioekonomicky zmiešaných tímoch so snahou zistiť nielen názory odborníkov, ktorí už skúsenosti majú, ale aj od tých, ktorých sa to zatiaľ netýka, ale potencionálna hrozba už existuje. Výsledky týchto diskusií boli priebežne prezentované prostredníctvom bezdrôtovej digitálnej komunikačnej siete „Spotme“, ktorá bola pre účely konferencie vytvorená pomocou prístrojov PDA (personal digital assistant), umožňujúcich nielen okamžitý prenos dát vrátane účasti na hlasovaní, zisťovaní úrovne vedomostí, názorov, postojov atď., ale tiež manažment konferencie, aktuálny prenos správ v jej priebehu, tvorbu a výmenu digitálnych vizitiek účastníkov a vyhľadávanie jednotlivých účastníkov v priestoroch konferencie.

Zaujímavým zážitkom na konferencii bolo na vlastné oči vidieť a zažiť, ako sa dá skĺbiť klasická forma prednášok, tak interaktívne organizovaných workshopov a guľatých stolov, za využitia modernej techniky a bezdrôtovej komunikačnej siete na okamžité informovanie všetkých účastníkov, ako aj na individuálne kontakty aktérov. Konferencia svojim zameraním aj manažmentom bola pre všetkých účastníkov veľmi prínosná.

Psychickej odolnosti v zmysle resilience vo vzťahu ku katastrofám a násiliu, ale aj iným, podobne zameraným koncepciám, obohacujúcim

teoreticky aj prakticky psychologické myslenie, sa venuje aj značná časť II. konferencie psychológie zdravia.

Literatúra:

- Alexander DA, Klein S: (2003) Biochemical terrorism: too awful to contemplate, to serious to ignore. *B J Psychiatry*, 183, 491-97
- Alexander DA: Early mental health intervention after disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005;11,11-18
- Alexander DA, Klein S: The challenge of preparation for a chemical, biological, radiological or nuclear terrorist attack. *J of Postgraduate Med*, 2006; 52,126-131
- Yehuda R.: Current Concepts: Posttraumatic Stress Disorder. *New Engl J of Med*, 2002;346;109-114
- Yehuda R.: Hypothalamic-pituitary-adrenal alterations in PTSD: Are they relevant to understanding cortisol alterations in cancer? *Brain, Behavior and Immunity*, 2003;17(1Suppl):73-83
- Berkowitz GS, Wolf MS, Janevic TM, Holzman IR, Yehuda R, Landrigan PJ.: The World Trade Center disaster and intrauterine growth restriction. *JAMA* 2003; 290:595-6
- Yehuda R, Golier JA et al.: The ACTH response to dexamethasone in PTSD. *Amer J Psychiatry*, aug.2004
- Kessler et al.: *Arch.Gen Psychiatry*. 1995; 52:1098
- Bonanno G.A: (2004, 2005); *American Psychologist*
- Bonanno G.A.: (2005) *Current Directions in Psychological Science*
- Bonanno .A., Ho et al. 2006
- Bonanno , Galea et al. 2006: *Psychological Science*
- Bonanno, Rennieke, Dekel (2005); *JPSP*
- Gersons B. et al.: De psychosociale zorg na de vuurwerkramp in Enschede. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(29):1426-30
- Lindauer RJ, Gersons BP et al. Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with PTSD: Randomised clinical trial. *J Trauma Stress*. 2005 Jun;18(3):205-12
- Richie et al.: *Interventions following mass violence and disaster: strategies for mental health practice*, 2006
- Neria Y (ed.), Gross R, Marshal, RD, Susser ES.: *Mental health in the wake of terrorist attacks*, Cambridge University Press 2006
- Bisson, Lidz, Carlier, Sijbrandij, Cochrane, NICE et al.: *Post-traumatic stress disorders – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care; – National Institute for Clinical Excellence; Clinical Guideline 26. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health, March 2005; NHS, London 2005*
- Van Ommeren M, Wessels M, IASC Guidance on mental health and psychosocial support in emergency settings. Fourth working draft May 2006, Action sheet 5
- Ommeren M van: *Validity issues in transcultural epidemiology. Brit J Psychiatry*, 2003
- Schlenger WE, Silver RC. *Web-based methods in terrorism and disaster research. J of traumatic stress*, 2006;19(2):185-93
- Kaniasty K, Norris FH: *Social support in the aftermath of disasters, catastrophes, and acts of terrorism: altruistic, overwhelming, uncertain, antagonistic a patriotic communities. In: Bioterrorism. Psychological and public health interventions by Ursano et al., 2004, Cambridge University Press. Pp 217-222*

Post P et al. Disaster rituals; Explorations of an emerging ritual repertoire. Pedeters 2003, Leuven, Belgium

Mental health of populations exposed to biological and chemical weapons, WHO, Geneva, 2005

Odkazy na internetové portály:

www.impact-kenniscentrum.nl

www.hhs.gov/emergency/mediaguide/field/

www.dartcenter.org

www.projectliberty.state.ny.us

www.risicoencrisis.nl

www.fema.gov

www.safecanada.ca

www.who.int/substance_abuse/activities/en/

www.warchild.com

www.disasteraction.org.uk

www.pacefultomorrows.org

www.tisei.org

www.mipt.org

www.savethechildren.org

www.citizencorps.gov

Ospravedlňujeme sa čitateľom za mnohé neúplné a nekompletné citačné zdroje; v prezentovanom zozname literatúry nám išlo o usmernenie záujemcov z pracovných materiálov, získaných na konferencii.

KRÍZOVÁ INTERVENCIA A PSYCHOSOCIÁLNA PODPORA AKO SÚČASŤ NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRI UDALOSTIACH S HROMADNÝM POSTIHNUTÍM OSÔB – skúsenosti z Novák

Karin Brániková, Andrea Beňušková, Katarína Čajkovičová, Karol Kálig
Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby SR, Bratislava

Motto: Urobiť čo najviac dobrého pre čo najväčší počet ľudí

Krízová intervencia a psychosociálna podpora je téma, ktorá je v kontexte neodkladnej zdravotnej starostlivosti v SR relatívne nová. Ide o systémový prístup k poskytovaniu **psychosociálnej krízovej intervencie** pri zdravotníckom zabezpečení udalostí s hromadným postihnutím osôb.

V klasickej podobe je riešenie týchto udalostí v systéme **neodkladnej zdravotnej starostlivosti (NZS)** zabezpečené reťazcom samostatných, ale funkčnosťou previazaných inštitúcií, medzi ktoré patria:

1. **Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby SR**, ktoré cez linku tiesňového volania (112, 155) prijíma a vyhodnocuje tiesňovú situáciu. Ak je to nevyhnutné, dispečersky riadi a koordinuje
2. **mobilné ambulancie záchrannej zdravotnej služby**, ktoré po ošetrovaní na mieste udalosti prepravujú postihnutých do siete
3. **nemocnice**, ktoré zodpovedajú za optimalizáciu definitívnej liečby.

Z literárnych údajov, ako aj z reálnych skúseností z rôznych krajín vyplýva, že v intenciách správnej medicínskej praxe je potrebné NZS pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb rozšíriť o bezprostrednú psychosociálnu krízovú intervenciu.

Psychosociálna krízová intervencia je účinným nástrojom NZS na zabránenie, resp. zníženie negatívnych akútnych a chronických následkov nehôd s hromadným postihnutím osôb a stáva sa súčasťou komplexnej zdravotnej starostlivosti so zameraním na budúcu kvalitu života zasiahnutých osôb.

Úlohy krízovej intervencie v systéme NZS:

- zabezpečuje psychosociálnu starostlivosť o ľudí po traumatizujúcich udalostiach
- vykonáva preventívne opatrenia vzniku post traumatických syndrómov a poškodenia zdravia
- podporuje zasiahnutého v jeho stratégiách zvládania, znovunadobudnutí schopnosti konať a uľahčuje neskoršiu integráciu traumatickej udalosti
- vykonáva skrining akútnych stresových reakcií a identifikuje osoby vystavené riziku psychického poškodenia
- sprostredkováva následnú odbornú starostlivosť
- zasahuje prioritne pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb a mimoriadnych udalostiach
- zabezpečuje starostlivosť o príbuzných mŕtvych, na živote ohrozených, zranených a nezvestných
- zabezpečuje starostlivosť o zasiahnutých, ktorí stratili základné životné zázemie
- vykonáva oznámenie o úmrtí, spolupracuje s políciou pri identifikácii zosnulých

V kontexte špecifických podmienok na Slovensku sa chceme zamerať na niekoľko kľúčových faktorov. Prvým z nich je **vykonateľnosť**. Z charakteristiky neodkladnej zdravotnej starostlivosti vyplýva, že je nevyhnutné poskytovať ju v reálnom čase, bezprostredne na mieste udalosti. Vtedy má zmysel, aby poskytovanie psychosociálnej krízovej intervencie prebiehalo v priamej súčinnosti so záchrannou zdravotnou službou. Cesta pacienta sa totiž začína volaním na tiesňovú linku 112, resp. 155, na základe ktorého operátor – dispečer vysiela na miesto udalosti potrebnú pomoc (záchranná zdravotná služba, hasiči, policajti), v našom prípade rozšírenú o krízový intervenčný tím – KIT. Následne ide o tímovú proaktívnu terénnu prácu.

Ďalším dôležitým faktorom je **udržateľnosť**. Je potrebné zadefinovať typ udalostí, pri ktorých je psychosociálna krízová intervencia nielen potrebná, ale aj z dlhodobého hľadiska v slovenských podmienkach ekonomicky únosná. Veľká časť pracovísk zameraných na krízovú intervenciu (napríklad rôzne linky dôvery) časom zaniká – nie pre svoju nepotrebnosť, ale práve pre ekonomickú neudržateľnosť. V kontexte

možných negatívnych následkov na budúci život ľudí, ktorým práve z tohto dôvodu nebola poskytnutá odborná pomoc je to veľká škoda.

Psychosociálna krízová intervencia pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb má – podľa materiálov European policy paper – tri fázy, pričom:

v **AKÚTNEJ FÁZE** operačné stredisko linky tiesňového volania (112) vyhodnotí informácie z miesta udalosti a v prípade nehody s hromadným postihnutím osôb alebo mimoriadnej udalosti vysielá jednotlivé zložky integrovaného záchranného systému (IZS). Súčasne aktivuje KIT. Na mieste udalosti sa zo zástupcov jednotlivých záchranných zložiek vytvorí riadiaci štáb. Ten riadi koordináciu činnosti jednotlivých zložiek integrovaného záchranného systému: požiarnikov pre vyhľadávacie a záchranné práce, záchrannú zdravotnú službu (ambulantnú službu, zdravotné záchranné tímy) a policajný zbor. Tieto zložky následne v súčinnosti zabezpečujú technickú podporu, logistiku, dopravu.

Ak sa záchrannej akcie zúčastňuje KIT, **potom sa stáva súčasťou zdravotníckej zložky IZS a v tejto fáze zriaďuje informačné a podporné centrum pre rodiny a priateľov zosnulých, nezvestných, hospitalizovaných, zranených, profesionálov a zodpovedajúcich.**

V tejto fáze je nesmierne dôležité všimnúť si okamžité psychosociálne potreby zasiahnutých osôb s ohľadom na špecifické deficity. Je pritom nutné zabezpečiť účinné a zrozumiteľné ponuky praktickej podpory tak, aby bol ich dosah na zasiahnutú verejnosť čo najväčší. Je vhodné od začiatku využívať služby a spoluprácu miestnych odborníkov, resp. autorít všeobecne pozitívne prijímaných miestnym obyvateľstvom.

Informačné a podporné centrum slúži na poskytovanie dôležitých údajov a informácií cieľovým osobám, resp. médiám a v záujme toho pracovníci centra vykonávajú zber informácií, ich registráciu, spracovanie a vyhodnotenie, proaktívne vyhľadávajú rodiny, resp. blízkych obetí a nezvestných osôb.

Pokiaľ to okolnosti dovoľujú, **okrem prvej emocionálnej, sociálnej a psychologickej podpory** pomáha tím psychosociálnej krízovej intervencie aj pri zabezpečovaní kultúrnej a náboženskej podpory. Pozornosť treba tiež venovať preverovaniu psychologických rizík **posttraumatickej stresovej reakcie.**

Tím po celý čas zabezpečuje dokumentáciu vlastnej činnosti formou písomných denných súhrnov, fotografického, zvukového a videozáznamu.

Na konci akútnej fázy sa tím sústreďuje na prechod do STREDNEJ FÁZY (reakcie na udalosť), pričom doterajšia cieľová skupina poskytovania psychosociálnej starostlivosti sa rozrastá o osoby, ktoré síce neboli pri nehode fyzicky zranené, vyžadujú však pomoc v niektorej z oblastí činnosti tímu. Počas tejto fázy prichádza k postupnému odovzdaniu osôb, ktorým bola poskytovaná psychosociálne prvá pomoc v kríze o starostlivosti miestnej siete následnej starostlivosti. **Partnermi sú** v prvom rade inštitúcie a jednotlivci poskytujúci **zdravotné, rehabilitačné, špecifické sociálne, právne a vzdelávacie služby** (lekárske ošetrovanie, psychoterapia, finančná pomoc a náhrady, práca a pracovné poradenstvo, školstvo, právnik, poradenstvo o kompenzáciách), **príslušné úrady** (o.i. ambasády, súdnictvo, administratívne, politické orgány), **cirkevné spoločenstvá, komunity, duchovné služby, prekladateľské a tlmočnické služby svojpomocné a záujmové skupiny, dotknuté poisťovne, letecké, autobusové, železničné, nákladné spoločnosti, súkromné firmy, atď.**

Následne nastáva tzv. DLHODOBÁ FÁZA ktorá prebieha už plne v réžii miestnych štruktúr. Ich starostlivosť sa zameriava na osoby s chronickým fyzickým poškodením, nezranených s chronickými duševnými, alebo zdravotnými ťažkosťami, nezranených so vzťahovými sociálnymi či emocionálnymi problémami. **Týmto podľa potrieb poskytuje alebo zabezpečuje rehabilitáciu a ošetrovateľské služby, svojpomocné skupiny, kontakt s príslušnými úradmi, poisťovňami a pod.**

Členenie na tri fázy vychádza z materiálov PSYCHO-SOCIAL SUPPORT IN SITUATIONS OF MASS EMERGENCY – European Policy Paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters.

Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1

V kontexte vykonateľnosti a udržateľnosti sa teda poskytovanie psychosociálnej krízovej intervencie pracoviskom OSZZS SR v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti pri udalostiach s hromadným postihnutím obyvateľstva týka **prvej a začiatku druhej fázy** – prioritou

je včasné odovzdanie a ponechanie všetkých zasiahnutých **regionálnym sieťam následnej odbornej starostlivosti**. Tím sa podieľa aj na **aktivovaní** miestnych štruktúr v prípade, že s ohľadom na špecifické miestne podmienky (personálne, alebo štrukturálne nedostatky) alebo dosah katastrofy nie sú na poskytovanie služieb v tomto rozsahu a kvalite pripravené. Zasiahnutým je poskytnutá **psychická prvá pomoc** zameraná na znovunadobudnutie ich schopnosti konať, na podporenie ich vlastných a v najbližšom sociálnom okolí dostupných stratégií zvládania a podľa potreby odporúčenie včasnej odbornej pomoci zameranej na integráciu traumy. Ide teda o **primárnu a sekundárnu prevenciu vzniku reakcií** na traumatizujúci stres. Adekvátne podpora v kríze spôsobenej traumatickým stresom **znižuje riziko** vzniku PTSP, ako to poznáme zo zahraničných skúseností. Včasná liečba akútnej traumy má preukázateľne významný vplyv na **budúcu kvalitu života** zasiahnutého.

Adekvátne podpora zásahovým jednotkám zborov IZS je poskytovaná v rámci psychologickej starostlivosti v jednotlivých zboroch aj spracovaním stresu po zaťažujúcich zásahoch. Je zákonne ukotvená u policajného zboru, hasičského zboru a je žiaduca aj u zdravotníckych pracovníkov.

Ukážka poskytovania psychosociálnej pomoci pracoviskom OSZZSSR v praxi

Súhrnná správa zo zásahu tímu psychosociálnej krízovej intervencie OS ZZS SR

Nováky 4. 3. – 12. 3. 2007

Na základe poverenia ministra zdravotníctva vyslal riaditeľ OS ZZS SR tím psychosociálnej krízovej intervencie v zložení vedúca tímu – psychoterapeut, 2. psychoterapeut, hovorca, dokumentarista, MTZ, IT. Na mieste zabezpečil aj operátorku. V nasledujúcich dňoch pre veľkú vyťaženosť zabezpečil činnosť ďalších dvoch psychoterapeutov.

Tím začal svoju prácu **po porade s krízovým štábom** ministerstva obrany, ktorý riadil záchranné práce. Vytvoril dočasné pracovisko v Novákoch v spolupráci s predstaviteľmi miestnej samosprávy. Sprevádzkoval bezplatnú **Linku podpory** ako dostupný kontakt odborníkov so zasiahnutými a zabezpečil jej následné fungovanie po ukončení činnosti tímu v zasiahnutej oblasti miestnymi odborníkmi.

Tím vypracoval informačné materiály o svojich službách poskytova-

ných obyvateľstvu, letáky pre starostov, dospelých, deti a aj zoznam inštitúcií a jednotlivcov preberajúcich následnú starostlivosť v psychosociálnej oblasti v regióne. Tieto následne rozdistriboval na verejne prístupné miesta, úrady a zasiahnutým občanom.

Tím zabezpečil vzhľadom na rozsah a počet zasiahnutých pre odborníkov v regióne zriadenie skupiny odborných konzultantov z Psychiatrickej kliniky v Trenčíne pre oblasť následnej psychotraumatologickej starostlivosti.

Krízový intervenčný tím vykonával priamu krízovú intervenciu v individuálnej práci so zasiahnutými telefonicky prostredníctvom nepretržitej telefonickej linky, osobne na dočasnom pracovisku a v teréne.

Tím pracoval so zasiahnutými individuálne, so skupinami žiakov ZŠ, so skupinami pedagógov. Zabezpečoval aj krízovú intervenciu na stretnutiach vo veľkých skupinách – v cca. 70-člennej skupine pozostalých a príbuzných nezvestných a v cca. 300-člennej skupine pracovníkov VOP, kde zabezpečil distribúciu diagnostického nástroja na zmapovanie vplyvu psychotraumatizujúcej udalosti, ktorý mal umožniť včasné zachytenie príznakov a starostlivosť o zasiahnutých.

Na Linke podpory sa uskutočnilo celkom 586 hovorov. Tím prevzal a spracoval 125 prichádzajúcich hovorov na Linke podpory. Z prichádzajúcich hovorov bolo 119 oprávnených.

Súhrn činností tímu

Pracovné stretnutia s pracovníkmi krízového štábu podieľajúcimi sa na likvidácii následkov nešťastia a koordinácia spolupráce.

Práca so zasiahnutými v teréne na dočasne zriadenom pracovisku a telefonicky s vypracovaním podrobných záznamov o činnosti.

Práca s pedagogickými pracovníkmi (inštruktážne stretnutia s riaditeľmi, zástupcami, výchovnými poradcami a triednymi učiteľkami na ZŠ, s riaditeľkou na Združenej strednej chemickej škole), skupinová práca s pedagogickým zborom a so žiakmi ZŠ.

Mediálne výstupy (elektronické médiá, printové médiá) osobne, cez web a telefonicky.

Konzultácie s regionálnymi odborníkmi o následnej starostlivosti o zasiahnutých a postupné odovzdávanie klientov do ich starostlivosti (lekári, psychológovia, psychoterapeuti).

Výber miesta, kontrola a zabezpečenie stretnutia vedenia VOP a mi-

nistra obrany s rodinami obetí.

Príprava, sprevádzanie a krízová intervencia počas stretnutia vedenia VOP a ministra vnútra s pracovníkmi podniku.

Sprevádzanie rodinných príslušníkov obetí počas identifikácie obetí a následná starostlivosť.

Návrh, predtlačová príprava a výroba informačných letákov o činnosti tímu.

Monitoring dennej tlače a printových médií.

Výroba oznamov (oznam o zriadení Linky podpory, účtu na podporu obetiam, pietnom mieste a pod.).

Tvorba zoznamu poskytovateľov následnej pomoci a nadväzovanie spolupráce pre zabezpečenie následnej starostlivosti.

Rozvoz a distribúcia letákov a oznamov.

Výber vhodnej lokality, zabezpečenie kvetov, sviečok a založenie pietneho miesta na zahájenie procesu smútenia zasiahnutých.

Zabezpečenie fotodokumentácie a filmovej dokumentácie zásahov.

Príprava denných reportov a tlačových správ pre agentúry a médiá.

Nočná pohotovosť na linke podpory.

Činnosť siete následnej starostlivosti

Regionálny koordinátor následnej starostlivosti prevzal Linku podpory Nováky od tímu psychosociálnej intervencie 12. 3. 2007 o 17.00 hod. S ohľadom na technické a personálne možnosti bolo zabezpečené fungovanie linky v čase od 7.00 do 19.00 denne. Treba upozorniť, že pripravenosť miestnych štruktúr na zvládnutie nehôd s hromadným postihnutím obyvateľstva na Slovensku ani zďaleka nedosahuje úroveň krajín EU, kde majú s poskytovaním psychosociálnej starostlivosti desiatky rokov skúsenosti. Na Slovensku zatiaľ chýba personálne, finančné a materiálne zabezpečenie na úrovni umožňujúcej poskytovanie služieb. Prípadné odlišnosti od štandardných postupov odporučených EPP sú spôsobené práve touto skutočnosťou.

Kto boli klienti linky podpory a následnej starostlivosti:

1. Osoby, ktoré boli prítomné v areáli podniku počas nešťastia – u tých sa predmetná udalosť neustále „premietala ako film, stále znova počuli zvuk výbuchu“, videli následky, pomáhali iným zasiahnutým, uvedomovali si, že to „mohli byť aj oni“, boli bezpro-

stredne ohrození na živote. Niektorým „stačilo vyrozprávanie sa“, iní si dohodli osobné stretnutia a následne boli odporúčaní na konzultáciu k psychiatrovi.

2. Osoby, ktoré neboli bezprostredne ohrozené na živote, ktorých sa však udalosť hlboko dotkla a prežívali v súvislosti so svojou pracovnou pozíciou („čo som mohol urobiť, aby sa to nestalo, vedel som, že pracovné podmienky a postupy sú nebezpečné“) pocity viny. Títo boli indikovaní pre psychoterapiu, cieľnú k odbúraníu pocitov viny za následky nešťastia a ľudské tragédie. Mnohí si dohodli osobné stretnutia, u viacerých osôb boli už evidentné následky v somatickej oblasti (absencia spánku, výrazný úbytok na váhe) a emočnej (nástup úzkosti, strach a podobne).
3. Rodičia, pozorujúci zmeny v správaní detí, (tendencie k izolácii, strach, nezáujem o aktivitu) pýtajúci sa na následky nešťastia. Koordinátorka bola tiež v kontakte s miestnymi školami a pracuje na príprave stretnutí s deťmi a prednáškach o spracovaní stresu pre pedagogický personál.
4. Osoby, ktoré majú strach z budúcnosti a v dôsledku straty zamestnania prídu o finančné prostriedky. Boli im poskytnuté informácie o možnostiach náhradných aktivít, pracovalo sa na načrtnutí pozitívnej predstavy o možnej zmene, uistenie, že koordinátorka bude spolupracovať s úradom práce, sociálnych vecí a rodiny s oddelením zamestnanosti.

Význam Linky podpory

Linka podpory si získala dôveru už počas pôsobenia Centra psychosociálnej podpory OS ZZS SR v Novákoch, pretože bola prakticky jedinou možnosťou, ako sa v kritických dňoch skontaktovať s podporou bez nutnosti opustiť svoje bydlisko. Ľudia hľadajúci pomoc zistili, že si smú zachovať anonymitu, nie sú evidovaní v smere k úradom a poisťovňam a aj to, že vyhľadali pomoc sa nikto z „miestnych“ nedozvie. Nezanedbateľný je tiež fakt, že linka bola pre volajúcich bezplatná, pretože najmä v chudobnejších oblastiach Slovenska býva aj dlhší telefonát pre volajúcich príliš finančne náročný. Linka okrem priamej podpory poskytovala v rámci svojich možností aj sprostredkovanie ďalších kontaktov pre zasiahnutých. Okrem kontaktov na odborníkov z oblasti duševného zdravia aj v oblasti poistenia, právnych služieb či

sprostredkovanie priamej materiálnej podpory. Po medializácii telefónneho čísla sa dokonca na linku často dovolali aj ľudia, ktorých psychický, zdravotný či sociálny problém vôbec nesúvisel s výbuchom v Novákoch. Potvrďuje sa, že tento spôsob komunikácie pre obyvateľov je často pre rôzne bariéry (obava zo stretnutia s cudzím človekom, z návštevy úradu, nedostatok financií na cestovné, chudobné rodiny často nevlastnia auto a doprava z dediny do väčšieho mesta hromadnou dopravou sa obmedzuje iba na ranné a poobedné spoje) najprijaiteľnejší.

Priama terénna práca sa ukazuje ako najefektívnejší spôsob pomoci, umožňuje širší záber pomoci na celú rodinu, či iných blízkych zasiahnutých. Zároveň proaktívne pôsobenie priamo v teréne umožňuje odhaľovať ďalšie problémy, s ktorými zasiahnutí sami nenájdu odvahu hľadať pomoc. Ľudia v regióne majú strach zo straty zamestnania v prípade, že sa niekto dozvie o ich psychických ťažkostiach. Nezanedbateľným faktorom je tiež bezprostrednejší kontakt a ľahšie získavanie dôvery klientov. S tým sú samozrejme spojené aj riziká, spočívajúce napríklad v prílišnom naviazaní sa klientov na členov tímu a tiež prehnane očakávaní, ktoré členovia tímu nemôžu naplniť.

Aktivity spustené tímom psychosociálnej podpory OS ZZS SR v Novákoch a okolí (s výnimkou samotnej prevádzky bezplatnej linky, kde nastal problém s neochotou vedenia podniku financovať jej prevádzku v rámci následnej starostlivosti) naďalej pokračujú, o podporu požiadali aj klienti, ktorí neboli v kontakte v prvých dňoch po udalosti, resp. nepovažovali svoje problémy za dôležité. To potvrdzuje, že problémy, spôsobené tragickými udalosťami majú dlhodobý charakter a je nevyhnutné prehodnotiť doterajšiu úroveň a rozsah starostlivosti tak, aby sa v najvyššej možnej miere neutralizovali negatívne následky traumy. Klientom bola poskytnutá priama pomoc, majú tiež možnosť konzultovať telefonicky svoje problémy s tým, že majú k dispozícii číslo na koordinátorku. V priebehu týždňov sa kontaktujú noví klienti, ktorí pozorujú zmeny v správaní členov rodín, v ktorých došlo k zdravotným následkom, či úmrtiu príbuzných v dôsledku úrazu. Zmeny v správaní sa objavujú aj v rodinách, kde príbuzní vedeli, že člen ich rodiny je práve v práci, ale nevedeli či prežil.

Vzhľadom k tomu, že od udalosti už prešlo isté obdobie, dovoľujeme si upozorniť, že všetky fázy poskytovania psychosociálnej pod-

pory majú svoj nezastupiteľný význam pre zachovanie zdravia zasiahnutých a zmiernenie následkov traumatizujúceho stresu pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb. Z tohto hľadiska by na zabezpečenie psychosociálnej podpory v akútnej fáze v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti malo plynule nadväzovať jej ďalšie zabezpečenie v strednej a dlhodobej fáze na regionálnej úrovni. Naplnenie tejto potreby si vyžaduje budovanie systému poskytovania psychologickej a psychosociálnej podpory, ako pre zasiahnutých, tak pre zasahujúcich zdravotníckych pracovníkov.

Literatúra:

- PSYCHO-SOCIAL SUPPORT IN SITUATIONS OF MASS EMERGENCY – European Policy
Paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters.
Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1
- D. Vodáčková a kol. Krizová intervence, Praha 2002 ISBN:80-7178-696-9
- B.Baštecká a kol. Terénní krizová práce, Praha, 2005, ISBN: 80-247-0708-X
- Akutbetreuung Wien webové stránky
- Seidler, Günter H.; Hofmann, Arne; Rost, Christine: Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 5 vom 01.02.2002

OSOBNOSŤ TYPU D U PEDAGÓGOV

Róbert Ďurka

Pedagogicko-psychologická poradňa, Michalovce

Psychická odolnosť je jednou zo základných tém psychológie zdravia. Psychológovia sa už dávnejšie zaoberajú otázkou, od čoho závisí odolnosť voči stresu (Kondáš a kol., 2002). Fontana (2003) uvádza, že učiteľstvo je svojou povahou stresovým zamestnaním.

Autorom teórie stresu (z anglického stress – napätie, záťaž) je kanadský endokrinológ Hans Selye, ktorý poukázal na to, že akákoľvek nadmerná záťaž (teda stres) vyvoláva všeobecný adaptačný syndróm (GAS – General Adaptation Syndrom). GAS pozostáva z troch štádií:

1. Štádium alarmu (poplachová reakcia), ktoré začína otrasom a zníženou odolnosťou, neskôr nasleduje mobilizácia obranných mechanizmov a obnovenie vzdorovania.
2. Štádium odporu (rezistencie) sa vyznačuje rôznou úrovňou adaptácie.
3. Štádium vyčerpania (exhauscie) je charakterizované kolapsom adaptívnej odozvy a fyzickým alebo psychickým zrútením (Křivohlavý, 2001, Kondáš a kol., 2002, Fontana, 2003).

Sdorow (1993) uvádza, že aj keď sa o strese hovorí v súvislosti s chorobou, tak určitý stupeň stresu je normálny a potrebný. Stres môže byť teda aj kladný, mobilizujúci, vyvolávajúci príjemné emócie, v takom prípade používame pojem eustres, pri zápornom vplyve stresu, ktorý vyvoláva nepríjemné emócie, používame pojem distress (Kubáni, 1993; Sdorow, 1993; Křivohlavý, 2001; Kondáš, 2002). V súvislosti s distressom hovoríme o osobnosti typu D.

Pojem „Osobnosť typu D“ sa viaže k menu Johan Denollet, ktorý pri skúmaní osôb s koronárnou chorobou srdca zistil, že tieto osoby skórujú vysoko na škále negatívnej afektivity a zároveň vysoko na škále sociálnej inhibície (Denollet a kol., 1996). Negatívna afektivita a sociálna inhibícia sú základné osobnostné črty (charakteristiky), pričom negatívna afektivita sa týka tendencie zažívať negatívne emócie v čase

a v situáciách (Watson a Pennebaker, In: Denollet, 1997) a sociálna inhibícia sa týka tendencie potláčať vyjadrovanie emócií a správania v sociálnych interakciách (Asendorf, In: Denollet, 1997).

Predpokladá sa, že osobnosť typu D je prediktorom ochorenia na kardiovaskulárne choroby. Výskumy (Denollet a kol., 1996, 1998(a), 2000; Pedersen a Denollet, 2003) zaoberajúce sa spojitosťou medzi kardiovaskulárnymi chorobami a osobnosťou typu D, túto spojitosť potvrdili, pričom osoby s osobnosťou typu D majú 4-krát väčšie riziko ochorenia na choroby srdca a smrti na tieto choroby ako osoby, ktoré nie sú osobnosťami typu D, a to nezávisle na iných rizikových faktoroch. Ukázalo sa tiež, že osobnosť typu D je prognostickým faktorom pre vznik rakoviny u ľudí s koronárnou chorobou srdca (Denollet, 1998(b)).

V tomto príspevku sa pokúsime nájsť odpovede na nasledujúce otázky:

„Ktorý termín je správnejšie používať – osobnosť typu D alebo správanie typu D?“

„Aký je výskyt osobnosti typu D medzi pedagógmi v okrese Michalovce a Sobrance?“

Osobnosť typu D alebo správanie typu D?

V priebehu konferencie „Psychológia zdravia – Rok 1?“ bola položená otázka, či je správne hovoriť o osobnosti typu D a či azda nie je správnejšie hovoriť o správaní typu D.

Autor tohto konštruktu Johan Denollet (1996) uvádza pojem osobnosť typu D, my sme sa vo svojom príspevku (Ďurka, 2006) držali tiež pojmu osobnosť typu D. Selko a Dubayová (2006) sú vo svojich vyjadreniach zdržanlivejší, keď sa vyjadrujú buď len o type D alebo o D type správania/osobnosti. Českí autori Šolcová a Kebza (2006) píšú o správaní typu A, správaní typu B, správaní typu C a o type D sa vyjadrujú ako o osobnosti typu D. Možno konštrukt pozostávajúci z dvoch subškál, menovite negatívna afektivita a sociálna inhibícia, už nazvať osobnosťou?

Rozhodli sme sa uskutočniť malý prieskum (realizovali sme ho 10.04.2007) pomocou nasledujúcich internetových vyhľadávačov: www.google.sk, www.google.com, www.yahoo.com a www.ask.com a snažili sme sa zistiť koľko internetových odkazov existuje na pojmy

„osobnosť typu D (v angličtine: Type D Personality)“ a „správanie typu D (v anglickej angličtine: Type D Behaviour, v americkej angličtine: Type D Behavior)“.

Tabuľka 1 zhrňuje výsledky vyhľadávania slovenských pojmov a tabuľka 2 výsledky vyhľadávania anglických pojmov.

Poznámka k tabuľke 1 a k tabuľke 2:

Ak je vyhľadávaný termín v úvodzovkách, tak vyhľadávač zobrazí iba tie internetové stránky, ktoré obsahujú celý daný termín. Ak je vyhľadávaný termín bez úvodzoviek, tak vyhľadávač zobrazí tie internetové stránky, ktoré obsahujú daný termín alebo jednotlivé časti daného termínu.

Tab. 1: **Výsledky vyhľadávania slovenských termínov „osobnosť typu D“ a „správanie typu D“ pomocou vyhľadávača www.google.sk.**

Vyhľadávaný termín	www.google.sk		
	Web	Stránky písané po slovensky	Stránky z krajiny Slovensko
„Osobnosť typu D“	2	2	2
Osobnosť typu D	30 500	28 200	25 800
„Správanie typu D“	0	0	0
Správanie typu D	64 500	59 700	48 000

Tab. 2: **Výsledky vyhľadávania anglických termínov „type D personality“, „type D behaviour“ a „type D behavior“ pomocou vyhľadávačov www.google.com, www.yahoo.com a www.ask.com.**

Vyhľadávaný termín	Názov internetového vyhľadávača		
	www.google.com	www.yahoo.com	www.ask.com
„Type D Personality“	19 800	1930	2300
Type D Personality	13 300 000	8 680 000	4 328 000
„Type D Behaviour“	38	8	8
Type D Behaviour	142 000 000	7 380 000	1 742 000
„Type D Behavior“	91	41	33
Type D Behavior	143 000 000	21 900 000	7 966 000

Všetky vyhľadávače zobrazili viac odkazov na termín osobnosť typu D (Type D Personality) než na termín správanie typu D (Type D Behaviour resp. Type D Behavior). Na základe týchto výsledkov odporúčame používať pojem „osobnosť typu D“, a to aj napriek tomu, že negatívna afektivita a sociálna inhibícia, teda škály osobnosti typu D, nevystihujú všetko to, čo chápeme pod pojmom osobnosť.

Osobnosť typu D v skupine pedagógov z okresu Michalovce a Sobrance

Súbor

Prieskumu sa zúčastnilo 77 pedagógov zo 6 základných škôl z územia okresov Michalovce a Sobrance, realizovali sme ho v priebehu mesiaca apríl 2007. Celkový počet 77 pedagógov vo veku 22 – 59 rokov (priemerný vek 39,53; SD = 10,28) tvorilo 9 mužov (11,7%) vo veku 25 -52 rokov (priemerný vek 36,78; SD = 8,80) a 68 žien (88,3%) vo veku 22 – 59 rokov (priemerný vek 39,90; SD = 10,46). Vzorky boli skúmané so súhlasom probandov v rámci metodicko-odborných seminárov vedených autorom tohto príspevku.

Tab. 3: **Vekové charakteristiky výskumného súboru**

Skupina	N	Minimum	Maximum	Priemer	SD
Muži	9	25	52	36,78	8,80
Ženy	68	22	59	39,90	10,46
Spolu	77	22	59	39,53	10,28

Metóda

Johan Denollet zostavil škálu na diagnostiku osobnosti typu D, ktorú publikoval v roku 2005 v časopise Psychosomatic Medicine (Denollet, 2005). Škálu nazval DS 14 a tvorí ju 14 položiek, ktoré sýtia dve subškály. Subškálu „Negatívna Afektivita (NA)“ tvorí 7 položiek a subškálu „Sociálna Inhibícia (SI)“ tiež tvorí 7 položiek. Použili sme slovenský preklad Škály DS 14, ktorý sme preložili v spolupráci s kolegom Máriom Schwarzom, ktorému patrí moje poďakovanie a ktorý bol publikovaný v zborníku Psychológia zdravia –Rok 1? (Ďurka, 2006).

Výsledky

Pedagógovia dosiahli na subškále „negatívna afektivita“ priemerné skóre 10,84 (SD = 5,25), priemerné skóre mužov je 9,33 (SD = 7,35), priemerné skóre žien je 11,04 (SD = 4,95). Priemerné skóre pedagógov na subškále „sociálna inhibícia“ je 9,75 (SD = 5,09), u mužov to je 9,56 (SD = 4,90) a u žien 9,78 (SD = 5,15). Výsledky sú obsiahnuté v tabuľke 4.

Tab. 4: **Výsledné hodnoty subškál Negatívna afektivita a Sociálna inhibícia v súbore mužov, v súbore žien a v celom súbore pedagógov**

Skupina	Negatívna afektivita – NA				Sociálna inhibícia – SI			
	Min	Max	Priemer	SD	Min	Max	Priemer	SD
Muži	1	25	9,33	7,35	2	17	9,56	4,90
Ženy	1	22	11,04	4,95	1	23	9,78	5,15
Spolu	1	25	10,84	5,25	1	23	9,75	5,09

Parametrický Studentov t-test pre dva nezávislé výbery ($t=-0,918$, $p=0,362$) nepreukázal signifikantný rozdiel medzi skupinou mužov a skupinou žien v premennej negatívna afektivita.

Neparametrický Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery ($U=299,50$, $p=0,922$ (p je exaktná signifikancia)) nepreukázal signifikantný rozdiel medzi skupinou mužov a skupinou žien v premennej sociálna inhibícia.

Ako osobnosť typu D sme identifikovali 22 pedagógov (28,57%), z tohto počtu boli 2 muži (9,09%, z počtu mužov to znamená 22,22%) a 20 žien (90,91%, z počtu žien to znamená 29,41%).

Na zodpovedanie otázky: „Ako vplýva vek na výskyt osobnosti typu D u pedagógov?“ sme sa rozhodli rozdeliť súbor probandov – pedagógov do štyroch skupín, skupina č.1: pedagógovia vo veku od 21 do 30 rokov (19 probandov); skupina č.2: pedagógovia vo veku od 31 do 40 rokov (21 probandov); skupina č.3: pedagógovia vo veku 41 do 50 rokov (23 probandov) a skupina č.4: pedagógovia vo veku od 51 do 60 rokov (14 probandov).

Legenda k tabuľke 5:

Skupina č.1: Pedagógovia vo veku od 21 do 30 rokov (N=19).

Skupina č.2: Pedagógovia vo veku od 31 do 40 rokov (N=21).

Tab. 5: **Výsledné hodnoty subškál Negatívna afektivita a Sociálna inhibícia v jednotlivých vekových pásmach pedagógov**

Skupina	Negatívna afektivita – NA				Sociálna inhibícia – SI			
	Min	Max	Priemer	SD	Min	Max	Priemer	SD
č. 1	1	21	9,79	5,11	1	23	11,11	5,59
č. 2	1	17	8,81	4,47	1	17	7,19	4,25
č. 3	3	25	12,35	5,51	3	20	11,22	4,95
č. 4	6	22	12,86	5,13	2	20	9,36	4,67

Skupina č.3: Pedagógovia vo veku od 41 do 50 rokov (N=23).

Skupina č.4: Pedagógovia vo veku od 51 do 60 rokov (N=14).

Komparácia jednotlivých vekových skupín učiteľov na základe subškál negatívna afektivita a sociálna inhibícia priniesla nasledujúce výsledky. V subškále negatívna afektivita sme zaznamenali signifikantné rozdiely medzi skupinami č.2 a č.3 ($U=142,50$; $p=0,019^*$) a skupinami č.2 a č.4 ($U=87,00$; $p=0,042^*$). V subškále negatívna afektivita sme nezaznamenali signifikantné rozdiely medzi skupinami č.1 a č.2 ($t(38)=0,647$; $p=0,521$), skupinami č.1 a č.3 ($t(40)=-1,548$; $p=0,129$), skupinami č.1 a č.4 ($t(31)=-1,703$; $p=0,099$) a skupinami č.3 a č.4 ($t(35)=-0,280$; $p=0,781$).

V subškále sociálna inhibícia sme zaznamenali signifikantné rozdiely medzi skupinami č.1 a č.2 ($U=107,00$; $p=0,011^*$) a skupinami č.2 a č.3 ($U=122,00$; $p=0,004^{**}$). V subškále negatívna afektivita sme nezaznamenali signifikantné rozdiely medzi skupinami č.1 a č.3 ($t(40)=-0,069$; $p=0,945$), skupinami č.1 a č.4 ($t(31)=0,951$; $p=0,349$), skupinami č.2 a č.4 ($U=101,50$; $p=0,781$) a skupinami č.3 a č.4 ($t(35)=1,132$; $p=0,265$).

Ako osobnosť typu D sme v skupine č.1 (vek 21-30 rokov) identifikovali 8 pedagógov (42,11% z celkového počtu učiteľov v skupine č.1), v skupine č.2 (vek 31-40 rokov) to bol 1 učiteľ (4,76% z celkového počtu v skupine), v skupine č.3 sme ako typ D označili 9 pedagógov (39,13%) a v skupine č.4 ako typ D skórovali 4 učiteľia (28,57%).

Diskusia a záver

Tieto výsledky nie je možné generalizovať na celú populáciu pedagógov na Slovensku, predovšetkým preto, lebo sme prieskum realizo-

vali na základných školách v okrese Michalovce a Sobrance, ale tiež preto, lebo sa ho zúčastnilo iba 77 pedagógov, z ktorých väčšinu tvorili ženy.

Poukazujeme však na to, že v škále negatívna afektivita, ktorá je definovaná ako tendencia zažívať negatívne emócie, dosiahli pedagógovia priemerné skóre 10,84 a v škále sociálna inhibícia, ktorá je definovaná ako potláčanie vyjadrovania emócií a správania v sociálnych interakciách, dosiahli priemerné skóre 9,75. Ak by sme za priemerné skóre v oboch škálach považovali cut-off 10 (Denollet, 2005), tak môžeme povedať, že v škále sociálna inhibícia dosiahli pedagógovia v porovnaní s priemerom lepšie skóre, ale v škále negatívna afektivita horšie skóre. Na základe priemerných výsledkov by sme mohli konštatovať, že skúmaná skupina pedagógov sa veľmi nelíši od priemernej populácie.

Alarmujúci je však fakt, že až 28, 57% učiteľov sme hodnotili ako osobnosti typu D, teda približne traja učitelia z desiatich prežívajú negatívne emócie v čase a v situáciách a zároveň potláčajú vyjadrovanie týchto emócií v sociálnych interakciách. Percentuálne sa najviac osobností typu D vyskytuje v skupine pedagógov vo veku 21 až 30 rokov (42,11%), predpokladáme, že je to spôsobené pedagogickou neskúsenosťou týchto mladých učiteľov. Možno práve vysoké očakávania od seba, od svojich kolegov a od detí, im prinášajú situácie frustrácie a stresu, s ktorými si nevedia poradiť. Vysoké percento výskytu osobností typu D je aj medzi učiteľmi vo veku 41 až 50 rokov, a to 39,13%. Domnievame sa, že je to spôsobené skôr ich situáciou doma, ich deti sa už dostali do pubertálneho veku, odchádzajú na strednú alebo vysokú školu, bývajú na internátoch, to všetko sú na jednej strane radostné, ale na druhej strane stresujúce situácie, ktoré spoločne so stresujúcim zamestnaním učiteľa, kladú vysoké nároky na ich psychiku a v ktorých ľahko zlyhávajú. Najnižší výskyt osobností typu D je medzi pedagógmi vo veku 31 až 40 rokov, vysvetľujeme si to tým, že tieto osoby už majú pevné rodinné a pracovné zázemie. Majú už svoj vlastný byt (alebo dom), partnera, deti, stálu prácu a ešte sú stále mladí. Tieto (ale samozrejme aj ďalšie) faktory pozitívne vplyvajú pri zdolávaní problémov, frustrácií a stresujúcich situácií.

Fontana (2003) na otázku, ako sa vyrovnáť so stresom, radí pedagógom nasledujúce:

1. Zamyslite sa, či nepatríte do jednej zo skupín náchylných k stresu!
Ak áno, tak je potrebné stať sa realistickejším v tom, čo je možné

-
- a čo nie je možné v danej situácii dosiahnuť. Dôležitý je zmysel pre humor, schopnosť zasmiať sa aj na sebe.
2. Poznajte svoje vlastné reakcie! Poznajte, prečo vo vás určité veci vzbudzujú napätie, rozladenie alebo podráždenosť.
 3. Viac skúmajte druhých a menej unáhlene im prisudzujte rôzne motívy! Ak si uvedomíte, že ľudia nie sú neustále zameraný na vás, tak budete schopní byť vo svojom prístupe objektívnejší.
 4. Zachovajte si zameranie na problém! Sústreďte sa na presné vymedzenie problému, zvážte spôsoby, ako ho riešiť a potom uplatnite ten najvhodnejší.

Na záver by sme chceli poukázať na to, že osobnosť typu D nie je chorobou, je tendenciou k chorobe (ku kardiovaskulárnym ochoreniam) a práve preto je potrebné tento typ osobnosti podrobovať ďalším výskumom a to považujem za výzvu pre každého psychológa vážne sa zaoberajúceho psychológiou zdravia.

Literatúra:

- Denollet, J. a kol.: Personality As Independent Predictor Of Long-Term Mortality In Patients With Coronary Heart Disease. In: *Lancet*. 347, č.8999, 1996, s.417-421.
- Denollet, J.: Personality, Emotional Distress And Coronary Heart Disease. In: *European Journal Of Personality*. 11, č.5, 1997, s.343-357.
- Denollet, J. a kol.: Personality, Disease Severity, And The Risk Of Long-Term Cardiac Events In Patients With Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction. In: *Circulation*. 97, 1998(a), s.167-173.
- Denollet, J.: Personality And Risk Of Cancer In Men With Coronary Heart Disease. In: *Psychological Medicine*. 28, č.4, 1998(b), s.991-995.
- Denollet, J. a kol.: Inadequate response To Treatment In Coronary Heart Disease: Adverse Effects Of Type D Personality And Younger Age On 5-Year Prognosis And Quality Of Life. In: *Circulation*. 102, č.6, 2000, s.630-635.
- Denollet, J.: DS14: Standard Assessment Of Negative Affectivity, Social Inhibition, And Type D Personality. In: *Psychosomatic Medicine*, 67, č.1, 2005, s.89 – 97.
- Ďurka, R.: Osobnosť typu D. In: Selko, D. (ed.): *Psychológia zdravia – Rok 1? Bratislava, Sekcia psychológie zdravia Slovenskej psychologickéj spoločnosti pri SAV*, 2006.
- Fontana, D.: *Psychologie ve školní praxi (Příručka pro učitele)*. 2.vydanie. Praha, Portál, 2003.
- Kondáš, O. a kol.: *State z klinickej psychológie*. Trnava, Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2002.
- Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001.
- Kubáni, V.: Stres. In: Schnitzerová, E. – Kubáni, V.: *Slovníkové repetitóriium z psychológie*. Košice, UPJŠ, 1993, s.98-99.
- Pedersen, S.S. – Denollet, J.: Type D Personality, Cardiac Events, An Impaired Quality Of Life: A Review. In: *European Journal Of Cardiovascular Prevention And Rehabilitation*. 10, č.4, 2003, s.241-248.

Sdorow, L.M.: Psychology. 2.vydanie. Oxford, Brown & Benchmark, 1993.

Selko, D. – Dubayová, T.: Typ D a riziko kardiovaskulárnych ochorení v „zdravej populácii“.

In: Selko, D. (ed.): Psychológia zdravia – Rok 1? Bratislava, Sekcia psychológie zdravia Slovenskej psychologickéj spoločnosti pri SAV, 2006.

Šolcová, I. – Kebza, V.: Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. In: Československá psychologie. Ročník L, č.5, 2006, s.419-430.

ODRAZ NIEKTORÝCH ZDRAVOTNÝCH DYSFUNKCIÍ VO VÝVINE OSOBNOSTI U DETÍ V ŠKOLSKOM VEKU

Milada Harineková

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity, Trnava

Zdravie dieťaťa je nesporne základným predpokladom jeho harmonického fyzického i psychického vývinu. Ohrozenie krátkodobou, či dlhšie trvajúcou poruchou znamená pre dieťa okrem záťaží organizmu i zmenenú životnú situáciu, s ktorou sa musí vyrovať. Správanie dieťaťa v chorobe je ovplyvňované nielen tým, že bola neúnosne zaťažená, oslabená, niekedy priamo poškodená jeho nervová sústava, ale aj tým, že sa zmenila jeho doterajšia pozícia v spoločenskom prostredí, predovšetkým v rodine, v škole, v skupine vrstovníkov. Ochorenie dieťaťa si pravdaže uvedomuje a prežíva jeho najbližšie okolie. Reaguje na zmenenú situáciu a nejakým spôsobom sa na ňu adaptuje. Neistota rodičov i ostatných ľudí dieťaťu blízkych, ich nálady a postoje, zmeny v správaní sa na choré dieťa prenáša a vyvoláva u neho rôzne reakcie (Matějček, 1999).

Každá choroba má svoj vlastný charakteristický odraz, úmerný intenzite a dĺžke ochorenia, dynamickú povahu ako prejav balansovania patických porúch a kompenzačných reakcií organizmu, tak v somatickej, ako i v psychickej sfére.

V rámci dlhoročnej práce v profesii klinického psychológa sme veľmi úzko spolupracovali s pediatriami na odborných ambulanciách – endokrinologickej a kardiologickej. Prevažnú časť pacientov tvorili deti s chronickým ochorením trvajúcim niekoľko rokov. Vzájomná podmienenosť somatických psychických a sociálnych faktorov bola u nich zreteľahodná. Žiada sa pripomenúť, že chronické ochorenie postihuje približne 10% detskej populácie (niektoré štatistiky zaznamenávajú až 14 – 16%). Ide o choroby liečiteľné, ale nie vyliečiteľné v blízkom časovom ohraničení. U týchto detí boli častejšie evidentné nepriaznivé vplyvy choroby, ktoré ich stavali do náročných životných situácií a reagovali na ne neadekvátne. Máme na zreteli dlhšie trvajúce chronické

zdravotné obmedzenia, i také, ktoré nie sú sprevádzané bolesťou alebo prípadným častým upútaním na lôžko.

Výnimočnosť vlastnej životnej pozície dieťaťa je neustále pripomínaná:

- a) častými návštevami v odbornej ambulancii, vyšetreniami spojenými so strachom z liečebných zákrokov;
- b) tým, že stoja často mimo svojho kolektívu pre celý rad diétnych pohybových a iných obmedzení;
- c) mnohými frustračnými situáciami, ktoré im viac, či menej chorobu pripomínajú.

Na báze spolupráce pediatra a psychológa bol realizovaný výskum zameraný na psychologické a sociálne problémy zdravotne znevýhodnených detí, ktoré vyžadovali zvýšenú ambulantnú starostlivosť pre obezitu, asténiu, poruchy rastu a poruchu štítnej žľazy – juvenilnú strumu, dispenzarizované v endokrinologickej ambulancii. Popri iných psychologických zreteľoch sme sa pokúsili hodnotiť, do akej miery je takto postihnuté dieťa problematické vo vzťahu k sebe, k rodine, ku škole, aké má postavenie v triednom kolektíve, ako kompenzuje prípadné frustračné situácie v rámci svojej sociálnej skupiny.

V skúmanom výbere boli deti vo veku 9 – 15 rokov v počte:

150 obeznych	90 dievčat	60 chlapcov
65 astenických	30 dievčat	35 chlapcov
36 s poruchou rastu	12 dievčat	24 chlapcov
22 juvenilná struma	22 dievčat	0 chlapcov

K vyšetreniu sociability sme použili skupinové psychodiagnostické metódy: Rogersov dotazník osobnej prispôsobivosti (OP), skúšku sociálnej začlenenosti a kalifornskú skúšku v úprave Marku (PAA).

Uvedenými štandardizovanými metódami bolo vyšetrených i 66 detí kontrolnej skupiny (33 chlapcov, 33 dievčat) v takom vekovom zložení ako výberová skupina.

Popri tom sme získali primerané informácie rozhovorom s rodičmi – najčastejšie s matkou, pomocou dotazníka s vyznačením prípadných najčastejších nežiaducich prejavov v správaní dieťaťa v domácom prostredí.

Triedny učiteľ poskytol charakteristiku žiaka, jeho postavenie v triednom kolektíve, v triednej samospráve, v krúžkoch i školský prospech.

Stručne uvádzame najdôležitejšie zistenia, keď máme na zreteli skupiny ako celok: obezita nepriaznivo ovplyvňuje sociálnu aktivitu svojho nositeľa oboch pohlaví, najmä preto, lebo podmieňuje pohybovú neobratnosť, pohodlnosť, pomalosť, nesamostatnosť, submisívnosť, ale hlavne osobnú menejcennosť a nízky stupeň osobnej hodnoty. Porovnanie s kontrolnou skupinou je v tomto smere štatisticky vysoko významné v neprospech obéznych, pri $p = 0,01\%$.

Osobná menejcennosť je u obéznych dievčat najčastejšia v 11. a v 14. – 15. roku, kým u chlapcov stúpa v 12. – 15. roku. V skúmanom výbere chlapci trpia častejšie spoločenskou menejcennosťou, kým obézne dievčatá osobnou menejcennosťou. Tieto však lepšie kompenzujú svoj stav a adekvátnejšie upravujú svoje vzťahy k okoliu ako obézni chlapci.

Komplex menejcennosti navodzuje u mnohých obéznych starších žiakov obmedzovanie potreby sociálneho kontaktu s vrstovníkmi v hrách, súťaži, v športe. Pôsobí ako deprivačný činiteľ. Obézne dieťa nemá uspokojené potreby spolupatričnosti, obľúbenosti, akceptovania v kolektíve, býva ponížované, neraz i vysmievané, často neuznávané v situáciách, kedy po uznaní veľmi túži. Znížený sebacit vyúsťuje u obéznych dievčat najčastejšie do krajnej nesmelosti, nesamostatnosti, neiniciatívnosti, precitlivenosti, plačlivosti, urážlivosti, uzavretosti, kompenzovaný klebetením, žalovaním, hašterivosťou, vyvolávaním slovných hádok. Znížený sebacit obéznych chlapcov sa kompenzuje odlišne, formou maladaptívnych prejavov agresie, trucovitosti, tvrdohlavosti, vyžadovaním väčšej voľnosti a nezávislosti od dospelých, v bitkárstve, v nechote rešpektovať hygienické opatrenia a zásady, v odpore k povinnostiam. Utiahnuté správanie je zriedkavejšie a má tieto prejavy: nesmelosť pri kontakte s učiteľom, tréma pri reprodukcii učiva, zárazy pri odpovediach, pasivita v kolektívnych hrách. Pre doplnenie sa žiada uviesť, čo o obéznych deťoch uvádza Zlámalová (Štúr, Zlámalová, 1999, str. 91):

„Aké sú obézne deti?

- v škole utiahnuté, zakríknuté alebo naopak – agresívne, radi vyvolávajú bitku;
- častejšie sú unavené, na posledných vyučovacích hodinách sú nepozorné, celkovo vo všetkom pomalšie;

- ťažšie si hľadajú kamaráta, pričom hlavne s nastupujúcou pubertou u väčšiny detí sa zvyšuje potreba mať dobrého kamaráta;
- znížený sebacit spôsobuje u dievčat nesmelosť, nesamostatnosť (citovo bývajú závislé od iných, plačlivé, urážlivé, uzavreté) – cítia sa osobne menejcenné, u chlapcov zase trucovitosť, tvrdohlavosť, bitkárstvo, neochota rešpektovať povinnosti – cítia sa spoločensky menejcenní.

V skupine astenických sú na hladine $p = 0,05$ významné patologické hodnoty skóre v smere osobnej i spoločenskej menejcennosti v porovnaní s kontrolnou skupinou. No v porovnaní s obéznyimi je to o 25% menej v oboch rodových skupinách. Postupujúcim vekom má osobná menejcennosť klesajúcu tendenciu v hodnotách skóre, kým v smere spoločenskej menejcennosti naopak, zisťujeme častejšie abnormné hodnoty v pubescencii. Osobná i spoločenská menejcennosť astenických chlapcov je podmienená zníženým poňatím a hodnotením seba v dôsledku sociálnej interakcie a vrstovníkmi v súťaživých siláckych, výkonných a vytrvalostných hrách, v ktorých zlyhávajú pre slabú telesnú konštrukciu. Dievčatá do 13. roku sú v tomto ohľade vo výhode, pretože ich formy hier vyžadujú viac ladnosť ako silu, uplatňujú sa v tvorivých činnostiach, v zručnosti, ktoré zabezpečujú úspech i telesne slabším. Stávajú sa problémovými až v 13. roku, kedy začína u nich rozpor medzi ideálnym a skutočným obrazom o sebe, pretože astenické dievčatá nedosahujú v dospievaní žiadanú proporcionalitu a formovanie postavy podľa svojich túžob tak, ako napríklad ich kamarátky. Astenické dievčatá sú častejšie urážlivé, nedôverčivé, citovo labilné, ale podriadivé autoritám.

V skupine detí trpiacich poruchami rastu sú dievčatá signifikantne pohotovejšie k afektívnym reakciám ako kontrolné, sú nedôverčivé, neisté, úzkostlivé, bezradné, emocionálne labilné. V oblasti spoločenskej interakcie je príznačná neistota, bojzlivosť. Chlapci sa zase javia v porovnaní s dievčatami ako citovo nezrelí, evidentné sú plytké citovo-sociálne väzby so sklonom k maladjustovaným prejavom v správaní vo forme prílišnej hravosti, nevytrvalosti, nesamostatnosti. I v tejto skupine je príznačné vysoké skóre v zmysle osobnej menejcennosti, citu osobnej hodnoty. Najmä u 11 – 14 ročných dievčat je tranzitná percepčia seba zvlášť citlivo ovplyvnená malým rastom.

Pre výberovú skupinu dievčat so zväčšenou štítnou žľazou – juvenilnou strumou ako celku, nie je príznačná menejcennosť. Ale pokiaľ sa vyskytne, úzko koreluje s paranoidnými prejavmi, asociálnymi tendenciami – konfliktovosťou, spoločenskou neistotou spojenou s anxiétou. V sociálnej skupine sú relatívne dobre adjustované, vpravené do triedneho kolektívu. Aktuálne situačné maladjustačné prejavy v správaní vzápätí vhodne kompenzujú. Ako žiačky spravidla nie sú problematické, priemerne prosperujú, ale príznačná je nerovnomerná výkonnosť, väčšia unaviteľnosť pravdepodobne znižuje ich ašpiračnú úroveň i prospech. Menej prispôsobivé sú v rodinnom prostredí, kde je práve v sociálnych kontaktoch manifestovaná agresívnosť a konfliktovosť.

Vo všetkých štyroch diagnostických skupinách dominuje znížený sebacit, osobná i spoločenská menejcennosť, no najvýraznejšie v skupine obéznych chlapcov a dievčat a najmenej u dievčat so zväčšenou štítnou žľazou. Ukazuje sa úmerná závislosť odlišnosti vzhľadu – somatotypu, konštitúcie, telesnej vývinovej dispozície postihnutých a sebahodnotenia, resp. zníženého sebacitu.

Najfrekvencovanejšie prejavy sťaženej adjustovanosti v rodine sú vo forme neurotických prejavov u astenikov a porúch rastu u oboch pohlaví. Najviac agresívnych a negativisticky prejavujúcich sa, je vo všetkých chlapčenských skupinách, u dievčat astenických a strúm. Najmenej u dievčat obéznych a porúch rastu. Emocionálna labilita sa prejavuje u polovice respondentov všetkých skúmaných výberov, ale najčastejšie u obéznych chlapcov a dievčat so strumou.

Niektoré nežiaduce prejavy v sociálnej interakcii sa objavujú ako spoločný menovateľ vo všetkých skupinách, ale naznačuje sa aj istá svojráznosť v ich zoskupení v tom – ktorom diagnostickom výbere. To by mohlo viesť k úvahe, že konštitučné, vývinové telesné dispozície, endokrinné poruchy u detí, dávajú niekedy rozdielne dispozície k určitému druhu psychosociálnych reakcií.

Išlo prevažne o deti postihnuté na vzhľade, z čoho vyplýva istá determinovanosť vývinu sebaistoty a sebavedomia. Uznávame, že utvorenie predstavy o vlastnej telesnej štruktúre, uvedomenie si estetického účinku telesného vzhľadu a podobne, je jedným z dôležitých faktorov vývinu osobnosti a vlastnej regulácie správania. Helus (1973) poukazuje na empiricky dokázané vysoké korelácie medzi spôsobmi posu-

dzovania rôznych znakov telesnosti a takými dôležitými rysmi ako je sebadôvera, uzavretosť, cieľavedomosť a podobne.

Popisuje sa syndróm dismorfofóbie, ktorý sa vytvára v chorobne sa vnucujúcej a znepokojujúcej predstave telesného nedostatku a nevzhľadnosti ako príčine sociálneho neuznania. Častejšie sa vyskytuje v období dospievania, keď mladý človek intenzívnejšie sleduje zmeny svojich telesných proporcií, fyziognomické nedostatky.

Obézne, astenické i dievčatá malého veku v 10. – 14. roku neprijemne prežívajú svoje vonkajšie odlišnosti, ktorými vzbudzujú pozornosť. Chlapcom však oveľa viac prekáža, že sa nedokážu v sile, výkonnosti, pohybovej obratnosti vyrovnáť iným.

Podobným spôsobom bol realizovaný aj výskum v skupine detí a adolescentov s vrodenými a získanými kardiologickými ochoreniami. Jeho cieľom bolo pomocou psychologických metód diagnostikovať osobnostnú štruktúru dieťaťa znevýhodneného srdcovou chybou. Vysvetlíť dynamičnosť spôsobov a foriem, akými sa vyrovnáva s ochorením, ako ho akceptuje, interiorizuje vo vzťahu k veku a mentálnej úrovni. Hľadať možnosti psychokorektívneho pôsobenia rodiny a školy.

Skúmanú skupinu tvorili deti 5 až 10 rokov sledované kardiológom pre vrodenú a získanú chybu srdca, s ktorou súvisia obmedzenia liečebného režimu, občasné hospitalizácie, kúpeľná liečba, odlúčenie od rodiny, absencie v škole a podobne. 114 detí vo veku 9 – 15 rokov (55 d. a 59 ch.) a 40 adolescentov (18 d. a 22 ch.) v priebehu štyroch rokov sledoval psychológ za účelom zistiť, do akej miery sa proces adaptácie na ochorenie dotýka emotivity, sociability, intelektového vývinu, motivačnej a aspiračnej úrovne a zachytiť prípadnú dynamiku zmien v týchto ukazovateľoch.

Z výsledkov výskumu vyplýva, že proces adaptácie, akceptovania, interiorizácie ochorenia a jeho kompenzácia vo vzťahu k citovému dozrievaniu a vývinovým tendenciám vôbec prebieha etapovito:

Dieťa 9. – 11. ročné chápe svoje zdravotné znevýhodnenie ako dočasné. Jeho mentalite je vlastný prezentizmus a konkretizmus.

V 11. – 12. roku už chápe ochorenie ako nepriaznivú vlastnosť svojho organizmu, vnútorne ju však odmieta prijať. Často ignoruje a podhodnocuje tento fakt negatívnym postojom k liečebnému režimu.

V skúmanom výbere sa tento vek javí ako kritický, ukázalo sa naj-

viac patopsychologických symptómov a testových hodnôt skóre vo všetkých skúmaných ukazovateľoch, dieťa stráca trpezlivosť a toleranciu k vlastnej chorobe. Po 12. roku mierne ubúdali afektívne prejavy v oboch rodových skupinách.

V pubescencii si skúmaní uvedomovali v čom im ochorenie prekáža. Získali konkrétnu skúsenosť s voľbou povolania ako jedinci so zmenenou pracovnou schopnosťou. Zvyšovalo sa napätie, neurotická úzkosť, neistota vo vzťahu k sebe, k osobným cieľom, k nárokom na seba, k vlastnej chorobe. Táto sa už premieta do jeho záujmov, ašpiračnej a motivačnej úrovne. Uvedomuje si sociálne dôsledky ochorenia.

22% pubescentov odmietlo uznať svoje ochorenie ako prekážku, ktorá determinuje voľbu povolania, bagatelizovali ho s istou vnútornou opozíciou.

Zdá sa, že psychické zmeny v priebehu choroby sú prechodného rázu. Nezostávajú trvalými vlastnosťami osobnosti do dospelosti. Trvalejšie ovplyvňujú štruktúru osobnosti neprimerané rodinné vzťahy a nesprávny prístup k chorému dieťaťu. Na adekvátnu formu psychickej interiorizácie ochorenia a na úpravu nežiaducich prejavov vo vývine osobnosti účinne vplýva aktívna účasť rodičov na liečebnom procese dieťaťa, psychoterapeutické pôsobenie v tíme lekár, psychológ, pedagóg, sociálna sestra. Dôležitá je sociálna rehabilitácia ako základ integrovaného postavenia dieťaťa v sociálnych skupinách. Výsledky psychokorektívnej starostlivosti priamo súvisia s psychosociálnym zázemím.

Literatúra:

- Harineková, M.: Niektoré psychologicko-pedagogické aspekty obezity v školskom veku. Jednotná škola, č. 2, 1985.
- Helus, Z.: Psychologické problémy socializácie osobnosti, Praha: SPN 1973.
- Matějček, Z.: Psychické a sociálne dôsledky nemoci a zdravotného postihení dieťaťa. In: Duvnovský a kol.: Sociální pediatrie – vybrané kapitoly, Grada Publishing 1999.
- Marko, J.: Vpravovanie sa dieťaťa do školského prostredia, Bratislava: SPN 1971.
- Štúr, I., Zlámalová, V.: Pediatrická psychológia, Bratislava: MAURO Slovakia 1999.

ZODPOVEDNOSŤ DOSPIEVAJÚCICH ZA SVOJE ZDRAVIE V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH CHORÔB

Milada Harineková

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity, Trnava

Kľúčové slová: zdravie, zodpovednosť, prevencia, kardiovaskulárne choroby, životný štýl, psychologické zretele zdravia, postoje dospievajúcich k zdraviu

Zdravie je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými podmienkami životného i pracovného prostredia, životného štýlu. Do týchto vzťahov zasahujú aj psychologické faktory, interakcie vo forme emocionálnych stavov, zvládania stresu atď. Zdravie je multifaktoriálny jav. Na báze týchto vzájomne podmienených vzťahov a okolností vznikajú príčinné súvislosti zdravotných dysfunkcií. Tie vytvárajú životne náročné situácie, kvalitu života ohrozujú, skracujú jeho vek. Ochrana zdravia by mala byť na prvom stupni hierarchie hodnôt individuálnych i spoločenských, spája sa s charakterovou vlastnosťou zodpovednosti za vlastné zdravie.

Jadro morálnej zodpovednosti, z psychologického hľadiska, tvorí vedomie zodpovednosti, jej cítenie, prežívanie a podriaďovanie správania tomuto vedomiu a cíteniu. Zodpovednosť je podstatnou charakteristikou človeka. Nie je určovaná jej subjektívnym prijímaním či odmietaním, ale našou reálnou schopnosťou konať, rozhodovať sa, predvídať dôsledky. Jednou z podmienok morálnej zodpovednosti je sloboda, ako schopnosť voľby alternatívneho konania. Miera zodpovednosti vyjadruje jej subjektívnu stránku, to znamená morálne relevantné kvality človeka, ktoré mu umožňujú cítiť, uznávať a prijímať zodpovednosť za seba, svoje činy, ich dôsledky. Miera a sféra zodpovednosti by sa mali v čo najväčšej miere prekrývať. Sféra zodpovednosti je vymedzená reálnou mocou, schopnosťou konať, vekom a intelektom. Snaha o súlad medzi mierou a sférou zodpovednosti si vyžaduje poz-

nanie, sebazpoznanie, nadhľad a sebakritičnosť, ale i značnú mieru aser-tívnosti, sebavedomia (Androvičová, 2002).

Vplyv na to, nakoľko a či sa miera a sféra zodpovednosti u človeka prekrývajú, majú aj jeho osobné princípy a morálne hodnoty. Predovšetkým jeho ideál či model osožnosti, významnosti a jeho interpretácia dobra. K zodpovednosti za svoje zdravie, ktoré stojí na prvom stupni hierarchie osobných hodnôt, človek dospieva vekom, vývinom svojej osobnej štruktúry, skúsenosťou, ale aj učením, vzdelávaním, informáciou o význame dobrého fungovania orgánových systémov, o prejavoch a problémoch zdravotnej dysfunkcie, o škodlivých činiteľoch v prostredí, o ohrozujúcich faktoroch, ktoré poškodením zdravia zhoršujú kvalitu života. Získavame odborné informácie ako predchádzať ochoreniam, ako si možno život predĺžiť, aké varovné signály včas registrovať, aký životný štýl preferovať ako prevenciu pred ohrozujúcimi diagnózami tak, aby náš telesný, psychický, sociálny a duchovný stav dosahoval optimálnu kvalitu.

Súčasný trend zdravotníckej osvety zdôrazňuje potrebu ochrany zdravia a prevenciu ochorení od detstva, vstúpaním primeraných návykov, úpravou životosprávy, dostatočnou telesnou aktivitou a vhodným stravovaním. V detstve získané dispozície a negatívne symptómy či predpoklady, spravidla vyúsťia v dospelosti do ohrozujúceho nebezpečenstva pre zdravie. Rizikovou skupinou populácie, ktorú je žiaduce osobitne sledovať, sa v medicínskych kruhoch ukázala veková skupina 11 a 17-ročných dospievajúcich.

Zvýšené hodnoty cholesterolu, ako jedného z kľúčových rizikových faktorov v súvislosti s ochorením srdca a ciev, ktoré boli zistené už u tejto vekovej skupiny, sú výzvou aj pre psychológiu zdravia.

Zdravotný stav slovenskej populácie nie je priaznivý. Dominujú kardiovaskulárne ochorenia, ktoré zapríčiňujú skrátenie strednej dĺžky života u mužov o 6,6 roka a u žien o 4,9 roka (Avdičová a kol., 2002). Kardiovaskulárne ochorenia sú do značnej miery preventabilné a ak rozpoznáme hlavné rizikové faktory, ktoré urýchľujú aterosklerotickú prestavbu cievneho systému a dokážeme ich pôsobenie v populácii zoslabiť, kardiovaskulárna morbidita a mortalita sa zníži (Ginter, 1997).

K najvýznamnejším rizikovým faktorom, vyplývajúcim zo spôsobu života, patrí: fajčenie, nezdravá výživa, nízka pohybová aktivita, nadmerná psychická záťaž a neschopnosť vyrovnáť sa so stresom, nad-

merná konzumácia alkoholu. Nepriaznivé faktory životného štýlu sú modifikovateľné a dokonca odstraniteľné.

Polanecký so spolupracovníkmi (2003) realizoval výskum zameraný na vplyv stresu a životných podmienok na vznik a rozvoj rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení. Upozorňuje aj na potrebu prihliadať na základnú osobnostnú štruktúru vrátane rizikových hodnôt skóre neuroticizmu a depresivity. Súčasťou kompletneho klinicko-biochemického vyšetrenia bolo aj vyšetrenie psychologické. Doteraz získané výsledky naznačujú, že hodnoty celkového cholesterolu, triglyceridov a glykémie u probandov sa líšia ich psychickým a profesionálnym zaťažením. Významný je vplyv dlhodobého stresu.

Osoby vystavené nadmernému stresu sa ľahko dostanú do stavu depresie a úzkosti, ktorú zase riešia konzumáciou „rýchlych“ občerstvení s vyššou kalorickou hodnotou, často v neskorých večerných hodinách. To všetko sú okolnosti prispievajúce k nárastu rizikových faktorov. Podobne reaguje aj detský organizmus. Významné je, že 5. ročník ZŠ sa považuje za najnáročnejší, pretože sa mení štýl školského vyučovania. Sú to 10 až 11-ročné deti v prvom štádiu dospievania v znevýhodnenej pozícii. Z hľadiska psychosomatických vzťahov možno pripustiť značnú mieru psychickej záťaže, dispozíciu k neurotickým reakciám, často pretrvávajúci stres na vyučovacích hodinách atď. Zreteľahodné sú aj nezriedkavé rizikové štruktúry v rodine – neúplné, rozvedené, dysfunkčné rodiny, napätia v rodine, súčasná problémová situácia v stravovaní v školách, resp. zvyk stravovať sa narýchlo prispieva k obezite a poruchám životosprávy.

Poznatky zo všetkých realizovaných projektov a štúdií v celom svete viedli expertov SZO k vytvoreniu programu, náplňou ktorého sú aspekty úspešných intervencií, a vedie ku znižovaniu chorobnosti a úmrtnosti na najčastejšie civilizačné choroby. Vznikol program CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme). Cieľom tohto programu je redukcia srdcovo-cievnych ochorení, redukcia chronických neinfekčných ochorení. Vychádza z epidemiologických dôkazov o tom, že neinfekčné choroby, okrem určitej genetickej dispozície, majú často spoločnú etiológiu -nezdravý životný štýl alebo nevyhovujúce životné podmienky. Dôležité sú postoje každého jednotlivca voči svojmu zdraviu a jeho snaha prijať taký spôsob života, ktorý povedie k zachovaniu a upevňovaniu zdravia.

Fyzická inaktivita, ktorá je všeobecným prejavom dnešnej civilizácie, predstavuje závažný rizikový faktor kardiovaskulárnych ochorení, vzhľadom k tomu potreba pravidelnej pohybovej aktivity sa v preventívnych programoch stáva jej neoddeliteľnou súčasťou. Detskú potrebu pohybu treba fixovať v najútlejšom veku, aby sa pre deti stala nevyhnutnou a žiadúcou. V rodinnom prostredí vedenie pohybovej aktivity u detí vyžaduje spoluúčasť rodičov a podporuje aspoň rekreačný šport i pre dospelých a tým jeho preventívne pôsobenie na ich zdravie. V tomto zmysle je veľkým prínosom dlhodobý program aktívnej prevencie „Preventívny program proti civilizačným chorobám 4,85 Game Over“, súčasťou ktorého je podpora pohybovej aktivity u detí v mestách vybudovaním 48 streetbalových ihrísk, informačných a zábavných aktivít na 24 sídliskových školách, diskusné kluby pre rodičov, a informačná kampaň. Projekt začal v októbri 2004 a bude trvať 3 roky. Zameraný je na deti a mládež vo veku 11–16 rokov, ktoré žijú na sídliskách veľkých miest. Realizuje sa na veľkých panelákových sídliskách 8 krajských miest a mal by priamo osloviť viac ako 11 000 detí. Cieľom projektu je vytvoriť a fixovať návyky zdravšieho životného štýlu u detí – viac pohybu, menej cukrov a tukov, vzbudiť záujem širokej verejnosti o aktívnu zmenu životného štýlu.

Potešiteľné je, že deti majú záujem o problematiku civilizačných ochorení a o zdravý spôsob života. Nie sú ľahostajní a pasívni k problematike svojho zdravia a kvality životného štýlu, o tieto otázky sa živo zaujímajú a považujú ich za veľmi dôležité. Už tento záujem je pozitívny pre formovanie zodpovedného vzťahu k ochrane zdravia, ktorý sa dotvára a stabilizuje v procese dospievania.

Vývinové obdobie dospievania je tou etapou životnej cesty, ktorá spája detstvo a dospelosť medzi 10. – 20. rokom. V tomto období nastáva komplexná premena osobnosti v oblasti bio-psycho-sociálno-duchovnej. Je to čas hľadania a prehodnocovania, v ktorom má dospievajúci zvládnuť vlastnú premenu, dosiahnuť istú sociálnu pozíciu a vytvoriť si subjektívne uspokojivú formu sociálnej identity. Telesné dospievanie v pubescencii (11 – 15 rokov) je stimulom pre ďalšie zmeny v psychosociálnej oblasti – spôsobu myslenia, citového prežívania, životného štýlu, záujmu hodnôt a podobne. Po dosiahnutí určitej vývinovej úrovne je žiaduce uvoľnenie väzby na rodinu, väčšia sloboda v rozhodovaní o sebe samom.

Etapa životnej cesty teoreticky ohraničenej 15. až 18. – 20. rokom, adolescencie, je predstupňom dospelosti. Objavuje sa stabilizácia záujmov i postojov, uvoľňuje sa závislosť od rodičov, formuje sa úroveň sebavedomia a životných aspirácií, evidentné sú pokusy o životnú filozofiu, úvahy o zmysle života a o sebareflexii. Potreba samostatnosti a nezávislosti sa prelína s aktivitami na zvyšovanie výkonu, prestíže, samochvály, sabazdôrazňovania, autoštylizácie a kritického realizmu. (Nekonečný, 1997). Tieto okolnosti môžu prispievať k ohrozeniu zdravia.

Psychologickú základňu sociálnych noriem a postojov je potrebné hľadať vo vytváraní spoločných vzťahových zámerov. Členovia skupiny sa vzájomne ovplyvňujú v určení toho, čo chcú akceptovať ako smernicu správania. Konzistenciu postoja tvoria zložky kognitívna, emocionálna a snahová.

Vznik a funkciu postojov, ich udržiavanie a zmeny, možno vysvetliť tiež v termínoch učenia. Sociálna psychológia ich chápe ako produkty učenia, čo znamená, že vznikajú v dôsledku individuálnych kontaktov a interakcií, ale súčasne už hotové postoje tieto kontakty a interakcie ovplyvňujú. Postoje včlenené do ega majú povahu vnútorných regulátorov správania. Postoj ako regulátor správania určuje zameranie správania v zmysle apetencie alebo averzie.

Kognitívny vývin v adolescencii je výsledkom zrenia a učenia. V dôsledku toho dochádza ku kvalitatívnej premene spôsobu uvažovania, ktoré umožňuje presiahnutie konkrétnej reality, postupné uvoľňovanie zo závislosti nod konkrétnej reality.

Schopnosť hypoteticky uvažovať sa prejaví v postoji dospievajúcich k svetu i k sebe samému. Nový spôsob uvažovania sa stáva zdrojom neistoty, zmena pohľadu na svet vedie dočasne k posilneniu poznávacieho egocentrizmu. Pod jeho vplyvom bývajú adolescenti nadmerne kritickí, majú sklon polemizovať, dokazovať čo vedia. Podliehajú klamu, že ich úvahy sú výnimočné, že uvažujú inak ako ostatní ľudia. Vtedy môžu bagatelizovať formovanie správneho postoja k zdraviu. Odporúčané preventívne rady k ochrane zdravia nie sú vždy akceptované. Tento prejav nezrelosti a nevyrovnanosti sa postupne stráca. Autoregulačné mechanizmy sa uplatňujú predovšetkým v záťažovej situácii. Akúkoľvek záťaž môže dospievajúci spracovať ako výzvu, ako podnet, aktivizujúci úsilie, ktoré smeruje k jeho zvládnutiu, ale aj ako ohrozenie, vyvolávajúce obranné reakcie.

Pre dospievajúcich je veľmi dôležitá skupina rovesníkov, ktorá môže pomáhať pri užitočných, kvalitných spoločných aktivitách a vyhýbať sa napr. drogám, ale aj naopak, môže toto nebezpečenstvo predstavovať. Spoločnosť rovesníkov môže slúžiť ako opora v procese individuálnej identity. Skupinová identita pomáha prekonávať neistotu v procese osamostatňovania. Väzba na skupinu znižuje individuálnu zodpovednosť a zvyšuje pocit sebavedomia a sebaistoty.

Obdobie dospievania sa vyznačuje nielen dosiahnutím telesnej a duševnej zrelosti, ale aj dosiahnutím osobnej zodpovednosti za seba a svoje činy, to znamená, že je zodpovedný za svoje zdravie, za svoje rozhodnutia chrániť ho, alebo ohrozovať, ničiť fajčením, alkoholom, drogou, škodlivým štýlom života. Je na každom, ako sa rozhodne. Cesta k zdraviu je len jedna – starať sa oň a chrániť ho. V tom je podstata morálnej zodpovednosti.

Vývin zodpovedného postoja k zdraviu podmieňuje viacej faktorov, navzájom korelujúcich – intelektových, emocionálnych, motivačných, sociálnych, s väzbou na učenie sociálne i cieľavedomé – školské. Dôležité bude zistiť, aká je úroveň vedomostí žiakov o podmienkach, predpokladoch zdravia a jeho ochrane, ako chápu prevenciu ochorenia, ktoré by ich ohrozovalo v dospelosti – po rokoch, do akej miery v ich veku toto ochorenie bagatelizujú, ako sa premieta do postoja k zdraviu a jeho hodnote zložka kognitívna a emocionálna, aké motívy vedú k zmene správania ohrozujúceho zdravie.

Literatúra:

1. Androvičová, Z : O zodpovednosti dobrého človeka, Zborník –Dobrý človek, Monografia štúdií katedry etiky a katechetiky Nitra, 2002
2. Avdičová, M : 10 rokov CINDI programu v SR- Súhrn abstraktov a vybraných prednášok, ŠZÚ Banská Bystrica, 2003
3. Ginter, E : Prevencia kardiovaskulárnych ochorení :Fínska skúsenosť a súčasnosť, Bratislavské listy, 1977,
4. Nakonečný, M.: Psychologie osobnosti, Academia, Praha, 1997
5. Polanecký, V. a kol. : Vliv stresu a životních podmínek na vznik a rozvoj rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, Hygiena, 48, 2003
6. Vágnerová, M : Vývojová psychologie I (Dětství a dospívání), Karolínium, Praha, 2005

PSYCHICKÉ ZDRAVIE A JEHO VÝZNAM U TEHOTNÝCH ŽIEN

Lucia Haváčová

Jarmila Pekarčíková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Katedra verejného zdravotníctva Trnavskej univerzity, Trnava

Úvod

Žena môže začať aktívne ovplyvňovať život svojho dieťaťa už dlho pred narodením. Nenarodené dieťa je bytosť, ktorá má city, pamäť i vedomie, odpovedá a precituje lásku v oveľa väčšej miere, ako sa predpokladalo. Pretože je takouto bytosťou, všetko to, čo sa s ňou deje medzi počatím a narodením, veľmi významným spôsobom stvárnjuje jej osobnosť, jej pohnútky a túžby. Nástrojmi tehotnej ženy v úlohe stvárnňovania a usmerňovania osobnosti ešte nenarodeného dieťaťa sú myšlienky a city, ktoré jej umožňujú vytvoriť ľudskú bytosť obdarenú väčšími prednosťami. Dieťa je teda schopné vnímať strach, úzkosť, depresiu, rovnako aj iné pocity (Verny, 1993). V maternici majú pôvod aj niektoré formy depresie. Obyčajne bývajú vyvolávané veľkou stratou. Následné účinky možno pozorovať na apatickom novorodencovi. Depresia môže prenasledovať dieťa po celý jeho život (Soula, 2004).

Vonkajšie stresy, ktoré pôsobia na ženu, sú dôležité, najdôležitejší je však jej citový vzťah k nenarodenému dieťaťu. Intenzita matkinho citového vzťahu k dieťaťu môže u neho zmierniť nepriaznivý účinok stresu. Deti matiek, ktoré ich chceli mať, ktoré sa tešili, že budú mať rodinu, boli pri narodení, i neskôr emocionálne i fyzicky oveľa zdravšie než deti matiek, ktoré ich nechceli. Ženy, „ideálne“, matky majú najľahší priebeh tehotenstva, bezproblémové pôrody a fyzicky i emocionálne najzdravších potomkov. Ženy s negatívnymi postojmi, „katastrofálne“ matky, prekonávali ako skupina najhoršie zdravotné ťažkosti počas tehotenstva. U nich sa vyskytol najvyšší podiel nezrelých novorodencov, novorodencov s nízkou pôrodnou váhou a s výskytom emocionálnych porúch. Tieto sú identifikované ako nechcené tehoten-

stvá, ktoré naďalej zostávajú problémom z psychického, ale aj zdravotného pohľadu tehotenstva. Je to skutočnosť, ktorá vplýva nielen na postoj ženy k celému priebehu tehotenstva – jej spôsob prípravy na tehotenstvo, ale aj pozornosť, ktorú venuje zdravotnej starostlivosti o seba a plod, vnímanie a postoj k dieťaťu ešte intrauterinne (WHO, 2005).

Posledné desaťročia so sebou priniesli niekoľko zmien, ovplyvňujúcich aj problematiku zdravia žien, ich reprodukčného zdravia, a tým samozrejme aj samotné tehotenstvo. Predovšetkým sa jedná o demografické zmeny, ktoré nielenže vplývajú na reprodukciu, ale majú ďalekosiahly dopad aj na celú spoločnosť, a to nielen v oblasti zdravia, ale aj v ekonomickej sile a produktivite danej krajiny. Pre demografický vývoj v SR na začiatku 21. storočia je príznačné postupné znižovanie pôrodnosti pri stagnujúcej úmrtnosti obyvateľstva. Za posledných 25 rokov došlo k zníženiu úrovne pôrodnosti z 21 ‰ na súčasných 9,5‰, hoci treba poznamenať, že od roku 2003 nastáva obrat vo vývoji pôrodnosti a začína narastať počet detí (v roku 2004- 53958 detí, v roku 2005- 54625 detí) (Rovný, 2007). O tomto vývojovom trende hovoríme aj ako o tzv. západnom modeli materstva, pre ktorý je typický nielen celkový pokles počtu narodených detí, ale tiež zvyšovanie sa vekovej hranice rodiacich žien, posúvanie a odkladanie materstva do vyššieho veku predovšetkým u prvorodičiek, ako aj znižovanie priemerného počtu detí, pripadajúcich na ženu (Puma, 2004). Vrchol krivky pôrodnosti sa v súčasnosti posunul do vekovej kategórie 25–29 ročných žien. Priemerný vek matiek pri narodení všetkých detí v roku 2005 bol 27,5 roku, pričom najviac detí sa rodilo vo vekovej skupine 25–29 ročných žien (Rovný, 2007). Stúpa priemerný vek prvorodičiek, v roku 2004 to bolo 25,3 roku, priemerný vek prvorodičiek v roku 2005 bol 25,7 roku. Rovnako nemilým trendom je zvyšovanie sa počtu detí, narodených mimo manželstva (v roku 2004 – 24,8 ‰, v roku 2005 – 26 ‰ detí) (Rovný, 2007). Toto je len niekoľko ukazovateľov, ktoré naznačujú súčasný smer vývoja rodiny, a tým aj postavenie žien v spoločnosti. Funkcia a štruktúra rodiny sa za posledné desaťročie podstatne zmenila. Výrazná transformácia tradičnej rodinnej štruktúry a jej úloh má výrazný vplyv na zdravie a pohodu jedinca. Ženy sa stávajú samostatnejšie, ekonomicky aktívnejšie, s čím súvisí kontrola fertility a následne už spomínaný pokles pôrodnosti, znižovanie veľkosti rodiny a domácností, pokles manželských zväzkov a následne nárast mimomanželských partner-

stiev a detí, ako aj zvyšujúca sa rozvodovosť. Nie zriedka býva v súčasnosti rodina vedená ženou, čo sa v konečnom dôsledku môže negatívne prejavíť nielen na zdraví ženy, ale aj jej dieťaťa, prípadne rodinných členov. Žena je častejšie a vo vyššej miere vystavená stresujúcim situáciám, náročnému zamestnaniu, a to aj v priebehu tehotenstva. Popri tom netreba zabúdať aj na prítomnosť ostatných determinantov, ovplyvňujúcich zdravie ženy a jej dieťaťa. Sú to predovšetkým determinanty biologické (vek), behaviorálne (výživa, pohyb, návykové látky), ako aj nemenej dôležité socio – ekonomické determinanty (vzdelanie, príjem, rodinný stav). Sú vo vzájomnej interakcii, a preto aj posudzovanie psychického stavu a správania sa tehotnej ženy je potrebné posudzovať vo vzťahu k týmto ukazovateľom (Puma, 2004).

Ciele

Tehotenstvo – jeho bezproblémový priebeh a úspešný koniec závisí nielen od dobrého fyzického zdravia ženy, významné postavenie mentálneho zdravia a duševnej pohody v období tehotenstva dokazujú viaceré štúdie a prieskumy, uskutočnené v tejto oblasti. Aj v tejto štúdii bolo sledovanie psychického zdravia a pohody v období tehotenstva jedným z cieľov, a to konkrétne sledovanie vplyvu psychosociálnych faktorov na úroveň mentálneho zdravia u respondentiek v tehotenstve, aj v súvislosti s úrovňou dosiahnutého vzdelania respondentiek, počtom narodených detí u respondentiek a ich finančnými možnosťami.

Zistiť postoj respondentiek k zdravému spôsobu života v priebehu tehotenstva bolo úlohou posledného z cieľov tejto štúdie. Motivácia, odhodlanie a vôbec záujem o tehotenstvo a zdravie ešte nenarodeného dieťaťa, významnou mierou ovplyvňuje chápanie, ako aj samotné uskutočňovanie zdravého spôsobu života a životného štýlu tehotnej ženy, a to nielen v priebehu tehotenstva, ale aj pred samotným otehotnením, a predovšetkým aj v popôrodnom období a v období výchovy dieťaťa. Rovnako, ako aj predchádzajúce zámery štúdie, aj tento cieľ bol sledovaný v asociácii k úrovni dosiahnutého vzdelania, počtu už narodených detí a finančným možnostiam respondentiek.

Metodika

Prierezová štúdia, ktorá mala za cieľ zistiť informovanosť tehotných žien o gravidite a zhodnotiť ich spôsob života, sa uskutočnila vo vybra-

ných okresných mestách západného Slovenska: Partizánske, Topoľčany, Bánovce nad Bebravou, Trnava, Senec a Bratislava. Celkovo bolo do štúdie zapojených 14 gynekologických ambulancií. Výber respondentiek do štúdie bol robený formou hniezdového výberu.

Zber údajov nevyhnutných k vypracovaniu štúdie, prebiehal prostredníctvom dotazníkov. Dotazník vyplňali ženy v rôznom časovom období tehotenstva (1.–3. trimester), po danej tehotenskej poradni v ambulancii svojho gynekológa. Vyplnenie dotazníka trvalo cca. 20 minút. Doba, počas ktorej prebiehal zber údajov, trvala 8 týždňov, a to v období február a marec 2006. Dotazník bol zverený zdravotným sestram jednotlivých gynekologických ambulancií. Tomu predchádzalo poučenie sester o spôsobe rozdávania týchto dotazníkov tehotným ženám.

Dotazník pozostával z 56 otázok, a to z uzatvorených- mnohovýberových, škálových a otvorených otázok. Bol rozdelený na štyri, obsahovo rozdielne celky. Prvá časť bola zameraná na zisťovanie základných údajov od tehotných žien (vek, počet už narodených detí, dosiahnuté vzdelanie, výška, váha, finančná situácia), ako aj zhodnotenie úrovne informovanosti tehotných žien o tehotenstve (vývoj dieťaťa, dôležitosť zmeny v spôsobe života, účinok fajčenia, alkoholu, psychický stav, komunikácia s dieťaťom, zdroj informácií o tehotenstve). Druhá časť mala za cieľ popísať úroveň stravovacích návykov a rizikových faktorov v tehotenstve (plánované - neplánované tehotenstvo, zmeny v spôsobe života respondentky pred a po otehotnení, stravovacie zvyklosti ženy, pitný režim, pohyb v tehotenstve). Štvrtá časť zisťuje postoj tehotných žien – respondentiek, ako aj jej okolia k zdravému spôsobu života. Pri zisťovaní výskytu rizikových faktorov, bol použitý indikátor prevalencie fajčenia u respondentiek.

Na spracovanie a vyhodnotenie dotazníkov boli použité matematické a štatistické metódy-aritmetický priemer, BMI, medián, modus, chí-kvadrátový test, významnosť rozdielov (P-hodnota).

Dotazníky boli spracované za pomoci programu Microsoft Excel a Stat Calc.

Za štatisticky významné boli považované hodnoty $P < 0.05$. Interval spoľahlivosti bol 95 %.

Výsledky

Súbor respondentiek pozostával z 214 tehotných žien, ktorých naj-

mladšou účastníčkou bola 17-ročná, najstaršia mala 39 rokov. Priemerný vek respondentiek bol 27 rokov.

Zo všetkých 214 respondentiek, 72,4 % respondentiek bolo vydatých, 25,2 % respondentiek bolo slobodných a najmenšiu skupinu – 2,4 %, tvorili rozvedené respondentky. Priemerný počet už narodených detí respondentiek bolo 0,5 dieťaťa. Prvorodičky tvorili 61,6 % zo všetkých 214 respondentiek, zvyšných 38,4 % pripadlo na viacrodičky, pričom 1 dieťa malo 28,5 % žien, dve deti 8 % žien, tri deti 1,4 % žien a 0,5 % (1) respondentka mala 4 deti.

Priemerný vek prvorodičiek bol 25,1 rokov.

Úroveň psychického stavu respondentiek v priebehu tehotenstva

Zo všetkých 214 opýtaných tehotných žien bola väčšina – 55,1 % respondentiek v priebehu tehotenstva spokojná a cítila sa veľmi dobre. Iba o niečo menej bolo respondentiek, ktoré síce nemali vážny zdravotný problém, napriek tomu sa necítili tak, ako by chceli. Týchto respondentiek bolo 40,7 %. Vážny zdravotný problém udávalo 4,2 % respondentiek.

Pri vyjadrení pocitov respondentiek v priebehu tehotenstva na zadanej hodnotiacej škále od 1 do 10, kde číslo 1 znamenalo cítiť sa zle a číslo 10 cítiť sa výborne, bola najčastejšie označená hodnota 9, ktorú zaznačilo 22,4 % respondentiek. Hodnota uprostred (medián) bolo číslo 8, ktoré označilo 22 % respondentiek. Hraničné hodnoty 1 a 10 označilo 0,9 % respondentiek a 20,1 % respondentiek zo všetkých 214 opýtaných tehotných žien.

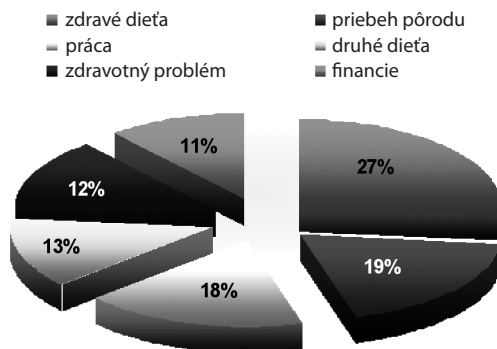
Na náladu respondentiek v priebehu tehotenstva sa zameriavala nasledujúca otázka. Nemám smutnú náladu – takto svoje pocity charakterizovala väčšina – 69,6 % respondentiek. Trochu zosmutnelo a sklúčené sa cítilo 29 % respondentiek a 3 respondentky (1,4 %) udali, že sa cítia stále smutné, sklúčené a nemôžu sa z tohto pocitu dostať.

Jedna z otázok v dotazníku sa snažila zamerať sa na postoj ženy k svojmu zmenenému vzhľadu v tehotenstve a vnímaním tejto zmeny. Prevažná väčšina respondentiek nevnímala zmeny, ktoré súvisia s jej vzhľadom negatívne, 84,6 % respondentiek si myslelo, že vyzerá rovnako ako predtým, dokonca 4 respondentky z týchto 84,6 % do dotazníka pripísalo, že sa cítia v tehotenstve atraktívnejšie. Staro a neatraktívne sa cítilo 9,8 % respondentiek. Podľa 4,7 % responden-

tiel bol ich vzhľad natrvalo zhoršený a mali pocit, že vyzerajú nepekne. Našli sa aj dve respondentky (0,9 %), ktoré mali pocit, že vyzerajú hnusne až odpudivo.

Psychická záťaž v priebehu tehotenstva a jej príčiny

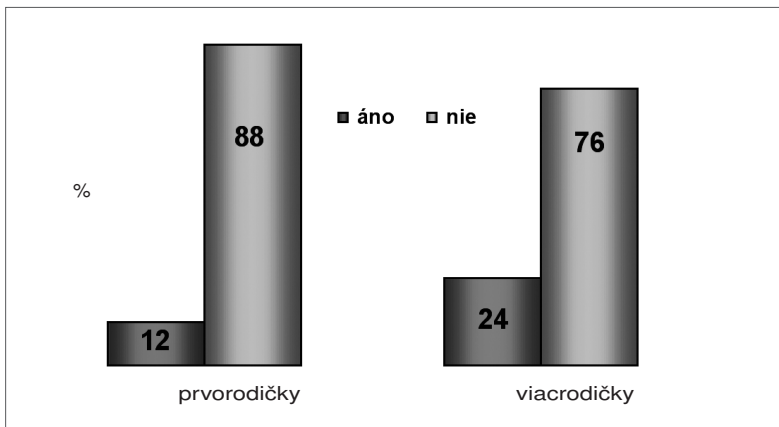
Psychickú záťaž v priebehu tehotenstva pociťovalo 16,9 % respondentiek. Zvyšná väčšina – 83,1 % respondentiek nemala v priebehu tehotenstva pocit nadmernej psychickej záťaže. Ako príčinu psychickej záťaže v tehotenstve respondentky najčastejšie uvádzali obavy o zdravie ich dieťaťa, jeho správny vývoj. Túto príčinu označilo 19 % respondentiek. Obavy, strach z priebehu pôrodu udalo 13,5 % respondentiek. Práca bola príčinou psychického vypätia u 12,7 % respondentiek. Výchova dieťaťa (už narodeného) znamenala psychickú záťaž pre 9,5 % respondentiek. Príčinou psychickej záťaže môže byť aj zdravotný problém, ktorý nastal v tehotenstve, pričom v tejto štúdii bolo týchto žien 8,7 %, kde väčšina z nich udáva rizikové tehotenstvo. Častou príčinou bol aj nedostatok financií, zaznamenaný u 7,9 % respondentiek. Zmeny, ktoré so sebou tehotenstvo prináša (zmena vzhľadu, meniace sa telo, nemotornosť) trápili 6,4 % respondentiek. Stres pociťovalo 4 % respondentiek. Rovnaký počet – 4 % respondentiek, uvádza ako príčinu psychickej záťaže zmeny, ktoré so sebou tehotenstvo prinieslo, a ktoré nastanú po jeho skončení (pocit zodpovednosti, zmena životného štýlu). Pocity, ako precitlivosť, plačlivosť, nervozita, smútok udávalo 3,2 % respondentiek. Problém so spánkom malo tiež 3,2 % respondentiek, ako aj 3,2 %, ktoré nevedeli, čo je príčinou ich psychickej záťaže (obrázok 1).



Obrázok 1: Percentuálne vyjadrenie piatich najčastejších príčin psychickej záťaže v tehotenstve u 214 respondentiek vo vybraných mestách*, 2006

* vybranými mestami bolo Partizánske, Topoľčany, Bánovce nad Bebravou, Trnava, Senec, Bratislava

Psychickú záťaž pociťovalo 12,1 % prvorodičiek, pričom viacrodičky mali pocit nadmernej psychickej záťaže až v 24,4 %. Zvyšných 87,9 % prvorodičiek a 75,6 % viacrodičiek nadmernú psychickú záťaž neudávalo (P=0,019) (obrázok 2).



Obrázok 2: Percentuálne rozdelenie 214 respondentiek- prvorodičiek a viacrodičiek podľa pocitu nadmernej psychickej záťaže v tehotenstve vo vybraných mestách*, 2006

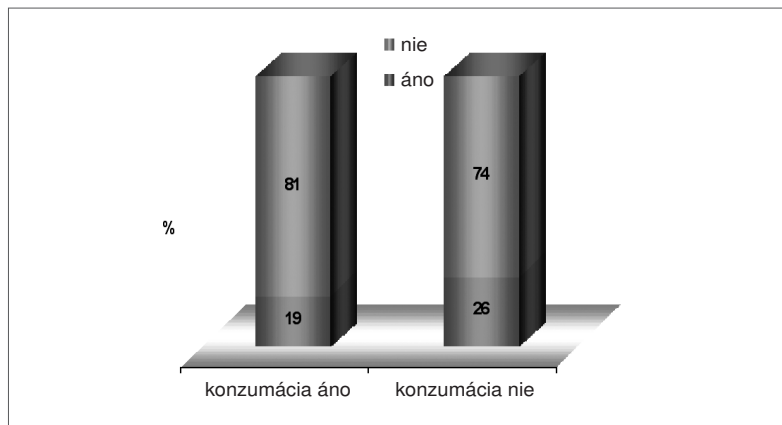
* vybranými mestami bolo Partizánske, Topoľčany, Bánovce nad Bebravou, Trnava, Senec, Bratislava

Pri zisťovaní psychickej záťaže v súvislosti s plánovaným a neplánovaným tehotenstvom boli zistené tieto výsledky: pri plánovanom tehotenstve psychickú záťaž nepociťovalo 84,8 % respondentiek a pocit nadmerného psychického vypätia malo 15,2 % respondentiek. Respondentky, ktorých tehotenstvo bolo neplánované, nepociťovali psychickú záťaž v 80,5 %, pocit nadmerného psychického vypätia malo 19,5 % respondentiek (P>0,05).

Pri zisťovaní vplyvu pravidelnej fyzickej aktivity na redukciu pocitu nadmernej psychickej záťaže boli zistené nasledovné výsledky: respondentky, ktorých pohybová aktivita bola dostatočná (denne, 3x týždenne), pociťovali psychickú záťaž v 15,8 %, pričom respondentky s nedostatočnou fyzickou činnosťou (1x týždenne, vôbec) udávajú pocit psychického zaťaženia len v o niečo vyššom percente – 16,7 %. Zvyšných 84,2 % respondentiek s dostatočnou a 83,3 % respondentiek s nedostatočnou pohybovou aktivitou nemalo pocit nadmernej psychickej záťaže ($P>0,05$).

Pri sledovaní závislosti medzi rizikovým správaním sa tehotných žien (konzumácia alkoholu a fajčenie) a vzťahom k pocitu nadmernej psychickej záťaži u týchto žien, nebol nájdený signifikantný rozdiel.

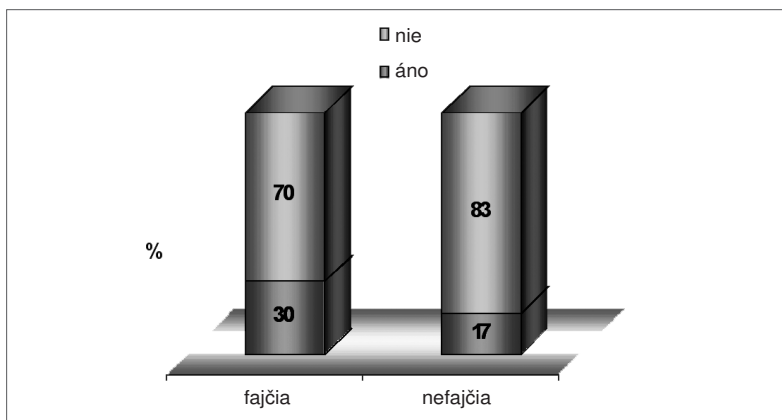
V priebehu tehotenstva pociťovalo psychickú záťaž 18,7 % respondentiek, konzumujúcich alkoholické nápoje. Práve naopak, vyššie percento psychicky zaťažených žien, bolo nájdené v prípade respondentiek – nekonzumentiek alkoholu, a to 26 % žien ($P>0,05$) (obrázok 3).



Obrázok 3: Percentuálne rozdelenie 214 respondentiek podľa pocitu nadmernej psychickej záťaže vo vzťahu ku konzumácii alkoholických nápojov u týchto respondentiek v priebehu tehotenstva, 2006.

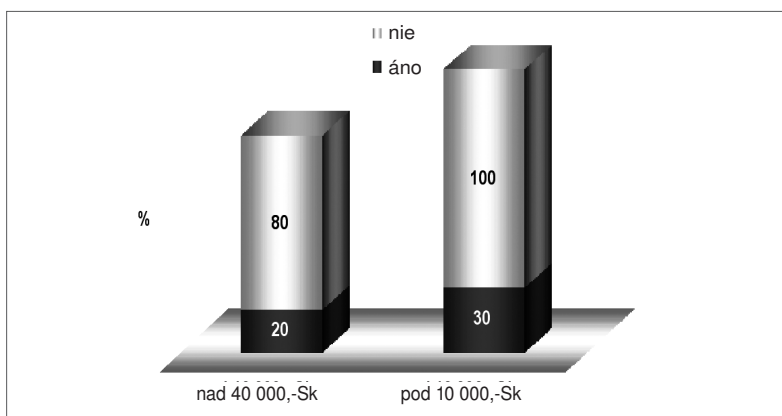
V prípade fajčenia bol nájdený rozdiel v pociťovaní psychickej záťaže, avšak tento nebol štatisticky významný. Fajčiarky pociťovali počas

tehotenstva psychickú záťaž v 30 %, v porovnaní so 17 % respondentiek – nefajčiarok, ktoré v priebehu tehotenstva pociťovali psychické zaťaženie ($P>0,05$) (obrázok 4).



Obrázok 4: Psychická záťaž u respondentiek v závislosti od fajčenia v priebehu tehotenstva v percentách, 2006.

Malý rozdiel bol nájdený aj v prípade sledovania vzťahu medzi finančnými možnosťami respondentiek a následným pocitom psychickej záťaže respondentiek. So záťažou a súčasne vyšším príjmom bolo nájdených 20 % respondentiek, v porovnaní so 30 % respondentiek s nízkym príjmom a pocitom záťaže ($P>0,05$) (obrázok 5).



Obrázok 5: Pocit psychickej záťaže u respondentiek v závislosti od ich finančných možností v percentách, 2006.

Za zmienku stoja aj výsledky z časti, zisťujúcej informovanosť tehotných žien o tehotenstve – konkrétne o význame psychického stavu. K názoru, že psychická pohoda počas tehotenstva má veľký význam a vplýva na vývoj dieťaťa sa priklonilo až 97,2 % respondentiek. Psychickú pohodu počas tehotenstva považuje za dôležitú iba pre dobrý stav matky 2,3 % respondentiek. Jedna z respondentiek (0,5 %) udala, že psychická pohoda počas tehotenstva nemá význam.

Na otázku, prihovárate sa svojmu dieťaťu, spievate mu alebo inak s ním komunikujete odpovedalo 83,2 % respondentiek áno, 13 % opýtaných tehotných žien o tom počulo, ale nerobí to. Možnosť nie označilo 3,3 % respondentiek. Možnosť nikdy som o niečom takom nepočula označila jedna respondentka (0,5%).

Diskusia

Trend nazývaný aj ako západný model materstva sa potvrdil aj v tejto štúdií. Na Slovensku dosiahla úhrnná miera plodnosti v roku 2003 hodnotu 1,2 ‰, čím sa Slovensko zaradilo ku krajinám s veľmi nízkou úrovňou plodnosti (Slovinsku, Rusku, Bulharsku, Taliansku) (NCZI). V Európe pripadá priemerne na 1 ženu v reprodukčnom veku 1,5 živonarodeného dieťaťa (NCZI). Priemerný počet detí, ktoré respondentky dosiahli v tejto štúdií, bol len 0,5 dieťaťa, pričom prvoroďičky tvorili väčšinu z celkového súboru tehotných žien. Priemerný vek prvoroďičky – 25,1 rokov, bol tiež v súlade s celoslovenským a aj celoeurópskym trendom, priemerný vek matiek na Slovensku v roku 2004 dosiahol 26,9 roka (Rovný, 2005). Počet detí, ktorý pripadá na ženu klesá, tak tomu bolo aj v tomto prípade, kedy najväčšie percento viacrodičiek malo len 1 už narodené dieťa.

Úroveň psychického zdravia počas tehotenstva možno charakterizovať ako uspokojivú. Väčšina respondentiek (55,1 %) sa počas tehotenstva cíti spokojne a veľmi dobre. Pocit smútku a sklúčenosti má pomerne veľké percento respondentiek – 29 %, na druhej strane pocit nadmernej psychickej záťaže má len 16,9 % respondentiek. Pocity smútku a sklúčenosti teda pravdepodobne môžu byť vyvolané samotným tehotenstvom – fyziologickou hormonálnou disharmóniou, ktorá

je častá u tehotných žien. Dôvodom nadmernej psychickej záťaže u väčšiny respondentiek (11,2 %) je podľa očakávania strach o zdravie dieťaťa, o jeho správny a zdravý vývoj a rovnako aj obavy z pôrodu, z jeho priebehu a zvládnutia (8 %). Jednou z najlepších metód, ktorá pomáha eliminovať tieto príčiny psychického vypätia je psychoprofylaktická príprava v tehotenstve, ktorá sa snaží tehotnú ženu na pôrod pripraviť čo najlepšie. Treba však zdôrazniť, že absolvovanie tejto prípravy nie je zo strany tehotných žien dostatočné. Podľa Národného centra zdravotníckych informácií, na 100 ústavných pôrodov pripadlo v roku 2003 len 20,5 % rodičiek, ktoré počas tehotenstva absolvovali psychoprofylaktickú prípravu (NCZI). V súlade s celoslovenským trendom boli aj výsledky z našej štúdie, avšak výsledok, ktorý poukazuje na absolvovanie psychoprofylactickej prípravy bol získaný nepriamo z druhu pohybovej aktivity, ktorej sa respondentky v priebehu tehotenstva venujú. Cvičenie pre tehotné bolo zaznamenané totiž len v 8,4 % respondentiek. Na redukciiu pocitu psychického vypätia z rôznych dôvodov (s výnimkou rizikového tehotenstva) pozitívne vplýva aj pravidelná pohybová aktivita. Predpokladá sa, že fyzická aktivita má značný podiel na potlačení depresie, úzkosti, strachu a únavy – vyčerpanosti v priebehu tehotenstva. Touto problematikou sa zaoberala aj štúdia, ktorá sa uskutočnila vo Veľkej Británii (Teixiera, 2003), ktorej bolo účastných 58 tehotných žien (28.–32. týždeň tehotenstva), kde u tehotných žien bola zaznamenaná výrazná redukcia pocitu strachu v závislosti od pohybovej aktivity týchto žien. V tejto štúdii boli zaznamenané len nepatrné rozdiely medzi respondentkami s pocitom psychického vypätia v závislosti od pohybovej aktivity, ktorú vykonávajú. Respondentky s pohybovou aktivitou denne až 3x týždenne mali pocit nadmernej záťaže v 15,8 % v porovnaní s pohybovou aktivitou 1x týždenne, prípadne vôbec, ktorú pociťovalo len o niečo viac – 16,7 % respondentiek ($P > 0,05$). Možnou príčinou tohto výsledku môže byť skutočnosť, že medzi najčastejší druh pohybovej aktivity u respondentiek patrili prechádzky, označilo ich až 73,4 % respondentiek, pričom tento druh fyzickej aktivity nemusí byť postačujúci. Ďalším dôvodom môže byť aj častý výskyt rizikového tehotenstva, pri ktorom je fyzická aktivita kontraindikovaná, no zároveň je riziková gravidita aj častou príčinou psychickej záťaže (5,1 % respondentiek). Zaujímavé bolo aj zistenie, že viacrodičky trpia pocitom nadmernej psychickej záťaže vo vyššom percente, v porovnaní s prvo-

rodičkami (24,4 % a 12,1 % respondentiek, pričom $P=0,019$). Dôvodom je pravdepodobne vyššia záťaž, ktorá je kladená na viacrodičky, tak po stránke fyzickej ako aj psychickej – prítomnosť ďalšieho dieťaťa, domácnosť, finančné požiadavky.

Význam vytvorenia si vzájomného vzťahu a nadviazanie kontaktu medzi matkou a jej dieťaťom ešte v období jeho intrauterinného vývoja, potvrdili viaceré výskumy. Má nezastupiteľné miesto v procese vytvárania tzv. väzby medzi ženou a plodom. Pri jemnej upokojujúcej reči cíti, že je milované a chcené. Emócie matky sa hlboko vrývajú do jeho psychiky, a preto aj ich vplyv je taký silný aj neskôr v živote. Dieťa potrebuje mať pocit, že je milované a žiaduce. Štúdie o tehotných, ktoré trpeli schizofréniou a psychózami, presvedčivo poukazujú na ničivé účinky emocionálneho zanedbávania dieťaťa v maternici. Nedostatok komunikácie, mlčanie a zmätok zanechávajú u dieťaťa hlboké stopy. Pri pôrode sa u takýchto detí vyskytuje oveľa viac somatických a emocionálnych problémov, než u detí duševne zdravých žien. Komunikácia medzi matkou a dieťaťom je dôležitou súčasťou ich vzájomnej väzby (Verny, 1993). Výsledky tejto štúdie sú pomerne priaznivé, so svojím dieťaťom v priebehu tehotenstva komunikuje väčšina žien (83 %). Menej pozitívnym výsledkom je, že aj napriek informovanosti o tejto možnosti, túto činnosť nevykonáva 13 % žien.

V tejto štúdii boli nájdené viaceré obmedzenia. Jednou zo základných nedostatkov je, že štúdia patrí rozsahom sledovaného súboru medzi menšie. Čo sa týka vzťahu rizikového správania sa k duševnému zdraviu respondentiek, za výrazný nedostatok možno považovať neštandardizované hodnotenie psychickej záťaže u tehotných žien, ktorá nebola objektivizovaná žiadnym klinickým zhodnotením, ale bola ponechaná len na subjektívne zhodnotenie žien, účastníčok tejto štúdie. Prierezový typ tejto štúdie tiež neumožnil prospektívne sledovať vývoj a správanie sa respondentiek aj po skončení tehotenstva, a teda ani prípadné zmeny v ich psychickom stave. Táto skutočnosť zostáva ako podnet pre ďalší výskum, ktorého výsledky budú nápomocné pre následnú prevenciu.

Záver

Úroveň psychického zdravia respondentiek v priebehu tehotenstva možno charakterizovať ako uspokojivú. Väčšina respondentiek sa v ob-

dobí tehotenstva cíti spokojne a veľmi dobre, nemá smutnú náladu. Nadmernú psychickú záťaž pociťuje asi 1/5 zo všetkých respondentiek, pričom ako najčastejšie príčiny boli uvedené obavy o zdravie dieťaťa a obavy z pôrodu. Pomerne veľké percento príčin psychického napätia tvorila aj práca. Psychickú záťaž pociťovali vo väčšom percente viacrodičky, v porovnaní s prvorodičkami, pričom tento rozdiel bol štatisticky významný. Respondentky, ktoré sa v tehotenstve venovali pravidelnej pohybovej aktivite, pociťujú nadmernú psychickú záťaž len v nepatrne nižšom percente, v porovnaní s pocitom psychickej záťaže u respondentiek, ktoré sa pohybovej aktivite počas tehotenstva venovali zriedka, prípadne vôbec, pričom tento rozdiel nie je štatisticky významný.

Literatúra:

1. Národné centrum zdravotníckych informácií a štatistiky: Zdravotnícka ročenka SR 2003.[online]. Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2003.[citované 2006-22-04]. Medzinárodné porovnania. Requires Adobe Acrobat Reader. Dostupné na: <http://www.uzis.sk/publikacie/pdf/ročen_03.pdf>. ISBN 80-968936-5-3.
2. Národné centrum zdravotníckych informácií a štatistiky: Starostlivosť o ženu v SR 2003.Zdravotnícka štatistika.[online]. Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2003.[citované 2006-22-04]. Úvod. Requires Adobe Acrobat Reader. Dostupné na:
3. PUMA, J., M.: Intervention for special populations. Families. In: Oxford textbook of public health. Ed. Detels, Mc Ewen, Beaglohele.4.vyd. New York: Oxford university press, 2004. s. 1569. ISBN 0-19-850959-6
4. ROVNÝ, Ivan: Zlepšiť podmienky pre matky a ich deti. In: Zdravotnícke noviny, 8. sept. 2005, č.33, s.7.
5. ROVNÝ, I.: Zdravotný stav obyvateľstva SR. [online].[citované 2007-04-20]. Dostupné na:
6. SOULA, O: Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10.[online].[citované 2006-02-15]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16429093&query_hl=1>
7. TEIXEIRA, J., MARTIN, D, GLOVER, V.:The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy.[online].[citované 2006-02-12]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16457423&query_hl=1&itool=pubmed_DocSum>
8. VERNY, T., KELLY, J.: Tajomný život dieťaťa pred narodením. Bratislava: SPN 1993, s. 15-57. ISBN 80-08-02055-5.
9. World Health Organization: Make every mother and child count. The world health report 2005.Geneva: WHO press, 2005, s.1, 41, 48-50 . ISBN 92 4 156290 0.

VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY DIAGNÓZY „SYNDRÓM DRÁŽDIVÉHO ČREVA“ (COLON IRRITABILE)

Mária Tomeková

Interná doktorandka Katedry psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity
(meritom@gmail.com)

Kľúčové slová: *syndróm dráždivého čreva, diagnostika, psychosociálne faktory, traumy, stres, psychopatológia, liečba*

Syndróm dráždivého čreva (SDČ) prvýkrát popísal v roku 1830 John Howship v Londýne. Samotný názov existuje už viac ako 50 rokov. Talley, Spiller (2002) uvádzajú, že pomenovanie dráždivé črevo prvýkrát použili Peters a Bergen v r. 1944. Názov „syndróm dráždivého čreva“ je značne nešpecifický a podobne je tomu aj u iných označení používaných v Európe: „Reizdarm“, „colica mucosa“, „colon irritabile“, „prikkelbare darm syndroom“. Lucak (in Meisler, 2001) označila ako v minulosti používané názvy aj „nervous colitis“, „nervous stomach“.

Syndróm dráždivého čreva (SDČ) zaraďujeme medzi funkčné gastrointestinálne poruchy, konkrétne je to porucha hrubého čreva s nejasnou etiológiou aj patofyziológiou. Za poruchu motility bol SDČ považovaný v 50. – 80. rokoch. Tento názor bol založený na štúdiách, ktoré demonštrovali zvýšenú motorickú reaktivitu na rôzne stresory. V 70. rokoch pribudli štúdie, uvažujúce o hypersenzitivite ako o kľúčovom mechanizme. Táto sa potvrdila u cca 70% pacientov, no len ako viscerálna, nie somatická hypersenzitivita. Záujem sa v 90. rokoch preniesol na sledovanie interakcií medzi gastrointestinálnym traktom (GIT) a mozgom, vzniklo označenie „os mozog –GIT“ (brain-gut axis) a názor, že symptómy sa objavujú na základe dysregulácie v neuronálnych okruhoch osi (Drossman, 1998; Lucak, 2005). Povaha tohto narušenia je ešte stále z veľkej časti neznáma. Počítačové zobrazovacie techniky poskytujú zaujímavé dôkazy o zmenách v centrálnom spracovaní bolesti (Talley, Spiller, 2002). Ako ďalšie možné patofyziologické mechanizmy prichádzajú do úvahy najmä: premnoženie baktérií, pretrvávajúce slabé zápalové procesy (po črevnej infekcii), potravinová intolerancia, zmenený tranzit plynov (Hadley, Gaarder, 2005).

Definovať túto poruchu môžeme výlučne na základe symptómov. S istotou možno tvrdiť len to, že je to multifaktoriálne ochorenie, chronické a relapsujúce (Stockbrügger, Pace, 2001; , n.d.; , n.d.).

V MKCH 10 ju nájdeme pod označením F45.3 Somatoformná autonómna dysfunkcia, ktorá je difinovaná ako: „*Pacient udáva príznaky tak, ako keby ich vyvolávala somatická choroba sústavy alebo orgánu, ktorý má z väčšej časti alebo úplne autonómnou inerváciu a ovládanie, napr. kardiovaskulárnu, gastrointestinálnu, respiračnú a urogenitálnu sústavu. Príznaky sú zvyčajne dvojité, pričom žiaden nepoukazuje na skutočné poškodenie príslušného orgánu alebo sústavy. Prvú skupinu tvoria ťažkosti súvisiace s objektívnymi príznakmi autonómneho vzrušenia ako sú palpitácie, potenie, sčervenanie, traslavosť a výraz strachu a utrpenia z možnosti organickej choroby. Druhú skupinu tvoria nešpecifikované a menlivé ťažkosti ako sú prelietavé bolesti, pocity pálenia, ťarchy, stiahnutia a pocity nafúknutia alebo rozpätia, ktoré pacient pociťuje v určitom orgáne alebo sústave“ (NCZI, n.d.).*

Porucha sa prejavuje bolesťami a kŕčmi v oblasti brucha, hnačkou alebo zápchou (na základe prevahy jedného z týchto symptómov sú určené tri subtypy SDCĎ), nutkavými defekáciami, zmenou vzorca činnosti čreva, pocitmi tlaku a plnosti v oblasti brucha. Okrem týchto symptómov SDCĎ môže sprevádzať ešte mnoho extrakolonických ťažkostí ako napr. dyspareunia, nausea, bolesti svalov, sexuálne dysfunkcie, poruchy spánku. Tieto symptómy sa zhoršujú napr. v strese, pri nepravidelnom jedení, po požití veľkého množstva jedla. Niektoré druhy jedál musia pacienti s SDCĎ úplne vylúčiť. Pacient s touto poruchou prežíva veľkú mieru distresu a diskomfortu, no SDCĎ nespôsobuje vnútorné krvácanie ani rakovinu hrubého čreva, nevedie ani k zápalovým ochoreniam (Bašteký, Šavlík, Šimek, 1993, IFFGD, n.d.).

Čo sa týka údajov ohľadne výskytu SDCĎ v rôznych krajinách, výsledky sú rozdielne. Udvávajú sa čísla od 5 % až do 25 % (priemer je 10 až 20 %, v Európe 3 – 22 %). Príčinou týchto rozdielov môže byť rasa, prístup k zdravotnej starostlivosti, socio-ekonomická situácia, rozvojový stupeň krajiny, rozdielna metodológia či definície SDCĎ. Tiež sa predpokladá, že mnoho ľudí s príznakmi SDCĎ vôbec nekonzultuje s lekárom (cca 75 %), niektorí ostávajú v starostlivosti praktického lekára (cca 25 %) a len 1 % prípadov je odoslaných k špecialistovi, pričom napr. u gastroenterológa tvorí SDCĎ 30 – 50 % celkových prípadov (Stock-

brügger, Pace, 2001). Podľa Inadomi, Fennerty, Bjorkman (2003) je to siedma najčastejšia diagnóza.

Diagnostika SDČ

Diagnostika SDČ môže prebiehať dvoma spôsobmi. Buď diferenciálne alebo cestou pozitívnej diagnózy (pomocou Manningových alebo Rímskych kritérií). Pre funkčné ochorenie svedčí najmä nízky vek pacienta, typické príznaky, normálny nález pri fyzikálnom vyšetrení, normálne výsledky vyšetrení, kladná odpoveď na liečbu.

Čo sa týka *psychologickej stránky diagnostiky* treba si všímať najmä udalosti, ktoré môžu súvisieť so vznikom ochorenia. Pri určovaní roly psychosociálnych faktorov je základom zodpovedať, či je choroba akútna alebo chronická, prečo pacient prichádza teraz, či je v anamnéze prítomná trauma alebo strata, či pacient vykazuje nejaké abnormálne správanie, aký má postoj k ochoreniu, ako ho prežíva, aké má sociálne zázemie, či je prítomná nejaká psychiatrická diagnóza (Szelega, 2002).

Veľmi často vykazujú pacienti známky anxiety alebo depresie. Nie je však stále jasné, či anxiety a depresia predchádzajú alebo sa rozvinú až na podklade SDČ (Heitkemper, in Meisler 2001).

Psychosociálne faktory

Základom porozumenia a liečby SDČ je biopsychosociálny model, čo znamená, že choroba vyplýva z interakcie systémov od celulárneho cez interpersonálny až po environmentálny. Dôležité je prihliadať na psychosociálne faktory, a to pre ich vplyv na: fyziológiu tráviacej sústavy, prežívanie symptómov, priebeh choroby, výber terapeutického prístupu a výsledok (Drossman, Swantkowski, n.d; Leserman, n.d.). V súčasnosti je všeobecne akceptované, že práve psychosociálne faktory ovplyvňujú vyhľadanie zdravotnej starostlivosti. Toto rozhodnutie spôsobuje vysoké počty psychologických a psychiatrických pacientov medzi SDČ pacientmi sledovanými v terciárnych zariadeniach. Tiež existujú dôkazy, že do tohto procesu zasahujú aj premenné ako napr. sociálna opora alebo copingové stratégie.

Drossman, Leserman, Li, et al. (2000) skúmali vzťah medzi kvalitou copingu a GI poruchami. Ich výsledky ukazujú vyššie skóre v Škále katastrofizovania a nižšie skóre vo Vnímaní vlastnej schopnosti znížiť

symptómy ako prediktorov nízkeho zdravotného statusu. Autori podotýkajú, že najdôležitejšími prediktormi nízkeho zdravotného statusu sú zneužitie v minulosti a maladaptívne copingové stratégie. Preto vidia opodstatnenosť psychoterapie, konkrétne kognitívno-behaviorálnej.

Dá sa teda zhrnúť, že SDC je v súčasnosti považovaný za poruchu s biologickým podkladom, pričom vážnosť jej symptómov závisí od miery prežívaného stresu, psychiatrickej komorbidity a do tohto vzťahu ako mediátory či modulátory vstupujú rozličné ďalšie psychosociálne premenné (Naliboff, Balice, Mayer, 1998). Viera, Hoag, Shaugnessy (2002) psychosociálne faktory činia veľmi pravdepodobne zodpovednými za to, že sa prejaví predispozícia k SDC a aké vážne budú príznaky.

Trauma v anamnéze

V anamnéze pacientov je vo väčšine prípadov zistená citová karentia v detstve a tiež jeden z rodičov trpí častejšie nejakou chronickou chorobou. So vznikom alebo zhoršením poruchy koincidujú v 86% prípadov traumatické udalosti ako úmrtie blízkej osoby, ťažká choroba, úraz, rozvod. Pacienti s traumou v anamnéze sú rizikovejší ako tí, ktorí traumou neprežili (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

Kategórie psychologických testov, platné pre poruchy GIT-u:
1. štruktúrované psychologické alebo psychiatrické interview
2. sebakposudzujúce ratingové škály, napr. SCL-90, GHQ
3. špecifické sebaavpovedné psychologické škály na meranie určitého symptómu STAI, BDI, HAD (škála hospitalizačnej anxiety a depresie)
4. diagnostika osobnosti – MMPI, EPQR, IVE
5. meranie nežiaduceho správania a postojov
6. kognitívne škály postojov k chorobe
7. zisťovanie sociálnych vzťahov a sociálnej opory najmä na základe interview, alebo dotazníkmi, ktoré indikujú vnímanie kvality a kvantity sociálnej opory (Saarsonov SSQ)
8. coping, napr. CSQ
9. kvalita života – HRQOL, IBS-QOL
10. osobnosť na základe projektívnych testov ROR, TAT, BAUM,...

(Szeliga, 2002)

Pacienti častejšie uvádzajú zneužívanie ako pacienti s organickou poruchou a normálna populácia. Z viacerých štúdií vyplýva, že zneužívanie (sexuálne, fyzické alebo psychické) priamo nevedie k SDČ, ale mediátorom tohto vzťahu sú rôzne psychosociálne premenné ako napr. somatizácia, disociácia, seba-obviňovanie a seba-umlčovanie (Ali, Toner et al., 2000; Salmon, Skaife, Rhodes, 2003)

Stres

Stres hrá pri SDČ závažnú rolu, no nie je príčinou tohto ochorenia. Zhoršuje ale príznaky SDČ tým, že sa mení spôsob kontroly nežiaducich a bolestivých stimulov mozgom. Ovplyvňuje najmä množstvo príznakov, práceschopnosť a počet návštev u lekára. Stres, podľa Spiller, Grundy (2002), zvyšuje percepciu bolesti, motilitu a imunitné reakcie. Jedna z teórií hovorí, že zmenená funkcia hlavných komponentov stresového okruhu sa významne podieľa na patofyziológii SDČ, no presný mechanizmus tohto pôsobenia stále nie je známy.

Kvalita života pacientov (QOL)

Aj keď SDČ nie je život ohrozujúca porucha, vážne narúša denné aktivity pacientov aj celkovú kvalitu života. Pacienti častejšie navštevujú lekára (pre gastrointestinálne aj non-gastrointestinálne problémy), majú zvýšené výdavky na zdravotnú starostlivosť (Chang, 2004). Ďalším rizikom ohrozujúcim kvalitu života je aj zvýšené percento nepotrebných chirurgických úkonov u pacientov s SDČ (, n.d.).

Kvalita života podľa Chang (2004) je vo vzťahu so závažnosťou symptómov, nie s ich typom. Zlepšenie symptómov znamená aj zlepšenie kvality života. Prediktormi kvality života sú psychosociálne faktory a faktory spojené s viscerálnou percepciou (bolesť). Podľa zistení Dancey, Hutton-Young, Moye, Devin (2002) ženy trpia skôr závažnosťou symptómov, kým kvalita života u mužov je znižovaná viacej pod vplyvom sociálnej stigmy.

El-Serag, Olden, Bjorkman (2002) spravili systematickú štúdiu relevantnej literatúry a po analýze zistili, že: pacienti s SDČ majú signifikantne zníženú kvalitu života, no dáta sú protirečivé v prípade kvality života non-pacientov. SDČ pravdepodobne prináša zníženie kvality života porovnateľné s ostatnými chronickými poruchami a chorobami.

Psychopatológia

Hneď na začiatku treba poznamenať, že SDČ nie je psychologická ani psychiatrická diagnóza.

Výsledky štúdií venovaných psychopatológii sa dajú zhrnúť do poznatku, že neexistuje typický obraz psychologických alebo psychiatrických abnormalít u pacienta s SDČ, tiež nevieme určiť, či tieto sú dôsledkom alebo príčinou SDČ. Jasné však je, že pacienti prežívajú vyššiu mieru distresu ako normálna populácia a častejšie trpia najmä depresiami a úzkostnými poruchami (Moura, 2005; Bone, 2001). Veľmi pravdepodobne sa javí, že psychopatológia ovplyvňuje vyhľadanie odbornej starostlivosti a správanie sa chronicky chorého človeka. Zistilo sa totiž, že pacienti, ktorí vyhľadajú zdravotnú starostlivosť, trpia častejšie súčasne aj psychologickými problémami (Moura, 2005).

Liečba (resp. manažment)

Keďže SDČ je porucha chronická, používa sa v tejto súvislosti pojem manažment (riadenie a zvládanie). Do tohto pojmu môžeme zahrnúť celú snahu o vyrovnanie sa s chorobou od diagnózy, cez liečbu odborníkom, spolu s rôznymi podpornými faktormi.

Zdroje sa zhodujú na zásadnej dôležitosti efektívneho vzťahu pacient - lekár. Ďalšie prvky efektívneho manažmentu SDČ, na dôležitosti ktorých sa zdroje zhodujú, sú: uistenie (reassurance), že pacient nemá závažnú smrteľnú poruchu; edukácia (informácie, vysvetlenia); dôvera v diagnózu a lekára; odborná rada ohľadne životného štýlu a diéty; diskusia s pacientom o cieľoch, očakávaniach, obavách. Nevyhnutnou súčasťou manažmentu je kontinuálne sledovanie pacienta.

Spiller, Talley (2002) uvádzajú navyše zdôraznenie existencie symptómov (pozostatok minulosti, keď to bola iba porucha „vo Vašej hlave“), určiť hlavnú zodpovednosť za liečbu pacientovi, vyhnúť sa opakovaniu procedúr, predpis liekov v odôvodnených prípadoch či zváženie psychoterapie.

Odporúčania pre praktických lekárov od Patersona, et al. (1999) obsahujú aj pomoc s copingom a optimalizáciou sociálneho fungovania a kvality života.

Psychoterapia

Neexistuje zatiaľ žiadne farmakum, ktoré by SDČ vyliečilo, takže indikácia psychoterapeutickej liečby je úplne legitímna.

Pri liečbe SDC sa využíva celá škála psychoterapií, ktorá je relevantná pre poruchy tráviacej sústavy všeobecne. Môže sa podľa symptómov, motivácie pacienta a erudície zručností terapeuta prístupíť k: KBT, RET, relaxácii, psychodynamickkej psychoterapii, biofeedbacku, hypnoterapii. Treba poznamenať, že najviac štúdií efektívnosti psychoterapie sa podľa našich informácií venuje najmä KBT, relaxácii a hypnoterapii. Podľa Drossman (n.d.) neexistuje zatiaľ dôkaz, že by nejaký druh psychoterapie bol efektívnejší ako ostatné.

Priebeh a prognóza

SDC sa vo všeobecnosti považuje za chronické relapsujúce ochorenie s remisiami. Variujúce príznaky často odrážajú zmeny zdravotného stavu či sociálnej situácie pacienta. Len u menšiny pacientov sú príznaky trvalé a progredujúce. Na prognózu má vplyv včasná a správna diagnóza lekára, vyhnutie sa nepotrebným vyšetreniam a vybudovanie vzťahu medzi lekárom a pacientom. Pozitívom je najmä to, že diagnóza SDC je pomerne stála a len v malom percente prípadov je nutná revízia (Stockbrügger, Pace, 2001).

Na Slovensku nemá diagnostika a výskum SDC zázemie a epidemiologické údaje nie sú. Ak berieme do úvahy, že touto poruchou trpia len 3% ľudí aj u nás, je to cca 150 tis. ľudí. Je v záujme pacienta, aby lekári reflektovali a rešpektovali bio-psycho-sociálny kontext tejto poruchy. Toto ochorenie si vyžaduje minimálne spoluprácu psychológa a gastroenterológa všade tam, kde je to potrebné pre dobro pacienta.

Literatúra:

- Ali, A., Toner, B. B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N. E., Gould, M. I., Vidins, E.I. (2000). Emotional Abuse, Self-Blame, and Self-Silencing in Women with Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 76-82.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha, Grada Avicenum.
- Bone, K. (2001). Retrieved October 16, 2006, from: < .
- Chang, L. (2004). Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 20, 7, 31-39.
- Dancey, C.P., Hutton-Young, S.A., Moye, S., Devin, G. M. (2002). Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 4, 381-395.
- Drossman, D.A. (1998). Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model. *Psychosomatic Medicine*, 60, 3, 258-267.
- Drossman, D.A., Swantkowski, M. (n.d.). History of functional disorders. Retrieved January 24, 2007, from: http://www.med.unc.edu/medicine/fgidc/training_articles.htm.

- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y.J. B., Toomey, T. C. (2000). Effects of Coping on Health Outcome Among Women With Gastrointestinal Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 62 (3), 309-317.
- El-Serag, H.B., Olden, K., Bjorkman, D. (2002). Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 1171-1185.
- Hadley, S.K., Gaarder, S.M. (2005). Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *American Family Physician*, 72, 12, 2501-2506. Retrieved October 20, 2006, from:
- IFFGD-International Foundation for Gastrointestinal Disorders (n.d.). About Irritable Bowel Syndrome. Retrieved November 2, 2005, from .
- Inadomi, J.M., Fennerty, M.B., Bjorkman, D. (2003). Systematic review: the economic impact of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 18, 671-682.
- Leserman, J. (n.d.). Sexual Abuse: Why It Is an Important Health Risk Factor? Retrieved January 24, 2007, from: http://www.med.unc.edu/medicine/fgidc/training_articles.htm.
- Locke, G.R. (n.d.). IBS Research: Irritable Bowel Syndrome Research – What is Being Done? Retrieved November 2, 2005, from
- Lucak, S. (2005). Irritable Bowel Syndrome: Psychiatric Factors and Therapies. *Psychiatric Times*, 22, 8, 68-73.
- Meisler, J.G. (2001). The Experts Discuss Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 10, 3, 223-228.
- Morgan, T., Robson, K.M. (2002). Irritable bowel syndrome. *Postgraduate Medicine*, 112, 5, 30-37.
- Moura R. (2005). Irritable Bowel Syndrome. *Medicine and Health Rhode Island*, 88, 10, 342-345. Retrieved October 2, 2006, from .
- Naliboff, B.D., Balice, G., Mayer, E.A. (1998). Psychosocial Moderators of Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Eur J Surg*, 583, 57-59.
- Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) (n.d.). MKCH-10. Retrieved February 2, 2007, from: .
- Paterson, W.G., Thompson, W.G., Vanner, S.J., Faloon, T.R., Rosser, W.W., Birtwhistle, R.W., Morse, J.L., Touzel, T.A., and the IBS Consensus Conference Participants (1999). Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. *Canadian Medical Association Journal*, 161, 154-160.
- Salmon, P., Skaife, K., Rhodes, J. (2003). Abuse, Dissociation, and Somatization in Irritable Bowel Syndrome: Towards an Explanatory Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 1, 1-18.
- Stockbrügger, R.W., Pace, F. (Eds.) (2001). *Syndróm dráždivého čreva. Nové Zámky, KO-RUND DeskTop*.
- Szeliga, P. (2002). Psychologické aspekty syndrómu dráždivého čreva. *Slovenský LEKÁR*, 9-10, 373-378.
- Talley, N.J., Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *The Lancet*, 360, 555-564.
- Viera, A.J., Hoag, S., & Shaughnessy, J. (2002). Management of Irritable Bowel Syndrome. *American Family Physician*, 66, 10, 1867-1874.

BIOPSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY BEZDOMOVCOV

Monika Bošňáková, Margaréta Kačmariková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra teórie sociálnej práce
a Katedra verejného zdravotníctva Trnavskej univerzity, Trnava

Úvod

Vysvetlenie kto je bezdomovec a čo je bezdomovectvo v legislatíve SR neexistuje. Existuje niekoľko všeobecných definícií, zaužívaných v Českej ale i Slovenskej republike, ktoré sú spravidla širšie, pretože zahŕňajú nielen osoby, ktoré nemajú kde bývať ale i osoby, ktorým tento stav hrozí. Zo sociálneho hľadiska je bezdomovec osoba žijúca na ulici alebo na iných verejných miestach (železničná a autobusová stanica, parky, podchody a pod.), v neadekvátnych bytových podmienkach (dom určený k asanácii, pivnice, povaly, squat a pod.) alebo osoba prijímajúca pomoc obce, štátnej či neštátnej organizácie (núdzové bývanie, sociálne služby pod.). Podľa organizácie Feantsa (*la Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri* – Európska federácia národných združení pracujúcich s bezdomovcami) je bezdomovectvo vážny sociálny problém extrémneho vylúčenia zo spoločnosti. Podľa Köröza, A (2007) je bezdomovectvo absolútnym prejavom chudoby, kde minimálna životná úroveň zabezpečuje fyziologické prežitie.

Extrémne vylúčenie

Extrémnosť vylúčenia sa prejavuje v niekoľkých rovinách: materiálnej, bytovej, pracovnej, zdravotnej a občianskej. Materiálna rovina je charakteristická typickým pohľadom na bezdomovca s igelitovou taškou, t.j. takýto človek nedisponuje základným bytovým vybavením v rámci štandardných životných podmienok. Samotný pojem „bezdomovec“ určuje charakteristiku jedinca, je to človek bez domova, čo sa automaticky spája s bytovou otázkou. Ako náhrada za vlastníctvo alebo najímanie bytu slúži ulica, prístrešie, útulok. V rovine pracovnej je typické pre túto skupinu ľudí dlhodobá nezamestnanosť. Automaticky z týchto neštandardných podmienok vzniká vylúčenie i v rovine zdra-

votnej. Primárny problém vzniká pri neschopnosti platieb zdravotného poistenia a z toho automatické vylúčenie z bežnej zdravotnej starostlivosti a preventívnych prehliadok. Jedinec je ošetrovaný v rámci akútneho ošetrovania v rámci aktivít život zachraňujúcich.

V tomto neštandardnom prostredí vzniká tzv. *špirála zamestnania a ubytovania* (obmedzená príležitosť získať zamestnanie, nedostatok finančných prostriedkov, nemožnosť obstaráť si stále ubytovanie) a špirála zdravotného stavu a zamestnania (nepriaznivý zdravotný stav, nedostatok vhodných pracovných príležitostí, nedostatok finančných prostriedkov, neplatenie zdravotného poistenia, nemožnosť hradiť zdravotné služby).

Životný štýl bezdomovcov je determinovaný potrebou prežiť. **Tomu je prispôbené spoločenské správanie, stravovacie a hygienické návyky a sociálne konanie.**

Metodika a metódy práce

Skúmaná vzorka:

- 20 klientov (6 žien/14 mužov) v útulku Mea Culpa v Bratislave bez tolerancie omamnej látky
- 100 klientov (75 žien/25 mužov) v útulku Depaul Slovensko s toleranciou omamnej látky
- priemerný vek: ženy 41 rokov; muži 40 rokov

Metódy:

- meranie KT a BMI a tuku (OMRON RX3plus a OMRON BF 306), dotazník, pozorovanie, zber údajov: január – apríl 2007

Výsledky

Dlhodobá strata zamestnania alebo nemožnosť nájsť vhodné zamestnanie (viď. tabuľku 1) a s tým spojené nezabezpečenie základných ekonomických potrieb človeka sa stáva silným spúšťacím stresogénnym faktorom.

Tab. 1:

	Útulok Mea Culpa	Nizkoprahová nocľaháreň Depaul Slovensko
Nezamestnanosť	79%*	100%
Strata bývania	42%	64%

*jedná sa o krátkodobé pracovné príležitosti (brigády), ktoré sú podmienkou ubytovania v Mea Culpe (podmienkou je dobrý zdravotný stav)

Medzi ďalšie silné stresogénne faktory zaraďujeme (1,5 až 3 roky v stave bezdomovectva), stratu bývania, príležitostné bývanie na ubytovni, u známych a nakoniec na ulici. Strach, smútok, depresiu a nespavosť uvádza až 56% opýtaných. Depresia je sprevádzaná zvýšenou konzumáciou alkoholu a cigariet, alkohol: Mea Culpa 25%, Depaul Slovensko 94%, (pričom údaj Depaul Slovensko 94% je získaný pozorovaním, v dotazníku sa potvrdil údaj 64%), cigarety: Mea Culpa 85%, Depaul Slovensko 94%.

Nezdravé stravovacie návyky spôsobujú BMI pod 18.5 kg/m² v 16% klientov a 30% BMI nad 30kg/m² a oslabenie imunitného systému. Viac ako polovica žien má viac ako 35% tuku, u mužov sa tento jav neprejavil.

Köröz, A. vo svojej práci: *Bezdomovci: sociálno-ekonomický rozmer zdravotnej starostlivosti*. (Traumatologická klinika FN, Trnava 2004-2006) uvádza, že najčastejšie úrazy a ochorenia sú otras mozgu (90%), krvácanie do mozgu, zlomeniny rebier, omrzliny, podchladenie, vychladnutie, svrab a ulkusova choroba GIT-u. Z praktickej skúsenosti v útulku Mea Culpa sme pozorovaním zistili, že k najčastejším infekčným ochoreniam (43%) patria predovšetkým choroby dolných a horných dýchacích ciest, infekcie močových ciest, GIT a infekčné rany. V dôsledku už spomínaných stresogénnych faktorov a následne nadmerným požívaním alkoholu a cigariet má 1. st. hypertenzie v MeaCulpa 60%, Depaul Slovensko 71%.

Diskusia

Závažnosť problémov bezdomovcov (nezamestnanosť 79%/100%, strata bývania 42%/64%, alkoholizmus 25%/94%, fajčenia 85%/94) sa v plnej miere prejavujú na zdravotnom stave bezdomovcov – otras mozgu (90%), krvácanie do mozgu, zlomeniny rebier, omrzliny, podchladenie, vychladnutie, svrab a ulkusova choroba GIT-u, Mea Culpa/infekčné ochorenia (43%) – choroby dolných a horných dýchacích ciest, infekcie močových ciest, GIT a infekčné rany a 1. st. hypertenzie v MeaCulpa 60%, Depaul Slovensko 71%.

Komunikácia s touto skupinou ľudí je veľmi ťažká, nakoľko komunikačné zručnosti nie sú na štandardnej úrovni, čo často skresľuje výsledky (napr. priznanie nadmerného požívanie alkoholu). Prístupnosť zdravotnej starostlivosti u týchto ľudí je obmedzená, už len z toho dôvodu, že väčšinou sa nezdržiavajú v mieste svojho trvalého bydliska.

Hoci sme nezistovali ich psychický stav, no vzhľadom na ich vzdelanie a sociálne schopnosti sme presvedčení, že mentálna úroveň a sociálne zázemie v ranom detstve u mnohých bezdomovcov sú faktory, ktoré podporili zotrvávanie v stave bezdomovectva.

Záver

Riešením zlého zdravotného stavu bezdomovcov je zmena prístupu bezdomovcov k svojmu zdraviu. Tá sa môže realizovať iba v primeraných životných podmienkach na bývanie. Preto je potrebné vytvárať sociálne podmienky pre ich možný návrat (útulky, sociálne ubytovne, domy na pol ceste a pod.). Ďalšou aktivitou rovnako dôležitou sú preventívne opatrenia u rizikových skupín obyvateľstva (nízke socioekonomické skupiny) a vytvorenie špeciálnej ambulancie pre bezdomovcov (odstránenie strachu z odmietnutia, Česká republika disponuje prvou špeciálnou ambulanciou pre bezdomovcov). Vzhľadom na úplnú absenciu skúmania a monitorovania psychického, ale i somatického zdravia u bezdomovcov odporúčame pokračovať vo výskumnej činnosti tejto skupiny občanov.

Literatúra:

1. La Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri,
2. Kőröz, A.: Bezdomovci: sociálno-ekonomický rozmer zdravotnej starostlivosti. Traumatologická klinika FN, Trnava 2007
3. Hradecká, V., Hradeckí, I.: Bezdomovství – extrémní vyloučení. Praha: Naděje, 1996
4. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001
5. Beňo, J.: Náuka o výživě, fyziologická a léčebná výživa. Učebnica pre stredné školy. Martin: Osveta, 2001

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ A TÉMA ZDRAVÍ JAKO ASPEKT KVALITY ŽIVOTA UNIVERZITNÍCH STUDENTŮ

Jitka Šimíčková Čížková

Bohumil Vašina

Petr Šišák

Pedagogická fakulta Ostravské univerzity

Ostrava, Česká republika

Úvod

Změny ve vzdělávání na základních školách v České republice, které se realizují od školního roku 2007-2008, vycházejí z ideje úzké provázanosti vzdělání s jeho praktickou využitelností. Školy dostaly k tvorbě vlastních vzdělávacích programů značnou autonomii. Učitelé mohou více ovlivňovat nejen formy, ale především obsah výuky. Mají ovšem zvýšenou odpovědnost za výsledky vzdělávání.

Základní teze nové koncepce vzdělávání jsou deklarovány v Rámcovém vzdělávacím programu. Tento materiál vymezuje devět oblastí. Kromě jazykové přípravy a matematiky jsou vzdělávací oblasti tvořeny několika obsahově blízkými obory. Vytváření větších obsahových celků s praktickým vyústěním do konkrétních vědomostí a dovedností, klade také nové požadavky na přípravu pedagogů v průběhu vysokoškolského studia. Na některých Pedagogických fakultách se proto otvírají nové studijní obory, například Výchova ke zdraví, která má obsáhnout požadavky vzdělávací oblasti Člověk a zdraví.

Problém

Tvorba studijního bakalářského oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a následného magisterského oboru Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy vedla k otázce, jaké místo zaujímá v hodnotové orientaci studentů učitelství „zdraví“, jaké jiné hodnoty a cíle preferují budoucí učitelé a jak tyto hodnoty souvisejí s péčí o zdraví.

Výchozí teze

„Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka a dosahováním cílů určujících směřování jeho života. Cíle směřování života jsou hodnoceny podle hierarchie hodnot (duchovní hlediska). Tato hierarchie se týká cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka zaměřeno.“ (J. Krívohlavý 2001, s. 40)

Výzkumná otázka, metody šetření a zkoumaný soubor

Ve své studii jsme se pokusili zjistit vztah mezi vnímáním zátěže studia na vysoké škole, sociální integrací studenta do nového, vysokoškolského prostředí a kvalitou jeho života.

Kvalitu života studentů jsme ověřovali metodou SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (J. Krívohlavý 2001, s. 243), která neklade předem kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité. Respondent má uvést pět životních cílů, které považuje pro sebe za důležité a míru uspokojení s nimi v procentech (0% – 100%). Dalším krokem je vyjádření důležitosti každého tématu v rámci uvedeného souboru pěti cílů tak, aby dal soubor dohromady 100%. Následným údajem je označení místa na stupnici, která měří celkovou míru spokojenosti respondenta s vlastním životem (QLG).

Zátěž vysokoškolského studia jsme měřili pomocí Dotazníku studijní zátěže (D. J. Abramis), který na čtyř až sedmi stupňové škále určuje míru stresorů: role nejistoty (RN), vnitřní konflikt (KR1), vnější konflikt (KR2), depresi (DE), úzkost (UZ), zlostnost (ZL), technickou výkonnost (TeV), sociální výkonnost (SoV) a zátěž studia (ZAT). Druhým testem studijní zátěže byl dotazník hardiness (C. Kolbasová), který obsahuje škály: kontrola – bezmocnost (CO), ztotožnění – odcizení (CN), výzva – hrozba (CA). Sociální integrace studenta byla zjišťována Škálou sociální opory PSSS (J. A. Blumenthal).

Zkoumaný soubor tvořili studenti učitelství z Pedagogické fakulty Ostravské univerzity v Ostravě a studenti sociální patologie z Filozo-

Tab. 1: **Popis zkoumaného souboru**

Fakulta	Počet	Muži	Ženy	Věk
PdF OU	108	13	95	19 – 23
FPF SU	68	20	48	20 – 26

ficko-přírodovědecké fakulty Slezské univerzity v Opavě. Základní data obsahuje tabulka 1.

Výsledky a diskuse

Kvalita života měřená metodou SEIQoL pozitivně koreluje s faktorem kvality života měřené grafickou škálou QLG u obou skupin souboru: 1. skupina +0,348, 2. skupina +0,384. Byl zde zjištěn nejtěsnější pozitivní vztah. Kvalita života studentů hodnocená pomocí grafické škály záporně koreluje u první skupiny s rolí nejistoty: RN -0,3668, úzkostností UZ -0,6687, depresí DE -0,7050 a celkovou zátěží studia ZAT -0,7657. Hodnota SEIQoL negativně koreluje s vnější konfliktní rolí KR2 -0,219 a úzkostností UZ -2,217. U druhé skupiny zkoumaného souboru hodnota SEIQoL pozitivně koreluje s podporou od přátel SPC +0,249 a se zátěžovými faktory hardiness výzva-hrozba CA +0,243.

Hierarchy životních cílů podle metody SEIQoL obsahují tabulky 2 a 3.

Tab. 2: **Preference hodnot studentů učitelství**

Hodnota	2. N 108	3. P pořadí	4. % ze 108	5. ohodnocení ze 100%	6. P pořadí	7. Uspokojení v %	8. P pořadí
Zdraví	84	1	77,8	27,25	2	78,63	2
Rodina	77	2	71,3	25,88	4	74,17	3
Vzdělání	68	3	63,0	17,63	5	69,67	5
Partner(ka)	66	4	61,1	26,45	3	73,00	4
Přátelé	58	5	53,7	15,38	7	79,47	1
Zaměstnání	45	6	41,7	14,04	8	53,29	10
Životní Pohoda	26	7	24,1	15,42	6	62,46	7
Materiální zajištění	24	8	22,2	9,17	10	54,71	9
Volnost – Svoboda	19	9	19,6	10,37	9	56,00	8
Víra v Boha	12	10	11,1	36,25	1	63,00	6

U hodnot, které byly preferovány nejméně 5 respondenty, jsme provedli základní statistické třídění četností (2.– absolutní četnost, 3.– pořadí podle absolutní četnosti, 4.– relativní četnost, 5.– výpočet důležitosti hodnoty, tj. ohodnocení respondentem podílu ze 100%, 6.–

Tab. 3: Preference hodnot studentů sociální patologie

Hodnota	2. N 68	3. P pořadí	4. % ze 68	5. ohodnocení ze 100%	6. P pořadí	7. Uspokojení v %	8. P pořadí
Rodina	58	1	85,3	25,46	4	63,07	8
Přátelství	40	2	58,8	15,87	8	75,07	1
Láska	38	3	55,9	24,48	5	65,72	6
Zaměstnání	37	4	54,4	15,00	9	38,24	12
Zdraví	35	5	51,5	30,40	3	69,37	3
Vzdělání	31	6	45,6	18,37	6	66,29	4
Životní Pohoda	17	7	25,0	16,00	7	64,41	7
Finanční zabezpečení	13	8	19,1	8,07	12	57,50	10
Koníčky	12	9	17,6	11,17	10	60,42	9
Sport	10	10	14,7	8,50	11	66,00	5
Víra	7	11	10,3	40,00	1	70,71	2
Pomáhat jiným	5	12	7,4	31,00	2	45,42	11

pořadí důležitosti hodnoty, 7.– míra spokojenosti s realizací hodnoty, tj. míra uspokojení v %, 8.– pořadí podle míry uspokojení).

Hodnota zdraví je mezi deseti preferovanými hodnotami studentů učitelství na prvním nebo druhém místě. Většina studentů ji uvádí mezi důležitými životními cíli a můžeme ji považovat za nejdůležitější hodnotu. Celkové pořadí hodnot – cílů vykazuje charakteristické známky věku, kdy vzdělání jako aktuální příprava na profesi je považováno za důležitější než zaměstnání. Celková skladba hodnot ukazuje na větší vazbu k sociálnímu prostředí, rodině a přátelům. Vedle četnosti je zajímavá důležitost – váha hodnoty. U respondentů, kteří uvádějí víru v Boha, má tato hodnota vysokou míru důležitosti, i když její četnost u obou souborů udává něco málo přes 10% respondentů.

Hodnotový profil studentů sociální patologie ukazuje stejnou skladbu, ale jiné pořadí preferencí a rozdílnou významnost voleb. Zdraví má rovněž své pevné místo mezi prvními třemi hodnotami. Stejná je důležitost duchovních hodnot, spojená s vírou v Boha. Větší variabilita uváděných hodnot může být ovlivněna vyšším věkem této části souboru, jiným zaměřením vzhledem k studijnímu oboru a také větším počtem mužů ve skupině, než jak je tomu u studentů učitelství.

Výsledky ukazují, že mezi oběma skupinami je značná shoda. Prioritními cíli studentů jsou zdraví, rodina a partner. Profesionální hodnoty tvoří soulad a vzájemnou provázanost, která vytváří příznivé psychosociální klima pro rozvoj zdraví jedince. Tento aspekt našeho šetření se potvrdil i výpočtem korelačního koeficientu mezi aktuální spokojeností QLC a úrovní kvality života měřenou pomocí SEIQoL. U obou skupin hodnota SEIQoL koreluje významně s QLG, a to pozitivně (studenti učitelství: 0.348, studenti sociální patologie: 0.384).

Uvědomujeme si, že námi předložená data jsou pouze sondou do problematiky. V každém případě metoda SEIQoL dává předpoklad pro kvalitativní analýzu a vytváří podmínky pro získání informací o hodnotové orientaci zkoumané populace. Může být užita pro poznání, co daná populace považuje za důležité. Získané výsledky ukazují, že hodnota zdraví je studenty, kteří se připravují na učitelskou profesi vysoce ceněna. Naše výsledky jsou podobné autorům, kteří zkoumali hodnocení zdraví učitelů nebo kvalitu jejich života, či osobní předpoklady spokojenosti (Blatný, M. Osecká, L. Macek, P., 1998, Mareš, J., 2005, Paulík, K., 2004, Vašina, B., 2004, Řehulka, E., 2003, Mužík, L., 2003)

Závěr

Škola má při utváření a rozvíjení zdraví vedle rodiny významné místo, a to především kvalitou svého vzdělávacího programu v oblasti Člověk a zdraví. Pro rozvoj těchto programů na školách bude důležitá příprava odborníků výchovy ke zdraví. Se vzděláváním pedagogů, kteří budou umět aktivně rozvíjet fyzické, duševní, sociální a duchovní zdraví, začala v tomto akademickém roce také Pedagogická fakulta Ostravské univerzity. Akreditovala dva obory ve studijních programech specializace v pedagogice.

V naší studii jsme se pokusili ověřit pomocí metody SEIQoL a grafické škály QLG kvalitu života u vysokoškolských studentů. Zároveň jsme chtěli pomocí dotazníku studijní zátěže najít předpokládané souvislosti mezi rolí nejistoty a konfliktní rolí jako možného zdroje zátěže vysokoškolských studentů a dopady zátěže, které zmíněný dotazník dovoluje diagnostikovat. Zdá se, že kvalita života měření SEIQoL nesnižuje subjektivní míru zátěže, ale mobilizuje síly k vyrovnání se zátěží. Svědčí o tom signifikantní korelace z dotazníku hardiness se subfaktorem CA: výzva-hrozba, což lze interpretovat ve smyslu vyšší

zátěž vyvolává výzvu k jejímu překonání, přičemž nesnižuje kvalitu života.

Domníváme se, že metoda SEIQoL zachycuje určitou trvalejší a jádrovou dimenzi kvality života. Zdá se, že aktuální proměnlivější část, která zachycuje i povrchnější složku uspokojení či neuspokojení aktuálních potřeb, více reprezentuje grafická škála. Uvědomujeme si, že námi předložená data to naznačují, ale nelze říci, že potvrzují. Tento výzkum považujeme za sondu do nastíněné problematiky, které se chceme cíleně věnovat. Předložené výsledky považujeme spíše za data hodnotící z tohoto hlediska vysokoškolskou populaci příznivě, i když si nedělají větší nárok na generalizaci uvedených zjištění.

Summary

We have focussed on life quality of university students in our research. We come out of theory, which justly postulates that every person has got more or less different understanding of his/her life, which depends on his/her system preference of life values. It is naturally expected that some qualitative and quantitative changes happen in this system during the lifetime. Diagnostic instrument (Scale of Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL) is based on this conception as well. As subsidiary (but not less important) product of this method is information about value orientation of the observed group of students. The focus of our interest is also to verify that the quality of life (understood as mentioned above) is presenting a source of endurance needed for overcoming the demands of university studies. We also look for connections between some factors diagnosed by D.J.Abramis questionnaire (incertitude level role, conflicting role, anxious, depression, satisfaction with university and specialisation, irritability, technician and social efficiency). We also try to find a link between quality life measured by SEIQoL method and resistance to hardiness measured by PSV method. The results of our research will be the topics of our presentation.

Literatura:

- Blatný, M., Osecká, L., Macek, P. 1998 Osobností předpoklady spokojenosti: temperament a zaměřenost. (W:) Blatný, M. Sociální procesy a osobnost. Vyd. MU, Brno 1998
- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Vyd. Praha: Portál, 2001
- Mareš, J. 2005 Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. „Čs. Psychologie“ 49, Nr. 15. 19-33

-
- Mužík, L. 2003 Učitelé a výchova ke zdraví. (W:) Učitelé a zdraví, Wyd. Křepela, Brno 2003
- Paulík, K. 2004 Teachers' Workload and Appraisal of their Health. (W) Řehulka, E. (red.) Teachers and Health. Wyd. Paido, Brno 2004
- Řehulka, E. Řehulková, O. 2003 Teachers and Quality of Life. (W) Řehulka, E. (red.) Teachers and Health. Wyd. MU, Brno 2003
- Šimíčková-Čížková, J., Vašina, B. 2006 Satisfaction with Quality of Life among primary school Teachers and other Professions. (W) Řehulka, E. (red.) Scholl and Health 21, Wyd. Paido, Brno 2006
- Rámcový vzdělávací program ZV – Člověk a zdraví. (2004) Praha: VÚ Ped.

Summary

The new program of basic education requires new demands to education of the teachers. The structure of education into areas which are in connexion with practical use forms new study branches in high schools.

In this lecture the reliability significance of high school student orientation is presented. The goal was in importance attached to health. This examination was connected with forming a new study program Education to health.

COMPLIANCE – ANALÝZA PRIENIKU OPTIKY PACIENTA A OPTIKY LEKÁRA

Darina Brukkerová

Ján Gajdošík

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Zdôvodnenie projektu „compliance“

Analyzovať komplikovaný sociálny jav „compliance“ vyžaduje primárne analyzovať všetky **komponenty javu a definovať všetky faktory vplyvu**.

Compliance nie je len momentálny stav alebo prejav, je produktom prebiehajúcich javov a procesov a príčinou, ovplyvňujúcou prinajmenej zdravie pacienta. Dodržiavanie nariadeného alebo odporúčaného liečebného režimu je odrazom osobnostných i profesionálnych charakteristík aktérov kontaktu – teda lekára aj pacienta, dôsledkom skúseností, vedomostí a postojov oboch a ďalších poznaných a nepoznaných faktorov vplyvu. Za najdôležitejší element kontaktu „lekár-pacient“ považujeme **komunikáciu** medzi lekárom a pacientom. Jej dôsledok na dodržiavanie liečebného režimu a odporúčení lekára je predpokladateľný, teoreticky zdôvodnený a čiastočne dokázaný. Komunikácia medzi lekárom a pacientom je cestou odovzdávania informácií, diagnostickou i terapeutickou technikou. Verbálna komunikácia pomocou slov, neverbálna mimikou, proxemikou, haptikou, posturikou, kinezikou, komunikácia činmi dobrým alebo zlým príkladom. Pomocou komunikácie sa vytvára priestor pre spoluprácu medzi lekárom a pacientom a uskutočňuje spätná väzba.

Zaujímali nás najmä **príčiny**, pre ktoré sa stáva, že napriek snahe lekára i pacienta, neprebíha ich spolupráca v závislosti od vynaloženého úsilia. Ďalej bolo zámerom spoznať názory na komunikáciu s lekárom, ktoré si pacienti utvorili na základe vlastnej skúsenosti alebo skúseností svojich blízkych. Dôležitým cieľom bolo zistiť názory pacientov na atmosféru a podmienky vzťahu lekára a pacienta, ktoré sú podľa ich názoru najlepšie pre úspešnú liečbu a pozitívne ovplyvňujú

dodržiavanie liečebného režimu. Chceli sme sa dozvedieť, prečo pacienti niekedy nechcú, nevedia alebo nemôžu dodržiavať pokyny a nariadenia lekára. Prečo pacienti niekedy odchádzajú z ambulancie nespokojní, rozhodnutí nedodržať predpísaný liečebný režim a nepoužiť predpísané terapeutické prostriedky, napriek tomu, že je zrejmé, že je pre pacienta dôležité, aby chcel a vedel povedať lekárovi o svojom zdravotnom probléme, aby sa na lekára obracal s dôverou.

Ochota pacienta k spolupráci s lekárom, **k dodržiavaniu jeho pokynov** je nesporne dôležitou podmienkou dosiahnutia úspechu v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sprievodnou známkou problémovej komunikácie je neschopnosť pacienta vyjadriť neochotu dodržiavať liečebný režim alebo **nechuť chorého priznať porušenie režimu**, prípadne len neuvedomenie si pochybenia. Miera ochoty pacienta dodržiavať pokyny lekára sa dostáva do centra pozornosti, pretože jej ovplyvnenie môže byť jednou z ciest skvalitnenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti, bez výraznejšieho vzostupu nárokov na **financie**. Doterajší odborný záujem o zistenie príčin non-compliance bol skôr orientovaný na pacientov pohľad na príčiny nedodržiavania pokynov lekára, v **domácej literatúre chýbali názory ošetrovateľov** na problém compliance.

Pochopenie komplexnej problematiky zo strany lekárov, správne určenie charakteristík problému a definovanie možností ovplyvnenia compliance môže znamenať vzostup spokojnosti pacienta.

Ciele projektu:

zo strany pacienta

- zistiť **príčiny**, pre ktoré sa stáva, že napriek snahe lekára i pacienta, neprebíha ich **spolupráca v závislosti od vynaloženého úsilia**
- zistiť **názory o dodržiavaní liečebného režimu**, ktoré si pacienti utvorili na základe vlastnej skúsenosti alebo skúseností svojich blízkych
- zistiť, prečo **pacienti niekedy nechcú, nevedia alebo nemôžu dodržiavať pokyny** a nariadenia lekára
- zistiť, prečo **pacienti niekedy odchádzajú z ambulancie nespokojní**, rozhodnutí nedodržať predpísaný liečebný režim a nepoužiť predpísané terapeutické prostriedky
- zistiť **názory pacientov**, prečo nevedia alebo nechcú lekárovi podať niektoré **informácie**

- zistiť **názory pacientov**, prečo nevedia alebo nechcú lekárovi **dôverovať**
- zistiť **názory pacientov** na atmosféru a podmienky **vzťahu lekára a pacienta**, ktoré sú najlepšie pre úspešnú liečbu

zo strany lekára

- zistiť aká je pociťovaná **potreba dozvedieť sa o skutočnom dodržiavaní liečebného režimu** potreby lekára pacientovej compliance
- zistiť názor lekára na **compliance vlastných pacientov**
- zistiť názor lekára na **non-compliance vlastných pacientov**
- zistiť názor lekára na **váhu pôsobenia príčin non-compliance** vlastných pacientov
- zistiť **typické charakteristiky pacientov**, ktorí podľa názoru lekára nedodržiavajú nariadenia lekára a liečebný režim
- zistiť názor lekára na **vzťah „prísnej kontroly“ a spolupráce**
- zistiť predstavu lekára o „**dôslednej kontrole**“
- zistiť používanie **pomôcok na zapamätanie dispozícií**
- zistiť predstavy lekára o **užívaní liekov pacientami bez vedomia lekára**
- zistiť predstavy lekára o **regulovaní dávok liekov pacientom** (samoliečenie)
- zistiť **informovanosť o svojpomocných skupinách**
- zistiť konkrétnu **spoluprácu respondenta so svojpomocnou skupinou**
- zistiť **spoluprácu lekára s ADOS**
- zistiť názor na **rozdelenie podielu účasti na pozitívnej compliance**
- zistiť názor na potrebu lekára vytvoriť **pozitívnu tvorivú atmosféru**
- pomocou „otvorenej“ otázky zistiť náplň pojmu „**ideálny pacient**“
- zistiť znalosti zákona o pacientovom **práve odmietnuť liečbu**
- zistiť znalosti zákona o pacientovom **práve na kompletnú informáciu**
- zistiť znalosti zákona o pacientovom **práve na odmietnutie informácie**
- zistiť názor na **reklamu liekov** v médiách
- zistiť názor na **zdravotnícke programy** v médiách.

Materiál a metodika výskumu

V roku 2006 sme uskutočnili dotazníkové zisťovanie **názorov pacientov** na problematiku spolupráce s lekárom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, dodržiavania lekárom nariadeného liečebného

režimu a užívání liekov. Dotazník tvorilo 34 otázok, bol konštruovaný tak, aby umožnil jednoduché odpovede, u významnejších problémov boli respondenti požiadaní i o percentuálne vyjadrenie váhy jednotlivých tvrdení. Pacientom bolo rozdáných 500 dotazníkov. Správne vyplnených a do súboru zaradených bolo 433 vyplnených dotazníkov (86,6%). Dotazník pre lekárov bol skonštruovaný na **zisťovanie názorov všeobecných lekárov** na mieru očakávanej ochoty pacientov podriaďiť sa ich pokynom, na zistenie krízových momentov spolupráce lekár-pacient. Zámerom bolo ďalej určiť typické vlastnosti pacienta podmieňujúce noncompliance, prípadne vhodné kontrolné mechanizmy dodržiavania pokynov. Distribuovaných bolo 100 dotazníkov náhodne vybraným všeobecným lekárom. Navrátených, správne vyplnených a do hodnoteného súboru bolo zaradených 95 dotazníkov (95 %).

Rozdávanie dotazníkov sa uskutočnilo v priestoroch zdravotníckeho zariadenia. Zber dotazníkov bol zabezpečený v čakárni zdravotníckeho zariadenia do uzatvorenej schránky. Jednotky nachádzajúce sa v čase rozdávania dotazníka počas dní výskumu mali rovnakú možnosť dostať sa do vzorky bez obmedzenia veku, pohlavia alebo orientácie, bez obmedzenia choroby, alebo spokojnosti. Hypoteticky sa dá predpokladať, že populácia pacientov a lekárov prichádza do kontaktu. Nebolo cieľom výskumu analyzovať priamy kontakt medzi konkrétnym lekárom a konkrétnym pacientom. Inštrumentárium bolo zamerané na analýzu názorov, postojov a obvyklého správania pacientov a lekárov, nie na riešenie konkrétnych kazuistík.

Dotazník pre klienta – (PA – číslo otázky) (definované ciele otázok)

- 1) odkryť pojem „dôveryhodný lekár“,
- 2) zistiť sumu pozitívnych vlastností, ktoré respondent považuje za súčasť „dôveryhodného lekára“ bez kompetencie hodnotiť odbornú úroveň
- 3) na základe definovaného pojmu „dôveryhodný lekár“ iniciovať u
- 4) respondenta spontánne označenie opaku – negatívnych vlastností
- 5) označenie priamej súvislosti medzi konkrétnou situáciou a vznikom pocitu nedôvery
- 6) po odkrytí pojmu „dôveryhodný lekár“ zistiť individuálnu preferenciu vlastností

- 7) zistiť individuálny pocit dostatku zrozumiteľných informácií
- 8) verejná mienka o pociate dostatočnej informácie
- 9) zaradenie respondenta do kategórie podľa názoru (postoja) vyjadreného tvrdením
- 10) zistenie názoru respondenta na súvislosť medzi „dobrým vysvetlením liečebného postupu“ a dodržiavaním liečebného režimu, /či platí, že ten, kto dostane dobré vysvetlenie, bude dodržiavať liečebný režim/
- 11) definovanie sumy vplyvov podľa názoru respondenta, ktoré ovplyvňujú skorú návštevu lekára
- 12) znalosť práva pacienta odmietnuť liečbu (v zmysle zákona 277/94)
- 13) znalosť práva pacienta dostať kompletnú informáciu (v zmysle zákona 277/94)
- 14) znalosť práva pacienta odmietnuť informáciu (v zmysle zákona 277/94)
- 15) verejná mienka o výbere predpísaných liekov z lekárne
- 16) verejná mienka o užívaní liekov
- 17) verejná mienka o manipulácii s nespotrebovanými liekmi (plnenie domácej lekárnice)
- 18) presná projekcia vlastného postoja k užívaniu liekov
- 19) verejná mienka o samoregulácii užívania lieku
- 20) forma vplyvu rodiny na užívanie lieku
- 21) názor na vplyv vzdelania na dodržiavanie liečebného režimu
- 22) samoliečenie – užívanie liekov mimo nariadený liečebný režim
- 23) názor na užívanie liekov v závislosti od závažnosti choroby (oprava v texte otázky)
- 24) zistenie informačnej sily čakárne
- 25) zistenie individuálneho názoru na reklamu liekov
- 26) zistenie konkrétneho názoru na „vedomé klamanie pacienta“
- 27) vysvetlenie negatívnych skúseností s výkonom činnosti lekára „čím lekár stratil moju dôveru“/respondent je vzdialený od definovaných pozitívnych charakteristík a individuálnej preferencie vlastností, vstúpil do problematiky, motivovali sme ho k spomínaniu na konkrétne skúsenosti, mal by byť kompetentný uskutočniť výber
- 28) rozdelenie respondentov podľa postojov k mediálnym programom o chorobách
- 29) používanie foriem zvýšenia účinnosti riadenia liečebného režimu

-
- 30) skutočný individuálny vplyv reklamy na lieky
 - 31) pomôcka na zapamätanie si odporučení
 - 32) vlastná skúsenosť s ADOS
 - 33) skúsenosť s pohotovosťou
 - 34) skúsenosti so svojpomocnou skupinou

Dotazník pre lekárov (L – číslo otázky) (definované ciele otázok)

1. zistenie potreby lekára pacientovej compliance
2. zistenie názoru lekára o compliance vlastných pacientov
3. zistenie názoru lekára o non-compliance vlastných pacientov
4. zistenie názoru lekára na váhu pôsobenia príčin
5. definovanie typických charakteristík pacientov, ktorí nedodržiavajú nariadenia lekára a liečebný režim podľa názoru lekára
6. zistenie názoru lekára na vzťah „prísnej kontroly“ a spolupráce
7. zistiť predstavu lekára o „dôslednej kontrole“
8. zistiť používanie pomôcok na zapamätanie dispozícií
9. zistenie predstavy lekára o užívaní liekov pacientami bez vedomia lekára
10. zistenie predstavy lekára o regulovaní dávok liekov pacientom (samoliečenie)
11. zistiť informovanosť o svojpomocných skupinách
12. zistenie konkrétnej spolupráce respondenta so svojpomocnou skupinou
13. zistenie spolupráce lekára s ADOS
14. zistenie názoru na rozdelenie podielu účasti na pozitívnej compliance
15. definovanie názoru lekára na vytvorenie pozitívnej tvorivej atmosféry pomocou označenia platnosti tvrdení
16. zľahčujúca „otvorená“ otázka – formulovanie náplne pojmu „ideálny pacient“
17. zistenie znalosti legislatívnej úpravy pacientovho práva odmietnuť liečbu
18. zistenie znalosti legislatívnej úpravy pacientovho práva na kompletnú informáciu
19. zistenie znalosti legislatívnej úpravy pacientovho práva na odmietnutie informácie

20. zistenie názoru na reklamu liekov v médiách
21. zistenie názoru na zdravotnícke programy v médiách

Spárovanie výsledkov analýzy – témy:

1. potreba zisťovať dodržiavanie liečebného režimu
2. príčiny nedodržiavania liečebného režimu
3. charakteristiky pacienta, ktorý nedodržiava liečebný režim
4. informácie a dodržiavanie lieč. režimu
5. vedomé klamanie klienta
6. samoregulácia liečiva
7. dôvera k lekárovi
8. vzťah medzi dôverou a dodržiavaním liečebného režimu
9. dôvody lekára, ktoré môžu byť príčinou nemožnosti vytvoriť pozitívnu tvorivú atmosféru
10. reakcia na mediálne programy
11. kontrola dodržiavania liečebného režimu
12. právo odmietnuť liečbu
13. právo na kompletnú informáciu
14. právo odmietnuť informáciu

Niektoré čiastkové výsledky

Najdôležitejšia vlastnosť dôveryhodného lekára

Za absolútne jednoznačne najdôležitejšiu vlastnosť dôveryhodného lekára (85 %) je respondentami považovaná **odbornosť** – respondent hodnotí lekára podľa toho „aký je odborník“. Na základe predchádzajúcich skúseností a pilotných štúdií sme túto odpoveď očakávali. Zároveň však musíme uviesť na pravú mieru **relativitu hodnotenia respondenta**. V pravom slova zmysle **respondent nie je kompetentný** hodnotiť odbornosť lekára. To, čo je pre respondenta preukázateľné sú lekárova váženosť z dôvodu objektívneho hodnotenia jeho odbornosti (vzdelanie, status, funkcia), obraz verejnej mienky, ktorý vznikol na základe skúseností iných pacientov, resp. iných respondentov alebo mena, ktoré lekár získal „výsledkami svojej práce“ (niekedy aj fungovania pracoviska, alebo manažmentu a budovania image zariadenia).

Nie je žiaduce vysvetľovať respondentovi, že nie je kompetentný hodnotiť odbornosť lekára, resp. že ako odbornosť hodnotí niečo iné.

V zmysle cieľa výskumu je potrebné respondentove hodnotenia relativizovať a v dotazníku zároveň operacionalizovať pojmy a hľadať empirické krytie pojmov, ktoré používa respondent.

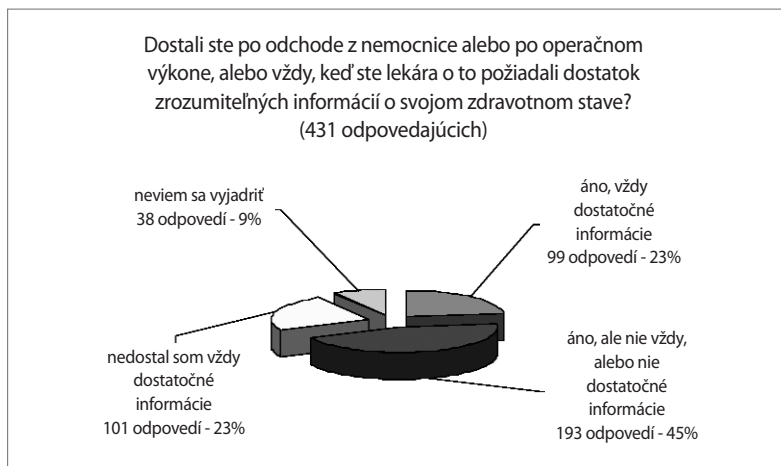
Tab. 1: **Ak by ste mali charakterizovať lekára, ktorému dôverujete, aké vlastnosti má ?**
(% každej z odpovedí vypočítavané zo 433 respondentov)

	Počet	%
• je dobrý odborník	369	85%
• vie dobre poradiť	218	50%
• dáva najavo porozumenie	109	25%
• má pre pacienta dostatok času	187	43%
• je čestný	129	30%
• vie dobre vysvetliť	154	36%
• trpezlivo počúva	127	29%
• ochotne odpovedá	159	37%
• je citlivý	67	16%
• je skúsený	189	44%
• je zručný, šikovný	112	26%
• nie je príliš mladý	42	10%
• nie je príliš starý	42	10%
• je srdečný	68	16%
• nie je namyslený	84	19%
• nie je odmeraný	83	19%
• je zdvorilý	104	24%
• je zodpovedný	205	47%
• je rozhodný	122	28%
• je prísny	19	4%
• iné	3	1%
Počet volieb odpovedí	2592	

Spokojnosť s dostatkom informácií o svojom zdravotnom stave

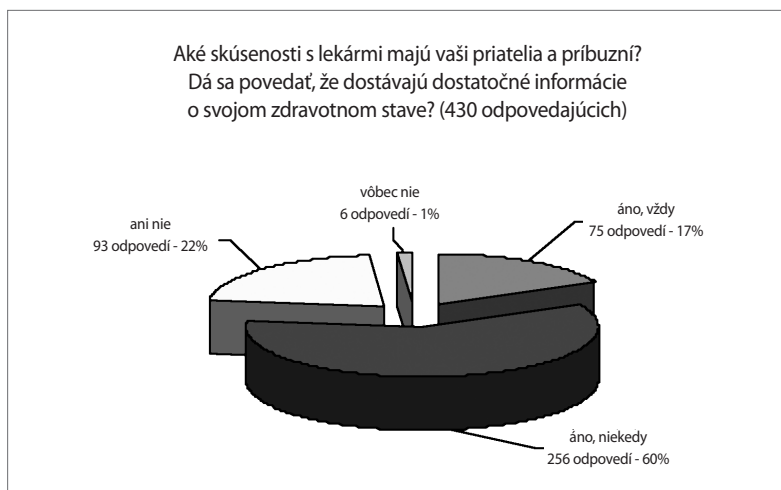
Respondent bol požiadaný o vyjadrenie svojej spokojnosti a pocitu dostatku s informáciami o svojom zdravotnom stave. Veľmi stručne sa dá výstup z analýzy formulovať vetou „**iba v 23 % respondentov bolo v zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti dostatočne informovaných**“.

Graf 1: Respondentova spokojnosť s dostatkom informácií o svojom zdravotnom stave



Keďže respondent niekedy pod vplyvom snahy osobne nehodnotiť „príliš negatívne“ používa miernejšie vyjadrenie, použil sa vo výskume inštrument „obvyklej verejnej mienky“. Respondent hodnotí optikou jeho okolia, teda vypovedá o tom, čo považuje za obvyklé v prostredí

Graf 2: „Všeobecná spokojnosť“ – spokojnosť obvyklá v respondentovom prostredí (formulovanie názoru o verejnej mienke)



svojej rodiny a svojich známych. Pri hodnotení „obecnej spokojnosti“ s dostatkom informácií o vlastnom zdravotnom stave sa s **dodržaním zákona stretávame iba v 17 % respondentov.**

Názory lekárov na dodržiavanie liečebného režimu

Lekári očakávajú, že 53,7% ich pacientov dodržiava ich odporúčenia a terapeutické prostriedky bezo zvyšku.

Priemernou hodnotou respondenti vyjadrili svoj názor, že 40,6 % pacientov dodržiava iba niektoré ich odporúčenia.

Príčiny nedodržiavania liečebného režimu

Formulácie možností odpovedí obsahujúce predstavy lekárov o príčinách nedodržiavania nariadeného liečebného režimu sme vypracovali na základe škály „príčin“, vytvorenej v rámci pilotnej štúdie. V alternatívach odpovedí boli ponúknuté aj také alternatívy, ktoré respondentovi ponúkajú možnosť vyjadriť vlastný postoj – vlastné hodnotenie daného stavu. Každé z vyjadrení odráža vlastnú skúsenosť respondenta.

Tab. 2: **Príčiny nedodržiavania liečebného režimu**

Aké sú podľa Vášho názoru príčiny nedodržiavania Vašich nariadení?

	počet
• neuznal som pacientovi práceneschopnosť	34
• nenapísal som pacientovi lieky, ktoré žiadal	48
• pacient sa nechal ovplyvniť názormi iných lekárov	60
• pacient sa nechal ovplyvniť názormi iných laikov	66
• pacient neporozumel mojim nariadeniam	57
• pacient si nenapísal odporúčenia a zabudol	43
• pacient si z mojich nariadení vybral čo bude dodržiavať a čo nie	71
• pacient urobil chybu v užívaní liekov, tak ich radšej prestal užívať	59
• pacient pre spoločenské povinnosti vysadil lieky	61
• iné (pohodnosť, financie)	18
spolu počet volieb	517

Respondenti v 43 prípadoch uviedli príčinu „pacient si nenapísal odporúčenia a zabudol“, 57 respondentov uviedlo, že „pacient nepo-

rozumel mojím nariadeniam“. Čo svedčí o stave, že zhruba polovica respondentov počíta s tým, že **jeho pacient nepochopí, alebo si neuchová informáciu o dodržiavaní liečebného režimu**. Dokonca 13 respondentov vyjadrilo svoj postoj k pochopeniu návodu na dodržiavanie liečebného režimu formuláciou „kvôli nedostatku času si nemôžem dovoliť zaoberať sa poznámkami“.

Aké pomôcky na zapamätanie pre pacientov používate?

Tab. 3: Používanie pomôcok na zapamätanie	počet	počet %
• odporučím pacientovi, aby si robil poznámky	11	5%
• urobím pacientovi písomné poznámky	48	21%
• nariadim sestričke, aby pacientovi urobila poznámky	23	10%
• dám pacientovi tlačенý návod	64	29%
• ak pacient nerozumie, znova mu to vysvetlím	62	28%
• kvôli nedostatku času si nemôžem dovoliť zaoberať sa poznámkami	13	6%
spolu počet volieb	224	

Záver

Predstavili sme ciele analýzy sociálneho javu compliance, metodologické princípy výskumu a niektoré príklady výsledkov výskumu. Výsledky sú priebežne publikované v odbornej literatúre podľa jednotlivých rovin analyzovaného problému.

Cieľom tohto príspevku bolo informovať o uskutočnení výskumu, vyvolať diskusiu zainteresovaných a pripraviť tak pôdu pre špecializované inštrumentárium, ktoré bude zamerané na jednotlivé problémy, potreba analýzy ktorých vznikla v procese spracovávaní a interpretácie výsledkov výskumu.

Literatúra:

- 1) Brukkerová, D. Sociológia zdravia a choroby. Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o. 2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X)
- 2) Brukkerová, D.: Svojpomocné skupiny. In: Hegyi, L., Šulcová, M. a kol.: Odporúčania pre zachovanie zdravia. Charis s.r.o., Bratislava, 2006. 88.s.ISBN 80-88743-64-8
- 3) Cramer J. A., Spilker B. Patient compliance in medical practice and clinical trial. New York, Raven Press 1990, p 414.

-
- 4) Cramer J.A., Spilker B.: Patient compliance in medical practice and clinical trial. Raven Press, N.Y, 1990, s 414,
 - 5) Cramer J.A.: Overview of methods to measure and enhance patient compliance. In: Cramer J.A., Spilker B.: Patient compliance in medical practice and clinical trial. Raven Press, N.Y, 1990,
 - 6) Di Matteo, R.R.: Enhancing Patient Adherence To Medical Recommendations. J.Amer.med.Assoc., 271, s. 79-83
 - 7) Editor choice, Fiona Godlee: Trust me Br.Med.J. 2006,333, 7576,
 - 8) Foltán V., Kešeláková S., Zverková D., Bajcurová J.: Ekonomika zdravotníctva a farmakoterapia. Moderný medicínsky manažment, číslo 1, marec 1999. s. 11-15.
 - 9) Gajdošík J, Brukkerová D., Kriška M, Svoreňová A.: Poznáme dostatočne ochotu pacienta dodržiavať pokyny lekára ? Praktický lekár, 2007, 87, č.2. s.103-107.
 - 10) Gajdošík J., Brukkerová D.: Projekt zisťovania údajov o spokojnosti lekárov s výkonom povolania. Medicínsky Monitor, 3/2003. s. 21-23.
 - 11) Gajdošík J., Brukkerová D., Kriška M., Svoreňová, A., Wawruch, M.: Compliance pacienta k liečbe arteriovej hypertenzie - večne živý problém ? XXI. pracovná konferencia Arteriálna hypertenzia v Košiciach (23.4. - 25.4.2006) In: Kardiológia , júl 2006, volume 15, Number 4.
 - 12) Grundmann M.: Compliance. Klin. farmakol. farmac. 13 (1),1999.
 - 13) Grundmann M.: Význam compliance v liečbe hypertenzie, Klin.farmakol.farmac.13.(1), 1999, s.6-9.
 - 14) Hegyi L.: Compliance vo vyššom veku. Geriatria 2/2000 s.78-87
 - 15) Cheung R, Dickins J, Nicholson PW,: Compliance with anti-tuberculous therapy: a field trial of a pill-box with a concealed electronic recoding device. Eur.J.Clin. Pharmacol. 1988, 35: 401-407
 - 16) Jozifová M., Cífková R a kol.: Porovnaní liečby hypertenzie a rizikového profilu hypertenzíkov v obecnej populácii a na špecializovanom pracovíšti. Cor Vasa 2003. 45. (11) 533-541.
 - 17) Kampman O, Lehtinen K: Review article Compliance in psychoses. Acta Psychiatr.Scand. 1999, 100:167-17
 - 18) Kardas P.: Non-compliance – Some Myths, Some Facts. Časopis lekářů českých, 143, 2004, č.8. s.556-559
 - 19) Kardas P.: Non-compliance – Some Myths, Some Facts. Časopis lekářů českých, 143, 2004, č.8. s.556-559.
 - 20) Křivohlavý J.: Kompliance-dodržiavání lékařových příkazů pacientem, Praktický lékař, 80/5, s.272-275.
 - 21) Křivohlavý J.: Kompliance-dodržiavání lékařových příkazů pacientem. Praktický lékař, 80/5, s.272-275.
 - 22) Laššánová M., Wawruch M., Božeková L., Kriška M.: Systém poskytovania nezávislej informácie o lieku na Slovensku. Československá fyziologie. 50 2001, č.4. s.168.
 - 23) Lucker PW,: Compliance: One of the most important correlations in clinical pharmacology, Meth.and Find. Clin. Pharmacol, 1984, :556-559
 - 24) Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005, 453, p. 487-97.
 - 25) Osterberg L., Blaschke T.: Adherence to medication. N Engl J Med 2005, 453, s. 487-97
 - 26) Seifert B., Beneš V a kol.: Všeobecné praktické lékařství, Galén 2005
 - 27) Seifert B., Beneš V a kol.: Všeobecné praktické lékařství, Galén 2005.
 - 28) SS.H. Eurich D.T., Majamundar RS: A Meta-Analysis Of The Association Between Adherence To Drug Therapy and Mortality, BMJ, 2006,333,
 - 29) Widimský J.: Kardiovaskulární skandál č.1-špatná léčba hypertenze v populaci. Cor Vasa 2003, 45 (11) 530-532

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

© Kolektív autorov, Bratislava 2007
Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH

Vydáva:

Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV
vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o., Bratislava 2007

Grafické spracovanie:

ELO – Eduard Ložonský, Jana Satková

Tlač:

Zuzana HEDEROVÁ – COLORPRINT, Bratislava

ISBN 978-80-968092-4-0