

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

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

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA V PRAXI

Bratislava, 2009

© Kolektív autorov, Bratislava 2009
Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH

Zborník vydaný
s finančným príspevkom



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

Vydáva:

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

Bratislava 2009

Grafické spracovanie:

Jana Satková

Tlač:

Zuzana HEDEROVÁ – COLORPRINT, Bratislava

ISBN 978-80-968092-5-7

Príhovor editora

Vážené kolegyně, kolegovia – záujemcovia o psychológiu zdravia,

máte v rukách zborník z tretej celoslovenskej konferencie sekcie PZ SPS pri SAV s medzinárodnou účasťou, ktorá sa konala 15. mája 2008 v priestoroch DFN v Bratislave. Postupne sa naplňa snaha vytvoriť na Slovensku tradíciu, diskusné fórum na stretávanie sa odborníkov pracujúcich v oblasti psychológie zdravia, najmä zlepšiť informovanosť v tejto oblasti. Pôvodný zámer konferencie bol orientovaný na uplatnenie PZ v jednotlivých oblastiach nášho života, najmä zdravotníctva.

Vzhladom k tomu, že finalizácia tohto zborníka bola po obdobnej konferencii PZ ČMPS, ktorej som sa zúčastnil, mám možnosť porovnávať. Dovolím si poznamenať, že rôznorodosť prezentovaných tém, odborný záber, ako aj kvalita prednášok pri porovnaní s kolegami z ČR, ktorí majú dlhšiu tradíciu organizovania konferencií PZ, nás presvedčili, že sa nemusíme hanbiť. Dokonca aktivity mladých kolegov a východného Slovenska, najmä z KISH Košice, ktorí dôstojným spôsobom reprezentujú psychológiu zdravia v zahraničí, nás nabádajú k určitej hrdosti a dúfam, že nie k predčasnej spokojnosti. Niekedy je totiž ľahšie do sedla vyskočiť, ako sa v ňom udržať, alebo ako sa u nás hovorí: „doma nie je nik prorokom“. Na rozdiel od kolegov z Česka, zatiaľ sme nenašli optimálny spôsob, ako vytvoriť psychohygienicky prajnú, relaxovanú a pohodovú atmosféru pre naše stretnutia, ktorá by rezonovala s názvom našich stretnutí; tohtoročné bolo mimoriadne hektické a pracovné. Isté však je, že PZ na Slovensku zapustila kvalitné a verím že hlboké korene.

Zborník prezentuje ukážku o vytvorenie priestoru pre tvorivú diskusiu i navzájom protichodných prístupov, teórií a názorov z oblasti psychológie, sociológie, filozofie aj etiky zdravia, o čom sa môže presvedčiť čitateľ tohto zborníka. Zároveň dokladuje aktuálnu snahu, úsilie a orientáciu kolegov a jednotlivých pracovísk z rôznych končín Slovenska obhájiť svoju profesionálnu pozíciu, v tomto aj pre väčšinu psychológov náročnom období vývoja ako slovenskej psychológie, tak našej spoločnosti. Príspevky sú zoradené chronologicky, tak ako boli prednášané resp. zaradené do pôvodného programu. Verím, že vzhľadom k pomerne malému rozsahu sa čitateľ nepochybné dokáže zorientovať v jednotlivých témach.

Súčasťou tohoročného stretnutia bolo aj predstavenie knihy prof. Damiána Kováča, ktorému sa venujem v samostatnej kapitole tohto zborníka. Spravili sme tak preto, lebo odborný, profesionálny ale aj ľudský odkaz tejto práce na naše podujatie oprávnené patrilo.

Necháme na zvážení a zhodnotení čitateľa, či sa nám zámer vydaril, alebo nie. Množstvo podnetov a nápadov nielen z panelovej diskusie, ale aj prednesených tém je výzvou do ďalších aktivít. Jasné je, že členov, najmä výbor sekcie čaká veľa zaujímavých náročných úloh, ktoré sa týkajú ako legislatívy, prípravy kvalitnej výučby, tak ďalšieho smerovania PZ.

Veríme, že doterajší relatívny nezáujem o túto tému u nás patrí minulosti. Fakt, že medzi akademickými funkcionármi aj klinickými – nepsychológmi, najmä na fakultách verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva a sociálnej práce, okrem SZU, rastie záujem o PZ, je potešujúci. Otázne je, či sme v oblasti pre- a postgraduálneho vzdelávania v PZ pripravení tento záujem na úrovni uspokojiť.

Za výbor sekcie a realizačný tím tlmočím pranie, aby sme sa v budúcnosti stretávali častejšie a v hojnejšom počte, menej stresovo, najneskôr opäť v máji 2009.

Dušan Selko

Príhovor generálneho riaditeľa NÚSCH, a.s. Ing. Mongi Msollyho, MBA

Vážené dámy a páni,

pocity človeka, ktorý nemá humanitné vzdelanie sú na tomto fóre, v tejto chvíli veľmi zaujímavé.

Moje prvé profesionálne kroky, zážitky, kontakty, boli spojené ešte od čias štúdia so zdravotníctvom; napriek tomu, že som pôvodným zameraním technik. S problémami slovenského zdravotníctva a problematikou kardiovaskulárnych chorôb sa však zaoberám vyše 20 rokov, chtiac-nechtiac aj ich psychologickou zložkou.

Dôkazom toho, že tejto problematike rozumiem, je aj moje predchádzajúce i terazjšie funkčné postavenie – zaradenie.

Mojim cieľom bolo a je zabezpečovať chod systémov: predtým špeciálnych prístrojov a zariadení na udržanie vitálnych funkcií pacientov po operácii alebo po infarkte, teraz, zabezpečovať materiálne, technicky, finančne a personálne chod tak zložitého a náročného systému akým je NÚSCH, a.s.

Práve zodpovednosť za bezproblémový chod tohto komplexu, ktorý je vlastne živým a citlivým, ale mimoriadne odolným organizmom, ma núti denne zamýšľať sa nad významom tém, ktoré budete dnes preberať a diskutovať. Najväčší potenciál nie je v prístrojoch a materiálnom vybavení, ktoré je len jednou zo záruk kvalitnej práce; najväčší potenciál všetkých zdravotníckych zariadení je v ľudských zdrojoch, lekároch, sestrách, technikoch ale aj administratívne a vôbec všetkých, ktorí sa odhodlali na osobnú realizáciu v tomto stresovom rezorte.

Po oboznámení sa s problematikou z vašich predchádzajúcich stretnutí, i s vašim dnešným programom mi je jasné, že orientácia na prevenciu a predchádzanie chorobám, podporu zdravia a zlepšovanie kvality života nie je len pre pacientov, ale pre všetkých, zdravotníkov nevynímajúc. Je to problematika vysoko aktuálna a som rád, že náš ústav na organizovaní tohto podujatia participuje.

Nakoľko denne spolupracujem s poisťovňami a poznám úskalia ohodnocovania práce zdravotníkov, uvedomujem si, že ste v nie ľahkej pozícii a čaká vás veľa náročných úloh a stretov.

Práve preto vám, dnešnému stretnutiu i ďalším podobným aktivitám želim veľa úspechov, vytrvalosti...

Ing. Mongi Msolly, MBA

Podakovanie

za realizáciu projektu: generálnemu riaditeľovi NÚCHS, a.s., Ing. Mongi Msollymu, MBA, za to, že nad podujatím prevzal patronát a veľkoryso a nezištne pomohol zalátať diery pri hrazení nákladov spojených s realizáciou tohto zborníka, MUDr. Darine Sedlákovej, riaditeľke kancelárie WHO na Slovensku – za morálnu podporu pri zabezpečení konferencie; a PhDr. Viole Zlámalovej a vydavateľstvu Mauro Slovakia, s.r.o za nezištnú pomoc pri finalizácii a realizácii tohto projektu.

Zároveň ďakujem všetkým kolegyniam a kolegom, najmä s aktívnou účasťou, za prejavovaný záujem a účasť, vysokú mieru tolerancie, odolnosť voči časovému stresu, ako aj pracovnú disciplínu počas konferencie, ktorou ma všetci prítomní príjemne prekvapili.

Dušan Selko

Obsah

PRÍHOVOR EDITORA	
Dušan Selko	3
PRÍHOVOR GENERÁLNEHO RIADITEĽA NÚSCH, a.s.	
Mongi Msolly	4
ZÁKLADNÉ PREDPOKLADY ZDRAVÉHO VÝVINU	
Ivan Štúr	9
PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY RIZIKOVÝCH FAKTORŮ KVO: VÝZKUMNÉ A INTERVENČNÍ AKTIVITY V ČR	
Vladimír Kebza, Iva Šolcová	11
SLEDOVANIE RIZIKOVÝCH FAKTOROV SCO U ASYMPTOMATICKÝCH OSÔB V PORADNI ZDRAVIA BRATISLAVA	
Zora Gerová	21
BEHAVIORÁLNE RIZIKOVÉ FAKTORY KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ, RIZIKO ZDRAVOTNÉHO ZLYHANIA – AKO ĎALEJ?	
Dušan Selko	31
PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY OBEZITY V ŠKOLSKOM VEKU	
Milada Harineková	46
POHYBOVÁ AKTIVITA A VEREJNÉ ZDRAVIE	
Pavol Malovič	53
NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA Z POHLADU PSYCHOLÓGA	
Judita Stempelová	69
FORMOVANIE POSTOJA K PODPORE ZDRAVIA V RODINE	
Darina Brukkerová, Ján Gajdošík, Renáta Knezovič	74
INAKOSŤ VO VEREJNOM PRIESTORE – POTREBY A KONFLIKTY	
Gabriel Bianchi	83
VYUŽÍVANIE PSYCHOLOGICKÝCH METÓD PRI REALIZÁCII PROJEKTU „PREVENCIA ZAMERANÁ NA BOJ PROTI ALKOHOLU, DROGÁM A TOXIKOMÁNIÁM V REZORTE MINISTERSTVA OBRANY“	
Mária Gašparová	92
SOUVISLOSTI OSOBNÍ POHODY U ČESKÝCH VYSOKOŠKOLÁKŮ	
Iva Šolcová, Vladimír Kebza	95

PREDSTAVENIE PUBLIKÁCIE PROF. DR. DAMIÁNA KOVÁČA, DrSc., PSYCHOLÓGIU K METANOI	
Damián Kováč, Dušan Selko	105
EURÓPSKA ASOCIÁCIA PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA	
Peter Kolarčík a kol.	108
PANELOVÁ DISKUSIA K AKTUÁLNYM OTÁZKAM PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA V TEÓRII A PRAXI	
Dušan Selko	113
KVALITA ŽIVOTA MĚŘENÁ RŮZNYMI TECHNIKAMI	
Jitka Šimíčková-Čížková, Bohumil Vašina	115
PROBLÉMY KLIENTOV NA LINKE DŮVERY HIV/AIDS	
Danica Staneková	123
NÁDEJ U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV: DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY	
Peter Halama, Lucia Příhodová	127
VNÍMANÉ ZDRAVIE MEDZI RÓMSKÝMI A NERÓMSKÝMI PUBESCENTMI: ÚLOHA ETNICITY A SOCIO-EKONOMICKÉHO STATUSU	
Peter Kolarčík a kol.	136
SOCIÁLNA OPORA A DEPRESIA U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU	
Jozef Benka a kol.	144
BEZNÁDEJ AKO FAKTOR ZDRAVIA U DOSPIEVAJÚCICH	
Andrea Madarasová-Gecková a kol.	151
HUMOR V ZDRAVÍ A V CHOROBE	
Róbert Ďurka	158
VÝSKYT DEPRESÍVNYCH A ÚZKOSTNÝCH SYMPTÓMOV U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS	
Viera Cviková, Eva Šimúnová	165
OSOBITOSTI EMOCIONÁLNEHO PREŽÍVANIA VO VYTRVALOSTNÝCH ŠPORTOCH	
Lívia Danišová, Katarína Liptáková	176
JOGOVÉ TECHNIKY AKO PROSTRIEDOK NA ZVLÁDANIE STRESU	
Juraj Gajdoš	180

ZÁKLADNÉ PREDPOKLADY ZDRAVÉHO VÝVINU

Ivan Štúr
Bratislava

Zdravie je pre filozofa Krupičku slušný a vzdelaný človek. Možno s tým súhlasíť a prijať. Moja definícia duševného zdravia znie: „dostatočne citlivá duša, aby vedela vnímať krásu života (ale nie precitlivelá a neschopná) a s primeraným humorom čeliť jeho ťažkostiam“.

Úcta k životu by mala obsiahnuť viac než oblasť od náhodného zrodenia po nutnosť smrti. Dlhو pred počatím nového jednotlivca narúšajú viacerí zdroj jeho budúceho zdravia fajčením, drogami či adrenalinovými športami. Úcta k vlastnému organizmu ako časti ľudského rodu!

Až s určitými postojmi a súvisiacim konaním sme zrelí pre rodičovstvo, chápané súvis predchádzajúcich i prichádzajúcich pokolení.

V najútlejšom období nech dieťa získava životnú istotu a vzťah k ľuďom, najlepšie pozornosťou dospelých, čo je preň dôkazom skutočnej lásky, porozumením, prebúdajúcim pocit zdravého domova a ocenením, nenahraditeľnou to zábezpekou celoživotného primeraného sebavedomia.

V hrovom období (3. – 6. rok) je najdôležitejšie začať spúšťať do života kotvy, hľadať si osobné záujmy, oblasť úspechov i radostnej námahy, pretože pozitívny program výrazne uľahčí dospievanie a bude večnou prevenciou negatívnych javov ako delikvencie, drog či márneho hľadania sebaoptvrdenia v predčasnom sexe, ktorý nemôže splniť očakávania, zato však tragicky vystrašiť alebo prirýchlo presýtiť. Je to obdobie tzv. prvej puberty, charakterizovanej nehou, prvými detskými láskami, začiatkom citového dozrievania.

V školskom období – ako vravieval profesor Matějček – by malo byť dieťa „zvídavé“. Ak chápeme intelekt ako schopnosť myslenia a poznávania, utvára sa tu možnosť celoživotného kontaktu s kultúrou, zabraňujúcou pred životnou nudou, aj významne kultivujúci človeka. Nie

menej dôležité je postupné vrastanie do kolektívu vrstovníkov a získanie si primeraného miesta medzi nimi.

Samotná puberta, so svojím zmyslovým rozvojom, znamená osamostatňovanie a zbavenie sa, pokiaľ možno, všetkých zbytočných komplexov z detstva ako žiarlivosti, menejcennosti, ukrivdenosti či závidi, ktoré tak veľmi komplikujú budúce priateľstvá a manželstvo.

Adolescencia – okolo dvadsiateho roka prebieha pri kultivovanom dospievaní v znamení tzv. filozofickej puberty, ktorá vyžaduje kritické prehodnotenie názorov okolitých dospelých, tvorivé budovanie vlastných postojov a obranu proti mnohým súčasným zvodom.

Rodina, práca a osobné záľuby sú tromi základnými piliermi dospelého života a ne jeden človek sa ťažko usiluje zladíť ich dohromady. Pracovnú námahu alebo nezaujímavosť je dobré kompenzovať relaxom voľnočasových záľub a zmysluplnou činnosťou podporujúcou životnú radosť. Pre udržanie celoživotného manželského zväzku, potrebujeme zdvorilosť aj v najintímnejších chvíľach, humor, udržať žiarlivosť v primeraných medziach, občasnú neprítomnosť s možnosťou ďalšej kryštalizácie vzťahu a napokon romantický postoj, zachováva júci citlivý vzťah k životu aj k sebe navzájom (Maurois). Každý naturalizmus vedie k nihilizmu, vraví filozof a previniť sa znamená zotrieť peľ z motýľích krídel, čo zabráni lietať a symbolicky zabráni potešeniu zo života.

Napokon staroba, nie je len ako zvyknú opakovať vývinové psychológie, ubúdaním a zhoršovaním jednotlivých funkcií, ale predovšetkým hlbším porozumením a vďakou za všetko prežité.

Nedostatok pozornosti a porozumenia v detstve prináša citovú depriáciu a celoživotnú neistotu. Bez záujmov a životných kotiev zostaneme hračkou ľubovoľného vetra. Ponorenie sa do kultúry bráni primitívnemu dospievaniu a kritický prístup zabezpečuje nielen obdiv dobrých kamarátov, ale aj prevenciu zlých vplyvov. Schopnosť harmonického zladenia troch základných úloh dospelosti prináša pokoj v duši i v rodine. Napokon, porozumenie a vďačnosť robí seniorov príťažlivejšími pre spoločnosť.

Viem, že už nikdy nebudem mladý, nikdy už nebudem zdravý a nikdy nebudem bohatý, ale život je ešte stále pekný!

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY RIZIKOVÝCH FAKTORŮ KVO: VÝZKUMNÉ A INTERVENČNÍ AKTIVITY V ČR

Vladimír Kebza

Státní zdravotní ústav a katedra psychologie FF UK v Praze

Iva Šolcová

Psychologický ústav AV ČR

Úvod – rizika kardiovaskulárních onemocnění (KVO)

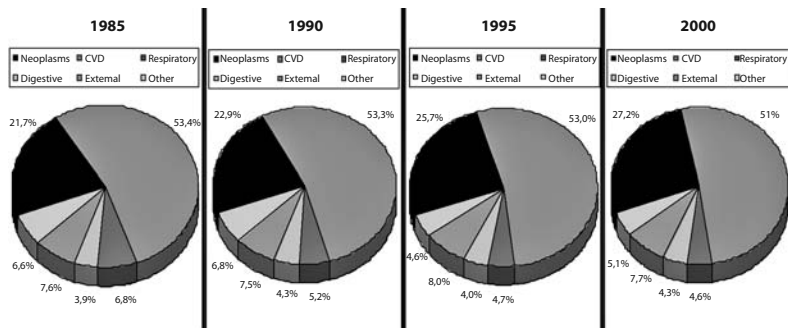
Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou stále dominující diagnostickou skupinou z hlediska morbidit a mortality nejen u české populace, též u populace dalších zemí střední a východní Evropy, nových členských zemí EU.

Česká nemocnost a úmrtnost na KVO byla na počátku 90. let jednou z nejvyšších na světě: ČR byla řazena na čtvrté místo na světě z hlediska celkového počtu úmrtí na KVO a na páté místo ve světě z hlediska počtu úmrtí na akutní infarkt myokardu a na cerebrovaskulární onemocnění (WHO MONICA, 1988; Tunstall-Pedoe et al., 1994).

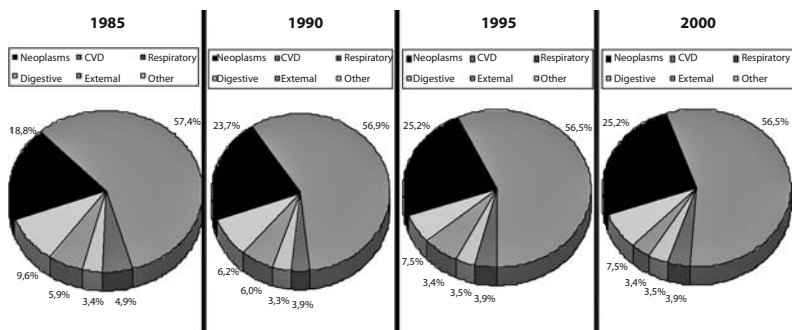
Projekt WHO MONICA (Multinational MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease Project) zahrnoval též opakovaná šetření v okresech ČR, realizovaná v letech 1985, 1988 a 1992. Výsledky těchto šetření prokázaly mj. prevalenci hypercholesterolemie ($>6.5\text{mmol/l}$) u 36% českých mužů a 38% českých žen, prevalenci hypertenze ($>160/95\text{ mmHg}$) u 31% mužů a 32% žen, a dále to, že 48% mužů a 27% žen byli pravidelnými kuřáky (WHO MONICA 1988). Po 18 letech od tohoto šetření projektu MONICA, v roce 2006, kouřilo pravidelně podle dat ÚZIS 29% dospělé české populace, tedy cca 2 500 000 dospělých jedinců.

Dva následující grafy dokumentují vývoj hlavních příčin úmrtí u české populace v letech 1985 – 1990 zvlášť u mužů (první graf) a u žen (druhý graf). Je zřejmé, že kardiovaskulární onemocnění, reprezentované nejz rozsáhlejší červenou výsečí v těchto grafech, jsou stále dominující příčinou úmrtí české populace.

DEVELOPMENT OF MAIN CAUSES OF DEATH IN CR (MEN), 1985-2000

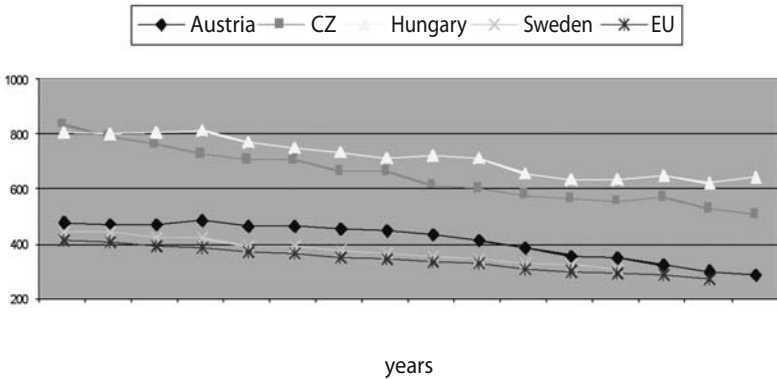


DEVELOPMENT OF MAIN CAUSES OF DEATH IN CR (WOMEN), 1985-2000

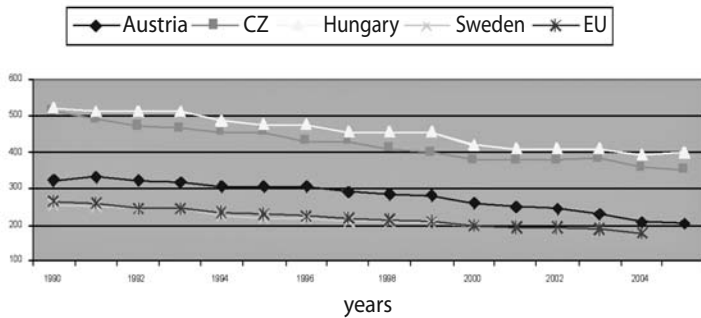


Další dva grafy ukazují názorné srovnání vývoje standardizované úmrtnosti na KVO u populace Rakouska, ČR, Maďarska, Švédska a průměrných hodnot EU opět nejprve u mužů a poté u žen:

Standardized CVD mortality/100 000 men in 1990 – 2005



Standardized CVD mortality/100 000 women in 1990 – 2005



Z obou grafů je zřejmá relativnost poklesu KVO mortality české populace ve srovnání s vývojem ve vyspělých zemích.

Multifaktorová povaha rizik KVO

Komplex rizikových faktorů KVO je však, jak známo, založen nejen na somato-fyziologických a biochemických proměnných, ale též na genetických faktorech, behaviorálních proměnných (kouření a další závislosti, nutriční zvyklosti, tělesná aktivita) a také na některých psy-

chologických, resp. psychosociálních proměnných (základní charakteristika osobnosti; typ chování; úroveň, struktura a dynamika psychické odolnosti (resilience); sociální opora (social support); úroveň afrekvence expozice krátkodobým i dlouhodobým životním událostem (life events and/or daily hassles/uplifts); individuální způsob reagování na zátěž a stres, odolnost vůči nim, způsoby a strategie jejich zvládnání atd. (stress reactivity, resistance, and recovery; ways and strategies of coping etc.).

V rámci studia multifaktorové povahy rizik KVO byla např. rozvíjena koncepce typů chování, v níž se během cca 30 leté diskuse o povaze A/B typu chování ukázalo (bez ohledu na připomínky a námítky vůči tomuto konstrukt), že některé aspekty chování typu A (Friedman, Rosenman, 1974) jsou pravděpodobně mnohem závažnější než jiné: zvláště hněv, vztek, hostilita a nesmlouvavost v kompetitivním usilování o něco (Gallacher et al., 1999; Moller et al., 1999).

Dalším osobnostním konstrukt ve vývoji poznatků o podstatě psychologických aspektů KVO byl tzv. D-typ osobnosti („distressed“) vytvořený J. Denollem a jeho spolupracovníky (Denollet, 1998, 2000; Pedersen, Denollet, 2004; Denollet et al., 2006). D-typ osobnosti je charakterizován negativní afektivitou a sociální inhibicí, tj. spojitou tendencí k prožitku negativních emocí, k útlumu těchto emocí a vyhýbání se sociálním kontaktům s druhými lidmi (Denollet, 2000; Sher, 2005).

V řadě výzkumů byla dále studována multifaktorová povaha rizik KVO, ať již šlo o sledování hypotézy o vztahu mezi poruchami lipidového metabolismu (hypercholesterolemie) a úrovní a frekvencí expozice a efektivitou zvládnání stresu, nebo hypotézy o vztahu mezi D-typem osobnosti (zvl. negativní afektivitou), stresem a úrovní produkovaných hormonů, zvl. kortizolu.

Ukázalo se, že negativní afektivita (Lovallo, Thomas, 2000; Sher et al., 2004); resp. obě hlavní dimenze D-typu osobnosti, tj. negativní afektivita a sociální inhibice (Habra et al., 2003) jsou v těchto výsledcích statisticky významně spojovány s vyšší úrovní kortizolu a pozitivní afektivita s nižší úrovní kortizolu, i když výsledky v některých případech nebyly signifikantní při uplatnění náročnější regresní analýzy (Habra et al., 2003).

Některé další, jak průřezové, tak longitudinální studie kromě toho v průběhu let ukázaly, že stresující zaměstnání bývá spojováno s narůstající úrovní rizik KVO (Karasek et al., 1981; Lynch et al., 1997; Kivimaki et al., 2002). Některé další výzkumné výsledky též naznačily, že

životní vyčerpání („vital exhaustion“) se obvykle vyskytuje v roce předcházejícím AIM (Appels & Mulder, 1989; Appels et al., 2002).

Přestože některé komunitní intervenční programy, resp. programy kombinující postupy komunitní a individuální intervence s mediálními kampaněmi ke snížení rizikových faktorů KVO byly rozvíjeny již na přelomu 70. a 80. let v USA – např. Stanford Three Community Study (Farquhar, Maccoby, Wood, 1976; Fortmann et al., 1981), Stanford Five-City Project (Fortmann et al., 1986; Farquhar et al., 1990), později v Kanadě (The Victoria Declaration, and Canadian Heart Health Initiative, 1992), a také v Evropě – např. North Karelia Project (Puska et al., 1995; Puska, 1999), Catalonia Declaration (1995), tyto přístupy nebyly ještě na počátku 90. let běžně využívány a vyhodnocovány v zemích střední a východní Evropy.

ČR se sice v průběhu 90. let postupně zapojovala do mezinárodních monitorovacích i intervenčních programů snižování rizikových faktorů KVO – např. programy MONICA, CINDI (Stachenko et al., 1995; Kormárek, 1997), ale na počátku 90. let dosud nebyl v českých podmínkách podobný intervenční program uskutečněn.

Ve spolupráci amerických (SCRDP, CRISF) a českých (IKEM, NIPH, SMC FNKV) pracovišť a odborníků byl v roce 1992 zahájen demonstrativní společný americko-český „Program for Reduction of CVD in the Czech Republic (Healthy Dubeč Project)“, sloužící především ke zhodnocení proveditelnosti programu multifaktorové intervence vůči rizikovým faktorům KVO v podmínkách střední Evropy (1992 – 1995).

Program for Reduction of CVD in the Czech Republic (Healthy Dubeč Project)

Tento program byl financován na základě rozhodnutí Kongresu Spojených států amerických z prostředků americké AID (Agency for International Development). Jeho význam spočívá především v ověření multifaktorově založené intervenční strategie vůči rizikovým faktorům KVO v českých podmínkách a první polovině 90. let.

Mezi hlavními výsledky projektu je třeba uvést signifikantní zvýšení znalostí a názorů ve vztahu k rizikovým faktorům KVO, snížení krevního tlaku, non-HDL cholesterolu, a příjmu tuku v hodnocení nutričních zvyklostí jak u „high-risk CVD group“, tak u „the community sample“. Dále bylo dosaženo u komunitního souboru signifikantního

snížení celkového cholesterolu a významného pozitivního posunu v postojích vůči změně rizikových faktorů KVO.

Nebyly naopak zjištěny žádné signifikantní změny v prevalenci kouření, v BMI, a v příjmu potravy obsahující vysoký podíl vlákniny. Přesto lze konstatovat, že tento projekt v zásadě potvrdil proveditelnost intervenčních strategií založených na změně rizikového chování i v podmínkách střední Evropy a podpořil významně další úsilí při řešení tohoto významného problému českého i světového veřejného zdravotnictví (Albright et al., 2000).

Možnosti omezení rizik KVO

V návaznosti na zkušenosti, získané v tomto projektu byly dále rozvíjeny poznatky o možnostech včasné detekce, diagnózy, intervence a prevence rizikových faktorů KVO jak v rámci poradenské činnosti v SZÚ, tak v rámci metodické a konzultační činnosti (manuál „Metody a postupy v poradnách podpory zdraví“. Praha, SZÚ 1998, 2001).

V roce 1998 byl přijat MZ ČR výzkumný záměr „Faktory ovlivňující chování a jednání ve vztahu ke zdraví a výzkum metod k dosažení náležitých změn chování a jejich udržení“, řešený SZÚ v letech 1999 – 2003. V následujícím roce byl přijat MZ ČR další výzkumný záměr na téma „Vliv stresu na vznik kardiovaskulárních onemocnění“, řešený v letech 2000 – 2004 Hygienickou stanicí hl. m. Prahy (později Zdravotní ústav se sídlem v Praze) ve spolupráci se SZÚ.

Na základě zkušeností získaných v těchto projektech, jejichž výsledky byly publikovány v odborném tisku, požádala mezinárodní společnost AirProducts ČR o spolupráci v rámci programu péče o zaměstnance, jenž je součástí systému firemních benefitů a v roce 2004 byl tak zahájen v českém ústředí této firmy v Praze i v jejích pobočkách v ČR a SR „Antistresový program“, jenž je součástí postupů prevence rizikových faktorů KVO.

Antistresový program ve společnosti AirProducts jako součást prevence rizikových faktorů KVO

Tento program je založen na sérii opakovaných vyšetření, prováděných jednou ročně a následné intervenci zjištěných rizikových faktorů. Účast zaměstnanců je dobrovolná a je vnímána jako nadstandardní zdravotní péče, jež je poskytována v rámci systému firemních benefitů. Společnost AirProducts získala na základě realizace tohoto

programu ocenění „Zaměstnavatel regionu Praha“ za rok 2007 a též celostátní ocenění „Zaměstnavatel roku 2007 v ČR“.

Hlavní skupiny sledovaných proměnných:

1. Biochemické: celkový Ch, HDL, LDL Ch, triglyceridy, glykémie, kyselina močová, kortizol;
2. Somato-fyziologické: TK, variabilita srdeční frekvence;
3. Behaviorální: nutriční zvyklosti, kouření;
4. Psychologické: typ chování (A/B, Irr, Ten, Hos, IPS, Evs, Fru; Bortner, 1969; Horváth et al. 1985); Life Events – Short (SRLE, Kohn, Macdonald, 1992); Hardiness (PVS); Life Events – Long (Holmes, Rahe); Škála únavy (A. Shirom), Type-D Personality (DS-14).

Skórovací systém

Všichni vyšetření jedinci jsou hodnoceni podle skórovacího systému, jenž umožňuje rozdělit soubor vyšetřených osob do tří kategorií:

1. Standard (bez rizika)
2. Ohrožení (nízké riziko)
3. Vysoké riziko

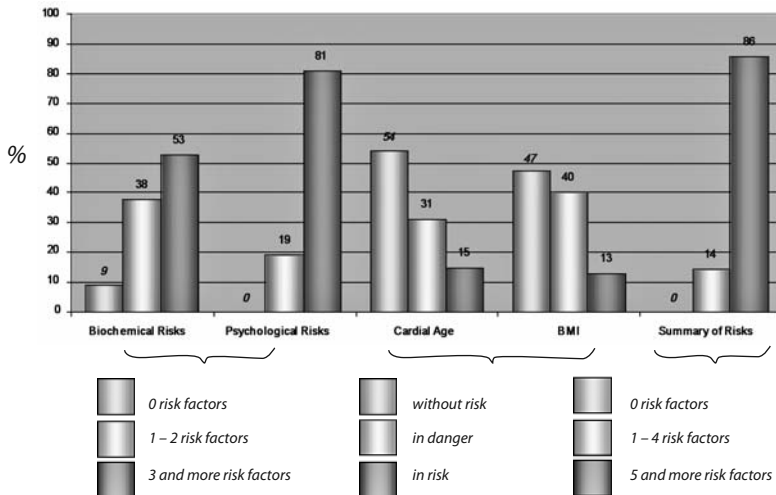
V následující tabulce jsou uvedeny některé příklady hodnot ve skórovacím systému a v následujících 3 grafech pak výsledky jednotlivých skupin zjištěných rizikových faktorů u souboru zaměstnanců účastnících se Antistresového programu ve firmě AirProducts, dále pak přehled biochemických a psychologických rizikových faktorů u tohoto souboru zaměstnanců.

EXAMPLES OF SCORING SYSTEM VALUES

Variable	Standard	Low risk	High risk
Total Ch	5.0 mmol/l	< 6.0 mmol/l	> 6.0 mmol/l
LDL Ch	< 3.0 mmol/l	< 4.1 mmol/l	> 4.1 mmol/l
Trigl.	< 1.8 mmol/l	< 2.2 mmol/l	> 2.2 mmol/l
Hos	< 5.0	< 10.0	> 10.0
SRLE	< 100	100 – 150	> 150
PVS	> 80	70 – 80	< 70
LE	< 150	150 – 200	>200

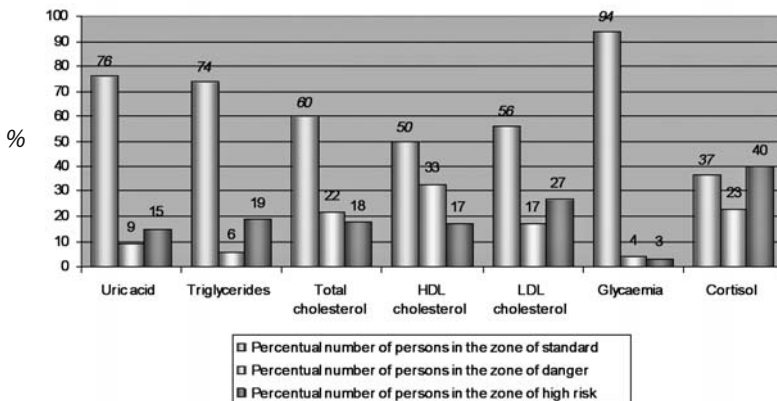
Results of several parameters of the diagnostics carried out within the Antistress Program for AirProduct, s.r.o.

(Summary of selected risks in 78 employees examined in 7200)



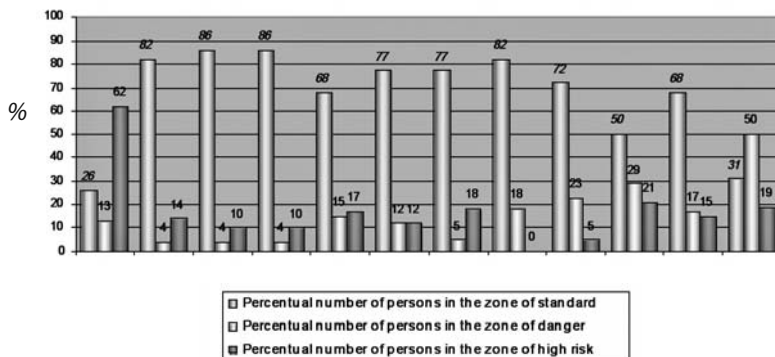
Results of several parameters of the diagnostics carried out within the Antistress Program for AirProduct, s.r.o.

(Biochemical parameters in 78 employees examined in 7200)



Results of several parameters of the diagnostics carried out within the Antistress Program for AirProduct, s.r.o.

(Selected psychological parameters in 78 employees examined in 7200)



Další předpokládaný postup:

- podrobnější (vícerozměrná) statistická analýza;
- follow-up survey in 2008,
- pokračující intervenční aktivity,
- související podpůrné akce společnosti,
- akceptovatelná prevence poklesu zájmu o účast

Literatúra:

Albright, C. L.: Results of a multifactor cardiovascular risk reduction program in the Czech Republic: The Healthy Dubeč project.

International Journal of Behavioral Medicine 7 (1), 2000, 44 -61.

Denollet, J.: Negative affectivity and repressive coping pervasive influence on self-report mood, health, and coronary prone behavior.

Psychosomatic Medicine 53, 1991, 538 - 556.

Denollet, J.: DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality.

Psychosomatic Medicine 67, 2005, 89 - 97.

Farquhar, J. W., Fortman, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Mac-coby, N., Wood, P. D.: Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project.

Journal of the American Medical Association 264, 1990, 359 - 365.

Friedman, M., Rosenman, R. H.: Association of specific behavior pattern with blood and cardiovascular findings.

JAMA 169, 1959, 1286 – 1296.

Friedman, M., Rosenman, R. H.: The Type A behavior and your heart.

New York, Alfred Knopf 1974.

Kebza, V., Kodat, V., Šolc, M.: Influence of intervention on the development of risk factors studied within the cardiovascular disease prevention.

Xth European Congress of Psychology, Prague, Czech Republic, July 3 – 6, 2007.

Programme p. 123, List of Abstracts (CD Rom) ISBN 978-80-7064-017-3.

Kebza, V., Šolcová, I.: Burnout syndrome, type D personality, and cardiovascular risks.

The 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education, Vancouver,

June 10 – 15, 2007. Dostupné na: <http://iuhpeconference.org/en/conference/abstracts.php>.

SLEDOVANIE RIZIKOVÝCH FAKTOROV SCO U ASYMPTOMATICKÝCH OSÔB V PORADNI ZDRAVIA BRATISLAVA

Zora Gerová
PZ ÚVZ Bratislava

Poradne zdravia v SR aktívne vykonávajú/ poskytujú skríning, identifikáciu a stratifikáciu osobného rizika SCO pomocou systému SCORE, u osôb ktoré o to požiadajú, vo vhodných prostrediach bydliska, pracoviska, školy...

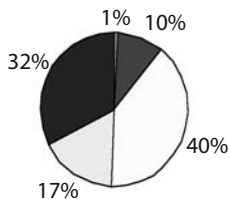
Poradne zdravia v SR vykonávajú nefarmakologické terapeutické intervencie rizikových faktorov SCO, používajúc štandardné postupy, založené na vedeckých dôkazoch, totožné s postupmi, odporúčanými ESC, ESH.

Na Slovensku je zriadených 37 poradní zdravia pri Regionálnych úradoch verejného zdravotníctva.

Za obdobie existencie poradní zdravia na Slovensku (od roku 1994):

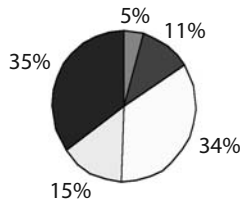
- Prvú návštevu absolvovalo 139 152 osôb (33% mužov 67% žien).
- Na opakované kontroly prichádza 25% návštevníkov.
- Najväčší podiel návštevníkov Poradní zdravia (75%) tvoria osoby stredného / produktívneho veku (35-65 rokov), stredoškolského (36%) a vysokoškolského (14%) vzdelania.

Stav duševnej pohody – muži



■ veľmi nízky □ výborný
■ nízky ■ neregistrovaný
□ ľahko znížený

Stav duševnej pohody – ženy



■ veľmi nízky □ výborný
■ nízky ■ neregistrovaný
□ ľahko znížený

Distribúcia nameraných hodnôt TK v Poradni zdravia Bratislava (6478 osôb 18 – 85 r.)

Tab. 1

	Muži (%)	Ženy (%)
≤ 120/≤ 80 mmHg	8,5	26,7
120 – 139/80-89 mmHg	43,7	45,3
≥ 140/≥ 90	47,8	28,0

Pri prvej návšteve v PZ Ba u 34 % osôb bola zistená hypertenzia. Z toho u 18,4% osôb bola hypertenzia novo-zistená.

Poradňa zdravia Bratislava preukázala účinnosť nefarmakologických terapeutických postupov v populácii asymptomatických osôb s rizikovými faktormi SCO, v zmysle významnej redukcie celkového rizika SCO a vybraných rizikových faktorov SCO, a to v krátkodobom i dlhodobom sledovaní týchto osôb.

Tab. 2 **Sledovanie pacientov PZ Ba v priebehu 36 mesiacov**

1. Významný pokles hladiny celkového cholesterolu
2. Významný pokles systolického a diastolického TK
3. BMI významne poklesol v priebehu prvých 12 mesiacov, potom neboli významné rozdiely
4. Pomer pás-boky v priebehu sledovaného obdobia bol nevýznamný (14)
5. Úprava LDL cholesterolu (18)
6. Úprava HDL cholesterolu (19)
7. Úprava triglyceridov

Z čoho sme vychádzali – Východiská (ESC 2007)

1900 CVD < 10% úmrtí

Masový výskyt CVD v dnešnej Európe je podmienený správaním sa ľudí. To je determinované dominanciou ekonomického a priemyselného rozvoja, „konzumu“, „trhu“, „konkurencie“ nad rozvojom ľudských bytostí. Socio-a psycho-patologické javy/ úniky z odcudzenia ...televízia, „zábava“, nákupy, dovolenky, automaty, prejedanie, alkohol, sedatíva,.... Následné fyziologické a biologické faktory, rezultujúce v CVD morbiditu a mortalitu (RF) sú modifikovateľné, reverzibilné.

Spolupráca PZ a všeobecných praktických lekárov.

ESC 2007 – Kedy sa odporúča vykonať stanovenie CVD rizika?

- Ak o to ktorýkoľvek pacient/osoba požiada
- Ak sa počas akejkoľvek konzultácie v zdravotníckom systéme zistí, že osoba :
 - je fajčiar , alebo
 - trpí obezitou, zvlášť abdominálnou, alebo
 - má zvýšený jeden alebo viac rizikových faktorov (TK, LPP, glykémia), alebo
 - má blízkych príbuzných s predčasnou AS CVD/alebo CVD rizikom >5 (SCORE)

PZ v primárnej prevencii SCO

- Dostupnosť stanovovania osobného rizika/ SCORE...
- Dostupnosť nefarmakologických EBM pre asymptomatické osoby s SCORE<5...
- Rodiny

Účinná fyzická aktivita (AHA 2005)

- Cieľ: najmenej 30 minút 7x v týždni, okrem bežných pochôdzok a domácich prác na udržanie zdravia
- 60 minút 7x v týždni (neprekračovať príjem) pri sklone nabrať hmotnosť
- 60-90 minút denne (neprekračovať príjem) na zníženie hmotnosti
- Redukovať dobu sedenia
- 2x v týždni strečing a silové cvičenie

Telesná hmotnosť

- Predpis: BMI 18.5 to 24.9 kg/m²
- Obvod pásu: M: < 95 cm Ž: < 82 cm
- Merať a počítať pri každej príležitosti, pri každom spoločenskom kontakte
- *BMI is calculated as the weight in kilograms divided by the body surface area in meters².
- Overweight state is defined by BMI=25-30 kg/m². Obesity is defined by a BMI >30 kg/m².

Definovanie metabolického syndrómu prítomnosť >3 rizikových faktorov

Tab. 3

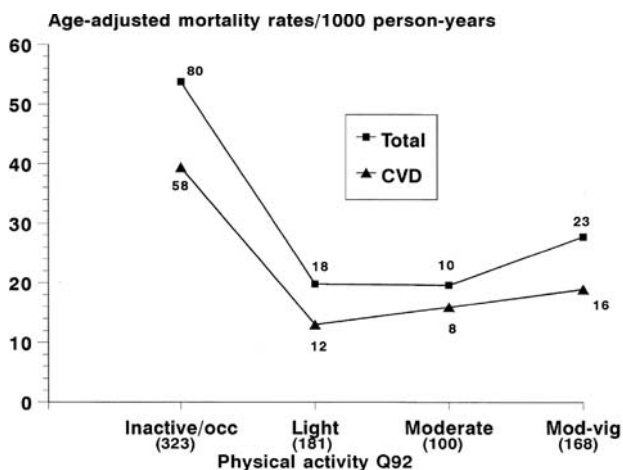
Risk Factor	Defining Level
Waist circumference (abdominal obesity)	≥ 40 in (>102 cm) in men
	≥ 35 in (>88 cm) in women
Triglyceride level	≥ 150 mg/dl
HDL-C level	< 40 mg/dl in men
	< 50 mg/dl in women
Blood pressure	≥ 130/≥85 mmHg
Fasting glucose	≥ 100 mg/dl

Grundy, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an AHA/NHLBI Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-2752.

Exercise Evidence: Mortality Risk

Observational study of self-reported physical activity in 772 men with established coronary heart disease

Graf. 1



Light or moderate exercise is associated with lower risk

Tab. 4 **Algoritmus intervencie pri zistení zvýšeného krvného tlaku**

Pridané riziko	Normálny TK 120-129 / 80-84	Vysoký N TK 130-139 / 85-89	1.HT 140-159 / 90-99	2.HT 160-179 / 100-109	3.HT ≥180/ ≥110
SCORE Nízke < 1%	PZ INTERVENCIA	PZ INTERVENCIA	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA po 6 mesiacoch	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA po 2 - 4 mesiacoch	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA
SCORE Mierne 1 – 4%	PZ INTERVENCIA	PZ INTERVENCIA	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA po 4 týždňoch	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA po 2 - 4 týždňoch	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA
SCORE Zvýšené 5 – 9%	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA zväžiť	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA zväžiť			
SCORE Významné zvýšené ≥ 10 (DM)	VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA indikovaná	VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA indikovaná	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA indikovaná	PZ↔VPL INTERVENCIA, FARMAKOTERAPIA indikovaná	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA
SCORE Významné zvýšené ≥ 20 (SCO)	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA	VPL FARMAKOTERAPIA ihneď, + INTERVENCIA

PZ v primárnej prevencii SCO

- Aktualizácia odporúčaných postupov pre pracovníkov PZ, VPL, iných....
- Edukačné kurzy EBM/EBPH nefarmakologických metód v intervencii novozistených RF SCO...
- Rodinné intervencie...
- Dostupnosť stanovovania osobného rizika/ SCORE...
- Dostupnosť nefarmakologických EBM pre asymptomatické osoby s SCORE<5

Bariéry /EBPH (laici)

- Jednoznačnosť
- Zrozumiteľnosť
- Dôvera k profesionálom a spoloč. štruktúram.....
- Prostredie kultúrne/spoločenské....
- Dostupnosť adekvátnej profesionálnej pomoci.....
- Tlak reklamy (spotreba) nekorektné postupy

Bariéry (profesionáli) EBPH

- ▮ Nízka skutočná celospoločenská priorita
- ▮ Chýba skutočný záujem riadiacich a iniciačných zložiek
- ▮ Rivalitné postoje profesionálov
- ▮ Chýba autoreflexia profesionálov
- ▮ ZP/nesystémové, marketingové
- ▮ Farmaceutický priemysel ???

Poradenský proces v Poradni zdravia

Informácia

Podávať informácie a poznatky, ktoré môžu pomôcť orientovať sa v probléme a hľadať primerané riešenia

Distribúcia

Odosieľať klienta do inštitúcií a zariadení, ktoré sú kompetentné pre riešenie uvedených problémov

Klarifikácia

Proces, v rámci ktorého si lekár a klient objasňujú rôzne aspekty prezentovaného problému

Ventilácia

Klient potrebuje hovoriť o svojich ťažkostiach a problémoch; umožniť hovoriť klientovi o svojich problémoch a ťažkostiach bez obáv.

Povzbudenie

Povzbudiť a oceniť klienta za to, že prišiel do poradne a uistiť ho, že jeho problém budú riešiť spoločne

Interpretácia

Aktívne dopĺňať chýbajúce súvislosti, ktoré doteraz zostávali klientovi skryté

Tréning

Je súčasť osobnostného rastu a sociálnych zručností

Relaxačné techniky

Sú špeciálnou formou nácvikov, ktoré využívajú súvislosti medzi uvoľnením svalstva, psychickým preladením a ovplyvnením somatiky

Modelovanie

Patrí medzi činnostné metódy práce lekára v PZ

Konfrontácia

Upozorniť klienta na rozdiely a rozpory v jeho tvrdeniach, správaní, v chápaní seba a iných

Reflexia

Preformulovať klientove odpovede a stimulovať jeho ďalší vzhľad a sebareflexiu

© Gerová, Kováčiková, 2008, podľa Gabura a spol., 1995

Záver (EBPH)

- Systematický celopopulačný skrining TK
- Systematická adekvátna edukácia cieľových skupín s prehypertenziou. Systémové zvyšovanie podielu fyzicky aktívnej populácie v cieľových skupinách sociálnym marketingom a vytváraním príležitostí k najrozmanitejším formám pohybu. Systémové budovanie kapacít adekvátnej profesionálnej pomoci (preventívna výživa, netoxické zvládanie záťaže). Ekonomické nástroje manipulácie cien potravín...

Prečo vždy rátať s celkovým rizikom?

- Viacnásobný výskyt RF je veľmi častý (CINDI SR, PZ Bratislava) !
- RF sa vzájomne potencujú násobením !
- Cieľom je redukcia celkového rizika – ak nie je možné dosiahnuť cieľovú hodnotu jedného RF, celkové riziko stále možno redukovať zvýšením úsilia pri ďalších ! PZ/TZS !

ESC 2007: Komponenty CR

- Anamnéza: CVD, RA CVD, fajčenie, stravovacie zvyklosti, cvičenie, vzdelanostná a sociálna úroveň
- TK, P, BMI, obvod pása, auskultácia srdca a ciev, pulzácie perif. tepien, fundoskopia
- Moč: cukor a bielkovina, mikroalbuminúria, Krv: kreatinín, TC, HDL, LDL, Tg, Gly
- Ekg Lp(a), Fbg, Hc, odborné vyšetrenie
- ! Skoro všetko robia/vedia robiť PZ !

Posun paradigmy (ESC 2007) EBM nie je len = RCT !

- RCT – náležité dôkazy pri farmakologickej liečbe
- Intervencie zmeny spôsobu života (fajčenie, zmena výživy, FA, oslo-

bodenie od strachu...) RCT nenáležité/ nevykonateľné

- ▶ Preto sa farmakologickej liečbe dostávalo nenáležitého dôrazu akoby RCT „monopolu“ EBM
- ▶ Závažnosť prisudzovaná dôkazom musí reflektovať realitu a možnosti konkrétnej intervencie

ESC 2007: CR = ?

- ▶ Prognózu/intervenciu nie je možné stavať na poznaní jedného či dvoch RF
- ▶ U každej asymptomatickej osoby bez prítomnosti výraznejšie zvýšeného jedného, či viacerých známych RF je kriticky dôležité stanoviť celkové riziko.
- ▶ V mnohých prípadoch sa nachádzajú mierne zvýšené hladiny jednotlivých RF, a následkom ich kombinácie je výsledné celkové riziko nečakane vysoké.
- ▶ Každá osoba má právo poznať svoje CR

ESC 2007: Modifikácia CR

- ▶ Pre každý vek riziko ženy sa zdá byť nižšie, než riziko muža. CVD mortalita žien je však vyššia než mužov: o dekádu posunutá
- ▶ Riziko o kategóriu vyššie u osôb:
 - Sedentárnych, abdominálne obéznych,
 - So silnou RA CVD
 - Sociálne znevýhodnených
 - Depresívne a negativisticky ladených
 - Nízky HDL, vysoké Tg
 - Asymptomatických s nálezom preklinickej AS CVD (ABI, karotída)

Celkové riziko SCCH (EBM)

- ▶ TK
- ▶ Fajčenie
- ▶ Výživa
- ▶ Fyzická aktivita
- ▶ Telesná hmotnosť
- ▶ Metabolizmus tukov
- ▶ Metabolizmus cukrov
- ▶ Metabolický syndróm
- ▶ Iné biologické RF

EBM nástroje intervencie TK: účinnosť

	Odporúčame	Výsledný pokles TK
Redukcia telesnej hmotnosti	Udržanie optimálnej telesnej hmotnosti (BMI = 18.5–24.9)	5-20 mmHg/10 kg poklesu
DASH	Zvýšený príjem zeleniny, ovocia, nízko-tučných mliečnych výrobkov, redukcia príjmu nasaturovaných tukov	8-14 mmHg
Redukcia príjmu Na	<3.8 gramy/deň	2-8 mmHg
Systematické pestovanie fyzickej aktivity	Pravidelná aeróbna fyzická aktivita strednej intenzity, najmenej 60 minút 7 dní v týždni	4-9 mmHg
Redukcia príjmu alkoholu	<2 kusy/d m a <1 kus/d ž	2-4 mmHg

Celkové riziko ESH,ESC,2007

Rizikové faktory	Subklinické nálezy na cieľových orgánoch
Systolický a diastolický TK	Elektrokardiograf HĽK (Sokolow-Lyon >38 mm; Cornell >2440 mm*ms) or
Pulzový tlak (u starších)	Echokardiograf HĽK (LVMI M \geq 125g/m ² , W \geq 110 g/m ²)
Vek (M>55 ; Ž>65)	Zhrubnutie steny karotídy (IMT > 0.9 mm) alebo prítomnosť plaku
Fajčenie cigariet	Karotído-femorálna rýchlosť pulz.vlny >12 m/sec
Dyslípídémia TC>5.0 mmol/l or LDL-C >3.0 mmol/l or HDL-C:M <1.0 mmol/l W <1.2 mmol/l or TG >1.7 mmol/l	Ľahký vzostup kreatinínu v plazme: M: 115-133 μ mol/l Ž: 107-124 μ mol/l
Glykémia nalačno: 5.6-6.9 mmol/L	Znížená glomerulárna filtrácia kreatinín clearance (<60 ml/min)
Abnormálny glukózo-tolerančný test	Index TK členok/paža <0.9
Abdominálna/Viscerálna obezita pás >94cm (M), 80cm (Ž) Rodinná anamnéza predčasných SCCH (M <55 , Ž <65)	Mikroalbuminúria 30-300 mg/24h

Psychosociálne RF

Subklinické nálezy na cieľových orgánoch

Základným zámerom Poradni zdravia je angažovať a mobilizovať čo najväčší počet ľudí, v čo najskorších štádiách rozvoja rizikových faktorov srdcovo-cievnych a iných chronických ochorení, do procesu znižovania rizika (a súčasne iniciovať tvorbu podporného prostredia, na zmenšenie bariér účasti na procese).

„Programy prevencie KV chorôb majú byť pre občanov ľahko dostupné. Životný štýl a jeho zmeny tvoria základ preventívnych programov. Osobný rozhovor a poradenstvo je efektívna metóda edukácie.“ (Riečanský, Kamenský, 2008)

Väčšina príčin SCO je determinovaná spoločenským prostredím súčasnej globálnej civilizácie a súvisí s ľudským správaním sa v ňom (Pearson T et al. 2002, Pearson T et al. 2003). Osoby so zdravým spôsobom života majú nízke hladiny rizikových faktorov a nízky výskyt srdcových a mozgových cievnych príhod v priebehu celého života (Stamler J et al. 1999)

Pokles úmrtnosti na ischemickú chorobu srdca (ICHS) a iné SCO na konci 20. storočia vo Fínsku bol výraznejšie determinovaný poklesom incidencie ICHS na základe nefarmakologickej populačnej intervencie (53%), ako poklesom prípadovej fatality akútneho infarktu myokardu (IM) (23%) (Vartiainen a spol. 2000, Tunstal-Pedoe a spol. 2000, Laatikainen a spol. 2005).

Podľa výsledkov implementácie programov populačnej primárnej prevencie SCO, to platí aj pre ďalšie behaviorálne a biologické rizikové faktory SCO (Carleton et al. 1995, Dowse et al. 1995, Stampfer et al. 2000, Pignone et al. 2003, Unal et al. 2004, Fung et al. 2008).

Na identifikáciu a stratifikáciu osobného rizika SCO, podľa systému SCORE, a zosobnené, kvalifikované poradenstvo nefarmakologických postupov na redukciiu rizika, založené na vedeckých dôkazoch, má právo každá osoba, ktorá o to požiada.

Zabezpečenie všeobecnej dostupnosti identifikácie a stratifikácie rizika SCO, ako i všeobecnej dostupnosti kvalifikovaného poradenstva vedecky podložených, účinných nefarmakologických terapeutických postupov na redukciiu rizika, je naplnením základného ľudského práva na zdravie a základným kameňom programu efektívnej primárnej prevencie SCO.

Príspevok bol upravený z pwpt. prezentácie autorky editorom.

BEHAVIORÁLNE RIZIKOVÉ FAKTORY KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ, RIZIKO ZDRAVOTNÉHO ZLYHANIA – AKO ĎALEJ?

Dušan Selko

Bratislava, NÚSCH, a.s.

Motto:

Prevenca je lepšia ako liečba

Abstrakt

Autor polemizuje s názormi na aktuálne trendy v nazeraní na niektoré behaviorálne rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení, tak ako sa tieto dostávali do centra záujmu odborníkov v priebehu ostatných desaťročí. Na základe dlhoročných (teoretických, klinických a osobných) skúseností s problematikou, upozorňuje na ich prevalenciu, nielen v populácii pacientov, ale najmä u „pomáhajúcich profesií“. Vysoký výskyt rizikových faktorov v klinickej populácii je logický, u pomáhajúcich profesií, najmä zdravotníkov, psychológov a sociálnych pracovníkov je alarmujúci. KVR u pacientov aj u pomáhajúcich profesií treba chápať v širšom kontexte psychosociálnych vzťahov a socioekonomických zmien a zároveň je výzvou pre psychológiu zdravia.

Úvod

Slovensko spolu s ostatnými krajinami bývalej strednej-východnej Európy má pretrvávajúcu nepriaznivú kardiovaskulárnu morbiditu a mortalitu. Pri retrospektívnom pohľade späť, ale tušiac vývojové trendy, aj do budúcnosti, nedá sa nepristaviť pri niektorých medzníkoch vývoja problematiky. S určitou satisfakciou treba konštatovať, že niektoré pokusy o implantáciu poznatkov behaviorálnych vied, najmä behaviorálnej medicíny (BM) a psychológie zdravia (PZ), do práce klinického kardiológa – lekára, sa vďaka zlepšenej informovanosti formálne naplňajú, prakticky nie je zatiaľ veľký dôvod na uspokojenie.

Kardiovaskulárne ochorenie je multifaktoriálnym stavom; je nevyhnutné, aby sa so všetkými rizikovými faktormi a determinantami

pracovalo nielen na spoločenskej, ale aj na individuálnej úrovni. (Európska charta zdravia srdca, Časť II. článok 3).

Je snaha koordinovať a riadiť klinické rozhodovanie lekárov podľa optimálnych odporúčaní – guidelineov. Tieto sa tvorili a formovali v rámci tímovej spolupráce popredných odborníkov v danej problematike. Sú v nich zakomponované mnohoročné skúsenosti odborníkov z oblasti PZ a BM, objektívnych a precíznych štúdií, majúcich charakter EBM (evidence based medicine – medicíny založenej na dôkazoch) EBPH (evidence based public health – verejné zdravotníctvo založené na dôkazoch). Moderná preventívna aj klinická medicína má dostatok informácií o rizikových faktoroch a vplyvoch. Dynamika výskumu a snahy riešiť čo najkomplexnejšie kardiovaskulárne ochorenia je zrejmá aj z toho, že za posledné štvrtstoročie nárast známych rizikových faktorov ICHS poskočil z približne 220 v r.1980 na vyše 310 v prvej dekáde tohto storočia – dynamika vývoja v tejto oblasti je zjavná. Násť nových technológií, čoraz invazívnejšie liečebné postupy, majúce za následok najmä zvýšenie investícií do klinickej medicíny výrazne ovplyvnili aj prístup k pacientom.

Manažment KVR v klinickej praxi za posledné desaťročie nabral nové dynamické obrátky. Podstatne sa skrátila doba hospitalizácie v špecializovaných pracoviskách; skrátil čas možný na ovplyvnenie správania a životného štýlu, edukáciu pacientov; náklady na liečbu dramaticky stúpili, efekt liečby zostáva sporný – napr. na Slovensku nemáme systematickú kontrolu efektívnosti vynaložených prostriedkov na čoraz drahšiu liečbu pacientov s KVO. Klinické pracoviská a centrá nestíhajú, aby spĺňali štatisticky dolnú hranicu európskej normy na počet obyvateľov, poisťovne to zatiaľ nezaujíma(!). Evidentné je to napr. v invazívnej liečbe ICHS: nárast potreby opakovaných výkonov stentovania koronárnych artérií s následnou nevyhnutnou chirurgickou liečbou. Režazec klinické pracovisko – obvodný lekár – poisťovňa nabralo jednoznačne komerčné obrátky, pacient – klient je zaujímavý predovšetkým ako objekt prinášajúci zisk. Proklamované biopsychosociálne ponímanie človeka v zdraví a chorobe, argumentovanie kategóriou kvality života – teoreticky spracovaný holistický prístup k človeku a zdraviu sa v praxi realizuje len s ťažkosťami a záleží skôr od vyspelosti lekára, ako systémovo zakotvených modelov práce s človekom v chorobe a zdraví.

Charakteristiky spojené s kardiovaskulárnym zdravím:

Nefajčenie; Adekvátne fyzická aktivita – minimálne 30 min 5x týž-

denne; Žiadna nadhmotnosť; Tlak krvi nižší ako 140/90 mmHg; Hladina cholesterolu v krvi nižšia ako 5 mmol/l; Normálny glukózový metabolizmus; Vyhýbanie sa nadmernému stresu.

Po období psychologizácie somatickej medicíny v 80 až 90-tych r. minulého storočia sa v súčasnosti stretávame skôr s postupným ústupom klinickej psychológie zo somatickej medicíny. Napriek zlepšenej informovanosti a edukácii pacientov, v reálnom správaní populácie a zlepšovaní jej zdravotného stavu sa to zatiaľ výraznejšie neprejavuje.

Proces aterosklerózy – i aterosklerózy koronárnych ciev je v klinickej podobe závažné, život ohrozujúce ochorenie, na druhej strane je prejavom prirodzeného procesu starnutia. Pokiaľ sa jedná o jedinca, ktorý dovŕšil svoj životný zenit, nevzbudzuje to natoľko záujem lekárov, ako keď to isté ochorenie postihne mladého jedinca v produktívnom veku a to ešte bez prítomnosti dedičnej záťaže, ktorú klinici považujú často za absolútnu odpoveď na nezodpovedateľné otázky mladých pacientov „Prečo – prečo ja? Prečo sa to stalo práve mne?“ V tabuľke sú schematicky uvedené hlavné behaviorálne rizikové faktory KVO, tak ako ich v mienkotvorných odborných publikáciách a učebniciach uvádzajú (napr. Orth-Gomér et al.2004) v ďalšom texte sa bude autor venovať len niektorým z nich:

Z najzávažnejších psychosociálnych faktorov kardiovaskulárneho rizika sa najčastejšie uvádzajú: **nízky socio-ekonomický status; sociálna izolácia a nízky sociálny support; psychosociálny stres v práci a osobnom živote; hostilita; depresia; zo starších prehľadov; A typ správania; D typ správania; stres na pracovisku; stres v rodine; sociálna a ekonomická neistota; sociálna izolácia a nedostatočná sociálna opora**

V ďalšej časti sa venujeme konceptom a teóriám, ktoré posúvali rozvoj behaviorálnych vied najmä v somatickej medicíne: A-typu správania podľa Friedmana a Rosenmana, hostile, D typu podľa Denolleta, a syndromu vyhorenia a vitálneho vyčerpania.

A typ správania

Nárast ischemickej choroby srdca v druhej polovici minulého storočia viedol k potrebe zapojiť do boja proti tejto „epidémii“ odborníkov, ktorí rozumejú správaniu, emocionalite a človeku. Klasická psychosomatika a vtedajšia klinická psychológia orientovaná na psychopatológiu nevedela na tieto otázky zodpovedať presvedčujúco dostatočne a zrozumiteľne. Bol to práve koncept A typu správania (ATS)

podľa Friedmana a Rosenmana, ktorý prešiel od svojho uvedenia do literatúry pred vyše 50 r. zložitým vývojom. Táto dynamická koncepcia, ktorá bola iniciovaná samotnými kardiológmi – klinikmi, spustila vlnu záujmu o rizikové správanie a osobnosť kardiaka. Podnietila akceleráciu aplikácie psychologických a behaviorálnych vied v somatickej medicíne. Dokonca v r. 1981 v mienkotvornom kardiologickom časopise *Circulation* v známej Review panel sa oficiálne priznalo, že u mladých jedincov bez dedičnej záťaže a vtedy akceptovaných klasických rizikových faktoroch ATS predstavuje viac ako 50% kardiovaskulárneho rizika (KVR). (*Circulation*, 1981, 63,1199-215)

Od pôvodne „manažérskej choroby“, vyskytujúcej sa predovšetkým (alebo) najmä u vedúcich pracovníkov, sa prešlo k štúdiu multifaktoriálnej podmienenosti správania sa rizikových jedincov s ATS, až po tzv. psychosociálne determinanty KVZ. Dôvody protichodných výsledkov rôznych štúdií, ktoré tento koncept potvrdzovali (Haynes a Feinleib, 80) alebo vyvracali (Case et al, 85) možno hľadať v metodologických problémoch humánneho experimentu pri výbere probandov do štúdií, ale aj v nejednotnom ponímaní ATS, kde vývoj odhadu závažnosti – váhy rizika prebiehal od kategórie vysokého výkonu a neschopnosti relaxovať až k hostilite. Ďalšie výhrady boli voči zdôvodneniu vzťahu medzi ATS a KVR a s tým i spôsob jeho diagnostiky. V zdravej populácii sa vyskytoval asi v pomere 50:50; vo vzorkách pacientov najmä mladších, v produktívnom veku, s klinicky potvrdenou ICHS bola prevalencia jedincov s ATS vyše 70% (z novších štúdií napr. Albright et al., 2000 a i.) v našich vzorkách mladých pacientov to bolo viac ako 85%. ATS nemá normálnu distribúciu. Odsúvanie tohto psychosomatického konštruktu na vedľajšiu koľaj sa odôvodňovalo tým, že zastúpenie ATS v správaní populácie nemá takú zásadnú hodnotu, ako sa pôvodne zdalo. Napriek týmto výhradám s odstupom takmer 50 rokov od doby jeho vzniku treba konštatovať, že základný predpoklad existencie psychologických, sociálnych a behaviorálnych komponent, predisponujúcich jedinca k vyššiemu riziku KVO bol v podstate potvrdený (Kebza, 2005).

V kontexte popredných zahraničných pracovísk, zaoberajúcich sa predmetnou oblasťou najmä u mladých pacientov, je ATS dobrým a stále prijateľným východiskom na zahájenie behaviorálnej intervencie. Nakoľko ide väčšinou o mentálne zdravých, výkonných a produktívnych jedincov, klasicky orientovaný terapeut v praxi narážal na

bariéry. Na základe vlastných skúseností sme toho názoru, že štandardný model výcviku v psychoterapii nie je efektívny a dostačujúci pri práci s týmto druhom pacientov. Zdá sa, že s mentálnou normou sa patogeneticky orientovanému terapeutovi pracuje ťažšie ako s patológiou i vďaka tomu, že s veľkou pravdepodobnosťou časť psychiatricko-psychologickej obce norme „nerozumie“. Jeden z dôvodov je, že je sama v riziku, ako sme to potvrdili/dokázali v našich „pilotných“ experimentoch s monitorovaním hostility, D typu alebo syndrómu vypálenia u zdravotníkov a pomáhajúcich profesií (Selko a spol, 2007), ako bude uvedené v ďalšej časti.

Behaviorálna intervencia ATS u jedincov po IM resp. s klinicky potvrdenou aterosklerózou bola v 90-tych r. minulého storočia doložená komunitnými aj kazuistickými klinickými štúdiami s veľmi optimistickými perspektívami (Friedman et al.,1987, Burell et al.1994, Ornish, Scherwitz et al. 1994, Nunes, a ďalší). Je skôr filozofickou a etickou, než psychologickou otázkou, či jedným z dôvodov „neúspechu“ a ústupu z pôvodne pevných pozícií manažmentu ATS nie je aj kolízia s evolučnou paradigmou západnej kultúry: prevažná časť rizikových a modifikovateľných prejavov ATS prináša nositeľom v určitej fáze jeho existencie úspech?!

Žiaľ, z novších štúdií sa tento koncept – myslím si neprávom – vytratil. Výrazný tlak na klinických kardiológov, ale aj praktických lekárov, vyžaduje v maximálnej miere zjednodušiť a zefektívniť i tak často komplikovaný a náročný manažment pacientov s kumuláciou biologických rizikových faktorov alebo už s klinicky rozvinutým ochorením. Možnosť zmeny správania, na ktorom sa podieľajú procesy učenia, naučené správanie, tak čiastočne hereditárna zložka, je pre klinika často nezrozumiteľná, nerealizovateľná a absurdná požiadavka. Ovplyvňovanie rizikového správania a nadmernej psychofyziologickej reaktivity jedincov s ATS betablokátormi (Rosneman a i), z dlhodobého hľadiska je neefektívne. Tieto a mnohé iné faktory súvisiace s manažmentom týchto jedincov spôsobujú, že „nová generácia“ klinických psychológov a odborníkov sa vo svojej orientácii rozchádza a ako keby strácala o tento koncept záujem.

Kedy je vhodnejšia a efektívnejšia farmakologická alebo nefarmakologická intervencia? Štúdia Deana Ornisha o reverzibilite aterosklerózy (Ornish et al., 1990, Falger et al.1998 a ďalšie), aj individuálne

kazuistiky referujúce v intenciách vyššie uvedenej štúdie dokazujú, že pre časť populácie tieto a podobné aktivity sú z hľadiska kardiovaskulárneho zdravia reálne, výsledky sú povzbudzujúce a optimistické. Zjavne sú však v kolízii s bežnou rutinnou klinickou praxou, ale najmä s ekonomickými záujmami farmaceutických firiem. Význam nefarmakologickej intervencie u jedincov s rozvinutou formou ICHS však naberá na význame najmä u tých pacientov, ktorí podstúpili agresívnu a drahú invazívnu – často vysoko rizikóvu -liečbu (angioplastiky, stenovanie alebo chirurgickú liečbu – CABG), a u ktorých nastáva recidíva ochorenia najmä v dôsledku nedodržiavania režimových opatrení a maňžmentu behaviorálneho rizika.

D typ správania

„Lekár môže odhaliť negatívne emócie, vrátane depresie a hnevu, ktoré vytvárajú bariéry v terapeutickom úsilí, pomocou jednoduchých otázok“. „Psychosociálne RF sú nezávislé od klasických RF, preto je nevyhnutné zdôrazniť potrebu usilovať sa stále o zmiernenie stresov a prelomenie sociálnej izolácie.“ (Cardiol 2004;13(3) s 171)

V súčasnosti zaznamenávame boom štúdií s D typom (osobnosti – správanie?). Ide o novší koncept určujúci KVR, ktorý vychádza už z existujúcej bázy dovtedajších poznatkov: o D type sme referovali v predchádzajúcich zborníkoch z konferencií PZ (2006,2007). Autori tohto konceptu sa snažia na jednej strane situáciu zjednodušiť (definovať rizikóvu osobnosť/ či typ správania na základe výsledkov 14 položkového dotazníka je veľmi „podnetné“), otázne je, či problematiku KVR rieši tak komplexne, ako to bolo v prípade ATS? S predchádzajúcimi konceptmi je zarážajúco vysoká zhoda v najzávažnejších emočných kvalitách, najmä čo sa týka hostility, (podobne ako u ATS), príznakov vitálneho vyčerpania a depresívnej symptomatológie (syndróm vitálneho vyčerpania od A. Appelsa, známy od r.1981). Je zaujímavé, že prevalencia D typu v „zdravej populácii“ je o niečo nižšia ako u pacientov po CABG, ale je prekvapujúco vysoká napr. ako u učiteľov (Đurka, 2007), tak u sestier a sociálnych pracovníkov – t.j. pomáhajúcich profesií, ale aj u študentov a psychoterapeutov vo výcviku (!)(Selko, 2007).

Intervencie na redukciu depresie a distresu podľa 4th Joint Task Force on CVD Prevention in Clinical Practice, 2007, kap.13 je tiež jednoduchá a jasná: Psychoterapia a ADT, má za následok zlepšenie QL a celkovej prognózy pacientov s KVCH; skupinová psychoterapia: re-

dukcia hostility, depresie, psychofyziologickej odpovede na stres, SMT, redukcia stresu v práci.

Na druhej strane „psychiatrizovanie“ a redukovanie KVR len na manažment depresie, depresívnych symptómov, ovplyvniteľných farmakologicky obnáša vážne riziká. Napriek potvrdenému vplyvu depresie na kvalitu aj kvantitu života kardiakov, sú odôvodnené určité výhrady k tomuto trendu. Podobne ako Honzák a Gerová a i., sme toho názoru, že jednostranná orientácia na farmakoterapiu depresie u kardiakov má v praxi za následok zvýšenie BMI a tým riziko vzniku metabolického syndrómu (viď. schému mozgový serotonín a správanie). Odvolávanie sa na disciplinovanosť a compliance pacientov je terapeutický alibizmus a neznalosť podstaty správania sa človeka. Kognitívno-behaviorálna terapia u pacientov so strednou depresiou je rovnako efektívna ako ADT, v praxi sa ale stretávame s jednostrannou indikáciou antidepresív. Je to v intenciách farmako-manažmentu a EBM odporúčaní.

Hostilita

sa považuje za jednoznačne patogenetický emočný korelát, ktorý má prognosticky zhubný vplyv na zdravie, a to nielen na kardiovaskulárne v zmysle akcelerácie ICHS (napr. Boyle et al.2004), hypertenzie, ale aj čo sa týka narušenia imunitného systému, t.j. na nádorové, respiračné, alergické a iné ochorenia (napr. Williams 1994, a i). Vinie sa ako červená niť v najpodstatnejších emočných a behaviorálnych rizikových kvalitách vyššie popísaných (ATS, D typ, ale aj v syndróme vyhorenia). V 80 až 90-tych rokoch minulého storočia bol tento psychosomaticky orientovaný výskumno-klinický trend veľmi populárny; v databázach vedeckých odborných publikácií sa počítajú currentované odborné príspevky na tému hostilita na tisíce. Podľa Redforda Williamsa je význam hostility veľmi dôležitý i z hľadiska vzniku a rozvoja závislostí, rizika rozvoja metabolického syndrómu, ale aj narušenia imunitného systému alebo zhoršenia sociálnych vzťahov hostilných jedincov. Disbalans/nerovnováha mozgového serotonínu, najmä jeho nedostatok, je charakteristický pre hostilných jedincov. Je jednoznačne kvantifikovateľný a pre lekárov zrozumiteľnejší korelát aj kardiovaskulárneho rizika, je detekovateľný špeciálnymi biochemickými meraniami, ale aj napr. len pozorovaním neverbálneho správania sa jedinca. Prejavy správania charakteristické pre hostilných jedincov ako sú popudlivosť a agresivita, zvýšená aktivita sympatika a znížená

aktivita parasympatika, fajčenie, zvýšená chuť do jedla, nárast hmotnosti, zvýšený príjem alkoholu, prípadne tvorba iných závislostí (Williams et al., 1994, Nešpor, 2008) sú zjavné, ľahko pozorovateľné, priehľadné a ťažko maskovateľné prejavy správania, ktoré však mnohým „klinikom“ unikajú. Ich význam je zrejmy aj vo vzťahu k iným, než kardiovaskulárnym ochoreniam.

Zahraničné, najmä americké výskumy sa všeobecne akceptujú, zriedka boli replikované na našich populačných vzorkách (napr. Barefoot et al. 1983 a i.); nevieme, aké je rozloženie a zastúpenie hostility v našej populácii. Vlastné skúsenosti potvrdili vysoký výskyt hostility u pacientov po revaskularizácii myokardu (CABG) v produktívnom veku (n = 210, z toho 165 mužov a 55 žien, vekový limit zaradenia do štúdie bolo objavenie sa ochorenia do 52 r. života) a to ako u mužov, tak u žien. Prekvapujúco vysoké hodnoty sme zistili u zdravotníkov (n = 132), a to ako u lekárov (n = 62) a zdravotníckych manažérov, tak sestier v stredných manažérskych pozíciách (n = 53) tak najmä detských sestier JIS (n = 23), u ktorých sme zistili hodnoty vyššie ako u pacientov po CABG(!). Zarážajúce zistenie bolo, že medzi mužmi a ženami neboli významné rozdiely v prospech žien, skôr naopak (Selko, 2007).

Tréning na redukciu hostility sa premietal do zníženia ekonomických nákladov na liečbu, pokles počtu hospitalizácií (Williams, 1996, Gidron a spol., 1999; Davidson K. a spol., 2000). Rozhodne má vplyv na efektívnosť manažmentu hospitalizovaných pacientov, ale aj na sociálnu klímu na pracovisku a ovplyvňuje kvalitu života pacientov počas hospitalizácie aj kvalitu života samotných zdravotníkov. Psychologickou, etickou aj filozofickou paradigmou je, čo s hostilitou zdravotníkov?

Kazuistika:

Pacientka ako 37-ročná bola operovaná v r.1999 na 3-násobný aortokoronárny by-pass (CABG); Podľa údajov v zdravotnej dokumentácii z r 1999: RA: otec 62-ročný, prekonan IM, 3 súrodenci a 3 deti zdravé, OA: nebývala chorá, 3 pôrody 3UPT, 1x abortus spontánny, pred 10 r. sterilizovaná AHT od r. 1999; nadváha 44% SA: vydatá, pracuje ako čalúnnik, t.č. ID. V r.2006 ako 44 ročná – reoperácia s vysokým kardiovaskulárnym rizikom: metabolický syndróm, arteriálna hypertenzia, obezita BMI=31, dyslipoproteínémia, izolovaná hypercholesterolémia + ďalšia komorbidita. V zdravotnej dokumentácii s odstupom 7 rokov čo sa týka RA, OA sa nič nezmenilo, aj s vyššie uvedenými údajmi (otec 62 r., po prekonanom IM, 3 súrodenci a 3 deti zdravé), za 7 r. znížila nadváhu zo 44% na 31., pribudla však ďalšia komorbidita zvyšujúca KVR.

Skutočnosť: pred oboma operáciami mala vážne problémy v rodine, ktoré vyvrcholili rozvodom po prvej operácii, žije sama s 3 nezaopatrenými deťmi, je na ČID, t.č. je ne-

zamestnaná, má podstatne znížený socioekonomický status, výrazná kumulácia životných udalostí, životná nespokojnosť, neistá perspektíva pre ňu i jej deti; v krátkom období necelého roka pred druhou operáciou v priebehu 6 mesiacov zomreli na IM otec vo veku 68 r. a 1 brat vo veku 45 r. V behaviorálnom profile: výrazný ATS, výrazný D typ, vysoké skóre hostility, hoci na oddelení nebola problémová, pôsobí dobrosrdečne, je komunikatívna. S liečbou je spokojná, s lekármi ako v nemocnici, tak v mieste bydliska vychádza dobre, nik sa nezaujíma o jej osobné problémy a súkromný život.

Význam psychosociálnych a osobnostných/behaviorálnych charakteristík naberá na význame aj pri posudzovaní tzv. „smrteľného kvarteta“ v praxi, (obezita, diabetes, hypertenzia, porucha metabolizmu tukov), v praxi je stále nedocenený. Napriek tomu, že už vyše 2 desaťročia, pravdepodobne i viac, *behaviorálne vedy majú dostatok vedecky potvrdených štúdií o ich význame v etiopatogenéze tohto rizika, aj napriek tomu, ako bolo uvedené vyššie, že osobnostný aj behaviorálny profil má veľa spoločných črt s koronárnym typom.*

Stres a syndróm vyhorenia

Stres ako neoddeliteľná súčasť života moderného človeka na jednej strane výkonnosť stimuluje, na druhej strane ohrozuje zdravie. O význame týchto negatívnych vplyvov pracovného stresu na rozvoj kardiovaskulárnych ochorení upozorňovali dávnejšie – pred viac ako štvrtstoročím viaceré štúdie (Karasek a spol. 1982). Podobne aj vysoký výskyt hostility medzi zdravotníkmi, ako reakcie na stresové, rivalitné pracovné prostredie, má pravdepodobne svoje korene skôr v interpersonálnych, organizačných, ale aj širších socioekonomických základoch nášho života a zdravotníckeho systému ako takého. S odstupom času sa javia aj reformy zdravotníctva a ich nositelia z hľadiska PZ ako vzory, (potencionálne ďalšie kauzistiky nezdravého správania), u ktorých najmä ich hostilné správanie malo výrazne negatívny vplyv na okolie. V jednej z predchádzajúcich pilotných štúdií autor v spolupráci s ÚEE SAV zistili, okrem zvýšenej hostility a slinného kortizolu, aj vysoké hodnoty pocitov emočného vyčerpania a depersonalizácie/cynizmu u mladých lekárov chirurgov (n = 12) a sestier detskej JIS (n = 23), ktorí napriek tomu boli stále schopní podávať relatívne vysoké a spoľahlivé pracovné výkony. Získané hodnoty svedčili o hroziacom syndróme vyhorenia (Selko, 2005). Tieto výsledky boli hodnotené ako reakcia profesionálov na vysokú hladinu reálneho pracovného, ale aj očakávaného stresu, vyplývajúcu z organizačných abnormít systému, v ktorom v čase

realizácie štúdie pracovali. Problém hostility je nepochybne ovplyvnený i sociálne tolerovanými formami násilného, a cynického správania v rivalitnej západnej kultúre, žiaľ, prejavuje sa výrazne aj v zdravotníctve. Hoci v rámci syndrómu vyhorenia sú pocity emočného vyčerpania a znížená výkonnosť subjektívne najvýraznejšie pociťované, práve de-personalizácia a cynizmus môžu byť pre postihnutého jedinca aj jeho okolie najzhubnejšie. Súvislosti medzi stresom, vyhorením a zdravím, kvalitou života, ale aj rizikom kardiovaskulárnym – sú zjavné.

Rodové rozdiely v zdraví a KVR

Vysoké zastúpenie žien v našich sledovaných súboroch pacientov i kontrolných vzoriek potvrdzujú štúdie o medzi-pohlavných rozdieloch v zdraví a chorobe, i vnímaní KVR. Napriek tomu, že ženy predstavujú viac ako 51% našej populácie, záujem o ich kardiovaskulárne zdravie a manažment behaviorálnych rizikových faktorov je skôr okrajový a sporadický. V dôsledku civilizacyjnych a socioekonomických tlakov je zjavné, že vývojové trendy tak ako postihli najvyspelejšie krajiny (USA, Švédsko), budú musieť byť aj v centre záujmu našich zdravotníkov. BRFKVO pôsobia spoločne bez ohľadu na pohlavie, pokiaľ sú v kombinácii s klasickými biologickými RF a faktormi životného štýlu. Na základe vývojových trendov vo vyspelých krajinách i vlastných skúseností s monitorovaním BRF KVO u žien v produktívnom veku (n= 200) sme toho názoru, že tieto, podobne ako u mužov, akcelerujú aterosklerózu, zvyšujú somatické riziko a preberanie mužského životného štýlu znižuje biologickú ochranu žien v produktívnom veku (Selko,1998). Prekvapujúco vysoké hodnoty behaviorálneho rizika, ako osobnostného tak životného štýlu – sa zistilo v populácii žien – zdravotníčok. Autor má satisfakciu v tom, že niektoré autority slovenského kardiologického života teraz pod tlakom zahraničných štúdií, začínajú tieto argumenty brať vážnejšie, ako tomu bolo napr. pred 10–15 rokmi, keď sa k jeho vystúpeniam s touto problematikou vyjadrovali značne rezervovane, skepticky až odmietavo.

KVR u pomáhajúcich profesií

Samostatným problémom je prístup zdravotníkov k vlastnému riziku, na ktorý upozornila u praktických lekárov napr. Egnerová (Egnerová a spol., 2001). Meranie vlastného tlaku krvi za posledný rok vykonalo len 6% opýtaných lekárov; vedomosti o vlastných RF zdra-

votníci nepochybné majú, ich dodržiavanie a režimové odporúčania, korigovanie vlastného správania sa, je problematické a sporné. Presvedčenie o vlastnom zdraví a manažment osobného rizika je pravdepodobne podobný, ako v nižšie uvedenej štúdií. Subjektívne a objektívne posudzovanie zdravia z psychologického aj klinického hľadiska môže byť veľmi klamné a zavádzajúce. Jurkovičová a spol. (2005) vo svojej štúdií vykonanej na 1100 zdravých jedincoch v optimálnom, produktívnom veku (41,2 r., v súbore respondentov bolo 60 % žien a 40 % mužov), zistili, že subjektívne veľmi dobrý zdravotný stav vykazovalo až 94% respondentov; pri monitorovaní troch základných rizikových premenných: celkový cholesterol (CCHOL), krvný tlak a hmotnosť malo v norme len 12% mužov a 25 % žien. (!)

Príklad z klinickej praxe: dvaja mladí, špičkoví odborníci v oblasti kardiológie a kardiochirurgie presviedčajúci VIP pacienta po druhom revaskularizačnom výkone o potrebe redukcie váhy, pričom oni sami boli zjavne vo väčšom riziku ako pacient. (Obezita – ako zdravotný, ale aj sociálny a estetický problém sa totiž nedá tak ľahko maskovať ani u pacienta, ani u zdravotníka..).

Manažment psychosociálnych rizikových faktorov

Odhalenie a zhodnotenie rizika, diskutovať s pacientom závažnosť rizika najmä s ohľadom na jeho QL a medikáciu; odporučiť viacúrovňovú behaviorálnu intervenciu; individuálne alebo skupinové poradenstvo na zvládanie PSRF, zvládanie stresu a ochorenia; odporučiť pacientovi odborníka-špecialistu v prípade klinicky závažného emocionálneho distresu.

(4th Joint Task Force on CVD Prevention in Clinical Practice, 2007, kap.13)

Praktickí lekári, popri existujúcich klasických poznatkoch, musia zvládať prílev nových a veľmi rozsiahlych poznatkov z celého rozsahu medicíny. Majú čoraz väčšie problémy zvládnuť nápor informácií, najmä ak ich dostávajú v rozsiahlej forme a neroztriedené.

Pre edukačnú prax je dôležité správne určiť retenčné minimum, teda súbor poznatkov, ktoré je lekár schopný udržať v pamäti a ktoré nevyhnutne potrebuje pre výkon praxe lege artis (Filipová a spol., 2008). Masívna informačná a preventívna kampaň, ktorú pred rokmi zahájila BM, je t.č. založená na aktivitách sporne motivovaných medicínskych autorít zaujímavým krokom, ktorý mal byť vykonaný minimálne o desaťročie skôr, impulz nebol iniciovaný zvnútra napriek tomu, že dôležité aktivity v tomto smere boli v oblasti postgraduálneho

vzdelávania vykonané u nás už dávnejšie (kabinet psychosomatickej a behaviorálnej medicíny pri Katedre vnútorného lekárstva vtedy SPAM, teraz SZU). Impulz k rozvoju týchto aktivít musel prísť zo zahraničia, na základe iniciatív členov ISBM, ktorí boli kooptovaní do predsedníctva EKS (Kristína Orth-Gomér, Gunilla Burell).

Behaviorálna modifikácia RF – limitácie

Limitujúcimi faktormi behaviorálnej modifikácie oproti farmakoterapii sú predovšetkým:

- ▶ Motivácia pacienta k spolupráci
- ▶ Časová náročnosť
- ▶ Finančná náročnosť
- ▶ Personálne zabezpečenie
- ▶ Tímová práca;

„preventívne centrá“ (klinici skôr sporadicky spolupracujú s psychológmi, zmene životného štýlu nevenujú pozornosť, dávajú prednosť rutinnej farmakoterapii; od 1%(!) do 20%; vyžadovalo by to 60% -možno viac pacientov; komerčná stránka individualisticky – farmakologického manažmentu VIP pacientov s možnými následkami.

„Stigmatizácia“ (pacient si prizná somatickú diagnózu a stigmatizáciu z toho vyplývajúcu ľahšie, ako prítomnosť psychickej zložky a osobného podielu na svojom zlom zdravotnom stave, na život ohrozujúcom ochorení).

Rušenie existujúcich a absencia psychosomaticky orientovaných pracovísk na Slovensku; resp. psychiatrická orientácia psychoterapeutických pracovísk v rámci psychiatrických kliník či nemocníc, mentálne zdravých jedincov skôr odrádzajú ako motivujú k spolupráci. Samotní kardiológovia sa skôr bránia psychiatrizácii tohto ochorenia.

Orientačný prehľad edukačných programov, zabezpečujúcich pre a postgraduálnu výchovu zdravotníckych pracovníkov a študentov pre a postgraduálneho vzdelávania vo verejnom zdravotníctve na Slovensku je nepriaznivý: odborníci na psychosociálne a behaviorálne témy buď absolútne absentujú, alebo ich zabezpečujú jedinci, ktorých odborná, nehovoriac osobnostná a zdravotná kompetencia je problematická a viac ako sporná. Sebelejší (dnes) odborník, autorita, s akademickými titulmi ovenčený hodnostár (ktorý svojimi rozhodnutiami v čase politického pôsobenia sa podpísal pod deformáciu nášho zdravotníctva), sám zjavne obézny (je to choroba, ktorá sa väčšinou nedá maskovať a je zjavná na prvý pohľad) vyučuje novú generáciu o zdraví, zdravom sprá-

vaní a životnom štýle. (aj tu platí princíp kognitívnej a emocionálnej inkongruencie, nezlučiteľnosti medzi tým, čo jediniec hovorí a aký dojem to vyvoláva, ako formuje a deformuje postoje budúcich zdravotníkov).

„Reformné zmeny“ v psychologických vedách a orientácia na komerčnú psychológiu vedú k strate záujmu o nedocenenie a živorenie na pokraji somatickej medicíny.

Na konferencii preventívnej kardiológie (Sliach, 2006) sa 85% prezentovaných príspevkov a celkového času a všetkých aktivít venovalo prezentácii produktov farmaceutických firiem, diskusia k prednáške o severskej schôdzi bola (agresívne) skrátaná a prerušená v dôsledku nedostatku času. Na kardiol. Zjazde SKS v r. 2007 v Bratislave, v panelovej diskusii v bloku preventívnej kardiológie viacerí rečníci zdôrazňovali význam výskytu obezity na Slovensku: podľa ich záverov 3 zo 4 Slovákov majú nadváhu; na pódiu 7 z 8 účastníkov tohto panelu malo opticky zjavnú nadváhu. Toto pôsobilo čiastočne cynicky, čiastočne komicky na prriedené auditórium, majúce z tejto prezentácie zvláštny zážitok.

Medzi kompetentnými odborníkmi, klinikmi aj „lídrmi“, určujúcimi trendy v oblasti verejného zdravotníctva vládne mylná predstava, že prevencia a zmena životného štýlu je lacná. Som toho názoru, že to vôbec nie je tak; v rámci „farmakoekonomiky liečby EHT ako vzorového ochorenia, koincidujúceho pri ICHS (rátame s miernejšími formami, nevyžadujúcimi náročnú klinickú liečbu) sa javia finančné vstupy zahrňajúce režimové opatrenia podľa aktuálnych trendov a prepočtov vyššie ako je farmakologická liečba miernej a strednej hypertenzie.

Ekonomické náklady na farmakologickú liečbu nekomplikovanej HT sa pohybujú v rozpätí od 500 – 600 Sk/mes do 1500 – 2000 Sk/mes (platné k dátumu konania konferencie – máj 2008; prim. Kardiol. kliniky NÚSCH, MUDr. Postulka, osobné zdelenie) z toho 30% si hradí pacient. Čo „investuje“ lekár?

U miernej a strednej hypertenzie režimové opatrenia, vrátane zvýšenej fyzickej záťaže, úpravy životosprávy a hmotnosti, ale aj podpornej psychoterapie či poradenstva majú porovnateľné výsledky, často s dlhodobejším efektom, finančne je však oveľa náročnejšia. Voľný prepočet čo sa týka len nákladov spojených s návštevou fitness, a náležitostí s tým spojených, predstavuje mesačné náklady v rozpätí 4-10 tisíc Sk a viac.

Namiesto záveru

Existencia BRF KVCH je nepopierateľná. Manažment kardiovaskulárneho rizika v praxi však naráža na mnohé realizačné úskalia. BRF nie je spôsobilý zvládať a ovplyvňovať sebesteplejší somaticky vzdelaný klinik, bez dostatočnej odbornej prípravy a výcviku v oblasti BM a PZ. Pregraduálna aj postgraduálna výučba v tejto oblasti je nedostatočná, nestíha uspokojovať požiadavky praxe.

Vysoký výskyt rizikových faktorov v zdravej populácii a najmä medzi zdravotníkmi nabáda ku kritickému zhodnoteniu, či je manažment pacientov dostatočne efektívny, aj k otázke, aké je zdravotné riziko u zdravotníkov? Porovnanie výskytu behaviorálnych rizikových faktorov BRF v populácii zdravých a pacientov po CABG nasvedčuje, že riziko zdravotného zlyhania u pomáhajúcich profesií je realitou a zaslúži si nepochybne viac pozornosti. Zdravotníci u nás ešte stále nie sú dostatočne efektívne pripravovaní na manažment behaviorálnych RF KVCH. Pravdepodobne to zostane na psychológoch, vzdelaných a trénovaných v tejto oblasti.

Vzhľadom k prefeminizovaniu zdravotníctva sú varovné vysoké hodnoty RF u žien-zdravotníčok. Prevencia KVCH v intenciách PZ a BM je negatívne ovplyvňovaná expanziou farmakologického ekonomického komplexu. V praxi sa redukuje na predpisovanie a užívanie liekov.

Potreba kritického uvažovania, overovania si niektorých hypotéz a teórií získaných na iných než našich populačných vzorkách, najmä longitudinálnych, prospektívnych či prierezových štúdiách je potrebná ako pre rozvoj teórie, tak praxe.

Literatúra:

- Albright C.L., Komarek L., Ošancová K., Kebza V et al.: Results of multifactorial cardiovascular risk reduction program in the Czech Republic: The healthy Dubeč project., *Int.J of Behav Med.*, 7(2000), 1; 44-61
- Barefoot JC, Dahlstrom WG, Williams RB.: Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 1983; 45:59-63
- Boyle SH, Williams RB, Mark DB, et al.: Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:629-632
- Egnerová A.: Kontrola artériovej hypertenzie na Slovensku, *Lek Obzor*, 51;2001, 4,100-105
- Gidron Y, Davidson K, Bata I.: The short-term effects of a hostility reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*,1999;18,416-420
- Honzák R.: osobné zdedenie, 2005
- Karasek RA, Rusell RS, Theorell T.: Physiology of stress and regeneration in job related cardiovascular illness. *Journal of Human Stress*, 1982, 8; 29-41
- Kebza V. *Psyhosociální determinanty zdraví*, Academia Praha, 2005

-
- Súhrn európskych odporúčaní pre prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi; in. *Kardiológia*, okt.2008; 17; S3
- Filipová S. a spol.: Komentár SKS, spolupracujúcich spoločností a ďalších odborníkov k Súhrnu európskych odporúčaní pre prevenciu KVO v klinickej praxi; *Cardiol* 2008; 17 (Suppl.3):37S-41S
- Orth-Gomér K, Weidner G, Chesney MA.: Psychosocial influences on the heart. In: Crawford MH, DiMarco JP, Paulus JW.: *Cardiology*. Elsevier, Mosby, 2004, 1571-1576
- Ornish D, Brown SE, Scherwitz L et al.: Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *Lancet*, 1990; 336: 129-133
- Selko D. Psychosociálne rizikové a protektívne faktory ICHS u žien. Dizertačná práca, SÚSCH a FFUK, Bratislava 1998
- Selko D, Bacharova L, Rusnakova V et al.: Hostility in coronary artery disease patients and health care workers in Slovakia. *J Health Org Management*, 2007;21:1,79-91
- Willams RB. Hostility, Depression and CHD: A common biological mechanism? 3rd Int. Congres of behavioral Medicine, Amsterdam, July 1994, Abstr.book 39
- Yarnell J, Yu S, McCrump E, et al.: Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk of coronary heart disease: The PRIME Study. *International J of Epidemiology*, 2005;34: 268-275
- Burell G, Ohman A., Sundin O et al.: Modification of Type A behavior pattern in post myocardial infarction patients: A route to cardiac rehabilitation; *Int.J.of Beh. Med.*,1(1), 32-54, 1994
- Friedman M., Powell L H, Thoresen CE et al.:Effect of discontinuance of type A behavioral counseling on type A behavior and cardiac recurrence rate of post myocardial infarction patients. *Amer Heart J.*, (1987), 114;483-490
- Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, NHLBI & American Heart Association 1981, , *Circulation* (1981), Vol. 63, pp. 1199-1215.
- Gidron Y, Davidson K, Bata I.: The short-term effects of a hostility reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*,1999;18,416-420
- Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL.: 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. *Circulation*, 2000;102:630-635

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY OBEZITY V ŠKOLSKOM VEKU

PhDr. Milada Harineková, CSc.

Filozofická fakulta TU, Trnava

Nadváha a obezita pripomínajú časovanú bombu nášho storočia. Obezita u detí a mládeže nie je len zdravotným problémom v tomto veku, ale predstavuje i zvýšené riziko pre obdobie dospelosti a v súčasnosti je jedným z najčastejších metabolických ochorení.

Charakterizovaná je zmnožením tukového tkaniva v organizme, neznamená teda nadmernú hmotnosť, ale nadmerné nahromadenie tukového tkaniva. V pediatrii sa stanoví diagnóza obezity vtedy, ak je hmotnosť väčšia ako 97. percentil vzhľadom k výške, diagnosticky významné je aj kritérium hodnotenia kožnej riasy.

Detský vek má svoje špecifiká pre určovanie nadmernej hmotnosti či obezity. Na takéto hodnotenie v období rastu a vývoja organizmu nestačí samotná hmotnosť dieťaťa. Hodnovernejším kritériom je index telesnej hmotnosti, teda body mass index (BMI- hmotnosť v kg výška v m²), ktorý zohľadňuje vzťah hmotnosti k aktuálnej výške, posudzuje primeranosť stavu výživy z hľadiska veku, pohlavia, ako aj z hľadiska proporcionality (Hlavatá 2005). Obezita je závažným chronickým ochorením predovšetkým preto, že úzko súvisí s výskytom ťažších chronických ochorení, zhoršuje kvalitu života, významne zvyšuje chorobnosť a úmrtnosť, výrazne skracuje očakávanú dobu dožitia, najmä ak sa vyskytne v mladších vekových skupinách (varovné sú signály smerom ku kardiovaskulárnemu riziku, k diabetu, k hypertenzii, ale je tam všeobecne zvýšené riziko ochorenia pohybového aparátu, tráviaceho traktu, dýchacieho ústrojenstva).

Celosvetovo počet obéznych detí narastá. Odborníci predpokladajú, že v roku 2010 bude vo svete viac ako 150 miliónov detí s nadváhou, čo predstavuje 10% detskej európskej populácie. Od 80-tych rokov počet obéznych detí vzrástol trojnásobne. V slovenskej populácii je uvádzaná obezita 6 % u chlapcov a 5,6 % u dievčat. Očakávaný nárast obezity je u chlapcov o 3 % a u dievčat o 2 % (Hlavatá 2004).

Obezita je typickým multifaktoriálnym ochorením. Na jej vzniku sa podieľajú faktory vonkajšieho životného prostredia a genetickej dispozície. Základnou a najčastejšou príčinou je nerovnováha medzi energetickým príjmom a výdajom.

Kitnárová (2008) píše, že i napriek významnej úlohe genetiky, asi 96 % pacientov s detskou obezitou má exogénnu obezitu, iba 4 % detí má endogénnu obezitu (endokrinopatie, monogénová obezita).

Exogénnu obezitu spôsobujú predovšetkým dva faktory – nadbytočný príjem potravy a nedostatok pohybu. V Európe sa za uplynulých 25 rokov najvýraznejšie zmenili stravovacie návyky. Navyiac, vznik obezity podporuje i zmena životného štýlu. U detí klesá dostatok pohybu vo voľnom čase. Školopovinné dieťa trávi vo voľnom čase približne 3 až 4 hodiny pri televízii, pričom súčet „sedavých aktivít“ dieťaťa (televízia, štúdium, internet, počítač a pod.) presahuje 6 – 7 hodín. Vo viac ako ¾ slovenských domácností prevažujú vo voľnom čase činnosti, ktoré nevyžadujú výdaj väčšieho množstva energie.

V literatúre sa pripisuje význam aj psychologickým príčinám obezity. Psychologické vplyvy pôsobia na správanie dieťaťa, na jeho životsprávu ako motivačno – aktivačné činitele k prejedaniu sa. Názory autorov v tejto príčinnej súvislosti už z osemdesiatych rokov možno zhrnúť do 10 skupín, z ktorých niektoré sa javia ako akceptovateľné aj v súčasnosti.

Napríklad:

1. prejedanie ako škodlivý návyk, prejav nedisciplinovanosti a slabej vôle, 2. prejedanie ako hlavný zdroj útechy pri psychickom napätí, potlačovanej úzkosti, vnútornom nepokoji, v náročných životných situáciách, 3. prejedanie ako jedna forma kompenzácie neuspokojenej psychickej potreby v prostredí postihnutého – nedostatok lásky, bezpečia, istoty. V niektorých rodinách je kvalita i kvantita jedla často jediným prejavom rodičovskej lásky či záujmu. Dominujú citové problémy – dieťa nie je prijímané do svojej vrstovnickej skupiny, nevie si získať kamarátov, stratilo niekoho blízkeho, od ktorého bolo citovo závislé, citová deprivácia zo strany rodiča, neprimerané výchovné metódy rodičov a podobne.

Detská obezita je typické psychosomatické ochorenie. Podieľa sa výrazne na psychosociálnych problémoch. Obézne dieťa je vystavené neúmernému spoločenskému tlaku zo strany spoločensko – estetických noriem, pocitu každodenného zlyhania a sebaobviňovania, ktoré vedie

k depresívnym a úzkostným stavom. Marinov (2008) konštatuje, že 30% pacientov z jeho detskej obezitologickej ambulancie bolo ohrozených fyzickou averziou zo strany spolužiakov s prvkami šikany. Obézne dieťa je vystavené obavám každodenného zlyhania a sebaobviňovania, ktoré vedie k depresívnym a úzkostným stavom.

40% obéznych detí z jeho ambulancie má prejavy špecifických porúch správania sa a učenia. Autor varuje pred závažnými dôsledkami obezity vyvolávanými vážne zdravotné komplikácie a upozorňuje na metabolický syndróm, ktorý je evidentný u 1/3 detí v obezitologických ambulanciách.

Už v staršej pediatickej literatúre sa popisujú následky detskej obezity, napr.: vývinové odchýlky kostry, ploché nohy, valgózne postavenie kolien (do X), časté vybočenie chrbtice (skolióza), okrúhly chrbát, zvýšené prehnutie v panvovej oblasti (hyperlordóza), preťaženie väziva a kĺbov, ktoré obmedzuje pohyblivosť dieťaťa, chabé svalstvo, dermatózy a podobne. Napriek tomu tučné deti spravidla nemajú dojem porušeného zdravotného stavu. Ich prvé obtiaže sú psychického rázu. Vyplývajú zo spoločenských konfliktov, súvisia so zníženým sebacitom, citom menejcennosti, ktorý vyvoláva ich vzhľad a pohybová neobratnosť. Pre posmech spolužiakov, ich nešetrné prezývky – tučko, tučibomba, tľsôch a pod. sa mnohé stránia pohybových akcií. Odmietajú telocvičnice, športové ihriská, nechávajú sa od telesnej výchovy oslobodzovať. V sociálnej skupinovej interakcii sú časté negatívne až agresívne reakcie.

Na rozhraní 90-tych rokov sme v spolupráci s endokrinologickou ambulanciou realizovali výskumný projekt zacielený na otázku, do akej miery je vývin osobnosti u detí vo veku 9 – 15 rokov determinovaný obezitou. Chápali sme ju ako konštitučnú poruchu, ako postihnutie na vzhľade. Výskum bol zameraný na emotivitu, sociabilitu, intelekt, psychické tempo, sociálnu adaptáciu v rodine i v škole. V súbore obéznych bolo 150 detí vo veku 9 – 15 rokov, 90 dievčat a 60 chlapcov. Kontrolná skupina pozostávala z 85 detí v rovnakom veku, 45 dievčat a 40 chlapcov.

Boli použité psychodiagnostické testy – Rogersov dotazník osobnej prispôsobivosti, Dotazník afektivity W – M pre deti, Škála CMAS, Kalifornská skúška v úprave Marku, DOI (test orientácie a informovanosti) a RAVEN, Eysenckovej dotazník JEPI. Dopĺňali sme potrebné informácie od matky pomocou dotazníka s vyznačením prípadných najčastejších nežiaducich prejavov dieťaťa v domácom prostredí.

Triedny učiteľ poskytol charakteristiku žiaka, jeho pozíciu v triede. Jednoduchým sociogramom bola zisťovaná obľúbenosť či neobľúbenosť skúmaných detí v triede.

Uvádzame niektoré významné výsledky a zistenia vyplývajúce zo získaných testov.

Ukázalo sa, že obezita u detí výrazne zasahuje do emocionálno – sociálnych väzieb jednotlivca, do formovania jeho sebavedomia, seba-realizačných snáh, motivácie a tak nepriamo ovplyvňuje rozvoj intelektových schopností, stáva sa determinujúcim činiteľom vývinu osobnosti. Nepriaznivo vplyva na 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.

U 52 % obéznych dievčat a u 58 % obéznych chlapcov sme zaznamenali patologické skóre v subteste osobná menejcennosť v dotazníku osobnej prispôsobivosti. Porovnanie s kontrolnou skupinou je v tomto smere vysoko významné v neprospech obéznych pri $P = 0,01\%$. Osobná menejcennosť sa u obéznych dievčat najčastejšie javila v 11. a v 14. – 15. roku, kým u chlapcov stúpala v 12. – 15. roku. V skúmanom výbere chlapci častejšie trpia spoločenskou menejcennosťou.

Komplex menejcennosti navodzuje u mnohých obéznych detí obmedzovanie potreby sociálneho kontaktu s vrstovníkmi v hrách, súťaži, v športe. Pôsobí ako deprivačný činiteľ. Obézne dieťa je vystavované konfliktom a opakovaným frustráciám v sociálnej skupine. Nemá uspokojené potreby spolupatričnosti, obľúbenosti (40 % je v skupine vyslovene neobľúbených, nežiadaných, len 14 % obľúbených), akceptovania v kolektíve. Boli ponižovaní, neraz i vysmievaní a neuznávaní v situáciách, keď po uznaní veľmi túžili. Znížený sebacit vyúsťuje u obéznych dievčat najčastejšie do nesmelosti, nesamostatnosti, neiniciatívnosti, precitlivenosti, plačlivosti, urážlivosti a uzavretosti. Zriedkavejšie je kompenzovaný klebetením, žalovaním, hašterivosťou, vyvolávaním slovných hádok. Znížený sebacit obéznych chlapcov je kompenzovaný odlišne, formou maladaptívnych prejavov agresie, trucovitosti, tvrdohlavosti, vyžadovaním väčšej voľnosti a nezávislosti od dospelých, v bitkárstve v neochote rešpektovať hygienické požiadavky a návyky.

Z hodnotenia dotazníka afektivity sa javí abnormné skóre približne v 35% obéznych dievčat a 28% obéznych chlapcov. Kvalitatívny rozbor ukazuje, že viac ako polovica obéznych dievčat v doznievajúcim mlad-

šom školskom veku je emocionálne labilná, náladová, s citovou závislosťou od iných, infantilná vzhľadom k veku. Časté sú prejavy neistoty, plachosť, úzkostné reakcie, citová ambivalencia, neadekvátnosť emocionálnej reakcie k podnetu, chronický strach o seba, hypochondrické prejavy, majú relatívne ťažké osobné problémy, vnútorné konflikty. Zistené abnormné hodnoty v dotazníku WM sú výrazne nepriaznivé i preto, že tento vek považuje vývinová psychológia za šťastnú etapu života. Pripisuje jej dosiahnutie primeraného stupňa dokonalosti, vnútornú harmóniu, jednotnosť, prevahu kladných citových väzieb, postojov, vzťahov. Súvisí to s tým, že za normálnych okolností je telesný vývin proporcionálny, stúpa motorická obratnosť i výkonnosť zabezpečujúca úspech v pohybových aktivitách – hrách, stáva sa častým zdrojom spokojnosti a radosti. To všetko u obéznych detí absentuje, pretože u obéznych 10 až 11-ročných dievčat pretrváva telesná disproporcionalita, znížená pohybová koordinácia, neobratnosť, ťarbavosť. Poznamenávame, že v tejto skupine z počtu 18 bolo 12 dievčat hodnotených ako stredne ťažký až ťažký stupeň obezity s nadváhou 45 – 63 %, čo samo o sebe provokuje rad spoločenských komplikácií. Sebavedomie týchto dievčat sa formuje v častých frustračných situáciách v škole, na hodinách telocviku, pri sólovej odpovedi – skúšanie pri tabuli, keď sú oči celej triedy upreté na ňu a pod., v pocite nespravodlivosti, krivdy, hľadani viny za tento stav, ale aj pod vplyvom urážok a výsmechu iných detí, neraz i nešetrných vtípne mienených poznámok dospelých.

V kategórii 12 až 13-ročných dievčat s nadváhou sme zaznamenali celkový pokles patognomických odpovedí vo všetkých oblastiach. Zdá sa nám dosť presvedčivý už aj preto, lebo táto dievčenská veková skupina bola najpočetnejšia. Vysvetľujeme si to určitou adaptáciou na svoj stav i na spoločenské prostredie vypestovaním kompenzačných mechanizmov napriek tomu, že tento vek ako taký prináša citovú rozkoľisanosť, labilitu, nevypočítateľnosť.

14 až 15-ročné obézne dievčatá opäť vykazujú zvýšené skóre vo všetkých oblastiach v porovnaní s predchádzajúcou vývinovou fázou. Významné sú rozdiely v porovnaní s kontrolnou skupinou na hladine $P = 0,05$. Možno to vysvetlíť tým, že obézne dievčatá v staršom školskom veku sa častejšie ako neobézne ocitnú v náročných sociálnych situáciách už vo vzťahu s erotickými, ľúbostne podfarbenými motívmi. Chcú sa páčiť, byť pekné, uznávané, obľúbené. To však naráža na rozpor vo vlastnom hodnotení seba, sú nespokojné so svojim vzhľadom,

prehlbuje sa spoločenská neistota, rozpaky, vnútorné konflikty. V obraze jednoduchej, nezrelej emotivity sa prelína reaktívno – afektívne ladenie účelového hysterického rázu spojené s emocionálnou závislosťou od druhých, sociálna väzba na kamarátky a súčasne strach i obava, že stratia ich náklonnosť.

Obézni 10 až 11-roční chlapci sa celkovo nejavia ako zvlášť problematickí a približujú sa k hodnotám kontrolnej skupiny. Podstatný vzostup skóre v každej oblasti dotazníka zaznamenávame v starších vekových skupinách. V porovnaní s kontrolnou skupinou sú významné rozdiely v schizoidných paranoidných a depresívno-hypochondrických znakoch, v ktorých obézni chlapci dominujú. Vyplýva to z toho, že s postupujúcim vekom narastá introverzia dospievajúcich chlapcov vôbec, pričom u obéznych je umocňované zníženým sebavedomím, neistotou, rozpačitosťou v sociálnych kontaktoch s dievčatami, atypickou, temer ženskou postavou. Spolužiakmi, vrstovníkmi bývajú vysmievaní, kritizovaní, častovaní nešetrnými poznámkami. Reakciou na to býva agresívne správanie postihnutých. Dokazuje to aj zistenie, že asi u tretiny obéznych chlapcov prevláda ťažšie ovládateľná afektívna reaktivita, impulzivnosť, agresívne postoje, drzosť.

Sociálna vpravenosť v rodine i v škole je podľa výsledkov Kalifornskej skúšky problematickejšia u obéznych chlapcov ako u obéznych dievčat. Poruchy adjustovanosti v rodine u obéznych chlapcov zisťujeme najčastejšie vo forme agresívnych a negativistických prejavov, emocionálnej lability, snahy vyniknúť, odmietania povinností, nedôvery k rodičom. Dievčatá majú podstatne menej maladaptívnych foriem v rodine, najčastejšie sú to neurotické prejavy, účelové reakcie, negativizmus. Triedny učiteľ častejšie pozoruje nepriaznivé dôsledky obezity v správaní u chlapcov ako u dievčat. Najčastejšie maladaptívne formy v správaní obéznych chlapcov v škole sú – intelektová pasivita, dekoncentrácia pozornosti, zanedbávanie estetičnosti v školskej práci, nerovnomerná výkonnosť, negativistické postoje. U dievčat prevláda neurolabilita a tréma. Obézne deti sú trikrát častejšie neobľúbené ako obľúbené u svojich spolužiakov, pričom obézne dievčatá majú lepšie postavenie v kolektíve ako chlapci. Najviac odmietaných obéznych chlapcov je vo veku od 13 – 15 rokov. Záujmy obéznych detí smerujú k individuálnym formám, majú tendenciu úniku od spoločnosti.

Hodnoty IQ v DOI u obéznych detí v mladšom školskom veku sú významne nižšie ako u neobéznych, ale v staršom školskom veku v in-

terakcii dievčatá obézne – neobézne sa javí nevýznamná tendencia k vyšším IQ obéznych.

V skupine chlapcov obéznych – neobéznych v staršom školskom veku zisťujeme signifikantne vyššie hodnoty IQ u neobéznych. V interakcii obézne dievčatá – obézni chlapci v staršom školskom veku sa ukazuje tendencia k vyšším hodnotám IQ u dievčat. Pri porovnávaní školského prospechu obéznych a neobéznych v mladšom školskom veku sa javia ako lepšie prosperujúci neobézni. V staršom školskom veku zase obézni dosahujú lepší prospech vďaka dievčatám, ktoré v tomto veku prezentovali najvyššie hodnoty IQ i najlepší prospech zo všetkých porovnávaných.

Možno konštatovať, že sú evidentné rozdiely v psychickej štruktúre obéznych chlapcov a dievčat, ale aj vzhľadom na vekové zvláštnosti. Chlapci sú výchovne problematickejší. Výsledky výskumu potvrdili, že v staršom školskom veku sa zvýrazní negatívny odraz obezity, bez ohľadu na jej stupeň v psychologickom profile postihnutých chlapcov i dievčat najčastejšie v emotivite a sociabilite.

Obezita negatívne zasahuje do formovania a pôsobnosti detského ega ako nositeľa rôznych citov, potrieb, motívov a impulzov k činnosti. Často znižuje ponímanie seba, sebavedomie, v ktorom sa odráža sociálna rola, akú dieťa vo svojom prostredí zohráva a ktorá je významne ovplyvňovaná dojmom ako je hodnotené a akceptované inými. Nepriaznivo ovplyvňuje dynamickú rovnováhu psychických procesov, vlastností, potrieb a činnosti svojho nositeľa, jeho intraindividuálnu vnútornú rovnováhu a tým aj rovnováhu medzi ním a prostredím. Je teda v príčinnom vzťahu medzi zhoršenou sociálnou začlenenosťou a niektorými črtami osobnosti obézneho. Sťažuje mnohým proces socializácie.

Obezita frustruje, mári uspokojovanie potrieb dieťaťa v zmysle túžby po ocenení, uznaní, úspechu a potreby seberealizácie. S tým súvisí tendencia obéznych detí k znižovaniu sociálnej aktivity a obmedzovaniu osobných kontaktov, k úniku do izolovaných záujmových činností. Nežiadúco ovplyvňuje pozitívny cit obézneho dieťaťa k sebe, úctu k sebe, ocenenie seba i dôveru v seba. V tomto zmysle nepriaznivo zasahuje do integrácie osobnosti dieťaťa v školskom veku.

Literatúra:

- Hlavatá, A., Pribylincová, Z., Foglová, A., Kovács, L.: Rizikové faktory obezity u detí. *Detský lekár* 2004/3
- Kytnarová, J., Brantová, O., Fabiánová, J.: Obezita v detském věku. *Postgraduální medicína-příloha*, 2008
- Marinov, Z.: Zdroje polygenně vázané dětské obezity. *Vox pediatrice*, 2008/7, ročník 8

POHYBOVÁ AKTIVITA A VEREJNÉ ZDRAVIE

MUDr. Pavol Malovič, PhD., MPH

Klinika telovýchovného lekárstva, fyziatrie a balneológie FNsP

Bratislava – Staré mesto

Motto: „Odpočívaj v pohybe a jedz len keď si hladný“

Možno to už znie ako fráza, ale ide o časom preverenú pravdu – budúcnosť a rozvoj štátu i celého národa je postavená vždy na základoch, ktoré sú tvorené zdravou detskou populáciou. Preto sú vklady do výchovy a upevňovania fyzického i duševného zdravia mládeže veľmi výhodne úročenou položkou. Vyzerá to ako samozrejmé a väčšina z nás si tieto fakty v princípe uvedomuje – z najrozličnejších príčin sa však nedokážu tieto princípy vždy naplňať. Týka sa to všetkých zákutí a vekových vrstiev detského života, ktorý sa odohráva často v mimoriadne nezdravom životnom štýle.

A tak pribúda detí s poruchami správania, mnohé majú poruchy učenia, ľahkú mozgovú dysfunkciu, sú neurotici a čoraz častejšie potrebujú detského psychiatra. Nesprávne sa stravujú, ich pitný režim je chaotický, čoraz častejšie sa dostávajú k alkoholu a drogám. Ich prirodzené pohybové aktivity sú neraz utlmané, dochádza k degeneratívnym poškodeniam oporno-pohybového systému. Nároky, ktoré na ne kladie škola, rodičia a okolie ich dostávajú prakticky pod permanentný stres.

Nádeje dožitia (WHO, 2006)

Krajiny Európskej únie		
Štát	muži	ženy
Taliansko	78	84
Švédsko	78	83
Španielsko	77	83

Francúzsko	76	83
Grécko	77	82
Cyprus	77	82
Rakúsko	76	82
Nemecko	76	82
Fínsko	75	82
Holandsko	77	81
Luxembursko	76	81
Malta	76	81
Veľká Británia	76	81
Belgicko	75	81
Írsko	75	81
Portugalsko	74	81
Slovinsko	73	81
Dánsko	75	80
Česká republika	72	79
Poľsko	71	79
Slovensko	70	78
Litva	66	78
Lotyšsko	66	78
Estónsko	66	78
Maďarsko	69	77
Ďalšie krajiny		
USA	75	80
Čína	70	74
Rusko	59	72

Nedostatok pohybu a nevhodná strava spolu s trvalým stresom vyvolávajú u ľudí civilizačné ťažkosti a ochorenia, o ktorých sa našim predkom ani nesnívalo. Súvislé zvyšovanie životného komfortu, príjem nadbytočných „televíznych“ potravín a nápojov, využívanie všetkých výdobytkov technického pokroku a čoraz väčšia možnosť ich dostupnosti pre všetkých vedú paradoxne k prudkému poklesu zdravotnej odolnosti populácie. Matematicky vyjadrené : priamo úmerne s rastúcimi pôžitkami života to ide

so zdravím ľudí z kopca. Civilizácia vychováva moderného, ale fyzicky a často psychicky zdecimovaného človeka.

Podobnú situáciu zažili v osemdesiatych rokoch USA, ale americká vláda spolu s poisťovňami pomerne pružne zareagovala obrovskou a nákladnou kampaňou za zmenu životného štýlu, ktorá motivovala milióny ľudí k pravidelnému – hoci rekreačnému – športovaniu. Vo veľmi krátkom čase potom prudko poklesla chorobnosť Američanov a teda aj náklady na výplaty nemocenského (tu je u klientov poisťovní motivácia určitými bonusmi, ktoré sú im vyplácané v prípade zníženia frekvencie návštev lekárov z dôvodov ochorenia za určité obdobie – napr. 3 rokov) a okrem iného sa zvýšila produktivita práce.

My sme to na Slovensku urobili tak, že aktívnu primárnu prevenciu ponechávame od roku 2003 na ľuďoch samotných, s čím sa spája aj to, že pokiaľ si chcú adekvátne a pravidelne kontrolovať skutočnú úroveň svojho zdravotného stavu, štát im takmer ničím neprispieva, je to na plnú úhradu pacienta. Klasickým príkladom je problém športujúcich detí, najmä zo sociálne slabších rodín a ich prehliadok na oddeleniach a klinikách telovýchovného lekárstva – poisťovne prispievajú čiastkou, ktorá predstavuje necelých 20 percent reálnej čiastky...

Súčasný počet minút vyučovania telesnej výchovy do týždňa v niektorých štátoch je nasledovný (Decker, 2006)

	Základná škola	Stredná škola
Francúzsko	5 hod.	3 hod.
Andorra	180 min.	120 min.
Rakúsko	100 – 150 min.	100 – 200 min.
Bielorusko	135 min.	135 min.
Belgicko	100 min.	150 min.
Bulharsko	120 min.	90 min.
Chorvátsko	90 – 135 min.	90 min.
Česko	90 min.	90 min.
Nemecko	180 min.	180 min.
Grécko	240 min.	
Luxembursko	150 min.	50 – 100 min.
Poľsko	135 min.	180 min.
Slovinsko	135 min.	135 min.
Slovensko	90 min.	90 min.
Španielsko	180 min.	120 min.
Ukrajina	135 min.	135 min.

Zapájanie stredoškolákov do aktivít na hodinách TV

Ročník	1. ročník	2. ročník	3. ročník	4. ročník
Nezapája sa dievčat (v %)	46,15	43,24	48,97	53,87
Nezapája sa chlapcov (v %)	38,45	33,61	41,8	44,37

Slabnúca kondícia a chátrajúce zdravie sú v posledných piatich rokoch čoraz častejším znamienkom mládeže. Niektorí vnímaví učitelia telesnej výchovy pozorujú u detí až tak ochabnuté svalstvo, že v základných gymnastických cvičeniach radšej mnohé cviky neprecvičujú z obavy, aby sa deti nezranili. K najviac poškodeným miestam patrí ochabnuté brušné svalstvo, skrátené svalstvo zadnej strany stehien a svalstvo, ktoré má vytvárať korzet pre správny priebeh a vývoj chrbtice. Hlavný podiel na tom majú „sedavé a ležavé“ lákadlá : počítačové hry, nekonečné televízne seriály, ale aj neúmeraná konzumácia internetových stránok. To všetko zaťažuje nielen oči, ale aj svalstvo, chrbticu a kĺby. Nárast nesprávneho držania tela u mládeže v posledných rokoch takmer o tretinu má vzostupnú tendenciu. **Pohybový systém potrebuje impulzy, aby sa udržoval a rozvíjal. Tieto impulzy však takmer neprichádzajú...** Recept na problémy je v podstate veľmi jednoduchý : v priebehu dňa odpočívať v pohybe a stravovať sa racionálne – jesť iba v prípade skutočného hladu.

Stres je nárok na jednotlivca, ktorý presahuje jeho schopnosti sa s týmto nárokom vyrovnáť. Ide teda o viacrozmerné preťaženie detského organizmu. Pretože väčšina ľudských stresov je psychosociálnej povahy, najviac ohrozenými sú deti s tzv. typom „A“ osobnosti, ktoré majú vysokú tendenciu k súťaživosti a ich snahou je vykonať každú činnosť rýchlejšie ako ostatní, pričom sa často stávajú netrzeplivými, trápia sa, sú nervózne a prchké. U obzvlášť stresovaných detí, najmä ak sa nevykonáva účinná stresová prevencia, môže dôjsť pod vplyvom stresu aj k rôznym ochoreniam. Aké to sú ?

Je všeobecnou skúsenosťou, že pôsobením stresu dochádza u detí k znižovaniu obranyschopnosti ich organizmu, k redukcii imunity. Aj také „banálne“ ochorenia ako *angína alebo chrípka* oveľa jednoduchšie a ľahšie vznikajú u detí po únave alebo vyčerpaní a ich liečba trvá dlhšie ako by sa predpokladalo. Rovnako tak výška krvného tlaku výrazne závisí od psychologického stresu – najmä na rozčuľovaní, nechuti k vynútenému jednaniu (spomeňme si ako si často niečo od detí vynucujeme

nasilu) a od frustrácie (pocitu „nič nedokážem“). Po prechodných fázach občasného zvyšovania krvného tlaku sa nakoniec aj u detí vyvinie *trvalý vysoký tlak* – niekedy sa v tejto súvislosti hovorí o neurogénnej hypertenzii. Veľmi často vplyvom stresu dochádza u detí k poruchám trávenia a k nechutenstvu, ale paradoxne aj k nárazovo zvýšenej konzumácii potravy ako „upokojujúceho“ fenoménu. Výkyvy v stravovaní podmienené výrazným stresom môžu viesť aj u detí k vzniku *vredovej choroby žalúdka a dvanástorníka*. Stresová *porucha menštruačného cyklu* je tiež častým prejavom hormonálnej nerovnováhy u mladých dievčat. Iným ochorením, ktoré sa dáva u detí do súvislosti so stresom je *astma*. Väčšina postihnutých má astmu tzv. atopického typu, čo znamená, že je spojená s inými alergickými prejavmi, najmä ekzémami. Stresové vplyvy astmu tohto typu zhoršujú, ale ešte výraznejšie sa uplatňujú pri astme tzv. vnútorného (neatopického) typu – tu sa uplatňujú najmä psychosociálne faktory, napr. rozvod rodičov. Veľmi často trpia stresované deti na *migrénu* – kruté bolesti hlavy, niekedy umiestnené len v jej jednej polovici a nezriedka sprevádzané zrakovými poruchami. Ale aj iný typ bolesti hlavy (tenzné, z napätia), ktoré sú lokalizované na šíji, môže byť vyvolaný stresom.

Denný režim dieťaťa by mal byť postavený tak, aby nedochádzalo k stresujúcim momentom alebo ak – tak v čo najmenšej možnej miere. Predpokladom je však výrazná disciplína samotného dieťaťa, ale najmä jeho rodičov, s ktorými žije v spoločnej domácnosti a sú pre neho stálou autoritou. Najlepší je osobný príklad – rodič sa snaží správať tak, ako by si to predstavoval u svojho dieťaťa. Okrem toho je tiež dôležitý rozvrh dňa, ktorý však veľmi často určujú rodičia na základe svojich potrieb i ambícií – čo chcú z dieťaťa „za každú cenu“ mať. Nie je zriedkavosťou, že toto pokusné napĺňanie svojich neuskutočených snov vedie rodičov k stresovaniu dieťaťa nadmernou psychickou aj fyzickou záťažou, nerovnováhou medzi zaťažením a oddychom, regeneráciou. Nároky, ktoré kladie na dieťa škola v rámci vyučovania a štúdiá v osobnom voľne sú vysoké, najmä ak je na ne sám, bez pomoci, a má pocit, že o jeho starosti naozaj nikto nemá záujem. Preto je vhodné, aby sa aspoň jeden z rodičov venoval dieťaťu kvôli školským problémom, a to denne! Nemusí to byť časovo náročná akcia, niekedy stačí naozaj iba „štvrt hodinka otázok a odpovedí“. Tým sa zlepší aj komunikácia v rodine, prílišné autoritatívne pôsobenie rodičov môže nadobudnúť nový, prijateľnejší rozmer. Rovnako tak relaxačné chvíľky. Dieťa často túži po pohybe a hre, ale nerado je pri takýchto činnostiach samo, najmä ak z najrozličnejších príčin nemá kamará-

tov. Vtedy, ale nielen vtedy, je najlepším partnerom rodič (najlepšie obaja), ktorý je ochotný venovať určitý čas pohybovej aktivite (je to aj pre jeho dobro i zdravie). Spoločné bicyklovanie, jazda na kolieskových korčuliach, plávanie, ale tiež spoločenské hry – to všetko je vzájomne prospešné pre deti aj ich rodičov. Isteže – v priebehu týždňa nemusí byť možné absolvovať tieto aktivity denne. Dôležité je však venovať sa im aspoň dvakrát do týždňa a potom v priebehu víkendu.

Veľmi závažným problémom u detí je „televízny a počítačový syndróm“. Má dva aspekty – fyzický a psychický. Fyzicky sa prejavuje v postupnej deformácii postavy dieťaťa a úbytku jeho svalstva v dôsledku nadmerného a nesprávneho sedenia pred obrazovkami. To sa dá riešiť dynamickým sedením na fitlopte alebo zvláštnej stoličke swopper, ale aj iných typoch ergonomicky tvarovaných sedacích súprav. Samozrejme tiež pravidelnou pohybovou aktivitou a redukciou počtu hodín prešedených pred monitormi počítačov a obrazovkami televízorov. Odporúča sa maximálne hodina denne, v prípade voľných dní maximálne dve a pol hodiny. Iným problémom je určitá psychická závislosť od obrazoviek, ktorá súvisí s počítačovými hrami, prostredníctvom ktorých vstupuje dieťa do úplne iného sveta, do *virtuálnej reality*. Dostáva sa tak do nereálnych obrazov, ktoré môžu vyústiť aj v jeho agresívne a ničím nebrzdené správanie. To je však potom otázkou odborníka na duševné zdravie, psychológa, psychiatra. Aj v takýchto prípadoch je dôležitý príklad rodiča.

Dieťa tretieho tisícročia má veľmi často nesprávne stravovacie návyky s čím súvisí aj jeho *pitný režim*, ktorý je vo vysokom percente nesprávny. Aj to súvisí s personifikáciou s hrdinami z obrazoviek, ktorí veľmi často konzumujú alkohol a kofeínové nápoje – absolútne nevhodné pre detskú populáciu (o dospelých nehovoriac). Tekutiny s obsahom kofeínu zvyšujú psychickú nestabilitu detí, ich agresivitu, nervozitu a rozrušenie, podporujú nespavosť. A navyše, veľmi často obsahujú veľké množstvo cukru, ktorý pri nedostatku pohybu dieťaťa prispieva k jeho nadváhe a vyúsťuje do obezity. Oveľa vhodnejšie sú nápoje nesladené a nekofeínové, najlepšie minerálne vody, ovocné šťavy a ovocné čaje. Výber je dostatočný. Pri minerálkach treba dávať pozor na to aké prvky obsahujú a najlepšie je poradiť sa s detským lekárom. Určite by totiž nemali tvoriť hlavnú časť pitného režimu dňa dieťaťa. Najlepším nápojom je obyčajná pitná voda. Denne by malo dieťa vypíť minimálne dva a pol litra tekutín.

Desatoro zdravia dieťaťa:

1. Nechajte dieťa spať aspoň osem hodín.
2. Zabezpečte pre dieťa pravidelnú stravu päťkrát denne a pokúste sa tak obmedziť jeho návštevy v rýchlych občerstveniach.
3. Venujte sa dieťaťu aspoň polhodinu denne (lepšie viac ako menej) v súvislosti s jeho školskými a osobnými problémami.
4. Pokúste sa aspoň dvakrát do týždňa a raz cez víkend venovať pohybovej aktivite spolu s dieťaťom podľa spoločného výberu.
5. Nekupujte svojmu dieťaťu kofeínové nápoje.
6. Povoľte dieťaťu jednu hodinu pred obrazovkou denne a maximálne dve a pol cez víkendové dni.
7. Kúpte dieťaťu fitloptu a dobrú stoličku podľa odporúčania lekára.
8. Nestresujte svoje dieťa nadmernými požiadavkami a nevnučujte mu nevyhnutne váš vkus. Ani vy ste neboli radi, keď to s vami robili vaši rodičia!
9. Venujte pozornosť výberu počítačových hier a kníh, ktoré má vaše dieťa v obľube.
10. Správajte sa tak, aby vaše dieťa bolo na vás hrdé a vy ste boli pre neho naozajstnou autoritou.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) považuje obezitu (tučnosť) a s ňou spojenú nadváhu za závažné chronické ochorenie, ktoré má až epidemický charakter a zasahuje celú zemeguľu. Na Slovensku má problémy s nadváhou a obezitou približne 1,5 až 2 miliónov ľudí (asi 50% dospelaj populácie), z ktorých až 10% trpí najvyšším stupňom postihnutia – ťažkou, tzv. morbidnou obezitou (prevládajú muži!). To je v prepočte asi 200 000 pretučnených Slovákov, ktorí by zaľudnili jedno väčšie mesto... A pritom – obezita patrí spolu s fajčením a nedostatkom pohybu medzi tri hlavné faktory, ktoré urýchľujú procesy znižovania výkonnosti a starnutia.

Podľa štatistík nadváha skraca život v priemere o štyri roky.

Lekári síce odhadujú, že pomerne vysoké percento obezity je podmienené geneticky (je vrodené), ale prijatie tejto teórie znamená pre mnohých určitú rezignáciu v boji s nadváhou. Radšej skúsia pasívne čakať až budú genetickí inžinieri schopní takúto poruchu opraviť, ako robiť pre to niečo iným, aktívnym spôsobom, ktorý „obťažuje“? „Lepšie“ je (asi) zmieriť sa s osudom... (!?) Alebo predsa nie?

V tom prípade skúsme počítať, skúsme rozmýšľať o prijatých množstvách energie v strave a nápojoch a o ich aktívnom výdaji. Lebo najlepšie je:

- konzumovať stravu s takou energetickou hodnotou (kcal), aby sme mali hmotnosť blízku ideálnej, z čoho vyplýva, že ak je vyšší príjem potravou, musí byť aj vyšší výdaj fyzickou aktivitou (hodinová pomalá jazda na bicykli spáli 200 kcal, ale sedenie pri obrazovke maximálne 50 kcal),
- obmedziť príjem tukov,
- obmedziť energetický príjem z alkoholu (tolerovaná dávka je 2-3 dcl vína alebo jedno pivo alebo jeden malý pohárik tvrdého alkoholu),
- jesť čo najmenej bieleho rafinovaného cukru, je energeticky príliš bohatý a neobsahuje žiadne ďalšie zaujímavé látky, sú to len prázdne kalórie (pozor na sladké osvieženie – napr. jeden liter štandardného kolového nápoja obsahuje 24 kociek cukru!),
- mať jedálny lístok plný pestrej stravy s prevahou zeleniny a bieleho mäsa (hydina, ryby).

Nie je to možno jednoduché, ale stačí začať a už to pôjde.

Kalórie sú totiž ako gangstri – vykrádajú život.

Zásady stravovania

Budeme jesť len vtedy ak sme hladní a nie keď máme chuť. Lebo chuť niečo konzumovať má súčasný človek stále. Stačí, aby pravidelne sledoval televízne programy a reklamu, prípadne mal neustále na dosah nejakú potravinu alebo nápoj. Jedlo nemáme nikdy vo svojej blízkosti, ale vždy si musíme pre neho niekam ísť.

Potravu si rozdelíme v priebehu dňa do viacerých menších dávok. Pokojne môžeme jesť päťkrát denne, ale množstvá musia byť malé. To platí aj pre víkendy, kedy sa naša tendencia – aspoň raz za čas poriadne jesť mení v nekontrolovateľný konzum. Preto používajme taniere menšieho priemeru. Veľkosť porcie príloh a polievok je najlepšie merať polievkovou naberačkou. Dostatočné sú jedna až dve. Hlavné jedlo má byť cez deň iba jedno. **Do-držiavame „zásadu jedného kusu“** – iba jeden predkrm (polievka), jeden šalát, jedna príloha, jeden dezert.

Potravu konzumujeme pomaly a dôkladne ju rozžujeme. Môžeme pokojne pri jedle premýšľať. Celý obrad stravovania trvá dlhšie, je pokojnejší a aj pri menších dávkach dôkladne zasýti. Pre stravovanie platí určite zásada: *Ponáhľaj sa pomaly!*

Prednosť v zložení dennej potravy majú šaláty, čerstvá zelenina, biele mäso (ryby, hydina, králik) a namiesto sladkostí si doprajeme čerstvé ovocie. Vyhýbame sa cukru, sladkostiam, zákuskom, sušienkam, čipsom,

orieškom a iným – „malým, ale vysoko kalorickým potravinám“.

Vyberáme si jedlá s nízkym obsahom tuku – grilované, varené v pare alebo krátko vo vode. Nekonzumujeme vyprážené jedlá.

Pijeme veľa vody a nízkokalorických nealkoholických nápojov. Vyhneme sa presladeným a bublinkovým.

Obmedzíme alkohol, pretože má veľa kalórií a napomáha zvyšovať nadváhu, ničí osobnosť a pomaly, ale isto likviduje zdravie organizmu.

Nestriedame ľadové a horúce jedlá a nápoje.

Zásady pohybu

Využijeme každú príležitosť k pohybu „po vlastných“. Nepoužívame eskalátory, chodíme pešo. Nečakáme pasívne na zastávke MHD – ak vieme, že dopravný prostriedok príde o 10 minút, prejdeme jednu zastávku pešo. Pokojne parkujeme ďaleko od miesta, kde sme chceli pôvodne zastať. Aspoň sa kúsok prejdeme.

Odpočívame v pohybe. Víkend a voľný čas cez týždeň alebo dovolenka nie je predsa príležitosť na „preležanie“, ale na zotavenie. Najlepší pre náš organizmus je *aktívny oddych*. Pohyb neznamená nevyhnutne beh alebo športovú aktivitu – je to aj prechádzka alebo práca v záhrade či domácnosti.

Pohyb neznamená zdvíhanie ťažkých bremien alebo vzpieranie čieniek či „zápasenie“ s vysokými váhami v posilňovni. **Pre organizmus je dôležitý vytrvalostný pohyb** (rýchla chôdza na väčšie vzdialenosti – 5 až 7 kilometrov, beh, plávanie, bicyklovanie, jazda na kolieskových korčuľiach a pod.).

Do pohybu zapájame celú rodinu. V prítomnosti rodinných príslušníkov nám aktívny pohyb nepripadá „únavný“, je pre organizmus prijateľnejší, v lepšej nálade a harmónii. Je to aj príležitosť k tomu, aby bola rodina spolu čo najčastejšie.

Pohyb je najlepší liek proti duševnému vyčerpaniu a prepätiu. Najrozličnejšie následky stresu a prepracovania, depresie, neurózy a poruchy nálady vyháňa z tela a mysle človeka správne dávkovaný aktívny pohyb.

Pohyb v zdraví aj chorobe znižuje príjem klasických liekov. Ak sa pravidelne pohybujeme a vieme ako – aj pri najťažších ochoreniach sa cítíme oveľa lepšie a nemusíme konzumovať toľko tabletiiek či kvapiek.

Pohyb zlepšuje koncentráciu, zvyšuje kreativitu a zlepšuje psychickú výkonnosť. Akýkoľvek aktívny pohyb, ktorý je kombinovaný s hrou

(napr. s loptou) alebo súťažou zvyšuje nielen fyzické, ale aj duševné výkonnostné parametre. Príjemne fyzicky vyčerpaný človek má oveľa lepšie nápady a konštruktívnejšie myslenie.

Najlepší a najzdravší je pohyb na predpis. Oveľa lepšie ako začať sami a bez odbornej konzultácie, je – pred úmyslom začať sa aktívne pohybovať a nič nepokaziť – navštíviť príslušného odborného (ak trpíme nejakou chorobou) a telovýchovného lekára (ak nevieme, že máme nejaké poškodenie zdravia, ale pred začatím pohybu o sebe chceme čosi vedieť), ktorý nám po prehladke „predpíše“ druh a intenzitu pohybu – aby tento pomohol a nepoškodil.

Pri aktívnom pohybe dbáme na správnu obuv a oblečenie. Aj preto je dobré pred naším úmyslom začať sa aktívne pohybovať (najmä ak sme sa viacej rokov „nehýbali“) absolvovať lekársku prehladku. Lekár nám poradí typ a druh pre nás nezávadnej obuvi a oblečenia, ktoré budú efekt pohybu zvyšovať a zaručia nám pri ňom duševný aj telesný komfort.

Zdravé sedenie

Aj keď sa nehýbeme, môžeme byť pohybliví

Posedávanie z nás vytvára „postavy na podopieranie“ alebo nový druh ľudskej bytosti – *Homo saedens* (človek sediaci) ? (ale nemusí to tak byť – hoci budeme naďalej väčšinu dňa sedieť, stolička nebude naša barlička! Aká to bude stolička ?)

Ročne presedíme v priemere viac ako tri tisíc hodín. A to existujú experti, ktorí dokážu aj päť tisíc hodín a viac udržiavať svoju telesnú schránku v týchto dvoch neprirodzených pravých uhloch – s prehnutými kolenami i driekom !

Môže takýto človek zostať zdravý ? Za určitých okolností áno...

Dolné končatiny sú pri sedení podľa zákonov hydromechaniky viacej zaťažené. Krvné riečište sa totiž správa ako vodovodné potrubie vo viacposchodovom dome. Vo vyšších poschodiach je tlak vody nižší a na prízemí vysoký. Z tohto dôvodu sa často na dolných končatinách robia kŕčové žily. Staré typy kresiel mali preto podložku pod nohy. Zohnutie v kolenách a bederných kĺboch tak nachýlilli panvu smerom dopredu a zmenšili zakrivenie bedernej chrbtice, čím sa uvoľnilo brušné svalstvo. Miesto podložiek sa dnes robia kreslá nízko nad zemou. Príjemne sa v nich síce sedí, ale ťažko sa do nich sadá a ešte ťažšie vstáva – je to fyzicky náročný výkon, ktorý nasleduje po príliš pasívnej polohe.

Keď už sedieť, tak aktívne: na posede, ktorý vyžaduje určitý „nenútený“ pohyb *(alebo) byť pohyblivý na pohyblivom*.

Fitlopta alebo návrat k hravým časom – má veľké výhody oproti klasickej stoličke v zmysle zabezpečenia tzv. aktívne-dynamického sedu. Pri sedení na fitlopte je možné sa stále trochu pohybovať, pohupovať. Poloha v sede teda nie je taká monotónna, sme stále v pohybe. Vzpriamené sedenie je na fitlopte ľahšie ako na klasickej stoličke, pričom fitlopta podporuje optimálny sklon panvy – mierne naklonenie dopredu. Ďalšou výhodou takéhoto sedenia je, že pri sedení na fitlopte si nemôžeme prehodiť nohu cez nohu (tento zlozvyk veľmi škodí chrbtici). Fitlopta logicky nemá operadlo, je to vlastne akoby nestabilná plocha, ktorá núti sediaceho stále aktívne zapájať svalstvo trupu. Pohupovanie na fitlopte blahodárne pôsobí na medzistavcové platničky chrbtice – strieda sa tak totiž neustále ich zaťaženie a odľahčenie. Sedenie na fitlopte má aj relaxačno-psychologické účinky. Pohupovaním a neustálymi miernymi pohybmi môžeme totiž rozptýliť nepokoj a nervozitu.

Správna veľkosť lopty, najmä na sedenie, je veľmi dôležitým faktorom. Vždy je treba pamätať na individualitu každého jednotlivca. Dôležitá je nielen výška postavy, ale tiež vzájomný pomer dĺžky horných končatín a trupu. Preto je vhodné nechať si poradiť od odborníka. Pri sedení na fitlopte za stolom je rozhodujúca výška pracovnej plochy. Stôl má správnu výšku, ak pri vzpriamenom sedení, keď sú ramená voľne spustené, boli lakte v úrovni pracovnej plochy stola.

Swopper – alebo kto sa pri sedení vrtí, ten sa príliš neunaví

Jediná stolička na svete, ktorá sa dokáže prispôbiť sedacím návykom svojho používateľa je čudom, ktoré má vlastnosti fitlopty aj klasickej stoličky bez operadla – taburetky. Je známe, že bežným stoličkám sa musí prispôsobovať človek, a tento stav jeho telu príliš neprospieva. Swopper však reaguje na každý pohyb sediaceho človeka a pocit zo sedenia je príjemne komfortný.

Pri sedení na swopperi sú umožnené tri základné pohyby – vertikálne pohupovanie (zhora nadol a naspäť), výkyvy do všetkých smeroch a otáčanie – rotácia. Záleží len na vás, ako budete sedieť – nikdy to vlastne nebude nesprávne. Swopper zabezpečuje podobne ako fitlopta správny sklon panvy a driekovej chrbtice v predozadnej rovine. Možnosť pohupovania zabezpečuje špeciálna pružina a výsledkom je nenápadný, ale efektívny výcvik trupového svalstva a odľahčenie platničiek. Reaguje aj svalstvo dolných končatín, zlepšuje sa prekrvenie. Špeciálny kĺbový mechanizmus swoppera

umožňuje zadné, bočné aj diagonálne posuny a tým úplne odlišnú situáciu z hľadiska ergonómiky využitia pracovnej plochy. Aby sme dosiahli vzdialené body kancelárskeho stola, musíme sa na kancelárskej stoličke s kolieskami posúvať. Na swopperi to dokážeme z jedného pevného bodu iba natiahnutím hornej končatiny. Stolička sama kopíruje náš pohyb a zmenu ťažiska. Podobne je to s rotačným pohybom a krúžením. Pre starších aj mladších, vysokej aj nízkej postavy, pre ľudí s nadváhou aj bez nej – swopper sa dá nastaviť pre každého zvlášť podľa výšky, váhy a aktuálnej situácie. Jednoduchou manipuláciou nastavíme výšku sedadla, silu pružiny a rozsah bočného kyvu. Táto aktívna stolička disponuje perfektnou stabilitou a je pritom mimoriadne elegantná. Naozajstná ozdoba kancelárie, či bytu – napokon medzi svoje exponáty ju zaradilo dokonca aj Múzeum moderných umení v New Yorku ako príklad kedy umenie omladzuje a lieči nielen dušu, ale aj telo.

Kráčajte do zdravia

Výrazná premenlivosť počasia a klimatické zmeny niektorým vekovým skupinám pomaly, ale iste začínajú znemožňovať fyzické pohybové aktivity vo vonkajšom prostredí (bicyklovanie, rôzne hry a podobne), viazané na určitú teplotu vzduchu a druh terénnych povrchov aj prostredia. Hýbať sa na čerstvom vzduchu je ale potrebné, a tak nám nezriedka zostáva naporúdzi „iba“ pohyb, ktorého význam ako keby sme neustále podceňovali – *vzpriamená chôdza*. Napriek tomu, že ide o jednu z najdôležitejších a najcharakteristickejších ľudských pohybových aktivít, prakticky vymizla z repertoáru možno až príliš „civilizovaného“ človeka. A pritom – chôdza je pre človeka pohyb tak prirodzený a dôležitý ako lietanie pre vtákov...

Kráčanie predstavuje výborný prostriedok na udržiavanie duševnej rovnováhy, predchádzanie stresom, pocitom úzkosti, neistoty, vyčerpaniu alebo depresii. Chôdza, pri ktorej poriadne pridáme do kroku, prehĺbuje pocit duševnej sviežosti a zvyšuje pocit energie. Treba sa iba skutočne poprechádzať...

Ľudia majú, hoci si to ani neuvedomujú, po rýchlejšej chôdzi nutkanie a chuť do aktívnej činnosti. Stačí na to krátka a rýchla prechádzka trvajúca 10 – 15 minút – iba sa „trocha prejsť“. Dokonca aj osobné a zdravotné problémy sa po takomto skromnom „telocviku“ zdajú menej závažné. Chôdza zlepšuje látkovú premenu v ľudskom organizme, priaznivo pôsobí na trávenie, posilňuje dýchacie svalstvo, dobre pôsobí na znižovanie krvného tlaku a kondíciu srdca, perspektívne

upravuje spánok. Chôdza istej intenzity je predpisovaná v určitom dávkovaní ľuďom s cukrovkou, pri ťažkostiach s dýchacími cestami (astma, chronický zápal priedušiek), ale aj pri problémoch so srdcom (po prekonaní infarktu, pri ischemickej chorobe srdca, vysokom tlaku) a s dušou (neurózy). Chôdza je, popri plávaní, pri predpisovaní pohybového režimu veľmi dôležitá u ľudí s nadváhou a postihnutím kĺbov. Vtedy je oveľa výhodnejšia ako behanie – kĺbové spojenia netrpia otrasmami a povrchovým diskomfortom. Chôdza je skrátka zábava aj lacný, ekonomicky výhodný liečebný a preventívny prostriedok, ktorým môžeme naštartovať svoj pohybový režim. Postupne dokážeme tráviť chodením aj dlhší čas v prírode turistickými výletmi a nevádi ani ľahšia nepriazeň počasia. Skôr naopak. Tam sa náš fyzický zážitok a jeho blahodárne účinky na organizmus znásobuje vďaka prírodnému prostrediu, ktoré nezanedbateľne vplýva na psychiku.

V ostatných desiatich rokoch vidáme čoraz častejšie chodiť ľudí všetkých vekových skupín s palicami, ktoré pripomínajú tie používané pri bežeckom lyžovaní. Chôdza, pri ktorej si chodec pomáha palicami, má marketingový názov *nordic walking* (možno preto je niekedy nazývaná slangovo *severská chôdza*) a oficiálne „vznikla“ (bola patentovaná) v roku 1997 vo Fínsku. Samotní Fíni o tejto aktivite hovoria vo svojom rodnom jazyku ako o *sauvakavely*, čo v preklade znamená: *chôdza s palicami*. Vzdialene pripomína turistické pochody vo vyšších horách s oporou teleskopických skladacích palíc, pomocou ktorých ich užívatelia uľavujú kolenám a bedrovým kĺbom pri chôdzi z kopca a pomáhajú si nimi pri strmých výstupoch. Turisti používajú dvojdielne až trojdielne palice dĺžky od 60 do 145 cm, ktoré sa dajú zložiť do ruksaku. Bývajú z hliníka alebo duralu s oceľovým, prípadne vídiovým hrotom. Rukoväť je z plastu, lepšie z korku, s upevňovacím remienkovým mechanizmom a v ostatnej dobe aj s jej odpružením, aby netrpeli zápätia.

Kráčanie s palicami je špecifická dynamická kondičná chôdza v rôzne náročnom prírodnom teréne, ktorá je vhodná takmer pre všetky vekové a výkonnostné kategórie oboch pohlaví. Jej najväčší potenciál je v jednoduchosti, dostupnosti a mnohostrannosti. Nie je iba jednoduchým „kráčaním“, ale komplexným kondičným cvičením, kde si každý môže zvoliť svoje tempo a cieľ – od rekreačných prechádzok až po tréningové jednotky najvyššej intenzity (napríklad beh s palicami). Pomôže zlepšiť fyzický (a psychický) stav aktívne športujúcim, ale aj ľuďom, ktorí nemajú žiadnu predchádzajúcu skúsenosť s aktív-

ným alebo rekreačným pohybom (aj takí sú medzi nami !). Dá sa vykonávať individuálne, ale pre väčšie potešenie, zábavu a umocnenie zážitku najlepšie s priateľmi alebo v skupine podobne nadšene naladených a motivovaných jedincov.

Účinnosť chôdze s palicami z hľadiska fyzického tréningu je o 40 až 50 percent vyššia ako pri normálnej chôdzi. Zapája sa takmer 90 percent podstatných telesných svalov. Kráčajúci má vďaka lepšej stabilite a istote pocit bezpečia, čo je výrazná výhoda pre ľudí najmä staršej generácie a seniorov, ktorí majú často väčšie či menšie problémy s rovnováhou, stabilitou a koordináciou – „motá sa im hlava“. Preťažovanie nosných kĺbov (kolená, bedrá) je o 30 percent nižšie, preto je severská chôdza dobre tolerovaná pri degeneratívnych ochoreniach chrčtice aj kĺbových spojení typu artrózy. Je jednou z najvhodnejších pohybových aktivít pri osteoporóze (rednutí kostí).

Na dosiahnutie predpokladaných pozitívnych účinkov tohto druhu chôdze je potrebné poznať správnu techniku. Nie je komplikovaná, ale bez jej znalosti by mohlo mať používanie palíc minimálny a v určitých prípadoch aj negatívny efekt. Osvojenie si techniky netrvá dlho, je zábavné aj motivačné a každý veľmi rýchlo napreduje. Dôležité sú:

1. *Súhra* (koordinácia) – zladenie pohybu rúk a nôh s palicami tak, aby sme sa cítili prirodzene a palice nám „neprekážali“.
2. *Odraz* rukou s palicou sa vykonáva keď je táto za telom a ruky tak vlastne udávajú rýchlosť a tempo chôdze.
3. *Dĺžka kroku* – pri pomalej chôdzi krátke kroky, pri rýchlejšom dlhé kroky.
4. *Pozícia tela* – trup je mierne naklonený dopredu.
5. *Ohybnosť* – získavame ju rozcvičením pred chôdzou a popreťahovaním po chôdzi.

Pri kráčaní s palicami po rovine je trup mierne predklonený, pohľad smeruje dopredu, hlava je v línii tela. Ramená sú posadené skôr dozadu a dolu a pri chôdzi akoby vykonávali „tanečný pohyb“ dopredu a dozadu pri miernej rotácii oproti panve počas každého kroku. Hrudník by mal byť uvoľnený. Striedavý pohyb rúk začína odrazom za telom pri natiahnutom lakti. Palice sú vedené (nesené) pozdĺž tela, kopírujú jeho naklonenie, smerujú dozadu. Prednú palicu zapichujeme nie ďalej ako pri päte prednej nohy. Ruku, zvierajúcu rukoväť a opierajúcu sa o pútko z nej, uvoľňujeme na konci odpichu (v lakti je napnutá).

Pri chôdzi do kopca je predklon tela výraznejší a kroky sú o niečo kratšie. Viacej sa zapájajú svaly hornej polovice trupu, a zadnej strany stehien a lýtok. Správne používanie palíc odľahčuje dolné končatiny a postupne umožní predĺžiť krok aj pri stúpaní. Kráčanie do mierneho kopca je ideálnou príležitosťou lepšie pochopiť a ľahšie nacvičiť tento typ chôdze u začiatočníkov.

Ak schádzame z kopca, kroky bývajú výrazne kratšie a ťažisko tela je uložené pomerne nízko. Kolená sú počas chôdze neustále v mier-
nom pokrčení, chodidlá sa dotýkajú povrchu väčšinu času celou plo-
chou a fungujú ako pribrzďovače telesného pohybu. Odpich palicami
je menej výrazný; viac slúžia ako opora na odľahčenie kĺbov dolných
končatín. Kráčanie z kopca vyžaduje väčšiu opatrnosť pri narábaní s pa-
licami, aby nedochádzalo k úrazom.

Používané oblečenie a obuv by mali byť prispôsobené aktuálnym
podmienkam. Odev musí byť ľahký, vzdušný a pritom s dobrou tepel-
nou izoláciou a odvádzaním potu. Obutie vyžaduje kompatibilitu s te-
rénom – v prírode na lesných cestách sa hodí ľahšia športová obuv, ale
v členitom teréne skôr vyššie obutie so spevneným okolím členkov. Dô-
ležité sú samotné palice (veľmi podobné bežeckým lyžiarskym), kto-
rých nesprávny výber môže spôsobiť viac zla ako osohu. Rukoväť by
mala byť ergonomická (vhodný tvar na držanie) a vyrobená „na omak“
z príjemného materiálu (napr. zmes gummy a korku). Jej funkciou je mi-
nimalizovať rozličné vibrácie, ktoré by mohli negatívne pôsobiť na zá-
pästie, lakeť a rameno. Rovnako tak pútka, ktoré pridržiavajú ruku,
musia byť mäkké, anatomicky tvarované, konštrukčne jednoduché.
Aby neodierali zápästie a boli dĺžkou nastaviteľné pre prípad použitia
zimných rukavíc. Telo palice musí byť pevné a patrične ohybné, di-
menzované na tlaky a nárazy počas chôdze alebo prípadného behu.
Pružnosť je dôležitá na ochranu ramien. Dôležitým kritériom je hmot-
nosť palíc – pri chôdzi by sme ich prakticky nemali vnímať. Plastový
košík na dolnom konci zabraňuje príliš hlbokému zaboreniu palice do
povrchu. Koncový hrot má špecifiká podľa terénu – buď je ostrý alebo
má protisklzový gumový násadec. Dĺžka palice by sa mala konzultovať
s odborníkom, ale v princípe sa vypočítava dvomi spôsobmi – výška
postavy mínus 55 alebo výška postavy krát 0,72.

Niektoré chyby môžu ohroziť pozitívny účinok tohto typu chôdze.
Ide najmä o:

1. Nesúlád súhry pohybov (koordináciu) horných a dolných končatín
2. Nesprávne držanie tela – prílišné hrbenie, hlava v predklone alebo predsunutá medzi ramenami
3. Prehnane vzpriamený trup („ako svieca“)
4. Odrážanie sa palicami vpredu
5. Křčovité držanie rúkovaťe
6. Nesprávne navlečenie pútka (remienok) palice na zápästie
7. Horné končatiny príliš pri tele
8. Príliš dlhé kroky
9. Nevhodná obuv
10. Chôdza bez rozcvičenia a „docvičenia“ (popretáhovania)

Literatúra:

- Daněk, K.: Chůze znovu objevená. Vyd. Olympia – edice Kondice, Praha 1989
- Davidson, J.: Jak zvládnout stres (pro úplné idioty). Vyd. Pragma, Praha 1998
- Dessaintová, M. – P.: Nezačínajte stárnout. Vyd. Portál, Praha 1999
- Janů, L. a kolektiv: Chronický únavový syndrom. Vyd. Triton, Praha 2003
- Johnson, R. A., Ruhl, J. M. : Kniha o spokojenosti. Vyd. Portál, Praha 2000
- Jurkovičová, J.: Vieme zdravo žiť ? Vyd. Univerzita Komenského, Bratislava 2005
- Jursík, D.: Plávaním k zdraviu a kondícii. Vyd. SÚV ČSZTV, Bratislava 1987
- Kovács, L. a kolektiv : Nové trendy vo výžive detí. Vyd. Univerzita Komenského, Bratislava 2008
- Malchárek J. a kolektiv : Sila osobnosti ... alebo ako neprehrať sám so sebou. Vyd. Občianske združenie Športom proti drogám. Bratislava 2004
- Malovič, P.: Mlado až do staroby (a ešte aj v nej). Bratislava: Ikar, 2003
- Placheta, Z. a kolektiv : Zátěžová funkční diagnostika a preskripce pohybové léčby. Masarykova univerzita, Brno: 1995
- Snell, J.: Chvála malých neřestí. Praha: Lika Klub, 2000
- Tepperwein, K.: Šanca na nový začiatok. Bratislava: Ikar, 2004
- Voráč, M.: Kreativní Time Management. Praha: Pyramida system CZ, 2004
- Wolf, J.: Antropologie pro každý den. Praha: Pyramida system CZ, 2004

NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA Z POHĽADU PSYCHOLÓGA

Judita Stempelová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Katedra psychológie

Starostlivosť o duševné zdravie nesporne patrí medzi prioritné úlohy spoločnosti, aby sa zachovala produktivita jednotlivcov, harmonický život v rodinách či komunitách a zmysluplný život, ktorý rozvíja v človeku kreativitu a aktívnosť. V roku 2002 WHO spracovala štatistické údaje z členských štátov EÚ do tzv. „Zelenej knihy“, kde vymedzila hlavné línie pre zabezpečenie zdravého života každého národa. Začiatkom januára roku 2005 sa v Helsinkách stretli ministri zdravotníctva členských štátov Európskeho regiónu SZO (WHO), aby sa vyjadrili k aktuálnym výzvam, dali riešenia a napokon formulovali deklaráciu o ochrane duševného zdravia pre Európu. V preambule sa odvolávajú na staršie dokumenty o duševnom zdraví, ktoré vzhľadom na aktuálnu situáciu vo svete potrebujú rozšírenie:

- o podporu duševnej pohody,
- o riešenie stigmy, diskriminácie a sociálneho vylúčenia,
- o prevenciu problémov duševného zdravia,
- starostlivosť o ľudí s problémami duševného zdravia poskytujúc účinné služby a intervencie,
- o vyliečenie a zaradenie do spoločnosti tých, čo majú vážne problémy duševného zdravia.

Ďalej sa v deklarácii hovorí, že „duševné zdravie je významné pre ľudský, sociálny a ekonomický kapitál národov, preto by malo byť považované za integrovanú a podstatnú časť ďalších oblastí integrovanej politiky ako sú ochrana ľudských práv, sociálna starostlivosť, školstvo a zamestnanosť“ (SZO, konferencia 6.12.2004). Pre modernizáciu Európskeho regiónu sa zaväzujú plniť nasledovné priority:

- podpora uvedomenia si významu duševnej pohody,
- kolektívne riešenie diskriminácie a nerovnosti,

- implementácia komplexných liečebných programov a účinných systémov pre ochranu duševného zdravia,
- adresovanie potreby kvalifikovanej pracovnej sily na zisťovanie skúseností a vedomostí od užívateľov služieb pre ďalšie plánovanie.

Na najbližších desať rokov sa teda prijal program, ktorý má byť rozpracovaný na národných úrovniach a v medzirezortnej spolupráci a s vytvorením siete spolupracujúcich centier v oblasti duševného zdravia.

Popri ministerstve zdravotníctva SR je Rada pre národný program duševného zdravia, ktorá vypracovala vlastný program, v ktorom bolo prijatých 45 konkrétnych úloh.

Tieto sa týkajú hlavne týchto oblastí:

- | | |
|---|------------|
| • Psychiatria a pacienti liečení na tomto oddelení | 9 úloh |
| • Psychofarmaká a lieky na zabezpečenie liečby | 6 úloh |
| • Informovanosť obyvateľov o problémoch duš.zdravia | 6 úloh |
| • Vzdelávanie v oblasti duševné zdravia | 6 úloh |
| • Sieť starostlivosti o duševné zdravie | 5 úloh |
| • Legislatíva zameraná na duševné zdravie | 4 úlohy |
| • Medzirezortná spolupráca | 3 úlohy |
| • Duševné zdravie v regiónoch | 3 úlohy |
| • Prieskum, spolupráca s WHO a s mimovlád.org. | po 1 úlohe |

Slovenský národný program duševného zdravia vypracovali odborníci z prevažne medicínskeho prostredia (členovia komisie sú lekári, zdravotné sestry a iní zdravotnícki pracovníci), čím aj rozsah ich úloh zastrešujú tie oblasti, ktoré vychádzajú prevažne z medicínskeho modelu zdravia.

Týkajú sa týchto oblastí:

1. Životné prostredie
2. Vzdelávanie o zdraví
3. Podpora zdravia v záťaži
4. Orientácia na rizikové deti (deti z ústavov, od narodenia choré, s poruchami správania, deti citovo deprivované)
5. Orientácia na sociálne zaostalé rodiny (alkoholici, CAN, týranie)
6. Orientácia na rizikové matky (simplexné, sociálne zaostalé, závislé od alkoholu, drog)
7. Zdravotne znevýhodnení ľudia

8. Vstup na trh práce – (rizikové pracoviská, ľudia po liečbe, prevencia úrazov na pracoviskách)

Pohľad psychológa na duševné zdravie je komplexnejší, zahrňujúci aj oblasť vlastných osobnostných zdrojov a oblastí, dotýkajúcich sa bezprostredne jeho života (ekológia, práca, sociálno-kultúrne otázky, atď.). Z tohto dôvodu sa odporúča zahrnúť do podpory duševného zdravia aj tieto aspekty života :

1. Zdravý životný štýl a zmysluplnosť života
2. Podpora salutoprotektívnych faktorov zdravia
3. Prevencia životných ťažkostí
4. Tréning zvládania životných problémov
5. Prevencia závislého správania
6. Pestovanie pozitívnych emočných stavov
7. Zdravá sexualita a reprodukcia
8. Ekologické vplyvy, výživa a bývanie rodín
9. Širšie otázky socio – kultúrneho začlenenia človeka
10. Otázky životnej spokojnosti a vnútornej rovnováhy

Psychológovia sa len sekundárne podieľajú na tomto programe v rámci svojej odbornej činnosti na klinických pracoviskách, v školách či aj v širšej verejnosti. Výrazne absentujú vzdelávacie programy na základných školách, masmediálne programy i programy, ktoré by mali byť zahrnuté do celoživotného vzdelávania dospelých pracovníkov (manažéri duševného zdravia).

Klinickí psychológovia prijatím zákona o liečebnom poriadku stratili svoje miesta v zdravotníckych zariadeniach (ich počty sa nápadne zredukovali) a neboli vytvorené miesta, na ktorých by boli „strážcami duševného zdravia“ národa. Je však na zváženie, či úlohy, ktoré prijalo ministerstvo zdravotníctva v národnom programe postačujú na udržanie duševného zdravia ľudí na Slovensku.

Z pohľadu psychológa je Národný program podpory duševného zdravia značne psychiatricky orientovaný (úlohy zahrňujú psychiatrickú liečbu, starostlivosť o duševne chorých, legislatívne a medikamentózne aspekty...). Programy sú veľmi regionálne, nemajú širší dosah či už ide o vzdelávanie, výskum i konkrétne návrhy. Spolupráca s medzinárodnými organizáciami je veľmi všeobecná, nedá sa posúdiť ako sa bude spolupráca rozvíjať v aspekte prevencie, liečby či vo výskume. Tiež sa

nedá z národného programu vyčítať, nakoľko počíta s inými odborníkmi, aj keď sú spomenuté aj iné rezorty. Psychológ vníma tento program ako nekonceptný a celkom nedostatočný pre súčasné potreby obyvateľov Slovenska. Požiadavky WHO, ktoré sme našli v „Zelenej knihe“ nie sú implementované v programe a tak možno konštatovať malú funkčnosť programu.

Utópiou Národného programu duševného zdravia je, že všetky stanovené úlohy sa majú plniť bez nárokov na štátny rozpočet, to znamená, že nebude žiadne finančné krytie, čím sa vopred deklaruje kvalita tohto programu.

Dovoľujem si poskytnúť aspoň niekoľko námetov na zahrnutie do programu:

1. Vypracovať učebnicu pre základné školy s tematikou duševného zdravia a na všetkých stupňoch školského vzdelávania mať predmet, kde by boli zahrnuté poznatky z oblasti psychológie zdravia.
2. Vytvoriť systematické vzdelávacie kurzy v tejto problematike v rozhlase, televízii, v tlači, aby sa širšia verejnosť dozvedela o zásadných pilieroch duševného zdravia.
3. Vzdelávať špecializovaných odborníkov na vysokých školách formou postgraduálnych kurzov, študijných programov.
4. Preventívnymi opatreniami ovplyvniť isté aspekty závislého správania človeka.
5. Venovať zvláštnu pozornosť minoritám a ohrozeným skupinám ľudí (alkoholici, rodiny so závislými osobami, rómske komunity, utečenci...)
6. Už v konštituovaných poradniach pre podporu zdravia v okresoch zamestnať psychológov.
7. Sociálnych pracovníkov viac angažovať v starostlivosti o duševné zdravie národa.

Porovnajúc zmeny, ktoré sa v spoločnosti udiali, hlavne v oblasti plnenia „Národného programu duševného zdravia“ oproti roku 2006, treba konštatovať, že sme sa ďaleko vpred neposunuli. (Pozri: Selko, D: Národný program DZ SR rok 2006, konferencia Věrněřovice).

V závere by som rada upozornila na niektoré štatistiky zo „Zelenej knihy“, kde sa uvádza, že najbežnejšími formami zlého duševného zdravia je **úzkosť a depresia** a že ročne v EÚ **zomrie asi 58 tisíc obyvateľov v dôsledku samovraždy**, čo je viac, ako úmrtia spôsobené dop-

ravnými nehodami, vraždami, či HIV/AIDS. Je veľký rozdiel medzi jednotlivými štátmi EÚ (Grécko 3,6 samovraždy na 100 000 obyvateľov, kým v Litve je to 44 prípadov). Rozpočet a financovanie zdravotníctva je tiež rozdielny, Slovensko sa nachádza na poslednom mieste finančného krytia nákladov na podporu zdravia.

Je teda na mieste, aby sme otázkam duševného zdravia venovali patričnú starostlivosť na všetkých úrovniach spoločenského života, každý vlastnou mierou osobnej zodpovednosti za pracovné miesto, ktoré v spoločnosti zastávam.

Literatúra:

Národný program podpory zdravia. Zdravie pre všetkých v 21.storočí. Národné centrum podpory zdravia, Bratislava, 2000, ISBN 80- 7159-123-8

Selko, D.: Národný program DZ SR – rok (1?) 2006, Konferencia SPZ ČMPS Věrněřovice, 19.-21.5.2006

www.duševné zdravie v EU: Duševné zdravie Európanov, ZELENÁ KNIHA, Zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva. „K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu“. Komisia európskych spoločenskostí, Brusel, 14.10.2005.

www.národný program zdravia, príloha č.1: Plán úloh na obdobie dvoch rokov.

www. SZO.Európa: Konferencia európskych ministrov WHO o duševnom zdraví. Výzvy a riešenia, Helsinky, Fínsko, 12-15.1.2005

FORMOVANIE POSTOJA K PODPORE ZDRAVIA V RODINE

¹PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH, ²Doc. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.,

³Mgr. Renáta Knezovič

¹Katedra medicínskej sociológie, Ústav spoločenských vied a cudzích jazykov, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

²Ambulancia praktického lekára, Nové Zámky

³Katedra sociálneho lekárstva, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Charakteristiky rodiny

Rodina je základnou prirodzenou **sociálnou skupinou**, ktorá stabilizuje spoločnosť a zabezpečuje jej reprodukciu. Fungujúca rodina je optimálnym prostredím, v ktorom si dieťa osvojuje životné hodnoty najprirodzenejším a najúčinnjším spôsobom (1). Na to, aby dieťa mohlo postupne a bez problémov vrásť do zložitého prostredia dospelých, potrebuje v prenatalnom i v postnatalnom období svojho života lásku, ochranu, pocit bezpečia a istoty, priateľské vedenie a rodičovský vzor. Rodičia sú pre dieťa vzorom v každom období jeho života. Vďaka tomu sa môže vo svojom správaní riadiť vzormi osôb, ku ktorým má citový vzťah. Dieťa pozoruje a napodobňuje rodičov, často preberá ich návyky, záľuby. Rodičia svojím správaním kladne alebo záporne ovplyvňujú utváranie príslušných sexuálnych postojov detí (11).

Dôležitosť vzťahov, celková blízkosť medzi rodičmi a deťmi, spoločne zdieľané aktivity aj zodpovedná rodičovská starostlivosť a sústreďenie sa na dieťa sú obvykle spojené s menším rizikom problémov. „Problémové deti nerastú na poli, ale rodičia ich vychovávajú vlastným zlým príkladom“.

Medzi **rizikové faktory rodinného prostredia** patria: nestabilita rodinného prostredia – neúplná, rozvrátená rodina, menej predvídateľné správanie rodičov, neprítomnosť otca v rodine, nedostatok mužskej autority, málo podnecujúce správanie matky, štýl výchovy v rodine – väčšie množstvo záťažových situácií, absencia zdrojov emocionálneho pôsobenia, neorganizovaný voľný čas, nedostatok komunikácie, ne-

jasné výchovné ciele a nezrozumiteľné „pravidlá hry“, nekonvenčné správanie rodičov a pod.

Medzi rizikové socioekonomické faktory teda patria; nízky socioekonomický status – chudoba a takisto etnické a kultúrne komunity, ktorých životný štýl je mimo tradičných noriem (10).

Komunikácia

Komunikácia je **interakčné inštrumentárium**, je procesom vzájomného dorozumievania sa. Komunikácia je informačné, materiálne a sociálne podmienené spojenie dvoch alebo viacerých komunikujúcich. Druhy komunikácie závisia od toho, aké kategórie intervenujú v priebehu komunikačnej tvorby. Existuje napr. existenciálna komunikácia, sociálna komunikácia, technická komunikácia a pod. Obvykle sa používajú dve formy empirického krytia pojmu „komunikácia“ – širšia a užšia. Širšia definícia komunikácie považuje za komunikáciu všetko, čo sa odohráva v kontakte dvoch alebo viacerých ľudí. Užšia definícia komunikácie je technologickejšia a špecificky sa zameriava na prenos správ. Komunikáciu považuje za prenos správ medzi dvomi a viacerými ľuďmi, za výmenu informácií medzi nimi, za proces vysielania a prijímania správ (6).

Zdravie a ľudské správanie

Zdravie a ľudské správanie sú dve časti jedného celku. Zdravie i choroba vplynú z istého spôsobu života konkrétnej ľudskej bytosti. Kategórie „zdravie“ a „choroba“ a všetky procesy, ktoré súvisia s udržiavaním zdravia, predchádzaním chorobám, boli, sú a budú definované v rôznych kultúrach rozdielne. To, čo bolo niekedy považované za zdravé, dnes za zdravé nepovažujeme. Choroby, ktoré ohrozovali ľudstvo v minulosti, nás dnes už ohrozovať nemusia. Objavili sa ochorenia nové, ktoré pre ďalšie generácie nemusia byť hrozbou. Podoba zdravia je u každého človeka osobitá. Zdravie človeka možno chápať ako určitý okamžitý stav, ale aj ako prebiehajúci proces, ktorý má svoju dynamiku. Okrem skutočného stavu zdravia alebo choroby, je potrebné brať do úvahy súvislosti skutočného stavu zdravia s individuálnymi potrebami, možnosťami, potrebami prostredia (3,4,5).

V programe Zdravie pre všetkých v 21. storočí definuje Svetová zdravotnícka organizácia zdravie nasledovne:

„Zdravie je výsledkom biologických daností jednotlivca a činnosti

väčšiny rezortov a častí spoločnosti, ako aj obyvateľstva ako celku. Úlohu zohráva rozhodnutie a správanie sa jednotlivca, ale aj skupín či správnych orgánov. To, aké rozhodnutie ľudia urobia a ktorú z viacerých možností pri rozhodovaní zvolia, je ovládané vonkajšími faktormi. Medzi ne patrí fyzické prostredie, socio-ekonomická situácia, životné podmienky, biologické a genetické vybavenie, ako aj rôzne politické a kultúralne charakteristiky. Samozrejme do procesu výberu z alternatív pri rozhodovaní vstupuje aj subjektívne uvedomenie si: že som v situácii rozhodovania, že som schopný a ochotný rozhodovať a že jedným z dôležitých kritérií je pritom zdravie“ (12).

Zdravotný stav populácie výrazne ovplyvňujú determinanty zdravia. Z nich má úroveň zdravotníctva podiel 15 – 20 %, genetické danosti populácie 10 – 15 %, životné prostredie 20 – 30 % a životný štýl 50 – 60 %. Najväčší podiel na utváraní zdravotného stavu populácie má životný štýl, ktorý je ovplyvniteľný najmä primárnou prevenciou a zvlášť významne výchovou k zdraviu a podporou zdravia. Napriek obdivuhodným úspechom genetického inžinierstva v dešifrovaní ľudského genómu sa zdá, že v otázke znižovania úmrtnosti a zvyšovania strednej dĺžky života prísluší významnejšia úloha prostrediu ako dedičnosti.

Všetky ukazovatele porúch zdravia reagujú veľmi citlivo na dva javy sociálnej sféry:

- na rozdiely v ekonomickom štandarde obyvateľov, triedených podľa sociálneho statusu,
- na rozdiely v kultúrnych a psycho-sociálnych charakteristikách ľudí.

Zdravý spôsob života

Za zdravý spôsob života je považované správanie, ktoré na základe vedomostí zameraných na zachovanie a upevňovanie zdravia, resp. ovládania relevantných zručností, uskutočňuje jednotlivec alebo skupina, s cieľom podporovať, ochraňovať alebo znovu navracat zdravie. Významným cieľom podpory zdravia je dosiahnutie aktívnej dlhovekosti.

Základné aspekty zdravého spôsobu života tvorí:

- zdravie upevňujúca životospráva,
- proporcionálny pomer fyzickej a duševnej záťaže;
- telovýchova a športovanie;
- racionálna výživa;

-
- harmonické vzťahy medzi ľuďmi;
 - zodpovedajúce správanie pri uspokojovaní sexuálnych potrieb;
 - osobná hygiena a zodpovedné zdravotné správanie v oblasti práce a každodenného života;
 - záporný vzťah k škodlivým návykom (fajčenie a pitie alkoholu, zneužívanie liekov a pod.)

Určujúcim vplyvom na spôsob života jednotlivca má najmä sociálne prostredie, v ktorom žije a uspokojuje svoje potreby. Najvýznamnejšou skupinou, ktorá vplyva na spôsob života jednotlivca je rodina.

Výchova k zdraviu, podpora zdravia, zdravotná kultúra

Rozširovanie vedomostí o zdravie podporujúcim správaní možno nazvať aj **výchovou k zdraviu**.

Okrem vedomostí z oblasti výchovy k zdraviu je potrebné pre skutočný výkon **podpory zdravia** (realizáciu postoja k podpore zdravia), formovať ochotu a schopnosť dodržiavať normy zdravého spôsobu života, zabezpečovať zdravotne vhodné pracovné a životné podmienky, ale aj aktívne sa podieľať na boji proti chorobám.

Výchova k zdraviu tvorí nevyhnutnú súčasť zdravotnej starostlivosti liečebno-preventívnych zariadení, a je jedným z kritérií jej kvality (12,2,10,9).

Zdravotná kultúra je súhrn ukazovateľov, ktoré charakterizujú úroveň informovanosti o zdravotno-hygienických otázkach a zdravotné správanie ľudí, ako aj stupeň ich spoločenskej aktivity v oblasti ochrany zdravia a ozdravovania životného prostredia.

Zdravotná kultúra je súčasťou celkovej kultúry, úzko súvisí s výsledkami iných foriem spoločenskej činnosti, napr. ekonomickej, politickej, ideologickej; je výsledkom spoločenskej činnosti, objektívne súvisí so zdravím a formuje sa v súlade s úrovňou rozvoja a dostupnosťou zdravotnej starostlivosti.

Úroveň zdravotnej kultúry je možné považovať za ukazovateľ reálneho výkonu postoja k zdraviu.

Zdravotné návyky sú prvkom zdravotnej kultúry; konanie, zamerané na splnenie zdravotných požiadaviek; vyznačujú sa vysokou mierou osvojenia, automatickým prejavom a zdanlivou neprítomnosťou vedomej kontroly. Návyky, týkajúce sa ochrany a upevňovania zdravia,

odrážajú vedomosti a formujú sa pod vplyvom výchovy k zdraviu. Najväčší význam má formovanie zdravotných návykov, ktoré sa týkajú zdravého spôsobu života (napr. základných prvkov osobnej hygieny, racionálnej výživy a pod.) (12).

Vykonávanie pozitívneho postoja podpory zdravia je prejavom zdravotnej kultúry jednotlivca, skupiny aj celej spoločnosti.

Modifikácia postoja k zdraviu v rodine

Skutočný výkon činností, modifikovaných výchovou, návykmi, rôznymi vplyvmi prostredia, motívami, vlastným hodnotením zdravia, a možnosťami, určujú správanie človeka ako zdravie podporujúce, alebo zdravie ohrozujúce. Z hľadiska obvyklého podporovania zdravia majú obrovský význam normy, ktoré určujú „normálne“, „obvyklé“ správanie v prostredí, v ktorom klient žije, predovšetkým **v rodine**.

Motivácia k podpore zdravia sa formuje počas života človeka na základe výchovy, nielen organizovaného výučbového procesu, ale predovšetkým príkladom a kontrolou dodržiavania pravidiel v rodine.

Zdravotno-hygienické potreby sú motivované požiadavky a potreby jednotlivca, týkajúce sa zdravia a zdravie podporujúceho správania a sú primárne utvárané v prvej skupine, v ktorej sa jednotlivec socializuje, zospoločenštuje, preberá všetky sociálne normy, teda aj zdravotno-hygienické.

Vedomosti, zručnosti a postoje sústredené v rodine, formujú názory, motívy a hodnotové orientácie dieťaťa a tvoria základ **zdravie podporujúceho správania dieťaťa**. Poznatky dieťa nadobúda postupne, od najútlejšieho veku, vekom sa spresňujú a dopĺňajú. Rodina vytvára prostredie, ktoré podporuje, neguje alebo si nevšíma aktivity správania svojich členov, najmä detí, týkajúceho sa podpory a ochrany zdravia.

Vplyv rodiny na compliance (dodržiavanie liečebného režimu)

Cieľom výchovy k zdraviu je aj pôsobenie na jednotlivca (pacienta), ktorý vyhľadal zdravotnícku pomoc, využíva zdravotnú starostlivosť s cieľom odstrániť alebo minimalizovať svoj problém so zdravím.

Súčasťou diagnostiky, terapie aj rehabilitácie je komunikácia s pacientom, s cieľom zistiť všetky relevantné charakteristiky jeho problému, vysvetliť mu jeho stav, navrhnutú terapiu a liečebný režim.

Ovplyvnenie a presvedčenie klienta o potrebe dodržiavania liečebného režimu je elementom výkonu liečebno-preventívnej starostlivosti.

Neoddeliteľnou súčasťou terapeutickej činnosti je poučenie o zdravotnom stave, navrhovanom liečení, zdravej životospráve, úprave rizikového konania alebo rizikového prostredia.

Sociálna komunikácia, počas ktorej sa prenos informácií uskutočňuje, nie je len prenosom informácií, ale obsahuje aj očakávania klienta (pacienta) a očakávania lekára, stopy predchádzajúcich skúseností oboch, vplyvy verejnej mienky... Efektívna komunikácia v atmosfére dôvery a porozumenia umožňuje klientovi odchádzať z ambulancie s rozhodnutím dodržiavať liečebný režim.

Žiaľ, stáva sa, že napriek tomu, že sa lekár i klient snažia o efektívnu komunikáciu, klient odchádza z ambulancie nedostatočne poučený alebo rozhodnutý nedodržať liečebný režim.

Okrem toho je možné predpokladať, že skutočné **dodržiavanie liečebného režimu**, nariadeného lekárom, **ovplyvňuje rodina ako najaktívnejšie socializačné prostredie**. Nielen na úrovni poskytovania podpory pri riešení zdravotných problémov (oblasť opatrovateľskej a ošetrovateľskej činnosti), ale aj vo sfére konzultačnej a poradenskej činnosti (rozhodovanie o návšteve lekára, dodržiavaní liečebného režimu).

Zisťovanie relevantných charakteristík vplyvu rodiny na compliance

S cieľom zistiť skutočný stav a relevantné charakteristiky vplyvu rodiny sme sa v rámci výskumu compliance zamerali aj na zistenie názoru pacientov na vplyv rodiny pri dodržiavaní liečebného režimu.

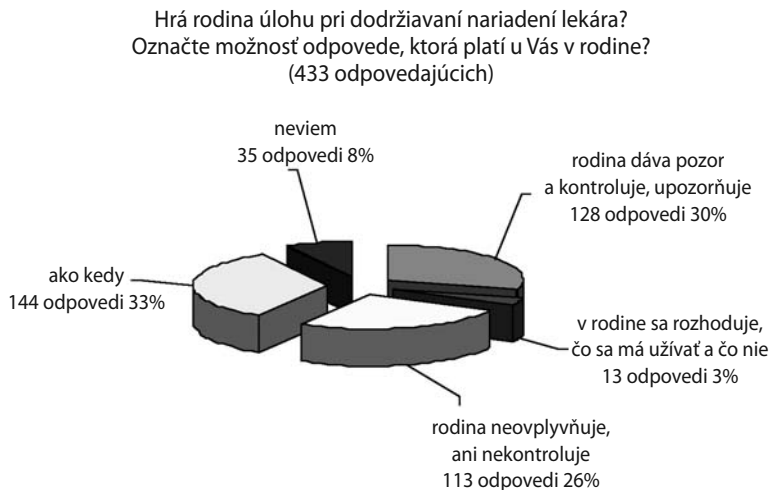
Materiál a metodika

V roku 2006 sme uskutočnili dotazníkové zisťovanie názorov pacientov na problematiku dodržiavania liečebného režimu nariadeného lekárom po vyhľadani zdravotnej starostlivosti. Dotazník tvorilo 33 otázok, bol konštruovaný tak, aby umožnil jednoduché odpovede. U významnejších problémov sme požiadali i o percentuálne vyjadrenie váhy jednotlivých tvrdení. Celkom bolo rozdanych 500 dotazníkov. Správne vyplnených a do súboru zaradených bolo 433 vyplnených dotazníkov.

Z výskumnej analýzy, ktorá sa venovala analýze rôznych relevantných aspektov vplyvov na compliance vyberáme respondentmi definovaný vplyv rodiny na compliance (8,7,4,2).

Iba 26 % respondentov nepovažuje rodinu za sociálny priestor, ktorý compliance reguluje (podporuje, kontroluje...). Ak zosumarizujeme

Graf 1: Vplyv rodiny na compliance podľa názoru pacientov

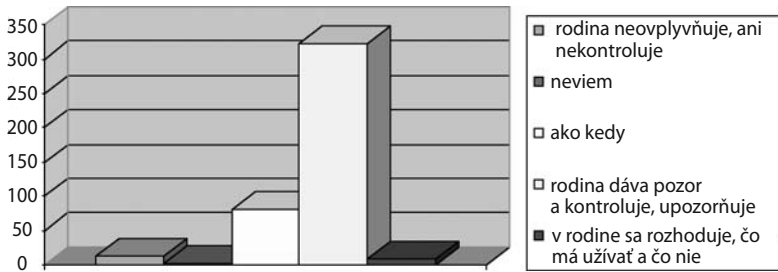


všetky úrovne odpovedí obsahujúcich súhlas s vplyvom rodiny na compliance – 66 % respondentov je presvedčených, že rodina ovplyvňuje dodržiavanie liečebného režimu a tým aj podporu zdravia. Od „sporadickej“ formy (33 %) až po „rigidnú“ – „v rodine sa rozhoduje, čo sa má užívať a čo nie...“ (3%).

Pre porovnanie názorov respondentov sme položili 500 sestrám (vrátenej 428 dotazníkov), zúčastňujúcich sa vysokoškolského vzdelávania v jednotlivých študijných odboroch, rovnakú otázku. Odpovede sestier potvrdzujú eminentný vplyv rodiny na tvorbu postoja k zdraviu a dodržiavania liečebného režimu svojich členov.

Tab. 1 a graf 2: Vyjadrenia sestier o vplyve rodiny na dodržiavanie liečebného režimu

Druh vplyvu	Abs. počet	%
rodina neovplyvňuje, ani nekontroluje	13	3
neviem	2	0,5
ako kedy	82	18,9
rodina dáva pozor a kontroluje, upozorňuje	322	74,4
v rodine sa rozhoduje, čo sa má užívať a čo nie	9	2,1
spolu	428	98,8



Sestry hodnotili stav vplyvu rodiny na dodržiavanie liečebného režimu ešte presvedčivejšie ako samotní pacienti – respondenti. Celková suma, súhlasiacich respondentov s vplyvom rodiny na compliance bola až 85,4%. Iba 3% sestier je presvedčených, že rodina neovplyvňuje, ani nekontroluje dodržiavanie liečebného režimu pacientov.

Hodnotenie negatívneho vplyvu rodiny na reguláciu compliance pacientov, najmä u malých detí, prenechávame odborníkom profesijne medicínsky zameraným na poskytovanie zdravotnej starostlivosti deťom.

Z hľadiska sociologickej analýzy sociálneho javu podpory a ochrany zdravia v rodine prezentujeme jednoznačné závery.

Dodržiavanie liečebného režimu ovplyvňuje rodina ako najaktívnejšie socializačné prostredie nielen na úrovni socializačnej, konzultačnej a poradnej činnosti (výchova k zdraviu, tvorba postojov výchovy k zdraviu, rozhodovanie o návšteve lekára, dodržiavani liečebného režimu...), ale aj vo sfére poskytovania podpory pri riešení zdravotných problémov (oblasť opatrovateľskej a ošetrovateľskej činnosti).

Literatúra:

1. Baštecký, P., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 1993, 363 s.
2. Brukkerová, D.: Sociológia zdravia a choroby. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, HERBA s.r.o.. 2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X
3. Brukkerová, D.: Sociológia zdravia a choroby. In: Psychológia zdravia – rok 1? Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV, Vydavateľstvo MAURO Slovakia s.r.o., Bratislava, 2006. str. 28-32 ISBN 80-969632-0-1
4. Brukkerová, D.: Sociologická analýza starostlivosti o svoje zdravie. In: Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie Deficit starostlivosti o seba a jeho vplyv na zdravie, Bratislava, Slovenská zdravotnícka univerzita, 24. a 25. novembra 2006. 88 – 97. str. ISBN 80-969611-0-1 EAN 9788096961108
5. Brukkerová, D.: Svojpomocné skupiny. In : Hegyi L., Šulcová, M. a kol.: Odporúčania pre zachovanie zdravia. Bratislava: Charis s.r.o., 2006, 75-79 s. ISBN 80-88743-64-8

6. Gabura, J., Gabura, P.: Sociálna komunikácia. Občianske združenie Sociálna práca, Bratislava, 2004, 158 s. ,ISBN 80-968927-7-0
7. Gajdošík, J., Brukkerová, D., Kriška, M., Svoreňová, A.: Poznáme dostatočne ochotu pacienta dodržiavať pokyny lekára? Praktický lekár, 2007, 87, č.2, s.103-107
8. Gajdošík, J., Brukkerová, D., Kriška, M., Svoreňová, A.: Zodpovedajú predstavy lekárov o dodržiavaní liečebného režimu pacientmi skutočnosti? Praktický lekár, 2007, 87, č.8, s.478-482
9. Hegyi, L., Takáčová, Z., Brukkerová, D. : Vybrané kapitoly z pedagogiky a komunikácie pre verejné zdravotníctvo. Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita , HERBA s.r.o., 2004,106 s. ISBN 80-89171-21-4
10. Hegyi, L., Takáčová, Z., Brukkerová, D. : Výchova k zdraviu a podpora zdravia Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o.. 2004.149 s. ISBN 80-89171-20-6
11. Imieliński, K.: Psychohygiena sexuálneho soužití. Praha: Avicenum, 1983, 200 s.
12. Medzinárodný slovník zdravotnej výchovy, 1983

INAKOSŤ VO VEREJNOM PRIESTORE – POTREBY A KONFLIKTY

(diskurzívna analýza intímneho občianstva v kontexte sexuality, telesného postihnutia a chronického ochorenia)¹

Gabriel Bianchi

Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie – Centrum excelentnosti
pre výskum občianstva a participácie SAV

Motto:

Hranice tabu – či už hovoríme o duchovných alebo o sexuálnych tabu – sa neustále posúvajú, a tým pádom samy osebe definujú ďalšie nové tabu.

Jan Hoet, MART Museum Herford, Nemecko

Aj keď už neexistujú žiadne tabu, stále tu však existuje potreba hľadať a odhaľovať nové potenciálne tabu.

Barbara Holub, Sezession, Viedeň

Úvod

Uvedené citácie z výsledkov „nadvýtvarnej“ práce spoločensky angažovanej výtvarníčky Doroty Sadovskej (2008), ktorá sa vo svojej tvorbe venuje dominantne problematike ľudského tela, autenticky ilustrujú postmodernú transformáciu vnímania inakosti v spoločnosti – inakosti, za ktorou je aj telesná či zdravotná inakosť, resp. inakosť potrieb.

Cieľom projektu, v rámci ktorého sa náš výskum realizoval, je explorať vzťahy medzi intimitou, normativitou a občianstvom s dôrazom na možnosti uspokojovania intímnych potrieb. Výskumná téma sa teda orientuje na vzťah medzi verejnými a súkromnými priestormi, distribúciou a prístupnosťou verejných zdrojov ako aj stanovovaním skupinových hraníc, pravidiel a noriem inklúzie a ich dôsledkami pre sebadefinovanie jednotlivcov a skupín. Predmetom skúmania je premostenie medzi osobným a politickým obsiahnuté v pojme „intímne občianstvo“. Intímne občianstvo nám má zaručiť, aby sme mohli plnohodnotne realizovať svoje potreby a rozhodnutia týkajúce sa nášho tela,

pocitov a vzťahov, aby sme mali zaručený prístup k verejným prostriedkom a aby sme mohli robiť rozhodnutia týkajúce sa našej identity, rodu, erotických pocitov a zážitkov. Sociálno-psychologické skúmanie intimity môže poukázať na vzťahy medzi intimitou a spoločenskými rozdielmi ako je trieda, etnicita, rod, vek a pod.. Konečným výstupom projektu má byť najmä poznanie, ako sa reprezentanti rôznych skupín morálne sebakonstruujú, ako konstruujú svoje intímne potreby a ako ľudia spracúvajú inštitucionálne normy intimity, a to na pozadí súčasných relevantných verejných, mediálnych a inštitucionálnych diskurzov týkajúcich sa intímneho občianstva, včítane reflektovania týchto diskurzov a v nich obsiahnutých noriem subpopuláciami a minoritami, ktoré čelia problémom v oblasti realizácie intimity. Kľúčovými konceptmi tejto štúdie sú teda občianstvo, práva, identita, intimita, intímne potreby, konflikty a (psychické) zdravie.

Pojem intimity sa zďaleka netýka iba sexuality. Podľa L. Jamiesonovej (1998) je intimita „druhom poznania, lásky a bytia spolu s druhou osobou“. Takáto definícia umožňuje zahrnúť aj ďalšie aspekty života človeka – napr. vzťah k vlastnému telu, zdraviu, mnohé aspekty životného štýlu atď. V konečnom dôsledku je intimita pojem, ktorý – podobne ako sexualita – má svoje oprávnenie aj v individuálnom (nepárovom) bytí, rovnako ako v bytí spoločenstva.

Všeobecné chápanie toho, čo je intimitou, sa vyvíjalo súbežne s vývinom kultúrnej paradigmy od tradičnej, cez modernú až po postmodernú (Plummer, *op. cit.*).

Tradičné chápanie intimity je normatívne a týka sa pevne zomknutých komunit, v ktorých ľudia žijú obkolesení svojimi rodinami a susedmi a participujú na rituáloch dvorenia, ktoré sa opierajú o patriarchálne alebo náboženské sociálne poriadky. Pre týchto ľudí je tradícia jadrom ich života.

Moderná intimita sa vynárala v priebehu posledných dvesto rokov. Súbežne s ekonomickými a sociálnymi zmenami sa transformovali aj intímne vzťahy, pre ktoré sa stále významnejším stávalo hľadanie autenticity, zmyslu života, slobody. Vo svete, v ktorom dominuje možnosť voľby, ľudské vzťahy stále viac podliehali individuácii. Každodenný život sa demokratizoval a stával sa menej formalizovaným. Tento proces má však aj svoju druhú stránku, ktorou je rastúca obmedzenosť intímnych vzťahov v dôsledku byrokratizácie a komercializácie, ale aj hodnotovej paušalizácie nášho života. Životy ľudí sú „uväznené,“ vo fi-

nančných vzťahoch, rámcované možnosťami výberu v prostredí masového konzumu a globálnej štruktúry trhu. Intimita sa tak v modernom svete (tiež) stáva predmetom protichodných tendencií.

Postmoderná intimita nadväzuje na posledné štádiá modernej epochy, ku ktorým formuluje nové možnosti opierajúce sa do veľkej miery o informačné technológie v globalizovanom svete. Postmoderné atribúty intimity sú: *mediálne sprostredkovanie príbehov intimity*; jej *digitalizácia, technologizácia, „medicinalizácia“, „tovarizácia“ a globalizácia* na jednej strane a *individualizácia* v zmysle posilňovania individuálneho aktérstva na strane druhej; *otváranie otázok intimity* v rámci verejného diskurzu; snaha o *rovnoprávnosť* v intímnych vzťahoch; ale aj *neistota intimity* ako všeobecnejší atribút postmodernosti; a napokon *destabilizácia intimity*, najmä v zmysle dekonštrukcie tradičnej rodiny.

Rozmanitosť možných aspektov intimity dobre ilustruje K. Plummer (2003) vo výpočte jednotlivých zón intimity, ktoré u človeka prichádzajú do úvahy: „ja sám“, vzťahy, rod, sexualita, rodina, telo, emočný život, zmysly, identity, spiritualita. V každej z týchto zón existuje akási optimálna náplň intimity ako napríklad dobre si vybrať partnera/ku a žiť spolu v harmónii (zóna vzťahov); vytvorenie si uspokojivej sexuality, šťastný a zodpovedný život ako sexuálnej bytosti (zóna sexuality); uspokojivý kultúrny a sociálny život ako rodovo zreteľnej bytosti (zóna rodu); nakladanie s vlastným telom s úctou a zvládanie choroby/nemoci (zóna tela); uspokojujúce umiestnenie sa v časových, priestorových a kultúrnych súradniciach (zóna identity).

Tak ako je postmoderná intimita podľa K. Plummera (2003) charakterizovaná mediálne komunikovanými intímnymi naratívmi, otváraním intimity vo verejnom diskurze, medicinalizáciou, komodifikáciou, globalizáciou, úsilím o dosiahnutie „rovnosti“ v intímnych vzťahoch, neistotou intimity, destabilizáciou intimity a dekonštrukciou tradičnej rodiny, otváranie sa intimity a intímnych potrieb smerom do verejnosti je pritom potenciálnym zdrojom konfliktu, v ktorom sa zrážajú tradičné, moderné a postmoderné predstavy a očakávania o tom, čo má a čo nemá byť „viditeľné“, „počuteľné“, inými slovami ide o nepriamy boj o verejný priestor, ktorý sa realizuje v rôznych diskurzoch. Minority, ktoré sú subjektom týchto dynamických procesov, sú všetky tie skupiny, ktoré prechádzajú z „neviditeľnej“ zóny, do ktorej boli tradične vytláčané do verejného priestoru.

Metóda

V tejto štúdii sme venovali pozornosť trom druhom minorít – zdravotnej, etnickej a sexuálnej. Zaujímalo nás, aké konflikty a na základe akých potrieb z rôznych oblastí intimity prežívajú príslušníci týchto minorít. Zrealizovali sme 11 individuálnych hĺbkových **interview o intímnom občianstve**. **Participantmi boli** 3 osoby s telesným postihnutím, resp. chronickým ochorením, 3 Rómovia, 1 príslušník maďarskej menšiny a 4 homosexuáli. Použitou diskurzívno-analytickou metódou bola **analýza diskurzívnych zdrojov**, resp. jej variant navrhnutý Carlou Wilig (2001). V tomto prístupe je cieľom analýzy spoznanie:

- ▶ diskurzívnych konštrukcií daného predmetu výskumu, v našom prípade intimity a potrieb;
- ▶ vzťahu pozorovaného diskurzu k „veľkým diskurzom“ (ako subjekt formuluje morálne či právne aspekty skúmaného predmetu, t.j. intimity a intímnych potrieb);
- ▶ pozície subjektu v danom diskurze (uvedomovanie si práv, povinností, a pod.);
- ▶ konštruovanie potenciálu pre aktivitu subjektu v predmetnej oblasti (napríklad uplatňovanie svojich práv, presadzovanie uspokojovania svojich potrieb vo verejnom priestore);
- ▶ potenciálu narábania s objektmi, ktoré slúžia na uspokojovanie intímnych potrieb alebo takých, ktoré bránia tomuto uspokojovaniu;
- ▶ konštruovania subjektivity – t. j. ako subjekt vníma sám seba v sociálnom a morálnom kontexte problematiky intimity.

Výsledky

Z hľadiska tematickej analýzy zrealizovaných hĺbkových interview možno konštatovať, že v nich emergovalo 7 tém, ktoré sú relevantné nášmu výskumnému záujmu:

1. identita inakosti
2. ne/viditeľnosť inakosti
3. diskriminácia na základe inakosti
4. zvládanie inakosti
5. transformácia intimity v dôsledku uvedomovania si inakosti
6. rodičovstvo, resp. osobné plány v rodičovskej oblasti
7. občianstvo a participácia osôb so subjektívne uvedomovanou inakosťou.

V ďalšom predstavíme v každej z týchto tematických oblastí konkrétne ilustrácie toho, ako inakosť ovplyvňuje intimitu a intímne potreby, resp. ich konfliktné prežívanie vo verejnom priestore.

Ad 1: Identita inakosti

▮ Obmedzenia v dôsledku chronického ochorenia/postihnutia

“Samozrejme, že je to handicap... Nemôžem robiť veci, ktoré by som rád robil (športovanie), nosiť ťažké predmety, musím chodiť o paličke, ..” (P6)

▮ Je telesné postihnutie fyzickou prekážkou?

“Precestovali som skoro celú Európu, minulý rok sme boli v Egypte, predtým v Las Vegas, predtým mesiac v NYC, a rok predtým v Turecku. Ale mnohé miesta sú plné bariér...” (P7)

▮ *„Situácia na Slovensku sa nedá porovnávať s bezbariérovými krajinami Západnej Európy a k prístupu ľudí, ktorí sú tam spontánne ochotní pomáhať a ihneď vám pomôžu (s vozíkom)... Na rozdiel od Bratislavy, kde môžete zažiť, že v reštaurácii vám otvorene odmietnu pomôcť, ak by to znamenalo požiadať hostí, ktorí sedia pri jedinom bezbariérovom stole, aby vám ho uvoľnili.” (P7)*

▮ Gay identita

„Na Slovensku gayovia nemajú status minority. Spomínajú sa v antidiskriminačnom zákone (2005) ako jedna zo šiestich kategórií, ale to je jediné „uznanie“. (P9)

▮ Uspokojujúci lesbický život (v trvalom partnerskom vzťahu)

„Cítim sa ako žena a žijem si uspokojivý život.“ (P10)

▮ *„Kúpila som si na chalupu elektrickú pílu a som tak nadšená tým, čo všetko s ňou dokážem.“ (P10)*

Ad 2: Ne/viditeľnosť inakosti

▮ Inakosť tela

Tematizácia neviditeľnosti „nekompletného tela“ a strach z neakceptácie „náhradného tela“ ... *„Je to o zvyku – ak to vidíš každý deň, zvykneš si na to.“ (P5)*

▮ Handicap a marginalizácia

„Časté pozorovanie – „Nepozeraj sa tam“ – povie matka dieťaťu, ktoré si všimlo človeka na vozíčku.“ (P7)

▮ Gayská inakosť

“Nemám problém s prejavovaním lásky niekomu na verejnosti. Keď som mal partnera, na verejnosti sme sa vždy držali za ruky. Keby som mal ďalšieho

partnera, určite by som chcel aby bol „comingoutovaný“, nie utajený.“ (P8)

► (Potom, ako som urobil coming out v televízii) *“každý v našom meste ma pozná. Nikto s tým nemá problém, ak sa s priateľom držíme za ruky. Minule sa ma opýtala moja 70-ročná suseda: Kedy už uvidím tvojho chlapca?”* (P9)

Ad 3: Diskriminácia

► Diskriminácia ako funkcia veku

“Keď som ako vozíčkarka robila predavačku v obchode so suvenírmí, mladí zákazníci ma akceptovali úplne bez poznámok, ľudia v strednom veku zväčša vyjadrili svoje prekvapenie a starší ľudia cítili potrebu prejaviť mi súcit.” (P7)

► Hendikep a diskriminácia (vo vzdelávaní, zamestnaní)

“Bola som odmietnutá na dennom štúdiu (univerzitnom), argumentovali, že na vozíčku nebudem schopná zoládnať požiadavky školy.” (P7)

► *“Na prijímačkách na štúdium psychológie sa ma pýtali, či moju motiváciou študovať je vyrovnanie sa s hendikepom úspechu.”* (P7)

► *“Na sociálno-psychologickom tréningu sa ma tréner pýtal, či sa stále usmievam preto, aby som kompenzovala môj hendikep.”* (P7)

► *“Viac ráz som bola pozvaná na konkurz, ale keď sa do počuli o mojom vozíku, vždy z toho bol problém a napokon slušné odmietnutie.”* (P7)

► Diskriminácia gejov

“To, čo som zažil ako učiteľ v škole (kresťanské gymnázium) je čistá homofóbia. Absolútne čistá homofóbia, keď riaditeľ sa vyjadril v tom zmysle, že učiteľ by nemal hovoriť o svojej sexuálnej orientácii, pretože by mohol ovplyvniť študentov zlým smerom.” (P8)

► *“Čo ma zlostí je to, že nemôžem žiť voľne (otvorene sa prezentovať ako lesba na pracovisku; je kľúčovou aktivistkou G-L hnutia, expertkou, publikuje o G-L v médiách pod pseudonymom), pretože pracujem na ministerstve, kde minister je členom SNS (ktorá má extrémne pravicovú a homofóbnu politiku).”* (P10)

Ad 4: Zvládanie „inakosti“

► Hendikep

“Čiastočne cítim aj určité zvýhodnenie – keď idem nakupovať ľudia ma pustia dopredu – ale práve to neznášam ... Nemám rád, keď vytrčám.” (P7)

► Disimulácia chronického ochorenia

“Keď ľudia postrehnú bolesť v mojej tvári, alebo zbadajú paličku, moja reakcia je, že mám nejaký prechodný problém s kolenom.” (P6)

► *“...po operácii (výmene kĺbu) som dokonca ani nežiadal o priznanie preukazu...” (P6)*

► **Gejské aktivity**

„Som veriaci kresťan a gej, a musel som čeliť veľkej arogancii zo strany cirkvi a veľmi ma to bolelo. Ten pocit odmietnutia komunitou, ukázali „zuby“ a začal som cítiť, že k nim už viac nepatrím... Tak som sa začal angažovať v kresťanstve, začal som iniciovať diskusie medzi kresťanmi o gejoch v kresťanstve.“ (P8)

► *“My občania máme v rukách určitú silu...napr. písať články, reagovať, písať listy do novin, ... To je tá sila, ktorú môžeme použiť” (P8)*

► **Gejské sebapopretie**

“Poznám plno chlapcov, veriacich kresťanov, pravidelne s nimi chatujem na internete, žijú v malých dedinkách v úplnej izolácii od sociálneho sveta, len s rodičmi, chodia miništrovať do kostola...” (P8)

► *“Poznám aj kňaza, geja žijúceho v celibáte, ktorý organizuje „ex-gejské“ skupiny pre mladých.“ (P8)*

Ad 5: Transformácia intimity

► **Obmedzenia chronickým ochorením/handicapom – zmeny sociálnych sietí**

„Stretávam ľudí, ktorí sú menej akční, pokojnejší, trebárs rovnako postihnutých ako som ja, tak aby som vedel, že za nimi nebudem musieť utekať. Musel som si trochu preorganizovať hodnoty.“ (P6)

► *“Ak ste zdraví, máte tisíce želaní, ak ste chorí, máte iba jedno“ (P6)*

► **Obmedzenia chronickým ochorením/handicapom – výber partnera**

“Môj manžel je... taký „papučiak“ a asi to je jeden z dôvodov, prečo som sa preňho rozhodla, lebo si neviem predstaviť, že by som mala za manžela nejakého vášnivého športovca alebo tanečníka” (P7)

► **Etnicita a priatelia**

„Rómovia si navzájom robia zle, sú takí závistliví. Preto nemáme žiadnych priateľov Rómov. Dokonca aj v našej rodine – jedni príbuzní sa prestali s nami stýkať, keď zistili, že máme viac peňazí ako oni.“ (P3)

► **Partner pre Rómku**

„Ideálny partner by mal byť Róm. To mi vždy hovorili rodičia (otec).“ (P1)

„Otec sa nerozpráva s mojou sestrou, ktorá žije s partnerom nezosobášená.“ (P1)

„Chodiť na Slovensku s nerómom nebolo nikdy udržateľné.“ (P1)

► **Homosexualita a sociálne siete**

(Po mojom comingoute – vo veku 33 rokov) ...”čo sa týka kresťanov...stratil

som veľa priateľov...úplne prežali komunikáciu so mnou...ale na druhej strane som našiel mnoho nových priateľov, ktorí sa na mňa spontánne obrátili a oceňujú moje aktivity (pri zvyšovaní gejského uvedomenia)...Niečo stratíte a iné získate.” (P8)

Ad 6: Rodičovstvo

► Chronické ochorenie a rodičovstvo

„Nepočítam s tým, že budem rodičom – vzhľadom na môj hektický život a handicap. Navyiac, moja sestra má 5 detí a veľmi skoro ovdovela, takže som sa dosť staral o jej deti, veľmi ma to naplnilo a preto necítim potrebu byť sám rodičom” (P6)

► Hendikep a deti

„Na budúci rok plánujem mať dieťa.” (P7)

► Lesbický pár a deti

„Žiadna z nás nemá nejaký silný vzťah k deťom. A nikdy sme to nevnímali tak, že by to bola nejaká významná vec.” (P10 and P11)

Ad 7: Občianstvo a participácia

► „Vynútená“ participácia

„V jednej verejnej diskusii o problematike gayov a lesbičiek ma jedna lesbičká aktivistka upozornila, že nemusím byť „teoretikom homosexuality“. Ale vo svete, kde prostredie je tak agresívne voči inakosti, človek musí byť expertom, ak má odolať tomu tlaku.” (P8)

Ak sa teraz vrátíme k filozofii analyzovania kvalitatívneho materiálu z hľadiska jeho diskurzívnych zdrojov, ktorú sme si predstavili vyššie (C. Willig), teda k pohľadu na to, čo nám získaný materiál hovorí o základných psychologických a sociálno-dynamických aspektoch intimity (subjektivita, potenciál subjektu pre aktivitu, umiestnenie subjektu vzhľadom k zdrojom moci v spoločnosti atď.), môžeme záverom konštatovať, že u ľudí, ktorí si uvedomujú svoju inakosť na základe telesného handicapu, resp. chronického ochorenia, minoritnej etnicity alebo minoritnej sexuálnej orientácie:

Z hľadiska **konštruovania ich identity** – svoju inakosť vnímajú veľmi výrazne a to **prevažne** (aj keď nie výlučne) **v negatívnom zmysle**. Z hľadiska vzťah diskurzu, v ktorom konštruujú svoj životný naratív, k „veľkým diskurzom“, možno konštatovať, že **sa vymedzujú najmä vo vzťahu k rôznym dimenziám morálneho diskurzu**. Čo sa týka pozície

subjektu v zmysle práv a povinností v spoločenskom priestore, **dominuje u participantov pocit diskriminácie**. Pritom ich **potenciál pre aktivitu je konštruovaný len epizodicky a nekonzistentne**, podobne ako je **slabý** aj ich **potenciál narábania s objektmi** (napr. aktérmi v ich sociálnom prostredí, sociálnymi inštitútmi a pod.). Súhrnne možno konštatovať, že **konštruovanie subjektivity** participantov, ktorí patria k menšinám na základe telesného handicapu, resp. chronického ochorenia, minoritnej etnicity alebo minoritnej sexuálnej orientácie **na základe ich vnímanej inakosti je výrazné** a nezanedbateľné. Tento výskum potvrdil opodstatnenosť teoretických predpokladov o opodstatnenosti potenciálnych problémov a konfliktov príslušníkov niektorých menšín vo verejnom priestore. Naznačil aj konkrétne podoby a smerovania týchto problémov. Pre dizajnovanie uspokojivých politík v oblasti spolužitia minorít a majorít z aspektu intimity je však nevyhnutné zrealizovať systematickejší výskum, ktorý by mal byť postavený na dôsledne strategicky zvolenej výberovej populácii a za rigorózneho dodržania podmienky saturácie kvalitatívneho výskumného materiálu.

Literatúra:

Jamieson, L.: *Intimacy*. Cambridge, Polity Press, 1998.

Plummer, K.: *Intimate Citizenship*. Seattle and London: University of Washington Press, 2003.

Sadovská, D. : SURVEY4Q. Chúlостivé otázky Názory na súčasné umenie 2006-2007, e-mailový projekt <http://www.sadovska.sk/nav3.php> (prístup 30. 10. 2008)

Willig, C., 2001, *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham, Open Univ. Press.

VYUŽÍVANIE PSYCHOLOGICKÝCH METÓD PRI REALIZÁCIÍ PROJEKTU „PREVENCIA ZAMERANÁ NA BOJ PROTI ALKOHOLU, DROGÁM A TOXIKOMÁNIÁM V REZORTE MINISTERSTVA OBRANY“

PhDr. Mária Gašparová

Ministerstvo obrany SR, Štáb personálneho manažmentu

e-mail: maria.gasparova@mil.sk

Štáb personálneho manažmentu Generálneho štábu ozbrojených síl SR (ďalej len „ŠbPeM GŠ OS SR“) realizuje od roku 2006 projekt pod názvom „Prevencia zameraná na boj proti alkoholu, drogám a toxikomániám v rezorte ministerstva obrany“. Projekt bol schválený náčelníkom GŠ OS SR a vedie ho PhDr. Mária Gašparová, štátny radca ŠbPeM GŠ OS SR. Do projektu, ktorý je realizovaný formou sociálno-psychologického výcviku, sú zaradení profesionálni vojaci, ako aj zamestnanci ozbrojených síl SR vybraní veliteľmi útvarov, ktorí prejavili záujem pracovať v oblasti prevencie drog a drogových závislostí (ďalej len „drog a DZ“) na všetkých pracoviskách ozbrojených síl SR.

Vojenské prostredie je náročné nielen na fyzickú, ale aj na psychickú záťaž. Profesionálni vojaci v mnohých prípadoch plnia služobné povinnosti v útvaroch ozbrojených síl SR, ako aj v zahraničných misiách OSN a NATO konaných pod záštitou koalíčných síl často pod vplyvom stresu. V dôsledku zvýšenej fyzickej, ale aj psychickej záťaže súvisiacej s plnením náročných služobných povinností môže prísť u nich pri dlhodobjšom pôsobení stresu, a v mnohých prípadoch tiež pri odlúčení od rodín, k snahe „zabudnúť“ na náročnosť situácií, ktoré niekedy riešia požívaním alkoholických nápojov. Pri dlhšie trvajúcich stresoch môže prísť pri neriešení pracovných, no tiež súkromných problémov profesionálnych vojakov či zamestnancov pri častom požívaní alkoholických nápojov k vytváraniu predpokladov pre vznik závislostí od alkoholu, ako aj k vzniku iných závislostí.

V snahe predchádzať vzniku drogových závislostí účinnou prevenciou zameranou na boj proti alkoholu a drogám, vypracovala

PhDr. Mária Gašparová projekt, ktorého hlavným cieľom je zabezpečiť výcvik preventistov (multiplikátorov), ktorí v podmienkach rezortu ministerstva obrany pomáhajú veliteľom útvarov pri zabezpečovaní osvetly v danej oblasti.

Projekt realizuje PhDr. Mária Gašparová v spolupráci s klinickou psychologičkou PhDr. Máriou Odehnalovou z Nemocnice ministerstva obrany, a. s. Bratislava, docentkou MUDr. Martou Škoricovou, CSc., erudovanou odborníčkou v oblasti psychiatrie – liečby drogových závislostí, ako aj s príslušníkmi Vojenskej polície. Najčastejšie prizývaným lektorom je plk. v. v. Dr. František Hál, ktorý pred odchodom do výsluhového dôchodku pôsobil vo funkcii náčelníka oddelenia na Riaditeľstve Vojenskej polície Trenčín a s pánom Jozefom Bohunickým z Ateliéru, s. r. o. Bratislava.

Projekt je realizovaný formou prednášok, ako aj sociálno-psychologického výcviku, počas ktorého zameriavame pozornosť predovšetkým na osobnosť jedinca a jeho komunikáciu – verbálnu i neverbálnu, pričom ho informujeme o chybách a problémoch, ktoré môžu vzniknúť vo verbálnej komunikácii, tzv. komunikačné zlozvyky. Účastníkov výcviku učíme tiež vzájomne sa spoznávať, poznávať iných a súčasne nacvičujeme ich komunikačné zručnosti. Sú oboznámení s technikou spätnej väzby vo vzťahu k svojej osobe, t. j. k sebe samým, ako aj s princípmi a nácvikom asertívnych zručností. Veľký dôraz je kladený na kazuistiky z praxe klinického psychológa, ktoré sú zamerané na demonštrovanie problémov pri poruchách osobnosti, pri poruchách komunikácie, ale aj pri problémoch s drogovými závislosťami. Účastníci výcviku sú oboznámení s prístupmi a modelmi v prevencii drogových závislostí a s možnosťami využitia interaktívneho sociálneho učenia pri výcviku zameranom na predchádzanie vzniku drogových závislostí. Na záver sú preventisti (multiplikátori) oboznámení s úlohami, ktoré budú plniť v prevencii drogových závislostí v podmienkach ozbrojených síl Slovenskej republiky.

Sociálno-psychologický výcvik je uskutočňovaný dvakrát ročne – v apríli a októbri formou trojdňových sústreďení. Po troch trojdňových sústreďeniach vypracujú účastníci výcviku zápočtovú prácu z tematických okruhov určených lektormi a výcvik ukončia záverečnými pohovormi pred skúšobnou komisiou určenou náčelníkom ŠbPeM GŠ OS SR.

V októbri 2007 ukončilo sociálno-psychologický výcvik 15 preventistov (multiplikátorov) pôsobiacich na veliteľstvách pozemných, vzduš-

ných síl a síl výcviku a podpory ozbrojených síl SR, v útvaroch v ich podriadenosti a tiež vo vybraných útvaroch a zariadeniach rezortu ministerstva obrany.

V apríli 2008 zahájilo pod vedením štátneho radcu Štábu personálneho manažmentu výcvik 16 preventistov, ktorí budú zabezpečovať primárnu prevenciu v rámci spoločensko-vedných seminárov prednáškovou formou, ako aj rôznymi formami osvetu. Hlavným cieľom prevencie je predchádzať vzniku drogových závislostí v rezorte ministerstva obrany.

Záverom si vám dovoľím oznámiť, že 21. novembra 2008 sa uskutoční IV. ročník celoslovenskej interdisciplinárnej vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou pod názvom „Prevencia, liečba a resocializácia v oblasti drogových závislostí a sociálno-patologických javov“, ktorá sa bude konať pod záštitou ministra obrany Slovenskej republiky a riaditeľky Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny Trenčín. Konferencia sa uskutoční v Kultúrno-metodickom centre ozbrojených síl SR v Trenčíne v spolupráci s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny v Trenčíne, Krajskou pedagogicko-psychologickou poradňou Trenčín, Fakultnou nemocnicou v Trenčíne a Resocializačným zariadením v Koši. V úvode konferencie prednesú hlavné referáty zástupcovia rezortov a riaditeľka Generálneho sekretariátu Výboru ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog Úradu vlády SR a zástupcu Filozofickej fakulty UK Praha. V poobedňajších hodinách budú prednesené referáty v oblasti prevencie, liečby drogových závislostí a resocializácie. Konferencia sa uskutoční s finančnou podporou Protidrogového fondu.

Dovoľte mi, aby som vás ako odborný garant konferencie a súčasne členka organizačného výboru pozvala na uvedenú vedeckú konferenciu do Kultúrno-metodického centra ozbrojených síl SR v Trenčíne.

SOUVISLOSTI OSOBNÍ POHODY U ČESKÝCH VYSOKOŠKOLÁKŮ

Iva Šolcová

Psychologický ústav AV ČR

Vladimír Kebza

Státní zdravotní ústav

Přes – v psychologii obvyklou – pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Rovněž panuje shoda v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (positivní emoce, negativní emoce) a že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

V terminologických a obsahových otázkách pojmu osobní pohoda odkazujeme na naši přehledovou studii, monografii o osobní pohodě a další statě (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, Šolcová, 2005; Šolcová, Kebza, 2004; Šolcová, Kebza 2005a, b). V předkládané empirické studii jsme se zaměřili na otázku osobní pohody u českých vysokoškolských studentů.

Tematika osobní pohody úzce souvisí s tematikou zdraví. Někteří autoři (Ryffová a Singer, 1998) řadí osobní pohodu k salutoprotektivním charakteristikám.

Ač se častěji setkáváme s argumentací ve smyslu vlivu zdraví na osobní pohodu, novější studie ukazují, že se jedná o **obousměrný vztah**, tj. že osobní pohoda uplatňuje svůj vliv na zdraví (Dear, Henderson, Kortzen, 2002; Hunt, 2003). Náš výzkum provedený na reprezentativním souboru české populace (N = 1321) ukázal, že osoby s vysokou úrovní osobní pohody uvádějí více než dvojnásobně častěji své zdraví jako příznivé (tab. 1).

Tab. 1: **Prediktory subjektívneho zdraví – logistická regrese (N = 1321)**

Proměnná	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	R	Exp (B)
Věk	-0,04	0,00	58,83	1	0,001	-0,22	0,95
Vzdělání			14,08	3	0,002	0,08	
Vyučen	-0,08	0,24	0,12	1	0,72	0,00	0,91
SŠ	0,60	0,26	5,07	1	0,02	0,05	1,83
VŠ	0,49	0,35	1,91	1	0,16	0,00	1,64
Self-efficacy	0,46	0,19	5,76	1	0,01	0,05	1,58
LOC	0,83	0,19	18,85	1	0,001	0,12	2,29
Spokojenost se životem	0,80	0,18	19,60	1	0,001	0,12	2,24
Constant	0,24	0,49	0,24	1	0,62		

B značí regresní koeficient, Wald je test dobré shody, R je koeficient determinace, Exp (B) je „odds ratio“, tj. „poměr šancí“ či „kurs“ dobrého zdraví k špatnému zdraví v souvislosti s posuzovaným prediktorem, S.E. je směrodatná chyba odhadu, Df jsou stupně volnosti, LOC je lokalizace kontroly; referenční skupina u vzdělání = základní vzdělání.

Metoda

Výzkum byl realizován v rámci mezinárodní studie zaměřené na kroskulturní srovnání osobní pohody VŠ studentů, kterou iniciovala a koordinuje Cecilia Cheng z University of Hong Kong.

Soubor

Výzkumu se zúčastnilo 535 osob ve věku 19 – 29 let (průměr 20,4; mužů 36,4 %, žen 63,6 %). Studenti se rekrutovali z Filosofické fakulty a Pedagogické fakulty University Karlovy a z České zemědělské university. Před vlastní prací na testech podepsali respondenti informovaný souhlas. Šetření bylo anonymní, respondenti uváděli pouze svůj věk a pohlaví.

Nástroj

Baterii dotazníků předkládanou respondentům sestavilo koordinační pracoviště v Hong Kongu. Baterie sestávala z následujících dotazníků:

Škála spokojenosti se životem (Satisfaction With Life Scale, SWLS; Meyers, Diener, 1997; český překlad Lewis et al., 1999). Jedná se o pětipoložkovou škálu, položky jsou hodnoceny prostřednictvím sedmibodové stupnice. Vyšší skóre značí vyšší spokojenost. Cronbachovo alfa činilo v našem výzkumu 0,77. Osobní pohoda/spokojenost se životem byla v našem výzkumu závisle proměnnou (škálu uvádíme v příloze).

Schwartzův přehled hodnot (Schwartz Value Survey, SVS; Schwartz, Boehnke, 2004). Dotazník má 57 položek, na něž respondent odpovídá pomocí devítibodové škály, a to od -1 do 7, kde záporná hodnota značí, že položka je v protikladu k hodnotám vyznávaným respondentem, 0 značí, že je hodnota nevýznamná, a 7 značí nejvyšší důležitost posuzované hodnoty. Škály odpovídají deseti typům hodnot v rámci Schwartzova systému, a to úspěchu, benevolenci, konformitě, hedonismu, zralosti, moci, bezpečí, sebeurčení, stimulaci, tradici a universalismu.

Škály psychologické osobní pohody (Scales of Psychological Well-being, SPWB; Ryff, Keyes 1995). Dotazník tvoří 43 položek s možností odpovědi na šestibodové škále. Vyšší skóre značí vyšší osobní pohodu v jednotlivých škálách, kterými jsou: sebezpřijetí (self-acceptance), pozitivní vztahy s druhými, autonomie, zvládnutí životního prostředí (environmental mastery), smysl života (purpose in life) a osobní rozvoj (personal growth). Cronbachovy koeficienty alfa se v našem výzkumu pohybovaly od 0,81 (sebe-přijetí) po 0,57 (osobní rozvoj).

Seznam pozitivních a negativních emocí (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, Tellegen, 1988). Dotazník obsahuje 10 pozitivních a 10 negativních emocí, jejichž přítomnost v psychickém stavu respondenti posuzují na pětibodové škále. Vysoký skóre znamená vysoký výskyt pozitivních / negativních emocí. Cronbachovo alfa činilo 0,79 a 0,78.

Škála sociální žádoucnosti (Crowne-Marlowe Social Desirability Scale, CM-SD; Crowne, Marlowe, 1960). Škála obsahuje 13 položek, na které respondent odpovídá ano – ne. Vyšší skóre značí nižší tendenci k sebestylizaci. Cronbachovo alfa = 0,60.

Sebevysvětlující škála (Self-construal Scale, SCS; Singelis, 1984). Škála měří úroveň závislosti / nezávislosti (independency/interdependency) na ostatních. Cronbachovo alfa činilo v našem výzkumu 0,62 pro závislost a 0,6 pro nezávislost.

NEO FFI (NEO Five-Factor Inventory, Costa, McCrae, 1992). Dotazník obsahuje 60 položek, vždy 12 pro každou z pěti dimenzí osobnosti (Neuroticismus, Extraverzi, Otevřenost vůči zkušenosti, Přívětivost, Svědomitost). Cronbachovy koeficienty alfa činily 0,82 pro neuroticismus, 0,72 pro extraverzi, 0,60 pro otevřenost zkušenosti, 0,66 pro přívětivost a 0,72 pro svědomitost.

Základní psychologické potřeby (self-determining needs, SDN: autonomie -autonomy, kompetence – competency, vztahovost – relatedness; Sheldon et al., 2001). Každou z hodnot zastupují 3 položky, jejichž význam ve svém životě respondent vyjadřuje pomocí sedmibodové stupnice. Vyšší skór značí vyšší zastoupení potřeby. Koeficienty spolehlivosti: 0,44 pro autonomii, 0,65 pro kompetenci a 0,50 pro vztahovost.

Statistické analýzy¹

Po deskriptivních statistikách jsme provedli korelační analýzu a dále explorační faktorovou analýzu, jejímž cílem bylo zjistit, které položky se svými zátěžemi uplatní ve faktoru, který bude syčen položkami SWLS.

Výsledky

Deskriptivní statistika škály SWLS: $M = 21,7$; $SD = 5,04$; medián 22 (min = 5, max = 35).

Vliv pohlaví a studijního oboru se neprojevil (lineární regrese). Neprojevil se ani vliv věku, jistě zejména vzhledem k tomu, že u našeho souboru jsou ve věku velmi malé rozdíly.

Korelace skóru SWLS se skóry jednotlivých škál uvádíme v tab. 2

Tab. 2: **Korelace SWLS s nezávisle proměnnými**

Dotazník	proměnná	r	p
Neo – FFI	neuroticismus	-0,43	0,001
	extraverze	0,30	0,001
	svědomitost	0,33	0,001
	otevřenost	0,10	0,02
	přívětivost	0,14	0,001
SVS	úspěch	0,04	NS

¹ Autoři děkují za statistické zpracování J. Lukavskému.

	benevolence	0,01	0,02
	konformita	0,20	0,001
	hédonismus	0,01	NS
	moc	0,05	NS
	bezpečí	0,12	0,005
	seburčení	0,05	NS
	stimulace	0,00	NS
	tradice	0,07	NS
	universalismus	0,02	NS
SCS	nezávislost	0,16	0,001
	závislost	0,01	NS
SDN	autonomie	0,37	0,001
	kompetence	0,38	0,001
	vztahovost	0,26	0,001
PANAS	+ emoce	0,36	0,001
	- emoce	-0,35	0,001
CM-SD	sociální desir.	-0,20	0,001
SPWB	autonomie	0,17	0,001
	zvládnání prostř.	0,60	0,001
	osobní růst	0,22	0,001
	+ vztahy	0,37	0,001
	smysluplný život	0,37	0,001
	sebe-přijetí	0,68	0,01

SVS = Survey of values, SCS = self-construal scale, SDN = self-determining needs, PANAS = Positive and Negative Affect Scale, CM-SD = sociální desirabilita, SPWB = Psychological well-being

Faktorová analýza nástroje

Celkově bylo k dispozici 237 proměnných interpretovatelných jako faktory. 69 faktorů má eigenvalue nad 1,0 (70,9 % variance), 10 nad 3,0 (31,7 % variance), 6 faktorů nad 5,0 (25,5 % variance) a 4 faktory nad 7,2 (20,9 % variance).

Pro naše účely jsme zůstali u nerotovaného řešení faktorové matice (metoda max.likelihood). První faktor má eigenvalue 22,1 (a sám vys-

větluje 9,3% variance). Tento dominantní faktor je sycen položkami SWLS. Interpretacně zajímavými jsme shledali další 3 největší faktory.

Položky, jež sytí jednotlivé faktory spolu s faktorovými zátěžemi uvádíme v tabulkách 3 – 6. Kromě položek SWLS uvádíme pro lepší přehlednost pouze položky, které mají faktorové zátěže vyšší nebo rovné 0,4.

Názvy a charakteristiky prvních 4 faktorů

Faktor 1: *Spokojenost se sebou a se svým životem* (spokojenost se životem, pozitivní sebeobraz, cílesměrnost, kompetence, aktivita, píle, výkonnost, kontrola nad životem, pozitivní emoční vyladění)

Faktor 2: *Občanské ctnosti* (slušnost, ohleduplnost, spolehlivost, ochota pomoci, svědomitost)

Faktor 3: *Společenská kariéra* (moc, úspěch, autorita, vliv, manipulace)

Faktor 4: *Uzavřenost zkušenosti* (nezájem o přírodu, poezii, teorie, abstraktní představy...)

Tab. 3: **Faktor 1 – Spokojenost se sebou a se svým životem**

		Faktorová zátěž
SWLS	1. V mnoha směrech se můj život blíží mé ideální představě.	0,62
	2. Podmínky mého života jsou skvělé.	0,40
	3. Se svým životem jsem spokojený/á.	0,68
	4. Doposud se mi od života dostalo téměř všeho, co jsem chtěl/a.	0,34
	5. Kdybych mohl žít svůj život znovu, nezměnil/a bych ta- kářka nic.	0,49
SPWB	2. Obecně vzato, cítím, že mám svou životní situaci pod kontrolou.	0,61
	6. Když se podívám na svůj život, jsem spokojený s tím, jak se věci mají.	0,61
	11. Ve svém životě mám pocit směřování a cíle.	0,51
	12. Celkově se cítím se sebou spokojený a věřím si.	0,75
	15. Když o tom tak přemýšlím, během let jsem se vlastně moc k lepšímu nezměnil/a.	-0,40
	16. Často se cítím osamělý, protože mám málo blízkých přátel, se kterými mohu sdílet své zájmy.	-0,45
	17. Mé každodenní aktivity se mi často zdají triviální a nepodstatné.	-0,42
	18. Připadá mi, že spousta lidí, které znám, má ze života víc než já.	-0,56
	20. Docela dobře zvládám četné povinnosti každodenního života.	0,44
	23. Nemám moc ponětí, čeho přesně chci v životě dosáhnout.	-0,41

	<p>24. Mám rád většinu aspektů své osobnosti.</p> <p>30. V mnoha směrech se cítím zklamaný ohledně toho, co jsem v životě dosáhl.</p> <p>32. Je pro mne obtížné uspořádat si život ke své spokojenosti.</p> <p>35. Aktivně uskutečňuji plány, které jsem si vytyčil.</p> <p>36. Moje smýšlení o sobě samém zřejmě není tak pozitivní jako je tomu u většiny ostatních lidí.</p> <p>38. Podařilo se mi vytvořit si domov a způsob života, který mi dost vyhovuje.</p> <p>41. Někteří lidé procházejí životem bezcílně, ale já mezi ně nepatřím.</p> <p>42. Když se porovnám se svými přáteli a známými, jsem spokojený s tím, jaký jsem.</p>	<p>0,52</p> <p>-0,61</p> <p>-0,65</p> <p>0,53</p> <p>-0,57</p> <p>0,46</p> <p>0,47</p> <p>0,55</p>
PANAS	<p>plný/á zájmu</p> <p>silný/á</p> <p>odhodlaný/á</p> <p>aktivní</p> <p>nadšený/á</p> <p>hrdý/á</p> <p>nervózní</p> <p>sklíčený/á</p> <p>vyplašený/á</p> <p>zpanikařený/á, polekaný/á-</p> <p>plný/á obav</p>	<p>0,45</p> <p>0,59</p> <p>0,43</p> <p>0,48</p> <p>0,41</p> <p>0,41</p> <p>-0,42</p> <p>-0,49</p> <p>-0,45</p> <p>-0,41</p> <p>-0,48</p>
CM-SD	<p>3. Již několikrát jsem něco vzdal, protože jsem měl nízké mínění o svých schopnostech.</p> <p>6. Často si připadám horší než ostatní.</p>	<p>-0,42</p> <p>-0,58</p>
NEO-FFI	<p>16. Zřídka se cítím osamělý nebo smutný.</p> <p>21. Často se cítím nervózní a napnutý.</p> <p>25. Mám jasně dané cíle a krok za krokem na nich pracuji.</p> <p>26. Někdy si připadám úplně k ničemu.</p> <p>35. Tvrdě pracuji, abych dosáhl svých cílů.</p> <p>37. Jsem šťastný, spokojený člověk.</p> <p>41. Když se věci nedaří, příliš často ztrácím odvalu a chci to vzdát.</p> <p>46. Jsem málokdy smutný či deprimovaný.</p> <p>47. Tempo mého života je svižné.</p> <p>50. Jsem výkonný člověk, který vždy udělá svou práci.</p> <p>51. Často si připadám bezradný a chci, aby mé problémy vyřešil někdo jiný.</p> <p>52. Jsem velmi aktivní člověk.</p> <p>55. Nezdá se, že bych měl své činnosti nějak zorganizované.</p>	<p>0,42</p> <p>-0,52</p> <p>0,42</p> <p>-0,58</p> <p>0,47</p> <p>0,63</p> <p>-0,48</p> <p>0,53</p> <p>0,45</p> <p>0,48</p> <p>-0,54</p> <p>0,50</p> <p>-0,42</p>
Kompetence	<p>2. cítím, že úspěšně plním těžké úkoly a záměry.</p> <p>5. cítím, že podstupuji a zvládám vysoké nároky.</p> <p>8. cítím, že mám velké schopnosti pro věci, jež dělám.</p>	<p>0,56</p> <p>0,46</p> <p>0,43</p>

Tab. 4: **Faktor 2 – Občanské ctnosti**

		Faktorová zátěž
SVS	11. SLUŠNOST (zdvořilé chování, dobré způsoby)	0,40
	19. LÁSKA (vzájemná, hluboká citová a duševní blízkost)	0,40
	30. SPOLEČENSKÁ SPRÁVEDLNOST (náprava nespravedlností, péče o slabší a potřebné)	0,49
	47. BÝT SPOLEHLIVÝ (svědomitý, dostávat závazkům)	0,45
	49. BÝT NÁPOMOCNÝ (pracovat ve prospěch ostatních)	0,43
	52. BÝT ZODPOVĚDNÝ (spolehlivý, hodnověrný, důvěryhodný)	0,47
SCS	4. Mám respekt před autoritami, se kterými přicházím do styku.	0,41
NEO-FFI	11. Když jsem pod hodně velkým tlakem, mám občas pocit, že se zhroutím.	0,41
	20. Snažím se všechny úkoly plnit svědomitě.	0,46
	49. Obecně se snažím být pozorný a ohleduplný.	0,40

Tab. 5: **Faktor 3 – Společenská kariéra**

		Faktorová zátěž
SVS	3. SPOLEČENSKÁ MOC (ovládání ostatních, dominance)	0,51
	9. VZRŮŠUJÍCÍ ŽIVOT (stimulující zážitky)	0,46
	16. KREATIVITA (jedinečnost, představivost, imaginace)	0,43
	23. SPOLEČENSKÉ UZNÁNÍ (respekt ostatních)	0,47
	25. PESTRÝ ŽIVOT (plný výzev, změn a novosti)	0,47
	27. AUTORITA (právo vést či ovládat)	0,52
	34. BÝT AMBICÍOZNÍ (ctízádnostivý, tvrdě pracující)	0,43
	39. BÝT VLVIVNÝ (mít vliv na lidi a dění)	0,60
55. BÝT ÚSPĚŠNÝ (dosahovat cílů)	0,50	
NEO-FFI	59. Pokud je to nutné, jsem ochoten manipulovat lidmi, abych dosáhl svého.	0,45

Tab. 6: **Faktor 4 – Uzavřenost vůči zkušenosti**

		Faktorová zátěž
NEO-FFI	13. Zaujmu mě věci ohledně přírody a umění.-	-0,46
	23. Poezie mi říká málo nebo nic.	0,46
	43. Někdy, když čtu poezii nebo si prohlížím obraz, pocítím mrazení nebo mnou projede vlna vzrušení.-	-0,51
	58. Baví mě pohrávat si s teoriemi a abstraktními představami.	-0,40

Diskuse

Podobně jako v jiných studiích i u našeho souboru se ukázalo, že pocit osobní pohody není determinován pohlavím.

Naše výsledky podporují předpoklad McCrae a Costy (1991), že extraverteze a neuroticismus jsou důležitými determinantami osobní pohody. Extraverteze souvisí s pozitivními emocemi, neuroticismus s negativními emocemi a přívětivostí.

Zajímavé jsou korelace mezi osobní pohodou a hodnotami Schwartzova systému. V literatuře je popsáno, že hodnoty související s výkonem jsou s osobní pohodou v rozporu – Schmid et al., 2005 (zjistil to u německých studentů). Casas et al. (2004) našli pozitivní vazbu mezi osobní pohodou a nematerialistickými hodnotami. Podobně podle Raska et al. (2002) patří hodnoty jako osobní rovnováha a trvalé rodinné vztahy mezi prediktory osobní pohody. Základní potřeby – autonomie, kompetence a vztahovost – korelují s osobní pohodou pozitivně. Vztah s pozitivními a negativními emocemi nepřekvapuje. Korelace s oběma škálami jsou přibližně ve stejné výši. Pozitivní, avšak nízká korelace se škálou sociální žádoucnosti je příspěvkem k diskusi vedené již po 20 let v odborném písemnictví, zda je sociální pohoda mírou sociální desirability. U této otázky lze předpokládat kulturní aspekt a zajímavé bude v tomto bodě srovnání s výsledky ostatních zemí.

U koncepce osobní pohody C. Ryffové zjišťujeme nejvyšší korelace se škálou zvládnání prostředí a sebe-přijetí. Osobní pohoda u našeho souboru souvisí s nezávislostí na ostatních.

FA

Faktor 1 odpovídá zjištěním ostatních autorů, že šťastní lidé se vyznačují pozitivním vztahem k vlastní osobě, vysokou sebeúctou a sebe-přijetím a vysokou úrovní sebeuplatnění a přesvědčením, že úspěchů dosáhli vlastním přičiněním. Potvrdilo se, že směřování k cílům a jejich dosahování jsou významné zdroje osobní pohody.

Osobní pohoda se zařadila do faktoru, který je nezávislý (kolmý) na faktor, jenž je založen na hodnotách, jež vedou k úspěchu a vlivu i na faktor, který je sycen hodnotami, jež konstituují občanské ctnosti. I když je tento nálezný jedním z řady možných řešení, shledáváme jej zajímavým a jeho srovnání s výsledkem dosažených u osob jiných věkových kategorií by stálo za výzkumem.

Závěr

Předložená studie přináší výsledky, získané u českého souboru – prozatím bez možnosti srovnání s nálezy ostatních autorů v rámci rozsáhlého mezinárodního výzkumu. Ve výzkumu se potvrdily některé implicitní hypotézy, které vyplývají z konstrukce výzkumného nástroje. Jako zajímavé se jeví další zjištěné vztahy, např. vazby osobní pohody s hodnotami Schwartzova systému nebo s nezávislostí na druhých.

Literatúra:

- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I.: Psychosociální souvislosti duševní pohody. Brno, Masarykova universita a nakladatelství MSD 2005.
- Casas, F., González, M., Figuer, C., Coenders, G.: Life-satisfaction, values and goal achievement: The case of planned versus chance searches on internet. *Social Indicators Research* 66, 2004, 1-2, 123-141.
- Contribution of the Ed Diener laboratory to the scientific understanding of well-being. 2005. <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/Discoveries.htm>, vyhledáno 15.3.2005
- Dear, K., Henderson, S., Korten, A. E.: Wellbeing in Australia, Findings from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37, 2002, 503-509.
- Hunt, A.: Musculoskeletal fitness: The keystone in overall well-being and injury prevention. *Clinical Orthopedy* 409, 2003, Apr., 96-105.
- Kebza, V., Šolcová, I.: Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Čs. psychologie* 47, 2003, 4, 333 – 345.
- Kebza, V., Šolcová, I.: Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, I. Šolcová: Psychosociální souvislosti duševní pohody. Brno, Masarykova universita a nakladatelství MSD 2005, 11 – 35.
- Kebza, V., Šolcová, I.: Predictors of well-being in a Czech population sample. *Homeostasis in Health and Disease* 2006, 44, 1-2, 59-61.
- Lewis, C. A., Shevlin, M. E., Smékal, V., Dorahy, M. J.: Factor structure and reliability of a Czech translation of the Satisfaction With Life Scale among Czech university students. *Studia Psychologica* 41, 1999, 239-244.
- McCrae, R., Costa, P. T.: Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin* 17, 1991, 2, 227-232.
- Rask, K., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P.: Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of Advanced Nursing* 38, 2002, 3, 254-263.
- Ryff, C. D., Singer, B.: The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9, 1998, 1-28.
- Schmid, S., Hofer, M., Dietz, F., Reinders, H., Fries, S.: Value orientations and action conflicts in students' everyday life: An interview study. *European Journal of Psychology of Education* 20, 2005, 3, 243-257.
- Schwartz, S. H., Boehnke, K.: Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality* 38, 2004, 230-235.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: Hnilicová, H. (Ed): Kvalita života: Sborník z konference konané 25.10.2004 v Třeboni Kostelec nad č.l., IZPE 2004, 13 – 19
- Šolcová, I., Kebza, V.: Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Čs. psychologie* 49, 2005a, 1 – 8.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Osobní pohoda (well-being): determinující faktory u české dospělé populace. In: M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, I. Šolcová: Psychosociální souvislosti duševní pohody. Brno, Masarykova universita a nakladatelství MSD 2005b, 69 – 82.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A.: Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology* 54, 1988, 1033-1070.

Příloha – Škála životní spokojenosti

1. V mnoha směrech se můj život blíží mé ideální představě.
2. Podmínky mého života jsou skvělé.
3. Se svým životem jsem spokojený/á.
4. Doposud se mi od života dostalo téměř všeho, co jsem chtěl/a.
5. Kdybych mohl žít svůj život znovu, nezměnil/a bych takřka nic.

Predstavenie knihy
prof. PhDr. Damiána Kováča, DrSc.

Psychológiou k metanoi

Veda, SAV, Bratislava, 2007

V čase, keď sa psychologickej obci dostáva do rúk tento zborník, väčšina psychologov, sa nepochybné už s publikáciou prof. Kováča oboznámila osobne.

Predstavovať slovenskej psychologickej obci osobnosť prof. Damiána Kováča, DrSc. by bolo nosením dreva do lesa. O autorovi: je jednou zo zakladajúcich osobností psychologického života na Slovensku, dlhoročný riaditeľ ÚEPs pri SAV, dlhoročný hlavný redaktor časopisu Studia Psychologica, predsedá Čsl. Psychol. Spoločnosti v r. 1978 – 85; usmerňovateľ odborného života psychologov na Slovensku.

Profesionálne sa zameriaval na viacero tém – história a metodológia psychológie, senzoricko-percepčné pamäťové funkcie, laterálne vzťahy v norme, environment, osobnosť a kvalita života.

Prof. Kováč je autorom 18 odborných monografií a vyše 500 časopisec-kých štúdií a článkov. Svojou publikáciou „Psychológiou k metanoi“ završuje vlastnú koncepciu psychológie ako jadrovej vedy o človeku; koncepciu osobnosti ako systémového psychického regulátora správania a koncepciu kvality života ako vyústenie pozitívnej psychológie.

Pre Sekciu PZ je počou, že na každé z našich doterajších stretnutí osobne prišiel a aktívne vystúpil.

Z posudkov recenzentov: Prof. dr. I. Požár, CSc. – Prof.Kováčovi sa podarilo presvedčivo obhájiť „bratislavskú experimentálnu školu“, zhrnúť konkrétne vedecké prínosy tejto školy, úplne novo a originálne vymedziť osobnosť a jej podstatu.“

Dr. A. Prokopčáková, CSc. – „Rukopis odzrkadľuje výsledky celoživotného diela autora, vychádza z jeho hlbokého vnútorného presvedčenia, dáva podnety na konanie a polemickú konfrontáciu. Publikácia bude prínosom nielen pre psychologov, ale aj pre širšiu odbornú verejnosť“.

Prof. Dr. J. Švancara, CSc.: „Podání autora je jako vždy duchaplné, přináší inovace a tu a tam může být pro čtenáře navykklého na učesané formulace překvapující. A to je dobře.“

Z myšlienok prof. Kováča pri predstavení svojej práce:

„Psychológia ako moderná veda uzrela svetlo sveta ako „oneskorene narodené dieťa“ v čase veľkej diferenciacie vied a v období historicko-revolučného prechodu spoločnosti od feudálnej k priemyselnej. Tu sa začala aj podstatná zmena postavenia človeka vo svete – od uplatňovania hrubej sily ľudí k využívaniu ich psychických potenciálov.“

V súčasnosti prevládajúce vymedzenia psychológie ako vedy o prežívaní a správaní (alebo správani a prežívaní) rozdeľujú výskumníkov na tých, čo sa svojimi metódami spoliehajú len na výpovede svojich skúmaných a tých, ktorí sa svojimi postupmi usilujú registrovať výkony. Tretích je pomenej. Táto skutočnosť (pokojne ju môžeme nazvať schizoiditou) plodí more údajov, ktoré síce môžu so sebou navzájom súhlasiť, ale môžu si aj odporovať. Z psychológie sa stala, aspoň u nás, datografia namiesto faktológie - alebo inakšie začiarokovacia („pick of“) psychológia. Psychologické bádanie u nás sa v posledných rokoch uskutočňuje takmer výlučne v korelačných výskumných projektoch. Pokiaľ psychológia nebude vedou o človeku v komplexnom chápaní, zavše budú jej zistenia len parciálne a neúplné, poplatné niektorému z už prekonaných redukcionizmov.

Človeku, na základe vedomej psychoreflexie vývinu vlastného bytia a menného prostredia, psychická reflexia poskytuje šancu navyše meniť seba samého, t.j. uskutočňovať primárne menenie vlastnej osobnosti. Človek je bio-psycho-socio-kultúrno-spirituálne bytie.

Každý ľudský jedinec sa stáva osobnosťou v tej-ktorej kultúre, do ktorej neodmyslene patrí aj spiritualita – nielen religiózna ale aj svetská, ako to dokazujú transkultúrne výskumy preferencií hodnôt.

Komplexné bio-psycho-socio-kultúrno-spirituálne chápanie človeka nepredstavuje však revitalizáciu staronovej idey v podobe novej psychologickéj paradigmy. No domnievam sa, že ho možno pokladať za novú stratégiu psychológie ako vedeckého bádania a odborno-praktickej činnosti do 21. storočia.

Čo teda s mnohotvárnosťou psychológie, ktorú niektorí pokladajú za viacmenej prirodzený pluralizmus, avšak iní za oprávnenú pochybnosť či psychológia je naozaj vedou?!

Má zmysel pokúšať sa o zjednocovanie historicky vzniknutých a doteraz ešte konkurujúcich si paradigiem psychológie?!

Alebo je tu ešte iná šanca na to, ako by sa psychológia, ako – podľa viacerých prognostikov – veda budúcnosti, dala progresívne rozvíjať?!

Psychoreflexívno – regulačná koncepcia by bola len výkrikom do tmy, kedy sa okrem metodologických konzekvencií nevzťahovala aj na centrálny systém existencie človeka – osobnosť. Osobnosť je psychologická kvalita života vznikajúca z genetického vybavenia formulovaná environmentom, sociálnom, kultúrnom, duchovnom dotváraná samou sebou – vlastným self, podľa skúseností, hodnôt, cieľov a snažení prejavujúc sa osobitosťami a konštantnosťou s možnosťou zmien v celoživotnom vývine jednotlivca.

„Psychológovia nie sú len pre problémových jedincov, ale majú mať závažný podiel v novom všeludskom zadaní zvyšovať kvalitu života jedincov a spoločností, k čomu však výskumníci poskytujú často viac alebo menej odťažité údaje.“

Prof. Kováč prezentuje psychológiu ako vedu o komplexnom chápaní človeka, ako snahu vyhnúť sa redukcionizmu a naplno využívať svoj potenciál pri štúdiu človeka.

Mrzí ma, že som patrilo do generácie, ktorá bola od tém „všeobecnej“ a teoretickej psychológie odradzovaná svojimi pedagógmi v období „normalizácie“. Zároveň ma mrzí, že som nemal možnosť osobne byť prítomný na týchto intelektuálnych stretnutiach ako jeho študenti a doktorandi. Svojou publikáciou „Psychológiu k metanoi“ završuje vlastnú koncepciu psychológie ako jadrovej vedy o človeku; koncepciu osobnosti ako systémového psychického regulátora správania a koncepciu kvality života ako vyústenie pozitívnej psychológie.

Najmä v zrkadle tragiky nasledujúceho leta, ktoré poznačilo rodinu a život prof. Kováča na najcitlivejšom mieste, sa javia mnohé časti prezentovanej knihy ako osobné vyznanie, ktoré sú v súlade s náplňou PZ a pozitívnej psychológie.. si ceníme jeho....

Som presvedčený, že vydanie publikácie prof. Kováča je významná - mimoriadna udalosť slovenského psychologického života; nejde len o reprezentáciu jeho osobnej práce, ale predstavuje vyvrcholenie vývoja určitej generácie slovenskej psychologickéj obce – „bratislavskej školy“. Hoci je zdanlivo teoreticky orientovaná, dotýka sa aktuálnych tém nášho, nielen odborného bytia a rozmeru. Preto zaradenie - predstavenia – nie krstu, ako zdôraznil autor, tejto monografie do programu našej konferencie bolo oprávnené a opodstatnené.

Z podkladov prezentáciu upravil: **Dušan Selko**, editor

EURÓPSKA ASOCIÁCIA PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA

The European Health Psychology Society (EHPS)

**Mgr. Peter Kolarčík, PhDr. Andrea Madarasová Gecková, PhD.,
Mgr. Jozef Benka, Mgr. Zuzana Veselská**

Vznik – Začiatok formovania EHPS

rok 1986 – Expertné stretnutie v Tilburgu (Holandsko);

od roku 1988 EHPS usporadúva každoročné konferencie

Čo je EHPS ?

Profesijná organizácia vytvorená na podporu *empirického a teoretického výskumu a aplikácie psychológie zdravia* v Európe (skúmanie správania, zdravia, choroby a zdravotnej starostlivosti).

Sprostredkúva výmenu informácií vzťahujúcich sa k psychológii zdravia s ďalšími asociáciami na celom svete v záujme medzinárodného dosiahnutia svojich cieľov

EHPS je v úzkom vzťahu s:

Medzinárodnou asociáciou aplikovanej psychológie (IAAP)

Európskou federáciou profesijných psychologických asociácií (EFPA)

Aktivity EHPS

- ▶ každoročné konferencie
- ▶ bulletin
- ▶ odborné časopisy
- ▶ webová stránka
- ▶ národní delegáti
- ▶ divízie CREATE a SYNERGY

Publikácie EHPS

Psychology & Health

- ▶ Health Psychology Review

-
- ▶ Psychology, Health & Medicine
 - ▶ Critical Public Health
 - ▶ Anxiety, Stress & Coping

Národní delegáti EHPS majú za úlohu:

- ▶ propagovať EHPS a jej aktivity
- ▶ informovať EHPS o udalostiach a aktivitách v oblasti PZ vo svojej krajine
- ▶ napísať výročnú správu
- ▶ pripraviť profil krajiny
- ▶ slúžiť ako zdroj informácií pre odborníkov
- ▶ spravovať a aktualizovať zoznam členov EHPS zo svojej krajiny
- ▶ propagovať aktivity CREATE a SYNERGY vo svojej krajine
- ▶ zúčastňovať sa na konferenciách EHPS a stretnutiach ND
- ▶ sú volení na 2 roky (max. 6 rokov po sebe)

Záujmové skupiny EHPS

CREATE (collaborative research and traing in the EHPS) podporuje vzdelávanie a spoluprácu pre začínajúcich výskumných pracovníkov v oblasti psychológie zdravia

SYNERGY (collaboration and inovation in theory and research in the EHPS) zameriava sa na rozvoj kľúčových oblastí v rámci psychológie zdravia cez spoluprácu pokročilých výskumných pracovníkov

Hlavné smery záujmu EHPS (1.-15.):

- 1. Vnímanie a komunikácia rizika, vrátane genetického rizika. (Risk perception and communication)**
- 2. Personality and health**
Súvislosť individuálnych rozdielov so zdravím a chorobou.
- 3. Chronic illness and pain**
Kultúrne alebo socio-ekonomické aspekty zdravia a choroby, vrátane vplyvu sociálnych zmien na zdravie.
- 4. Aging, disability and health**
Otázky zdravia a choroby súvisiace so starnutím, najmä nespôsobilosťou.
- 4. Culture, social change and health**
Otázky zdravia a choroby súvisiace s bolesťou a/alebo chronickou

chorobou.

5. Family and health

Otázky zdravia a choroby súvisiace s rodinnými interakciami.

6. Emotions, emotional expression and health

Ako emócie a/ alebo emocionálne prejavy ovplyvňujú zdravie a chorobu.

7. Work and health

Otázky zdravia a choroby súvisiace s pracovným prostredím.

8. Stress, social support and coping

Ako psycho-sociálne požiadavky a/ alebo zdroje ovplyvňujú emocionálny distress, zvládanie (coping responses) a zdravotný stav (health outcomes).

9. Self-regulation, including illness perception

Modely seba-regulácie, najmä Leventhal Common Sense Model.

10. Individual interventions

Intervencie pre pacientov alebo rizikových jedincov.

11. Health promotion and disease prevention

Intervencie z oblasti verejného zdravotníctva aplikované v skupinách populácie, vrátane opatrení týkajúcich sa prostredia.

12. Development of theories and models

Vývoj teórií, najmä teórií sociálneho poznávania.

13. Media and internet

Využívanie informačných technológií pre aplikáciu intervencií alebo ako nástroj výskumu.

14. Quantitative methods and measurement

Štúdie zamerané na inovatívne alebo komplexné multivariačné techniky.

15. Qualitative methods

Štúdie zamerané na kvalitatívne metódy alebo na zážitky, rozprávanie, rozpravy týkajúce sa zdravia a choroby.

21. EHPS Maastricht/Hasselt 2007 – Health psychology and society – Psychológia zdravia a spoločnosť

Psychológia zdravia sa zameriava hlavne na jednotlivca a na psychologické procesy, ktoré riadia správanie smerujúce k zdraviu.

Nedeje sa to však vo vákuu, ale v konkrétnom sociálno – kultúrnom kontexte, ktorý vytvára predpoklady pre individuálny vývin a správa-

nie. (Prof Britta Renner, president of EHPS)

Výzvy Psychológie zdravia

Reflektovanie epidemiologických a demografických zmien.

Porozumenie socio – kultúrnym procesom a ich vplyvu na správanie a zdravie.

Identifikovanie konkrétnych mediátorov a moderátorov ovplyvňujúcich zdravie.

Využívanie získaných poznatkov na vytváranie „na mieru šitých“ intervenčných programov.

Interdisciplinárna spolupráca

Psychológia je potrebná expertíza celého spektra odborov:

Psychológia, sociológia, medicína, neurovedy

Ciele konferencie

Vytvoriť platformu pre širokú diskusiu. Hlavným predmetom záujmu je prepojenie medzi socio – kultúrnym prostredím a správaním ovplyvňujúcim zdravie

Témy EHPS 2007 Maastricht

- Illness perception and beliefs about treatment
- Risk perception and risk communication
- Self-regulation and self-efficacy in health behavior
- Interventions and behavior change
- Stress and coping
- Parent-child interactions and adolescence health behavior
- Health psychology and cognitive neuroscience, health psychobiology

Príspevky Youth & Health

Za Slovensko bolo prezentovaných 12 (8 + 4) posterov a 2 ústne prednášky:

● Beáta Gajdošová – *Value factors and university students' risk behaviour* – poster

● Ondrej Kalina – *Trends in sexual behavior among university students: longitudinal study* – poster

● Andrea Madarasová Gecková – *The psychosocial factors of adolescents sense of coherence* – ústna prezentácia

● Oľga Orosová – *Slovak university students value factors and health*

promotion – poster

► Ferdinand Salonna – *Life satisfaction change among university students* – poster

► Mária Sarková – *School-related factors as predictors of adolescents psychological well-being* – poster

► Zuzana Tomčíková – *Psychosocial predictors of reasons for smoking among university students* – poster

► Zuzana Veselská – *Sense of coherence as predictor of physical exercise and well-being* – poster

► Tatiana Dubayová – *Personality traits – predictors of QoL in patients with Parkinson disease* – ústna prezentácia

► Iveta Rajničová – *Functional disability, adjustment to disease and psychological well-being in RA* – ústna prezentácia

► Martina Krokavcová – *Fatigue, social support and depression in patients with multiple sclerosis* – poster

► Zuzana Škodová – *Socio-demographic predictors of vital exhaustion in coronary heart disease* – poster

► Jozef Benka – *Predictors of psychological well-being in early rheumatoid arthritis patients* – poster

► Lucia Prihodová – *Psychosocial variables predicting perceived physical and mental health status in kidney transplant recipients* – poster

22. European Health psychology and society – Bath 2008

Behaviour, Health & Healthcare: from Physiology to Policy

konferencia EHPS sa tento rok uskutoční vo Veľkej Británii, v meste Bath trvanie je od 9. do 12. septembra 2008

<http://www.bath2008.org.uk/>

CREATE – 10. workshop na tému

Risk perception and risk communication

uskutoční sa v Bath pred začatím samotnej konferencie v čase od **6. do 8. septembra 2008**

<http://ehps.net/create/apply.html>

<http://www.ehps.net/create/Home.html>

SYNERGY – 6. workshop na tému **Internet-based health psychology interventions: Maximising their potential**, uskutoční sa v Bath pred začatím samotnej konferencie v čase od **6. do 8. septembra 2008** infor-

PANELOVÁ DISKUSIA K AKTUÁLNYM OTÁZKAM PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA V TEÓRII A PRAXI

Členmi panelu boli:

**Doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., Doc. PhDr. Judita Stempelová, CSc.,
PhDr. Andrea Madarásová-Gecková, PhD, PhDr. Peter Kolarčík,
doc. Milada Harineková, CSc., Mgr. Ďurka, PhDr. Dušan Selko, CSc.**

V rámci panelovej diskusie na vyššie uvedení tému sa účastníci panelu zamerali na aktuálne otázky:

Predstavenie EPHS účastníkom konferencie – v samostatnom príspevku autorov Benka, Kolarčík a spol.

Národným zástupcom Slovenska - prvým v EHPS je A.M. Gecková. Doc. Kebza ako hosť a zástupca ČR s uznaním konštatoval, akú pozitívnu odozvu vo vedení EHPS zanechalo vystúpenie mladých slovenských výskumníkov na poslednom kongrese v Maastrichte 2007.

K výučbe PZ na jednotlivých fakultách: nie vždy odráža aktuálne trendy a zároveň požiadavky praxe; záujem medzi študentmi nepochybne je, do náročného študijného programu je tento predmet problematcky zaradiateľný.

Viaceri členovia sa zhodli v tom, že okrem intenzívnejšieho prieniku PZ na katedry psychológie jednotlivých VŠ sa najvhodnejšie pole pôsobenia nachádza v oblasti spolupráce s výučbou VZ, UVZ a poradní zdravia, ako aj v príprave študentov sociálnej práce. Za veľmi dôležitý a progresívny krok by bolo možné považovať zavedenie psychológie zdravia do výučby na lekáarskych fakultách ako povinného predmetu.

Vďaka zánietencom s praxou, ale najmä iniciatívnej skupine mladých kolegov z východného Slovenska sa javí ako najprogresívnejšou oblasťou východné Slovensko, najmä Košice i vďaka priamym kontaktom so zahraničím; v iných končinách Slovenska prevláda rôznorodosť prístupov, čo je niekedy v prospech, niekedy na škodu disciplíny. Smutným konštatovaním je, že na SZU ako ústrednej inštitúcii pre a postgraduálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov záujem o predmet nie je. Dr. Selko uviedol, že návrh na koncepčné zaradenie výučby PZ ako samostatnej disciplíny mimo toho, čo ponúka katedra psychológie zostal v r. 2006 na ve-

dení SZU vyše 10 mesiacov bez povšimnutia, hoci po tejto časovej latencii prišiel formálny list akceptujúci návrh, z odborného aj ľudského hľadiska toto nebolo možné brať ako ústretový krok. Aktivity SZU v oblasti výučby psychológie spadajúce pod existujúcu katedru aj ďalší, neexistujúci pedagogický útvar bez legislatívneho oprávnenia, sú úplne iného zamerania, ako táto inštitúcia vo svojej preambule má a aké sú trendy v oblasti výučby zdravotníckych pracovníkov v zahraničí.

Otázka študijných materiálov a učebnice: základnou učebnicou vo výučbe je monografia prof. Křivohlavého; rozvoj poznatkov vyžaduje aby sa rozšírila ponuka vo forme VŠ učebníc, skrípt, ktoré by sa mali priebežne inovovať; prísun informácii je momentálne tak veľký, že vydanie prvej slovenskej a zároveň celoštátnej ako jedna z možností je málo pravdepodobná.

Z hľadiska ďalšieho smerovania PZ vyplynula nutnosť vytvoriť koncepciu psychológie zdravia, po pripomienkovaní členmi sekcie predložiť na MZ SR.

Editor

KVALITA ŽIVOTA MĚŘENÁ RŮZNÝMI TECHNIKAMI

Jitka Šimíčková-Čížková, Bohumil Vašina
PF Ostravská univerzita

Úvod

Kvalita života je chápána z psychologického hlediska jako subjektivní fenomén, který nemá obecnou platnost. Metody pro zjišťování tohoto pojmu se proto opírají o poznání, jak jedinec subjektivně kvalitu svého života vnímá, chápe či definuje. Jednou z metod reprezentujících uvedení pojetí je metoda SEIQoL, která už svým názvem (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) vystihuje podstatné složky kvality života určitého člověka.

Metoda SEIQoL vychází z určení pěti oblastí, které jsou pro konkrétního člověka klíčové, o něž usiluje, protože dávají jeho životu smysl a představují pro něj úkoly a životní cíle (Křivohlavý, 2001). Pokud vycházíme z tohoto pojetí, můžeme říci, že jde o jakousi „základnu“ životní spokojenost člověka. I když v průběhu života jedince dochází k určitým změnám priorit, které tvoří jádro metody SEIQoL, zdá se být obsah takto pojímané kvality života přece jen méně variabilní než jiné faktory.

Vedle toho, co reprezentuje SEIQoL, existuje řada dalších skutečností, které mohou mít jen aktuální nebo časově omezený vliv na životní spokojenost, protože jsou vázány na aktuální situaci, ale přesto mohou v této situaci, třebaže dočasně i výrazně ovlivnit míru i kvalitu prožívání a hodnocení spokojenosti jedince. Tyto skutečnosti se výrazněji prosazují při hodnocení celoživotní spokojenosti a kvality života pomocí grafické a číselné škály, kdy je kvalita života chápána jako jednodílná entita. Posuzováním kvality života při použití takových metod, které nabízejí jednotlivé cíle a situace, mohou pomoci při výběru důležitých hodnot a mezi nimi se s vysokou pravděpodobností najdou cíle uvedené v SEIQoL a zřejmě i mnohé, které souvisí i s aktuální situací. Patří mezi ně například dotazník WHOQOL. Jejich nevýhodou ovšem může být to, že poskytují návod k výběru těch faktorů, které nejsou pro

jedince aktuálně významné a pravděpodobně by se bez připomenutí nemusely v daném výčtu objevit. Předpokládáme, že tento typ metody pro zjišťování kvality života bude zahrnovat přednosti i nedostatky metod typu SEIQoL i obou dalších metod, které hodnotí kvalitu života, resp. životní spokojenost na grafické nebo číselné škále.

Problém

V našem sdělení se chceme zabývat srovnáním různých metod a technik pro diagnostiku kvality života. Položili jsme si otázku, nakolik spolu souvisí míra kvality života a životní spokojenosti, které jsou měřeny různými metodami. Jedná se o následující typy metod:

- ▶ SEIQoL
- ▶ Vícepoložkové škály, kde jsou jednotlivé faktory vyjmenovány (WHOQOL)
- ▶ Metody používané pro hodnocení celkové životní spokojenosti jako jednoduté entity opírající se jednak o numerické a jednak o grafické škály, slovně zakotvené jen v krajních polohách.

Zajímaly nás také vztahy k dalším významným faktorům jako je subjektivně vnímaná úroveň zdraví, hodnocení pracovní zátěže, psychická odolnost vůči zátěži (hardiness) a sociální opora.

Použité metody

1. Dotazník SEIQoL, uvedení pěti životních cílů, které jsou pro jedince klíčové, úrovně jejich významnosti a uspokojení. Určení míry spokojenosti se svým životem na grafické škále (QLG) slovně zakotvené v krajních polohách. Grafická škála bývá součástí formuláře SEIQoL.
2. Dotazník WHOQOL – třicet položek souvisejících s kvalitou života. Každá položka je hodnocena (na škále 0-6) a to jak z hlediska důležitosti, tak i míry uspokojení. Výsledná hodnota WHOQOL je součet součinů hodnocení jednotlivých položek z hlediska a) významnosti-V a b) uspokojení-U. ($QOL = V \times U$).
3. Jako numerická škála byla použita jedna ze souboru stupnic ŠSS, a to škála, kde je hodnocena celková životní spokojenost. Jedná se o škálu SS8, sedmistupňovou, zakotvenou v krajních polohách.
4. Symptomatologický dotazník zachycující zdravotní obtíže (Kasielke Möbius a Scholze). V našem sdělení využíváme tři škály, a to: fyzické obtíže (FO), psychické obtíže (PO) a neurastenicko-psychastenické obtíže (NP).

5. Dotazník psychické odolnosti hardiness (S. Kobasova) obsahuje položky: kontrola – bezmocnost (HCO), ztotožnění – odcizení (HCM), výzva – hrozba (HCO).
6. Škála sociální opory PSSS (J. A. Blumenthal) obsahuje míru celkové sociální opory – SP, podpory od někoho – SPA, podpory od rodiny – SPB, podpory od přátel – SPC.
7. Hodnocení pracovní zátěže (HPZ) pomocí grafické škály (HFI) slovně zakotvené v krajních polohách (zátěž nepociťuji – zátěž je mimořádně vysoká).

Zkoumaný soubor

Sběr dat byl proveden metodou dostupného vzorku. Úplné dotazníky ke zpracování byly užity od 108 respondentů. Byly jimi učitelky, které působí na 1. stupni základní školy.

Výsledky

Porovnání vztahů mezi hodnocením kvality života pomocí metody SEIQoL a hodnocením kvality života pomocí označení důležitosti třiceti položek dotazníku WHOQOL uvádí tabulka č. 1. Souvislosti mezi životní spokojeností jsme sledovali na základě označení vnímané míry životní spokojenosti na grafické škále dotazníku (QLG) a výsledku numerické škály dotazníku životní spokojenosti SS8. Níže uvedená tabulka zachycuje těsnost vzájemných vztahů vyjádřenou korelačním koeficientem (Pearson). Korelace jsou relativně nízké (od $r = 0,428$ až $r = 0,117$). Úroveň významnosti je označena hvězdičkami. SEIQoL koreluje na úrovni statistické významnosti 0,01 s grafickou škálou a WHOQOL. Vztah mezi SEIQoL a škálou numerickou je statisticky nevýznamný. Grafická škála významně koreluje s WHOQOL a numerickou škálou.

Tab. 1: **Korelační matice výsledků N=104**

KORELAČNÍ MATICE VÝSLEDKŮ ZÍSKANÝCH POMOCÍ RŮZNÝCH METOD N = 104				
Proměnná	SEIQoL	QLG – grafická škála	WHOQOL	SS8 – číselná škála
SEIQoL	1,000	0,347**	0,333**	0,117
QLG – spokojenost se životem – grafická škála		1,000	0,204*	0,428**
WHOQOL			1,000	0,154

*P = 0,05, ** P = 0,01

Statisticky významné vzťahy k celkovej úrovni zdravotných stesků (SDC) a PO, byly zjištěny jen s kvalitou života hodnotenou na grafické škále. Číselná škála signifikantně koreluje jen s NP. Čím je vyšší životní spokojenost, tím jsou nižší tyto potíže. Grafická škála je citlivější na subjektivně vnímaný zdravotní stav.

Tab. 2: **Kvalita života a zdravotní stesky**

KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVOTNÍ STESKY				
Korelační matice				
N = 104				
Proměnná	SDC	FO	PO	NP
SEIQoL	-0,159	-0,189	-0,097	-0,061
QLG – grafická škála	-0,193*	-2,208*	-0,139	-0,262*
WHOQOL	-0,098	-0,097	-0,090	-0,183
S8 – číselná škála	-0,165	-0,115	-0,081	-0,312**

*P = 0,05, ** P = 0,01

Hardiness měřený dotazníkem S. Kobasové, statisticky významně koreluje souvislosti této škály kvalitou života měřenou SEIQoL s výjimkou subškály HCO. Životní spokojenost vyjádřená pomocí grafické škály (Q(LG.)) je ve statisticky významném vztahu jak s jednotlivými subškálami tak i s celkovou H. WHOQOL signifikantně koreluje HCM (ztotožnění-odcizení). Celoživotní spokojenost se životem hodnocená pomocí číselné škály SS8 se projevuje jako nezávislá na hardiness.

Tab. 3: **Kvalita života a hardiness**

KVALITA ŽIVOTA A HARDINESS				
(Korelační matice)				
N = 104				
Proměnná	HCO	HCM	HCA	Σ H
SEIQoL	0,209*	0,228*	0,073	0,200*
QLG – grafická škála	0,226**	0,338**	0,283**	0,316**
WHOQOL	0,171	0,239*	0,078	0,169
SS8 – číselná škála	0,057	0,114	-0,055	0,111

*P = 0,05, ** P = 0,01

Dalším testovaným faktorem byla míra vnímané pracovní zátěže (HPZ). Statisticky významně souvisí s kvalitou života měřenou SEIQoL a životní spokojeností měřenou SS8. Jde o vztah nepřímou úměrný. SEIQoL koreluje signifikantně a pozitivně s SPA, (opora od někoho),

s SPC (opora od přátel) a celkovou oporou SP. Životní spokojenost měřená pomocí grafické škály je ve statisticky významném vztahu s SPA, s SPB (podpora od rodiny) a SP. WHOQOL koreluje se sociální oporou SPA, SPB a SP. Číselná škála SS8 nevykazuje žádný signifikantní vztah k sociální opoře.

Tab. 4: Kvalita života a zátěž a sociální opora

ŽIVOTA A ZÁTĚŽ (měřená HFI), SOCIÁLNÍ OPORA (Korelační matice) N = 104				
Proměnná	zátěž HFI	SPA	SPB	Σ SP
SEIQoL	-0,206*	0,259**	0,186	0,274**
QLG – grafická škála	-0,021	0,229*	0,352**	0,298**
WHOQOL	0,056	0,225*	0,185	0,237*
SS8 – číselná škála	-0,336**	0,025	0,057	0,057

*P = 0,05 , ** P = 0,01

Nejdůležitější proměnné našeho výzkumu jsme podrobili faktorové analýze. Identifikovali jsme pět smysluplných faktorů (viz tabulka č. 5) zachycujících přes 50% celkové variace.

Pro přehlednost uvádíme jen sycení přesahující hodnotu 0,250.

Tab. 5: Faktorová analýza

FAKTOROVÁ ANALÝZA N = 521					
Proměnná	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
FO – fyzické obtíže	0.9290				
PO – psychické obtíže	0.8819				
NP – neurotické symptomy	0.8819		0.2545		
Σ H – celkové hardiness	-0.6308				0.3485
SP – celková sociální opora					0.9419
COPE 9 obrácení se k víře				-0.9319	
SEIQoL	-0.2487	0.8265			
Grafická škála	-0.2366		0.4827	0.5006	0.3769
WFOQOL		0.7769	0.3273		
SS8 – životní spokojenost	18,73%		0.9401		
Procento zachycené variance	Zdraví	11,90%	9,92%	6,92%	6,65%
		Jadrová QL	Aktuální QL	Volba COPE 9	Sociální opora

První faktor jsme nazvali zdraví, protože je sycen především subjektivně hodnocenými zdravotními potížemi fyzickými, psychickými a neurotickými. Současně se záporným znaménkem sytí tento faktor SEIQoL a grafická škála úrovně životní spokojenosti. Další proměnná, která záporně sytí faktor zdraví je celkové hardiness.

Druhý faktor je především proměnnou SEIQoL a WHOQOL. Jiné proměnné k tomu faktoru nějak významně nepřispívají. Jak SEIQoL, tak WHOQOL se opírají o hodnocení významných hodnot platných pro respondenty. WHOQOL je založen na ohodnocení až třiceti dílčích činitelů, které podstatně ovlivňují kvalitu života. SEIQoL je postaven na uvedení pěti nejdůležitějších životních cílů a míře jejich osobní významnosti pro respondenta. Domníváme se, že tyto dvě metody, obzvláště pak SEIQoL představují jádrový základ subjektivně vnímané kvality života. Předpokládáme, že mezi výčtem 30 faktorů WHOQOL jsou i cíle a hodnoty zachycené v metodě SEIQoL.

Třetí faktor je sycen především hodnocením životní spokojenosti jako jednoduté entity a měřen pomocí grafické a numerické škály, do jisté míry je sycen také daty získanými metodou WHOQOL.

Čtvrtý faktor je sycen odmítáním copingu typu obracení se k víře a nízkou úrovní životní spokojenosti hodnocené na grafické škále.

Faktor pátý bychom mohli nazvat vysoká úroveň sociální opory a je sycen úrovní celoživotní spokojenosti na grafické škále a úrovní celkového hardiness. Ne zcela přesně bychom o něm mohli uvažovat jako o úrovni odolnosti (resilience).

Vrátíme-li se k problematice hodnocení způsobů měření kvality života, je možno říci, že celkové nestrukturované hodnocení zachycuje vlastně aktuální pohodu, do které se promítá. Uspokojení klíčových hodnot, jiných významnějších dílčích hodnot a životních cílů (A). Druhá vrstva je soubor klíčových a důležitějších cílů a hodnot (B) a třetí vrstva jsou klíčové cíle a hodnoty (C). Vrstva A je zřejmě diagnostikována grafickými a číselnými škálami, vrstva B naší úpravou dotazníku WHOQOL. SEIQoL zachycuje ve značné míře to, co je pro jedince nejdůležitější a má určitý vztah k tomu, co představuje pojem smysl života (C). Domníváme se, že empirická data, která jsme zde prezentovali, dovoluují tuto hypotézu formulovat jako plausibilní, třebaže si uvědomujeme, že zdaleka nejde o její jednoznačné potvrzení.

Závěry

1. Metody, které se opírají o hodnocení významnosti a úrovně uspokojování jednotlivých faktorů kvality života, zachycují přesněji to, co nazýváme „jádrovou“ kvalitou života. Nejvýrazněji to platí u metody SEIQoL založené na výběru pouze pěti položek představujících to, co je pro jedince klíčové.
2. Grafické a numerické škály hodnotící celkovou životní spokojenost jako jednodušnou entitu jsou pravděpodobně ovlivněny nejen tím, o co jedinci jde především, ale i aktuální situací a faktory spokojenosti spojenými s touto situací. Hodnocení životní spokojenosti jimi může být ovlivněno příznivě i nepříznivě.
3. Faktorová analýza potvrzuje existenci dvou faktorů kvality života. WHOQOL je sycen jak metodami, které dovolují hodnotit kvalitu života jako jednotnou entitu, tak i kvalitu života diagnostikovanou pomocí SEIQoL .
4. V současné době se snažíme kompletovat výrazně větší soubor osob, od nichž chceme získat data pomocí všech čtyř doposud použitých metod a další proměnné, jimiž může být hodnocena kvalita života a životní spokojenost. Uvedené výsledky spíše naznačují možné hypotézy, které se budeme snažit ve své další práci potvrdit nebo případně vyvrátit.

Literatura:

- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2000.
- Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Akademia, 2006.
- Mareš, J. a kol.: Kvalita života u dětí a dospívajících. Brno: MSD, 2006.
- Šimíčková-Čížková, J., Vašina, B.: Satisfaction with Quality of Life among Primari School Teachers and othe Professions. In Řehulka, E.: School and Health 21, 1, Brno: Paido, 2006, 607-620.
- Šimíčková-Čížková, J., Vašina, B., Šišák, P. Téma zdraví na Ostravské a Slezské univerzitě. In: Podmiotowość i tolerancja w społecznościach lokalnych pogranicze polsko-czeskiego, Opole: Uniwersytet Opolski, 2008 171-176.
- Šimíčková, J., Vašina B. Hodnota zdraví jako aspekt kvality života u univerzitních studentů. In: Pedagogika i jej pogranicza, Racibórz: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, 2007, 134 - 137.
- Šimíčková-Čížková, J., Vašina, B., Šišák, P. Výchova ke zdraví a téma zdraví jako aspekt kvality života univerzitních studentů. In Selko, D.: Psychická odolnosť a psychologiazdravia. Bratislava: SAV, 2007, 153 - 159.
- Ostrava KHS 1995, nepublikovaná závěrečná zpráva výzkumu podpořeného IGA MZ ČR č. 1294-4.
- Vaňurová, H., M HLPACHR, P.: Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska, PF MU v Brně, Brno 2005.

Vašina, B.: Psychologie zdraví. Ostrava: OU, Repronis, 1999,

Vašina, B. et al.: Pracovní zátěž učitelů, rizikové a protektivní faktory zdraví, KHS Ostrava 1995, nepublikovaná závěrečná zpráva výzkumu podpořeného IGA MZ ČR č. 1294-4.

Vašina, B.: Teacher s work stress and some behavioural, personality and organizational factors, In: E. Řehulka (Ed.): Teachers and Health 5, Brno: Nakladatelství P. Křepela, 2003, pp.9-22, ISBN 80-8669-02-5.

PROBLÉMY KLIENTOV NA LINKE DÔVERY HIV/AIDS

Danica Staneková

NRC pre prevenciu HIV/AIDS, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Súčasťou práce NRC pre prevenciu HIV/AIDS je okrem základnej a nadstavbovej diagnostiky aj pred- a potestové poradenstvo, ktoré sa uskutočňuje pri priamom styku s klientom v ambulancii, telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty. Ročne ambulanciu NRC pre HIV/AIDS na SZU v Bratislave navštívi za účelom testovania 1200 až 1500 klientov a pracovníci NRC odpovedia na okolo 500 telefonátov týkajúcich sa infekcie HIV. Okolo 50 osôb ročne využíva na komunikáciu s NRC možnosti elektronickej pošty, pomocou ktorej môžu bližšie a za podmienok úplnej anonymity popísať svoj problém a príp. si ho aj opakovane objasniť.

Vo svojom príspevku si dovoľujem na objasnenie šírky problémov spojených s infekciou HIV uviesť úryvky vybraných listov našich klientov. Uvedený E-mail je prototypom väčšiny dotazov adresovaných nášmu centru, ktoré sa týkajú možnosti diagnostiky infekcie HIV po nechránenom sexuálnom kontakte. Obzvlášť často sa nás klienti pýtajú na možnosť nákazy po orálnom sexe, pričom často vyžadujú od nás informáciu týkajúcu sa percenta pravdepodobnosti prenosu vírusu pri tomto či inom spôsobe sex. styku, čo je samozrejme z hľadiska štatistického vyjadrenia prakticky nemožné:

„Nasla som Vasu mailovu adresu na webe, tak som sa rozhodla, ze Vam napisem a poprosim Vas o par odpovedi na otazky, ktore mi uz dlhsie viria v hlave. Chcela by som sa spytat, ci nie je mozne urobit test na AIDS skor ako tri mesiace od pohlavneho styku? Kolko stojí taky test? A ci je moznost nakazy aj pri oralnom sexe?“

Ďalší E-mail je dôkazom nevedomosti o spôsoboch prenosu infekcie HIV a tiež pretrvávania mýtov o infekcii HIV v spoločnosti. Väčšina ľudí má totiž stále pocit, že infekcie HIV sa týka iba určitých kategórií – tzv. „rizikových skupín“ a nie vo všeobecnosti rizikovo sa správajúcich

Ľudí, čo je rozdiel. Z listu klienta cítiť veľký strach pred infekciou HIV aj vzhľadom na pomerne nešpecifické príznaky skorej infekcie. Je preto potrebné zdôrazniť potrebu testovania, ktoré umožní rozlíšiť infekciu HIV od iných chorôb.

„S mojou manželkou sme spolu sedem rokov, pred svadbou sme dlhé roky chodili spolu. Nikdy som jej nebol neverný, a myslím si, že to bolo vzájomné. Veľmi ju ľúbim. Spravil som však začiatkom januára tohto roku absolútnu hlúposť. S jednou známou, som sa bozkával, nedošlo k žiadnemu styku. Dotyčná žena možno nie je typická riziková skupina, ale viem, že počas manželstva mala asi dva pomery. Mávam občas, hlavne pri čistení zubov jemné krvácanie z ďasien. Asi týždeň na to som dostal zrejme chrípku, večer začala zimnica, vysoká teplota, po pár dňoch problémy s prieduškami, trochu hrdlo a hnis v očiach, začervenanie očí. Po prečítaní článku na internete o prvých príznakoch infekcie HIV, som si to dal do súvislosti. Pani doktorka myslíte, že je dôvod na obavy? Ak áno a je potrebné vyšetrenie, v akom čase, po troch mesiacoch?“

Aj nasledovné maily sú dôkazom obrovského strachu, ktorý prežíva väčšina klientov našej ambulancie po tom, čo vstúpia do nechráneného sexuálneho styku s, z ich pohľadu, rizikovým partnerom. Strach často vyústi do potreby opakovaného testovania a spochybňovania aj negatívneho výsledku, čo môže nakoniec viesť až k psychickým problémom, príp. k nutnosti liečby psychiatrom: „12.8.2003 som pod vplyvom alkoholu a tepla riešil svoje manželské problémy tak, že som mal styk s prostitútkou, nechcem sa však rozpisovať o tom ako ma to všetko mrzí. Dostal som strach z možnej nákazy HIV, strach o seba a aj o manželku, snažili sme sa mať deti verte mi, nikomu to neprajem. Obdobie panického strachu a relatívneho kludu sa u mňa menili, aby som mal istotu bol som na testoch po 6 týždňoch, 3 mesiacoch a 5 mesiacoch, medzitým bábo rástlo v brušku a ja som mal namiesto radosti strašný strach“. Asi koncom januára som mal nechránený pohlavný styk, a potom nastalo problémov až, až. Tak som šiel k dermatovenerologičke a urobili mi testy na rôzne pohlavné choroby, ale všetko bolo negatívne. Stále mám pocit, že mám oslabený imunitný systém, a rôzne infekcie v ústach (kvasinky, afty, zápaly hrdla). Robili mi 2x testy na HIV, asi dva a pol mesiaca po rizikovom správaní a neskôr a tiež to bolo negatívne. Ale stále mám rôzne problémy a ťažko sa liečim. Môžem sa spýtať, či by mohli byť tie testy falošne negatívne?

Stáva sa tiež, že klient navštívi našu ambulanciu za účelom vyšetrenia infekcie HIV a namiesto upokojenia sa z negatívneho výsledku prepadne strachu, že sa mohol infikovať u nás, príp. že výsledok nie je správny alebo že už možno medzitým infikoval svoje okolie a pod. Nasledovný mail je ukážkou takýchto fóbií, ktoré si pacient privodil návštevou piercingového salónu:

„V januári som si dala náušnicu do nosa. Pred výkonom som piercera požiadala, aby mi ukázal ihlu, aj mi ju dal do ruky. Bola zabalená a nová. Počula som ako ju aj rozbaľuje, ale stál mi chrbtom tak ma napadali veci ako či použil túto, či sa nepichol predtým než pichol do mňa...mám paranoidné predstavy o ňom či nechce ľuďom ubližovať a infikovať ich ihlami...potom ma napadlo, či použil nové rukavice, čistú náušnicu, pričom rukavice si navliekal predom mnou a boli tam so mnou aj dve kamarátky čo sedeli pri mne, tak či by si niečo také dovolil. Veľmi sa bojím, často plačem a premýšľam, prečo som to urobila. Ale mám strach ísť i k vám na testy, lebo sa bojím, že keď ich absolvujem, tak ma opäť budú chytať predstavy, či náhodou omylom tam u vás som niečo nechtyla a mala otvorenú ranu atď. atď. odpusťte mi, že vás tým otravujem, veľmi však prosím o odpoveď ak môžete. Budem nesmierne vďačná“.

Niektoré otázky našich klientov sa týkajú liečby HIV infikovaných pacientov, ktoré zatiaľ v plnej miere preplácajú poisťovne, ako aj možnosti návštevy tzv. spojopomocných skupín, ktoré však, žiaľ, kvôli stále pretrvávajúcemu strachu pacientov stretávať sa, stále ešte v našej republike nefungujú.

„Rada by som sa informovala o hiv/aids terapii na Slovensku. Moji brat žije vo Veľkej Británii a berie každý den anti retro viral tabletku na udržanie hiv vírusu pod kontrolou. Je Slovensky občan a ma Slovensky pas a chcel by sa vrátiť na Slovensko na dlhšiu dobu, alebo na stalo.“

Mozte mi prosím povedať aký druh antiretroviral terapie na Slovensku existuje? Aku čiastku by si musel financne hrať?“

„Poprosila by som vas ci by ste mi mohli dat informaciu co robit ak sa v rodine objavi aids alebo ci existuje organizacia na Slovensku na ktoru by sme sa mohli obratit“.

Posledná ukážka je smutným dôkazom toho, že nielen laická verejnosť ale, žiaľ, často aj samotní lekári nie sú ešte stále na infekciu HIV pripravení a ich nevedomosť a často aj zaujatosť môže ublížiť nielen pacientovi ale aj jeho rodine:

„Moja sestra bola diagnostikovaná s Aids momentálne teraz je prvý týždeň v nemocnici. Pravdepodobne prvé príznaky HIV sa nejakým spôsobom prehliadli alebo neboli viditeľné. Nemám ponatia či je možné niečo robiť a či je možné predĺžiť život v takomto stave. Celá rodina je psychicky úplne na dne, finančne to nevypadá o nič lepšie. Najhoršie vec je tá že ak ju prepustia nevieme čo robiť, každý so súrodencov má malé deti doma a pravdu povediac všetci sa boja. Už sme si všetci dali spraviť skúšku krvi ale ešte nemáme výsledky.

Byvame na dedine, neznalosť o nemoci je medzi ľuďmi veľká, hlavne tými staršími dokonca niektorí ľudia sa nám začínajú vyhýbať. S prekvapením sme zistili že všetky informácie vyšli von od nášho obvodného lekára ktorý je našim rodinným lekárom a sestra bola jeho pacientkou. Hneď ako sa zistila sestrina diagnóza sme pani doktora požiadali o diskretnosť ale jeho odpoveď bola, že to nám nemože zaručiť. Dokonca sa stali také veci že zdravotná sestra nechcela zobrat peniaze z ruky mojej netere a pan doktor navštívil Domov Dôchodcov a povedal že aby mamku neprijali pretože mame v rodine nebezpečnú nemoc.“

Záverom si dovoľím iba konštatovať, že pokiaľ sa spoločnosť – tak laická ako aj odborná – neprestane báť pacientov s HIV/AIDS, nikdy sa o existencii týchto ľudí, ich problémoch, ale aj pocitoch a túžbach nedozvie a neuvedomí si, že títo ľudia medzi nami žijú a rovnako ako zdravá spoločnosť aj oni sa cítia nami ohrození. Neboja sa však ani tak o svoje zdravie, keďže infekcia HIV sa dá v súčasnej dobe liečiť, hoci nie vyliečiť, ako o stratu rodiny, priateľov, zamestnania. Väčšina ľudí obviňuje pacientov zo šírenia nákazy a pritom si neuvedomujú, že svoje zdravie má každý vo vlastných rukách a sexuálny styk je väčšinou vedomá a dobrovoľná činnosť dvoch ľudí, z ktorých skoro každý v dnešnej dobe o infekcii HIV vie. A tak vzniká bludný kruh – spoločnosť sa bojí pacientov a pacienti sa boja spoločnosti. A ten je potrebné prerušiť.

Dovoľím si preto ukončiť svoj príspevok krátkou výzvou – Prestaňme sa báť pacientov, ale začnime sa obávať infekcie!

NÁDEJ U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV: DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY¹

Peter Halama

Katedra psychológie, FF TU, Trnava

Lucia Príhodová

KISH, Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, FF UPJŠ, Košice

Onkologické ochorenia sú vo všeobecnosti považované skôr za ochorenia spojené s biologickými ako psychologickými faktormi (veľa sa hovorí napríklad o karcinogénnych látkach v potravinách, v ovzduší atď.). Napriek tomu si v posledných desaťročiach psychológia zdravia nachádza priestor aj v tejto oblasti. Psychologické aspekty onkologických ochorení sa dnes skúmajú v rámci disciplíny nazývanej psychoonkológia. Záujem o túto problematiku je zrejmy aj z existencie odborných časopisov, najmä Psycho-oncology (vychádza vo vydavateľstve Wiley od roku 1992), a Journal of Psychosocial Oncology (vydavateľstvo Haworth press od roku 1983).

V rámci psychoonkológie je zrejma snaha aj o hľadanie osobnostných premenných, ktoré nejakým spôsobom súvisia s onkologickým ochorením, a to na viacerých úrovniach, napr. ako faktory vzniku či prevencie ochorenia, faktory ovplyvňujúce úspešnosť liečby, faktory napomáhajúce zotaveniu sa z choroby, faktory zlepšujúce kvalitu života onkologických pacientov a podobne. Asi najznámejším osobnostným konštruktom, ktorý bol popísaný v súvislosti s onkologickými ochoreniami, je tzv. osobnosť typu C (cancer prone) – často popisovaná v protiklade s typom A. Prvýkrát o vlastnostiach zodpovedajúcich tomuto typu hovorili v roku 1975 Morris a Greer, v článku v časopise Journal of Psychosomatic Research. Ľudia charakteristickí týmto typom osobnosti nevyjadrujú svoje emócie, potláčajú ich (najmä tie negatívne), sú podriaďiví, konformní, nadmerne sa sebaobetujúci a nevyjadrujúci svoje požiadavky, vyhýbajúci sa konfliktom (Ranchor, Sanderman, 2006). Výskumy však naznačili, že jednoduchý vzťah medzi týmto

¹ Podporené grantovou agentúrou VEGA, projekt č. 2/6185/26

typom osobnosti a pravdepodobnosťou onkologického ochorenia neexistuje a že sa nedá hovoriť o jednoznačnom vplyve (Ranchor, Sanderman, 2006). Taylor (2000) hovorí, že v prípade rakoviny sa nejedná o jednoduchú chorobu s jednoznačnou etiológiou, skôr o ochorenie s mnohými špecifickými príčinami. Ku komplexnosti onkologických ochorení pridáva aj fakt, že ochorenia rozličných častí tela majú svoju špecifickú etiológiu, symptómy či liečbu.

Napriek tomu sa ale hľadanie psychologických faktorov onkologických ochorení na spomínaných úrovniach ukazuje ako zmysluplné a významné. V doterajších výskumoch sa ukázalo viacero osobnostných premenných, ktoré môžu osvetliť psychologické a sociálne aspekty onkologických ochorení. Ranchor a Sanderman (2006) pri analýze štúdií zaoberajúcich sa osobnostnými charakteristikami a prežitím onkologického ochorenia hovoria o takých charakteristikách ako proaktívny coping či tzv. bojovná duša (fighting spirit) medzi pozitívnymi faktormi na jednej strane, a potláčanie emócií, beznádej i fatalizmus medzi negatívnymi faktormi na druhej strane. Ako však uzatvárajú, výskumné zistenia sú protirečivé a stabilne sa potvrdzuje len vplyv beznádeje.

Práve beznádeji, resp. nádeji by sme sa chceli bližšie venovať v tomto príspevku. Hovoriť o nádeji pri onkologických ochoreniach je zložité najmä kvôli tomu, že sú vo všeobecnosti považované za nevyliciteľné ochorenia a teda nie je vysoká tendencia prežívať toto ochorenie s nádejou. Dá sa však povedať, že beznádejnosť onkologického ochorenia je do istej miery mýtus. Pri včasnom zachytení ochorenia sa uvádza až 40 – 50 % pravdepodobnosť prežitia, samozrejme v závislosti od lokalizácie ochorenia, dĺžky merania prežitia apod. Preto sa o to skôr zdá dôležité hovoriť v súvislosti s onkologickými ochoreniami o nádeji. Nádej je všeobecne definovaná ako presvedčenie o tom, že človek môže dosiahnuť ciele, ktoré sú pre neho subjektívne dôležité. V psychológii resp. v ošetrovatelstve existuje mnoho koncepcií, ktoré túto definíciu rozvíjajú, viaceré z nich sú aj multidimenzionálne. Vybraným koncepciám nádeje sa budeme venovať pri jednotlivých diagnostických nástrojoch nádeje.

Nádej a onkologické ochorenia

V oblasti psychológie zdravia či choroby je nádej pomerne frekventovanou premennou, v českom a slovenskom kontexte je možné nájsť napr. článok o vzťahu nádeje a bolesti v časopise *Bolest* (Mareš,

Otterová, 2001). V súvislosti s onkologickými ochoreniami existuje viacero autorov a koncepcií, ktoré sa nádeji venujú, a to vo viacerých rovinách.

Prvou rovinou je otázka, či sa dá nádej považovať za preventívny faktor onkologického ochorenia. Táto otázka doposiaľ nebola zodpovedaná spoľahivo, jednoznačný vzťah zatiaľ nebol preukázaný. Za zmienku však stojí štúdia (Irving et al., 1998), v ktorej autori preukázali, že vyššia úroveň nádeje (chápanej ako osobnostná črta) korelovala pozitívne s vedomosťami o rakovine a to aj po kontrolovaní vplyvu zážitku s rakovinou v rodine či negatívnou či pozitívnou afektivitou. Dá sa hypotetizovať, že vyššia úroveň nádeje môže viesť k presvedčeniu o tom, že snažiť sa o prevenciu má význam a ako následok k zdravšiemu životnému štýlu.

Dalšou otázkou je to, či sa dá nádej považovať za faktor umožňujúci vyššiu pravdepodobnosť prežitia onkologického ochorenia. Taylor (2000) poukazuje na možnú včasnú diagnostiku onkologického ochorenia u ľudí s vyššou mierou nádeje. Nízko nádejné osoby sa vyhýbajú diagnostike, pretože nevidia nádej a chcú sa beznádejnému faktu vyhnúť čo najdlhšie. Taylor nemá pre tento predpoklad priamu podporu, ale podopiera to inými výskumami, ktoré poukazujú na horšie dodržiavanie liečby (treatment adherence) u ľudí s beznádejou. Práve preto sa dá uvažovať o tom, že včasná diagnostika umožňuje pravdepodobnejšie vyliečenie onkologického ochorenia. Ranchor, Sanderman (2006) však uvádzajú výsledky viacerých longitudinálnych výskumov, ktoré dokazujú, že beznádej znižuje pravdepodobnosť prežitia. Taylor (2000) tu vidí ako vmedzerenú premennú coping – viacero štúdií preukázalo, že ľudia s vyššou mierou nádeje majú proaktívny coping, vedia nájsť efektívnejšie riešenie problému, udržujú „fighting spirit“ a pod. (e.g. Herth, 1989, Vellone, 2006).

Treťou rovinou je skúmanie nádeje ako pozitívneho faktora kvality života onkologicky chorých. Tu sú výsledky pomerne konzistentné, spomenieme dve výskumné štúdie, ktoré poukázali na vzájomné prepojenie nádeje a kvality života onkologických pacientov. Esbensen et al. (2007) vo svojom výskume zistili, že riziko nízkej kvality života a zlej adhrádzácie na podmienky ochorenia je najmä u ľudí s nízkou nádejou a pokračujú rakovinou. V našej štúdii (Halama, Príhodová, 2007) sa ukázalo, že nádej je pomerne silným prediktorom kvality života u onkologických pacientov a to dokonca aj po kontrole na závažnosť ochorenia.

Diagnostické nástroje na meranie nádeje u onkologicky chorých

V súvislosti s výskumom nádeje sa vynára otázka jej diagnostického uchopenia. Dá sa povedať, že v doterajších výskumoch boli použité mnohé spôsoby a meracie nástroje na skúmanie nádeje, dokonca niektoré boli priamo vyvinuté za účelom diagnostikovania nádeje u onkologicky chorých. Na tomto mieste uvádzame výber niektorých dotazníkov a škál, ktoré sú v dostupnej literatúre najpoužívanejšie.

Snyderova škála nádeje

Snyder (Snyder et al., 1991, Snyder, 2000) je autorom dvojfaktorovej kognitívnej teórie nádeje. V tejto teórii je nádej chápaná ako kognitívne zameranie založené na vzájomne odvodenom vnímaní úspešnej snahy (na cieľ zameraného odhodlania) a cesty (plánovanie spôsobov na dosiahnutie cieľa). O človeku, ktorý má nádej v zmysle tejto teórie, sa teda dá povedať, že sa snaží dosahovať svoje ciele a zároveň vidí spôsoby, ako ich dosiahnuť. Snyder na meranie nádeje vytvoril viacero škál: pre deti, pre dospelých, pre nádej ako stav či pre nádej ako črtu. Najrozšírenejšia a najpoužívanejšia je Škála nádeje, ktorá meria nádej ako osobnostnú črtu u dospelých ľudí. Škála má 12 položiek, ktoré sa hodnotia na 4-bodovej Likertovej škále. 4 z nich sú distraktory, 8 sa započítava do celkového skóre. Škála meria úroveň nádeje v zmysle horeuvedenej definície Snydera a má dve dimenzie – snaha a cesta – obsahovo zodpovedajúce horeuvedenému popisu. Každá má 4 položky, napr. snaha – *Dosahujem ciele, ktoré si vytýčím, Energicky sa snažím o dosiahnutie svojich cieľov*, cesta – *Dokážem vidieť mnoho spôsobov ako sa dostať z nepríjemnej situácie, Aj keď sú iní znechutení, viem, že dokážem nájsť riešenie problému*. Viacero psychometrických štúdií potvrdzuje škálu ako kvalitný nástroj, potvrdená bola aj jej faktorová štruktúra aj reliabilita v zmysle vnútornej konzistencie. Škála bola preložená do slovenčiny a boli overené jej psychometrické vlastnosti (Halama, 2001).

Škála bola použitá vo viacerých výskumoch týkajúcich sa onkologických ochorení. V už spomínanom výskume Irvinga et al. (1998) bola škála použitá u vysokoškolských študentiek, pričom autori hľadali jej koreláty so zvládaním týkajúcim sa rakoviny. Okrem už spomínaných výsledkov ohľadne korelácie nádeje s vedomosťami o rakovine sa tiež ukázalo, že ženy s vysokou nádejou referovali o aktívnejších copingových stratégiách pri imaginácii onkologického ochorenia. Stanton, Da-

noff-burg a Huggins (2002) s použitím Snyderovej škály nádeje, zisťovali v longitudinálnom výskume kvalitu adjustácie po chirurgickom zákroku u žien s rakovinou prsníka. Výsledky nepreukázali, že by ženy s vyššou úrovňou nádeje používali aktívnejší coping, iba sa ukázalo, že ženy s nižšou úrovňou nádeje používali spirituálny coping. V ďalšej už spomínanej štúdii (Halama, Prihodová, 2007) bola Snyderova škála nádeje použitá na vzorke 46 pacientov Onkologickej kliniky Fakultnej nemocnice v Trnave pri predikcii kvality života. Ukázalo sa, že nádej signifikantne koreluje s celkovou kvalitou života. Ak sa vzťah kontroluje výkonnosťou mierkou ochorenia ECOG, tak signifikantným prediktorom ostáva dimenzia snaha tejto škály. Ukazuje sa teda, že snaha – t.j. (na cieľ zameraného odhodlania) je nezávislým prediktorom kvality života u onkologických pacientov.

Herthova škála nádeje a index nádeje (Herth Hope Scale, Herth Hope Index)

Škály K. Hertha sú jedny z najpoužívanejších meracích nástrojov vo výskume nádeje u onkologických pacientov, a to najmä vo výskumoch týkajúcich sa rôznych aspektov ošetrovateľstva. O škále nádeje referoval Herth v roku 1991, pričom tá vznikla práve na vzorke onkologických pacientov, takže od svojho vzniku bola spätá s touto oblasťou. Teoretickým základom škály je podľa autora definícia nádeje Defaulta a Martocchia (Herth, 1991). Pre nich je nádej multidimenzionálna dynamická sila života charakterizovaná sebaistým, hoci nepredvídateľným očakávaním dosiahnutia dobrého, ktoré je pre nádejepnú osobu realisticky možné a osobne významné. V rámci svojho prístupu vymedzili tri základné dimenzie nádeje:

- a) kognitívne-temporálna – vnútorný zmysel pre temporalitu a budúcnosť (presvedčenie, že pozitívny, želaný výsledok je možný a pravdepodobný v blízkej alebo vzdialenej budúcnosti),
- b) afektívno-behaviorálna – pozitívna ochota a očakávanie – (pocit istoty a sebadôvery pri iniciovaní plánov, ktoré by mali zabezpečiť želaný výsledok),
- c) afiliatívno-kontextuálna – rozpoznanie vzájomnej prepojenosti medzi self a inými, a medzi self a celkom).

Samotná Herthova škála nádeje má 30 položiek posudzovaných respondentom na 4-bodovej Likertovej škále a je multidimenzionálna.

Obsahuje tri dimenzie obsahovo podobné horeuvedeným dimenziám Defaulta a Martocchia, ktoré boli odvodené faktorovou analýzou:

- a) **Temporalita a budúcnosť** – napr.: „Mám pozitívny postoj k životu, Bojím sa budúcnosti (rev.).“
- b) **Pozitívne očakávania a pripravenosť** – napr.: „Dokážem vidieť svetlo v tuneli, Mám vedomie cieľa.“
- c) **Prepojenosť so self a inými** – napr.: „Cítim sa sám (rev.), Mám vieru, ktorá mi dáva úľavu.“

Autor zistil dobrú reliabilitu škály v čase, test retest korelácia sa pohyboval v rozmedzí 0.89-0.91, vnútorná konzistencia meraná prostredníctvom Cronbachovej alfy bola 0.75 až 0.94. Validita škály bola potvrdená negatívnou koreláciou s Beckovou škálou beznádeje ($r=-0.69$). Z dôvodov klinickej užitočnosti vznikla neskôr skrátená verzia tzv. Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992). Táto škála má 12 položiek, pričom je zachovaná jej trojdimenzionálnosť (každá dimenzia obsahuje 4 položky).

Obe škály sa hojne používali pri diagnostikovaní a meraní nádeje u onkologických pacientov, boli aj preložené a psychometricky skúmané v iných jazykoch (k dispozícii je napr. švédka psychometrická štúdia Benzeina a Berga, 2003). Z výskumov uskutočnených s týmito škálami možno spomenúť overovanie programu na zvyšovanie nádeje u ľudí s onkologickým ochorením Herth (2000) či výskum Ebrigha a Lyona (2002), ktorí zistili, že nádej u žien s rakovinou prsníka je zvyšovaná sociálnou oporou a religiozitou.

Nowotnej škála nádeje (Nowotny Hope Scale)

Nowotnej škála nádeje (Nowotny, 1989) tiež vznikla na základe výskumu s onkologickými pacientmi. Autorka pri konštrukcii škály vychádzala z teoretického prehľadu literatúry, kde identifikovala 6 základných atribútov nádeje:

1. Nádej je orientovaná do budúcnosti
2. Nádej zahŕňa aktívne zaangažovanie sa jednotlivca
3. Nádej pochádza zvnútra osoby a súvisí s dôverou
4. To, v čo sa dúfa, je možné dosiahnuť
5. Nádej súvisí alebo zahŕňa iných ľudí alebo vyššie bytie
6. Výsledok nádeje je významný pre jednotlivca

Na základe týchto teoretických predpokladov bolo vytvorených 47 položiek, ktoré boli v procese konštrukcie škály zredukované na 29 na

základe faktorovej analýzy. Konečná verzia škály teda obsahuje 29 položiek, respondent vyjadruje súhlas na 4-bodovej Likertovej škále. Škála má 6 dimenzií, ktoré vychádzajú z horeuvedených atribútov. Jednotlivé dimenzie majú od 3 do 8 položiek a sú nazvané nasledovne:

D – dôvera vo výsledok – napr.: *„Cítim, že rozhodnutia, ktoré som urobil, mi prinesú to, čo som očakával“.*

I – vzťahy s inými – napr.: *„Viem, že keď potrebujem pomoc môžem sa obrátiť na moju rodinu alebo priateľov“.*

M – v čo dúfame je možné – napr.: *„Teším sa na budúcnosť.“*

V – viera – napr.: *„Modlím sa, to mi dáva silu.“*

Z – aktívne zaangažovanie – napr.: *„Radšej niečo robím ako čakám na veci, ktoré sa stanú.“*

A – vnútorná aktivita – napr.: *„Páči sa mi robiť moje vlastné rozhodnutia.“*

Autorka zistila dobré psychometrické vlastnosti, vnútorná konzistencia v zmysle Cronbachovej alfy bola 0.90, škála tiež vykázala negatívnu koreláciu s Beckovou škálou beznádeje vo veľkosti -0.47. Škála bola preložená aj do slovenčiny a použitá vo výskume psychiatrických pacientov (Ondrejka, Žiaková, Farský, 2008). Z výsledkov získaných touto škálou možno opakovane spomenúť výskum Esbensen et al. (2007), ktorí longitudinálne skúmali adjustáciu počas onkologického ochorenia, pričom zistili, že nízka nádej znižuje kvalitu adjustácie. Vel-lone et al. (2006) zistili, že nádej meraná touto škálou negatívne koreluje s anxiétou, depresiou a nudou počas hospitalizácie onkologických pacientov a pozitívne s adjustáciou na nemocničné prostredie a efektívnym copingom.

Beckova škála beznádeje (The Hopelessness Scale)

Beckova škála beznádeje vznikla v roku 1974, pričom primárnou vzorkou boli suicidálni pacienti (Beck, et al., 1994). Škála je 20-položková a má jednoduchý true-false formát, teda možné skóre nadobúda hodnoty od 0 do 20. Vysoké skóre znamená vysokú beznádej a naopak, nízke skóre nízku beznádej, teda vysokú mieru nádeje. 10 položiek formulovaných pozitívne – napr.: *„Neočakávam, že dostanem to, čo chcem“*, a 10 položiek je formulovaných reverzne – napr.: *„Dívam sa do budúcnosti s nádejou a entuziazmom“*. Autor potvrdil reliabilitu škály prostredníctvom skúmania vnútornej konzistencie (Cronbachova alfa 0.93) a validitu tým, že preukázal súvis skóre škály so suicidálnymi myšlienkami.

kami a depresiou. Faktorová analýza škály vyprodukovala 3 faktory: Pocity ohľadne budúcnosti, Strata motivácie a Očakávania do budúcnosti.

Abbey et al. (2006) skúmali užitočnosť škály na súbore nevyliciteľne chorých onkologických pacientov. Výskumný súbor zahŕňal cca 200 ľudí umiestnených v hospici, s očakávanou dĺžkou života menej ako 6 mesiacov. Autori potvrdili vysokú vnútornú konzistenciu (alfa 0.87), ale zamerali sa na dĺžku škály. Pri skrátení škály sa ukázalo, že optimálnu predikciu zabezpečuje 13 najlepších položiek. Validitu skúmali hierarchickou regresnou analýzou zameranou na otázku či škála (a jej rôzne dlhé verzie) pridávajú k predikcii suicidálnych myšlienok pomocou depresie. Zistili, že škála pridáva navyše cca 10 percent predikcie rozptylu suicidálnych myšlienok, teda má dostatočnú inkrementálnu validitu. Záver Abbeyho et al. (2006) teda bol, že je užitočná pre poznanie psychiky onkologického pacienta, ale stačí kratšia 13-položková verzia.

Záver

Samozrejme, zoznam uvedených škál nie je kompletný, vo výskume nádeje v kontexte onkologických ochorení sa používajú aj iné nástroje. Z klasických škál možno uviesť napr. 40-položkovú Millerovu škálu nádeje (Miller, Powers, 1988). Taktiež treba spomenúť alternatívne spôsoby zisťovania nádeje, napr. prostredníctvom odhadovania očakávania, či sa pacientom splnia momentálne ciele (pozri napr. Dotazník aktuálnych cieľov, Halama, Příhodová, 2007). Dá sa povedať, že aj rozsah možných diagnostických nástrojov, ktorými nádej možno merať, je zo svetového hľadiska pomerne široký. To naznačuje, že nádej ako psychologický konštrukt sa za posledné dve desaťročia stal dôležitým prvkom pri uvažovaní o kvalite života či optimálnom psychologickom fungovaní. Ako bolo povedané, v slovenskom kontexte sú používané viac-menej dve škály. Dúfame, že aj tento príspevok prispeje k tomu, aby sa u nás problematika nádeje začala vo zvýšenej miere reflektovať nielen v teoretickej ale aj výskumnej rovine.

Literatúra:

- Abbey, J.G., Rosenfeld, B., Pessin H., Breitbart, W. (2006) Hopelessness at the end of life: the utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 11, 2, 173-83.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974) The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 6, 861-865.

-
- Benzein E., Berg, A. (2003) The Swedish version of Herth Hope Index – an instrument for palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 4, 409–415
- Ebright, P.R., Lyon, B. (2002) Understanding Hope and Factors That Enhance Hope in Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 3, 561–568.
- Esbensen B.A., Østerlind K., Hallberg I.R. (2007) Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 2, 178–190.
- Halama, P. (2001) Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: Preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 45, 2, 135–142.
- Halama, P., Příhodová, L. (2007) Nádej a kvalita života u onkologických pacientov. In: I. Sarmány Schuller (Ed.) *Metanoia – harmónia človeka*. Zborník z 25. Psychologických dní. Stimul, Bratislava, 88–91.
- Herth K. (1989) The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16, 1, 67–72.
- Herth K. (1991) Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5, 1, 39–51.
- Herth K. (1992) Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 10, 1251–1259.
- Herth K. (2000) Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 6, 1431–1441.
- Irving, L.M., Snyder, C. R., Crowson Jr., J.J. (1998) Hope and Coping with Cancer by College Women. *Journal of Personality*, 66, 2, 195–214.
- Mareš, J., Otterová, E. (2000) Naděje jako moderátor bolesti. *Bolest*, 4, 3, 138–148.
- Miller, J.F., Powers, M.J. (1988) Development of an Instrument To Measure Hope. *Nursing Research*, 37, 1, 6–10.
- Nowotny, M. (1989) Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16, 1, 57–61.
- Ranchor, A.V., Sanderman, R. (2006) The role of personality in cancer onset and survival. In: Vollrath, M.E. (Ed.) *Handbook of personality and health*. John Wiley & Sons, Chichester, 35–50
- Ondrejka, I., Žiaková, K., Farský, I. (2008) Diagnostika spirituálních potřeb u pacientov. In: R. Bužková, L. Sikorová (Eds.) *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch II*. Ostrava, Zdravotne sociální fakulta Ostravské univerzity, 37–42.
- Snyder, C.R.: Hypothesis: There is a hope. In: Snyder, C.R. (Ed.) *Handbook of hope. Theory, measurement, and applications*. Academic Press, New York, 2000, 3–21.
- Snyder, C.R., Harris, Ch., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, Ch., Harney, P. (1991) The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 60, 570–585.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Huggins, M.E. (2002) The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 2, 93–102.
- Taylor, J.D. (2000) Confronting breast cancer: Hopes for health. In: Snyder, C.R. (Ed.) *Handbook of hope. Theory, measurement, and applications*. Academic Press, New York, 355–372.
- Vellone, E., Rega, M.L., Galletti, C., Cohen, M.Z. (2006) Hope and Related Variables in Italian Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 29, 5, 356–366.

VNÍMANÉ ZDRAVIE MEDZI RÓMSKÝMI A NERÓMSKÝMI PUBESCENTMI: ÚLOHA ETNICITY A SOCIO-EKONOMICKÉHO STATUSU

¹P. Kolarčík, ¹A. Madarasová Gecková, ¹O. Orosová,

²J. P. van Dijk, ²S. A. Reijneveld

¹KISH, UPJŠ Košice, SR, ²University of Groningen, NL

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

Rómska populácia je jedna z najväčších etnických menšín nielen na Slovensku, ale aj v Európe. Počet Rómov variuje a odhaduje sa, že v Európe žije od 5 – 10 mil. Rómov (Kosa et al., 2007). Na Slovensku sú čísla tiež rôznorodé a rozporuplné. Oficiálne sa k rómskemu etniku hlási približne 90 000 Rómov, pričom odhadovaný počet môže byť až 500 000 Rómov (Koupilova et al., 2001; Filadelfiová et al., 2007). Tieto rozdiely v číslach spôsobuje tendencia príslušníkov rómskej menšiny hlásiť sa v oficiálnych sčítaniach k majoritnej, prípadne inej národnosti (Vivian & Dundes, 2004; Koupilova et al., 2001).

V odbornej literatúre sa o Rómoch dozvedáme, že majú nízke vzdelanie (často neukončené základné alebo iba základné), vysokú mieru nezamestnanosti, chudoby a často žijú vo veľmi zlých, zanedbaných podmienkach (Macintyre et al., 2003; van Lenthe et al., 2004; Craig, 2005; Lawlor & Sterne, 2007; Nazroo et al., 2007; Nazroo, 2003; Zwi et al., 2001; Dunn et al., 2006; Singh-Manoux & Marmot, 2005). Tieto faktory formujú extrémne nízky socio-ekonomický status rómskej populácie, ktorý sa v začarovanom kruhu prehlbuje. Posledne spomenuté sa týka hlavne Rómov žijúcich v osadách. Okrem osád môžeme v rómskej populácii rozlíšiť aj ďalšie typy bývania. Podľa Správy o životných podmienkach Rómov na Slovensku (Filadelfiová et al., 2007) poznáme tri typy bývania rómskej menšiny: *rozptýlený typ* (bývanie v rámci obce integrovane medzi majoritnou populáciou), *separovaný typ* (Rómovia žijú koncentrovane v určitej časti obce (vnútri alebo na jej okraji)) a *segregovaný typ* (bývanie v osade vzdialenej od obce či od

delenej od nej bariérou). Pre náš výskum sú zaujímavé hlavne posledné dva typy.

Predpokladá sa, že nízke vzdelanie, nezamestnanosť a často nevyhovujúce životné podmienky, sa odrážajú aj na zdravotnom stave Rómov. Podľa dostupných zistení majú Rómovia horšie zdravie ako majoritná populácia (Hajioff & Mckee, 2000; Van Cleemput et al., 2007; Zeman et al., 2003). Podobné výskumy sú však zriedkavé a často zamerané na dospelú rómsku populáciu. Tieto výskumy sú tiež značne špecifické a venujú sa len vybraným aspektom zdravia Rómov. Ide o rôzne genetické, biologické, antropologické alebo medicínske štúdie, zisťujúce mortalitu a prevalenciu infekčných alebo vrodených ochorení, merajúce rôzne biochemické alebo fyziologické ukazovatele (hladina cholesterolu, tlak krvi, BMI,...) (Vozarova de Courten et al., 2003; Zeman et al., 2003; Koupilova et al., 2001).

Najzriedkavejšie sú výskumy zaoberajúce sa vlastným hodnotením zdravia a zaoberajúce sa zdravím rómskych detí a dospievajúcej mládeže.

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť subjektívne hodnotený zdravotný stav rómskych pubescentov v porovnaní s nerómskymi a tiež skúmať vplyv socio-ekonomického statusu, pohlavia a sociálnej žiadúcnosti na rozdiely v zdraví.

Spôsob výskumu

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 1052 respondentov. Z toho 330 žiakov ZŠ z rómskych osád (48.5% chlapcov, vek 12–17 rokov (AM =14.50; SD=1.03)) a 722 žiakov ZŠ z majoritnej populácie (53.2% chlapcov, vek 14–17 rokov (AM =14.86; SD=0.63)).

Metodiky

Použili sme jednotnú testovaciu batériu pre obidve skupiny rómskych aj nerómskych žiakov. U rómskych respondentov bola testovacia batéria administrovaná individuálne za pomoci vyškoleného anketára, ktorý viedol interview. U nerómskych respondentov sme postupovali formou skupinovej administrácie dotazníka.

Batéria obsahovala položky mapujúce demografické premenné (vek, pohlavie), premenné zamerané na rôzne aspekty zdravia a kontrolné premenné. V rámci demografických premenných sme zaznamenávali pohlavie a socio-ekonomický status (vzdelanie rodičov, zamestnanosť rodičov).

Premenné zdravie:

Subjektívne hodnotený zdravotný stav bol meraný jednou položkou škály SF 36 (Ware & Sherbourne, 1992) v znení: „Aký je všeobecne tvoj zdravotný stav?“. Odpovede boli nasledovné: vynikajúci (1), veľmi dobrý (2), dobrý (3), dostatočný (4), zlý (5). Odpovede sme dichotomizovali. Ako medzný bod sme zvolili odpovede 2/3.

Respondentov sme sa pýtali, či trpeli vybranými *zdravotnými problémami* v poslednom mesiaci. Medzi zisťované zdravotné problémy patrili: bolesť hlavy, bolesť brucha, nádcha, chrípka, bolesti svalov, bolesť chrbta, úzkosť, kašeľ, únava, nespavosť, stres, zápcha, hnačka, alergia (von Bothmer & Fridlund, 2003). Respondenti mali možnosť odpovedať *áno* alebo *nie*. Analyzovali sme sumárne skóre.

Využívanie zdravotnej starostlivosti sme merali dvomi položkami. Pýtali sme sa na návštevu lekára a prípadnú hospitalizáciu počas posledného roka (Bolland, 2003). Podobne sme sa pýtali na prípadné *nehody a úrazy* za posledný rok. Tromi položkami sme skúmali respondentove vážne popáleniny, vážne poranenie alebo zlomeninu v poslednom roku (Bolland, 2003). Odpovede z prvej aj druhej skupiny otázok boli sčítané do jednotnej premennej „zdravotná starostlivosť“ a „nehody a úrazy“. Obe premenné boli dichotomizované (medzný bod 0/1).

Na skúmanie *duševného zdravia* sme použili dotazník SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman et al., 1998), z ktorého sme použili *Škálu prosociálneho správania* (5 položiek, alfa=0,68) a *Sumárne skóre ťažkostí* (20 položiek, alfa=0,71). Sumárne skóre ťažkostí je výsledkom súčtu problémov, akými sú hyperaktivita, emocionálne problémy, problémové správanie, problémy s vrstovníkmi. Vyššie skóre zodpovedá vyššej úrovni meranej premennej. Pre potreby našich analýz sme skóre dichotomizovali. Použili sme medzné body uvedené v štúdiu Koskelainen et al. (2001) a to nasledovne – 4/5 pre *Škálu prosociálneho správania* a 17/18 pre *Sumárne skóre ťažkostí*.

Kontrolná premenná

Sociálnu žiadúcnosť sme merali krátkou 5-položkovou škálou SDRS-5 (Hays et al., 1989). Položky sú hodnotené 5-stupňovou Likertovou škálou, pričom do hrubého skóre sa započítavajú len extrémne odpovede. Hrubé skóre varíruje od 0 – 5 bodov. Vyššie skóre naznačuje vyššiu sociálnu žiadúcnosť. Cronbachova alfa pre našu vzorku je 0,53.

Analýzy

Najprv sme dichotomizovali všetky závislé premenné okrem *Zdravotných problémov*, pri ktorej sme použili lineárnu regresiu. Potom sme vypočítali frekvenčné tabuľky pre závislé premenné. Logistickú a lineárnu regresiu sme použili na analyzovanie efektu etnicity na rozdiely v zdraví a na posúdenie miery, v akej k etnickým rozdielom prispieva socio-ekonomický status. Regresia prebiehala v 4 modeloch. V každom modeli k predchádzajúcim premenným pribudla jedna nová premenná a to nasledovne – prvý model testoval vplyv etnicity na rozdiely v zdraví, druhý model skúmal efekt dvoch premenných a to etnicity a pohlavia. V treťom modeli sme k predchádzajúcim dvom premenným pridal indikátor SES a v štvrtom modeli pribudla kontrolná premenná *sociálna žiadúcnosť*.

Výsledky

Rómski respondenti hodnotia svoj zdravotný stav horšie, uvádzajú viac nehôd a úrazov, viac z nich minulý rok navštívilo lekára alebo bolo hospitalizovaných ako nerómski respondenti. Na druhej strane uvádzali menej zdravotných problémov a častejšie prosociálne správanie (tabuľka 1). V duševnom zdraví sme nezistili žiadne významné rozdiely. Na rozdiely medzi Rómami a nerómami nemalo pohlavie žiaden vplyv (tabuľka 2).

Zpomedzi niekoľkých ukazovateľov SES sme použili najvyššie vzdelanie rodičov, ktoré malo najvýraznejší efekt. Efekt vzdelania rodičov zahrnutého do modelu sa prejavil v znížení OR efektu etnicity (odds ratio – pomer šancí) na zdravotné ukazovatele. Najväčší pokles OR efektu etnicity sme zaznamenali pri subjektívne hodnotenom zdraví (viď. graf 1).

Sociálna žiadúcnosť, ako kontrolná premenná, má vplyv na hodnotenie zdravotného stavu respondentmi. Jej význam je rôzny u jednotlivých zdravotných ukazovateľov: významne zvýšila rozdiely (OR) v subjektívne hodnotenom zdraví a prosociálnom správaní a znížila rozdiely vo využívaní zdravotnej starostlivosti a pri zdravotných problémoch.

Tab. 1: Frekvencie premenných zdravotného stavu vo vzorke rómskych a nerómskych respondentov

<i>závislé premenné</i>	Rómovia N=330	%	nerómovia N=722	%	chi-kvadrát (t-test) p hodnota
Subjektívne hodnotené zdravie					
vysoký zdravotný stav	166	50.3	522	74.1	chi=57.38
nízky zdravotný stav [1]	164	49.7	182	25.9	0.000
Nehody a úrazy					
žiaden úraz, nehoda [0]	241	73.3	571	80.6	chi=7.24
aspoň jeden úraz, nehoda [1]	88	26.7	137	19.4	0.007
Zdravotná starostlivosť					
žiadne použitie [0]	131	39.8	459	64.7	chi=56.89
aspoň raz [1]	198	60.2	250	35.3	0.000
Zdravotné problémy					
odpovedalo	310	93.9	573	79.4	t=5.26
priemer (SD)	24.13 (2.94)		25.24 (3.04)		0.000
SDQ (dichotomizované)					
Sumárne skóre ťažkostí (17/18)					
málo ťažkostí (0-17) [0]	246	76.2	471	77.6	chi=0.25
veľa ťažkostí (18-40) [1]	77	23.8	136	22.4	0.620
Prosociálne správanie (4/5)					
vysoká prosocialita (0-4) [0]	316	96.3	562	83.1	chi=35.09
nízka prosocialita (5-10) [1]	12	3.7	114	16.9	0.000

* v tabuľke sú prezentované len validné percentá. Chýbajúce prípady pre každú premennú sú nasledovné:

Subjektívne hodnotené zdravie 0 % Rómov, 2.5 % nerómov; Nehody a úrazy 0.3 % Rómov, 1.9 % nerómov; Zdravotná starostlivosť 0.3 % Rómov, 1.8 % nerómov; Zdravotné problémy 6.1 % Rómov, 20.6 % nerómov; Sumárne skóre ťažkostí 2.1 % Rómov, 15.9 % nerómov; Prosocialné správanie 0.6 % Rómov, 6.4 % nerómov

Tab. 2: **Efekt etnicity na premenné zdravotného stavu (OR) a signifikancia zmeny modelu po pridaní ďalšej premennej v štyroch modeloch.**

	Subjektívne hodnotené zdravie		Nehody a úrazy		Zdravotná starostlivosť	
	OR (95% CI)		OR (95% CI)		OR (95% CI)	
	<i>etnicita</i>	szm α	<i>etnicita</i>	szm	<i>etnicita</i>	szm
	Logistická regresia		Logistická regresia		Logistická regresia	
Model 1 #	3.01 (2.25-4.01) ***	***	1.57 (1.14-2.17) **	**	2.77 (2.09-3.66) ***	***
Model 2	3.00 (2.25-4.01) ***	**	1.67 (1.20-2.32) **	***	2.76 (2.09-3.65) ***	not sign.
Model 3	1.96 (1.25-3.06) **	not sign.	1.42 (0.84-2.41)	not sign.	1.86 (1.21-2.87) **	*
Model 4	2.42 (1.50-3.90) ***	**	1.58 (0.91-2.75)	not sign.	1.65 (1.05-2.61)*	**
	Zdravotné problémy		Sumárne skóre ťažkostí		Prosociálne správanie	
	B (95% CI)		OR (95% CI)		OR (95% CI)	
	<i>etnicita</i>	szm	<i>etnicita</i>	szm	<i>etnicita</i>	szm
	Lineárna regresia		Logistická regresia		Logistická regresia	
Model 1	-1.01 (-1.44 - -0.58) ***	***	1.04 (0.74-1.45)	not sign.	0.19 (0.10-0.35) ***	***
Model 2	-0.98 (-1.40 - -0.55) ***	***	1.04 (0.74-1.45)	not sign.	0.19 (0.10-0.35) ***	***
Model 3	-0.76 (-1.42 - -0.10) **	not sign.	0.97 (0.56-1.68)	not sign.	.24 (0.10-0.57) ***	not sign.
Model 4	-1.17 (-1.86 - -0.48) ***	***	1.33 (0.75-2.39)	***	0.40 (0.16-0.99) *	***

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Model 1 – etnicita; Model 2 - etnicita + pohlavie; Model 3 - etnicita + pohlavie + najvyššie vzdelanie rodičov; Model 4 - etnicita + pohlavie + najvyššie vzdelanie rodičov + sociálna žiadúcnosť

α szm – signifikancia zmeny modelu po pridaní ďalšej premennej

Záver

Naše zistenia sú v súlade s predošlými zisteniami a horším zdravotným stavom rómskej populácie (Hajioff & Mckee, 2000; Van Cleemput et al., 2007; Parry et al., 2007; Zeman et al., 2003; Kosa et al., 2007; Fildelfiová et al., 2007). Naše výsledky ich však rozširujú o dimenziu vnímaného zdravia. Rómski adolescenti žijúci v osadách uvádzajú horšie zdravie ako nerómski, čo súvisí so socio-ekonomickými charakteristikami respondentov.

Rovnako naše zistenia potvrdzujú význam socio-ekonomického statusu (v našom prípade hlavne najvyššieho dosiahnutého vzdelania ro-

dičov) pri skúmaní rozdielov v zdraví (Senior & Bhopal, 1994; Reijneveld, 1998). Aj keď v našom prípade sme jeho vplyv mohli vidieť len sprostredkovane cez interferenciu na koeficienty etnicity.

Meranie sociálnej žiadúcnosti sa ukázalo zmysluplné pri porovnávaní zdravia. Sociálna žiadúcnosť bola vyššia u rómskych respondentov a mala štatisticky významný vplyv na výstupné premenné, teda zdravie. Na druhej strane rozdiely medzi Rómami a nerómami nie sú zapríčinené touto tendenciou.

Literatúra:

- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods. *Journal of Adolescence*, 26, 145-158.
- Craig, N. (2005). Exploring the generalisability of the association between income inequality and self-assessed health. *Social Science & Medicine*, 60, 2477-2488.
- Dunn, J. R., Veenstra, G., & Ross, N. (2006). Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: Predictors of self-rated health in a Canadian national survey. *Social Science & Medicine*, 62, 1465-1473.
- Filadelfiová, J., Gerbery, D., & Škobla, D. (2007). Report on the living conditions of Roma in Slovakia Bratislava, SR: United Nations Development Programme Regional Bureau for Europe.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Hajioff, S. & Mckee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 864-869.
- Hays, R. D., Hayashi, T., & Stewart, A. L. (1989). A 5-Item Measure of Socially Desirable Response Set. *Educational and Psychological Measurement*, 49, 629-636.
- Kósa, Z., Szeles, G., Kardos, L., Kósa, K., Nemeth, R., Orszagh, S. et al. (2007). A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American Journal of Public Health*, 97, 853-859.
- Koskelainen, M., Sourander, A., & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 180-185.
- Koupilova, I., Epstein, H., Holcik, J., Hajioff, S., & Mckee, M. (2001). Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak republics. *Social Science & Medicine*, 53, 1191-1204.
- Lawlor, D. A. & Sterne, J. A. C. (2007). Socioeconomic inequalities in health – Are important but the effects of age and sex may be overlooked. *British Medical Journal*, 334, 963-964.
- Macintyre, S., McKay, L., Der, G., & Hiscock, R. (2003). Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it. *Journal of Public Health Medicine*, 25, 288-294.
- Nazroo, J., Jackson, J., Karlsen, S., & Torres, M. (2007). The Black diaspora and health inequalities in the US and England: does where you go and how you get there make a difference? *Sociology of Health & Illness* Vol. 29[Issue 6], 811-830. Ref Type: Generic
- Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health*, 93, 277-284.

-
- Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K., & Cooper, C. (2007). Health status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 198-204.
- Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 298-304.
- Senior, P. A. & Bhopal, R. (1994). Ethnicity As A Variable in Epidemiologic Research. *British Medical Journal*, 309, 327-330.
- Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60, 2129-2133.
- Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J., & Cooper, C. (2007). Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 205-210.
- van Lenthe, F. J., Schrijvers, C. T. M., Droomers, M., Joung, I. M. A., Louwman, M. J., & Mackenbach, J. P. (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health – The Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health*, 14, 63-70.
- Vivian, C. & Dundes, L. (2004). The crossroads of culture and health among the Roma (Gypsies). *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 86-91.
- von Bothmer, M. I. K. & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 347-357.
- Vojarova de Courten, B., de Courten, M., Hanson, R. L., Zahorakova, A., Egyenes, H. P., Tataranni, P. A. et al. (2003). Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular diseases in gypsies than in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 62, 95-103.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36). 1. Conceptual-Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Zeman, C. L., Depken, D. E., & Senchina, D. S. (2003). Roma health issues: A review of the literature and discussion. *Ethnicity & Health*, 8, 223-249.
- Zwi, A. B., Leon, D., Koupilova, I., Sethi, D., & Mckee, M. (2001). Injuries, inequalities and health in Europe. *Injury Control and Safety Promotion* 8[3], 143-148.
- Ref Type: Generic

SOCIÁLNA OPORA A DEPRESIA U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

¹Jozef Benka, ¹Iveta Nagyova, ^{1,2}Jitse P van Dijk, ^{1,4}Jaroslav Rosenberger,

³Anna Calfova, ³Želmira Macejova, ²Johan W Groothoff

¹Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia & KISH, Filozofická fakulta, UPJŠ, Košice, ²Department of Social Medicine, University Medical Centre Groningen, University of Groningen, The Netherlands, ³I. interná klinika, UPJŠ, Košice,

⁴Transplantačné stredisko, Fakultná nemocnica LP Košice

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-20-038305 a Vedeckou grantovou agentúrou Ministerstva školstva a Slovenskej akadémie vied na základe zmluvy č. VEGA 1/4288/07

Úvod

Reumatoidná artritída (RA) patrí medzi chronické autoimúnne progresívne ochorenia s neznámou etiológiou. Je charakteristická zápalom kĺbov a ich postupnou deformáciou. Priebeh je spojený so silnou bolesťou kĺbov, pocitmi únavy a následnou funkčnou disabilitou. Jednotlivé symptómy sa premietajú nielen do fyzického stavu pacienta, ale zákonite ovplyvňujú aj jeho sociálne fungovanie a vplyvajú na celkový psychický stav (Anderson *et al.* 1985). Zvlášť funkčná disabilita spôsobuje problémy v rôznych oblastiach bežného života a pôsobí ako chronický stresor tým, že môže redukovať schopnosť vykonávať povolanie, venovať sa záujmovým aktivitám, vykonávať rôzne sociálne role a ovplyvňuje aj rodinný či partnerský život (Doeglas *et al.* 2004; Katz *et al.* 2006). Naviac je priebeh RA premenlivý a periódy zvýšenia a zníženia aktivity choroby sú ťažko predpovedateľné, čo je sprevádzané pocitmi neistoty (Wiener, 1975).

U pacientov s RA bol zistený väčší výskyt depresie ako u zdravej populácie o približne dvojnásobok (Dickens, 2001). Viaceré štúdie ukazujú na úzky vzťah medzi symptómami ochorenia a depresiou. Avšak kauzalita v týchto vzťahoch je nejednoznačná a smer pôsobenia

je pravdepodobne obojsmerný (napr. bolesť zvyšuje depresiu a depresia zhoršuje prežívanie bolesti) (Anderson *et al.* 1992; Dickens, 2002). Napríklad Creed poukazuje na fakt, že spojenie medzi RA a depresiou treba hľadať práve v nedostatku sociálnej opory, ktorá môže kompenzovať vzniknutú disabilitu a tak zabráňovať potenciálnej sociálnej izolácii úzko súvisiacej s depresívnymi symptómami. Navyiac ohľadom prítomnosti depresie u pacientov s RA neboli zistené markantné rozdiely porovnaní a inými chronickými chorobami s podobným priebehom, čo smeruje našu pozornosť práve na osobnostné a sociálne zdroje pacienta, ktoré môžu zohrávať protektívnu úlohu pri zvládaní chronicity ochorenia (Creed, 1990; Wolfe and Skevington, 2000). V rámci tejto krátkej štúdie sa zameriame hlavne na úlohu sociálnej opory zvlášť na jej potenciálny protektívny vplyv a špecificky na takzvaný nárazníkový (buffering) efekt.

Vzhľadom na disabilitu a obmedzenia, ktoré spôsobuje RA sa pomoc z vonkajšieho prostredia stáva pre pacientov veľmi dôležitým prvkom úspešnej adaptácie. V našej práci sa budeme sústreďovať hlavne na dva aspekty sociálnej opory a to na emocionálnu sociálnu oporu a inštrumentálnu sociálnu oporu. Emocionálna opora môže byť charakterizovaná ako uistenie osoby, že je plnohodnotným členom rodiny, spoločenstva atď..., ktoré je komunikované práve z toho prostredia. Takéto uistenie dodáva osobe istotu pri zvládaní záťažovej situácie a v kontexte našej štúdie zvládanie disability spôsobenej RA. Inštrumentálnu oporu je zase možné charakterizovať ako poskytnutie materiálnej pomoci, či konkrétne praktickú pomoc, ktorá je tiež často nevyhnutným prvkom úspešnej adaptácie na RA (Stanton, 2007).

Na tomto teoretickom základe formulujeme dve hypotézy:

1. Emocionálna sociálna opora bude pôsobiť protektívne ako nárazník disability na depresiu.
2. Inštrumentálna sociálna opora bude pôsobiť protektívne ako nárazník disability na depresiu

Metódy

Vzorka

Vzorka pozostávala z 124 pacientov, ktorí boli v ročných intervaloch sledovaní po dobu štyroch rokov. Kritériá pre zaradenie do štúdie

boli vek v rozmedzí 20–70 rokov na začiatku štúdie, diagnóza RA nie viac ako štyri roky, naplnenie aspoň štyroch kritérií ACR a podpísanie informovaného súhlasu. Vyradujúce kritériá boli iný fyzický handicap, iné chronické ochorenie ako vážna komorbidita, malígna RA. Údaje boli zbierané prostredníctvom štrukturovaného interview, administrácie dotazníkov a niektoré údaje boli získané z medicínskych záznamov.

Meracie nástroje

Funkčná disabilita bola meraná pomocou dotazníka GARS (Groningen Arthritis Restriction Scale), ktorý vytvoril Suurmeijer et al.. Tento merací nástroj pozostáva z 18 položiek, ktoré zaznamenávajú tkzv. bežné úkony (napr. schopnosť samostatne vstať z postele...) a inštrumentálne úkony (napr. pripraviť obed...) bežného života (Activities of daily living, Instrumental activities of daily living). Respondent hodnotí na štvorbodovej Likertovej škále, nakoľko je schopný danú aktivitu samostatne a bez ťažkostí vykonať. Celkové skóre sa pohybuje od 18–72, pričom vyššie skóre indikuje vyššiu mieru funkčnej disability (Suurmeijer *et al.* 1994). Cronbachova alfa v prvom meraní bola 0,95.

Depresia bola zaznamenávaná pomocou subškály dotazníka GHQ-28 (General Health Questionnaire). V tomto dotazníku respondenti hodnotia svoj zdravotný stav na štvorstupňovej Likertovej škále, pričom v jednotlivých položkách porovnávajú súčasný výskyt symptómov so svojim zvyčajným zdravotným stavom. Subškála depresie pozostáva zo siedmich položiek a celkové skóre sa pohybuje od 7–28 pričom vyššie skóre znamená vyššiu úroveň depresie (Goldberg and Hillier, 1979). GHQ sa často používa v kontexte RA. Cronbachova alfa tejto subškály bola 0,83.

Sociálna opora bola meraná pomocou dotazníka SSQS (Satisfaction with Social Support Questionnaire) vytvorený Doeglasom et al. Pre potreby našej štúdie boli použité dve subškály a to subškála emocionálnej opory (ESS) a subškála inštrumentálnej opory (INS). Každá položka bola hodnotená na trojbodovej Likertovej škále, na ktorej respondenti uvádzali spokojnosť s výskytom poskytnutej opory. Celkové skóre sa pohybovalo 11–33 pre ESS a 7–21 pre INS (Doeglas *et al.* 1996). Cronbachova alfa v prvom meraní bola 0,86 pre ESS a 0,76 pre INS.

Štatistická analýza

Na overenie nárazníkového efektu sociálnej opory bola použitá lineárna regresia, ktorá umožňovala kontrolovanie socio-demografických

premenných, pôvodnú úroveň závislej premennej, ako aj fluktuáciu funkčnej disability. Navyiac longitudinálna povaha dát umožňovala postaviť model, v ktorom je časový odstup medzi závislou premennou a nezávislými premennými a zároveň je možné kontrolovať ich zmeny v čase.

Výsledky

Vo vzorke bolo 85,5% žien, priemerný vek 48,12 rokov a dĺžka trvania RA 21,9 mesiacov. Priemery, štandardné odchýlky ako aj porovnanie jednotlivých rokov pomocou analýzy variancie je zobrazené v tabuľke 1. Ako je možné vidieť z tabuľky úroveň depresie ostala počas štyroch rokov stabilná a neboli nájdené signifikantné rozdiely. Naopak, štatisticky signifikantný nárast je možné vidieť u funkčnej disability a emocionálnej opory. Čo sa týka inštrumentálnej opory ostala takmer nezmenená.

Tab. 1: Faktor 2 – Charakteristika vzorky

	T1 N = 124 0 mesiacov	T2 N = 124 12 mesiacov	T3 N = 116# 24 mesiacov	T4 N = 124 36 mesiacov	ANOVA
1. Rod	Ž (85.5%)				
2. Vek	47.94 (12.53)				
3. Ženatý/vydatá	(77.4%)				
4. Trvanie	22.23 (16.03)				
5. GHQ (depresia)	9.81 (3.29)	9.09 (3.16)	9.39 (3.25)	9.6 (3.90)	ns
6. GARS	32.43 (11.14)	32.13 (10.57)	34.61 (10.57)	35.83 (12.67)	0,05
7. ESS	29.41 (4.03)	29.90 (4.00)	30.70 (3.51)	30.66 (3.77)	0,05
8. INS	19.34 (2.50)	19.70 (2.39)	19.60 (2.60)	19.74 (2.62)	ns

Poznámka 1: GHQ = General Health Questionnaire, GARS = Groningen Arthritis Restriction Scale, ESS = Emotional Support Satisfaction Scale, INS = Instrumental Support Satisfaction Scale

Poznámka 2: # 8 pacienti sa nezúčastnili v T3

Na overenie nárazníkového efektu bol vytvorený regresný model, ktorý pozostával z piatich krokov (tabuľka 2). V prvom kroku sme kontrolovali vek, rodinný status a trvanie RA. Ani jedna premenná nepreukázala signifikantný vzťah k depresii. V druhom kroku bola do analýzy vložená úroveň depresie v T1, ktorá si zachovala signifikantný vzťah k úrovni depresie v T4 vo všetkých nasledujúcich krokoch. V tre-

tom kroku boli do analýzy pridané indikátory funkčnej disability a to disability v T1, ako aj zmena úrovne disability medzi T1 a T4. Obe premenné boli vysoko signifikantné a ostali signifikantné aj v nasledujúcich krokoch. V štvrtom kroku boli pridané do analýzy škály merajúce sociálnu oporu. Emocionálna opora bola v signifikantnom vzťahu k depresii avšak inštrumentálna opora nie. V poslednom kroku bol do modelu vložený interakčný efekt sociálnej opory a funkčnej disability. Podobne ako v predchádzajúcom kroku len emocionálna opora si zachovala signifikantný vplyv. Z analýzy teda vyplýva, že emocionálna opora zmiernuje vplyv funkčnej disability vzhľadom na depresiu u pacientov s RA, no v prípade inštrumentálnej opory sa takýto vplyv nepodarilo v prezentovanej analýze dokázať.

Tab. 2: Hierarchická regresia na depresiu v T4

	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β	Step 4 β	Step 5 β
1. Rod	0.12	0.13	0.04	,04	,043
Vek	-0.04	0.03	-0.09	-,06	-,056
Ženatý/vydatá	-0.06	-0.16	-0.09	-,09	-,133
Trvanie RA	0.03	0.03	-0.04	-,03	-,025
2. Depresia RA		0.52***	0.41**	,40**	,39**
3. GARS T1			0.35**	,33**	,34**
GARS T1-T4			-0.28**	-,26**	-,23**
4. INS T1				,09	,14
ESS T1				-,23**	-,25**
5. ESS T1XGARS T1					-,26*
NS T1XGARST1					-,00
R square change (%)	2	27	10	4	6
Adjusted R square	2	24	34	37	43
total R square	2	28	38	42	48
F	0.56	8.86***	9.85***	8.94***	9.29***
Df1, Df2	4,118	5,117	7,115	9,113	11,111

Poznámka 2: Poznámka 1:: GHQ = General Health Questionnaire, GARS = Groningen Arthritis Restriction Scale, ESS = Emotional Support Satisfaction Scale, INS = Instrumental Support Satisfaction Scale

Zhrnutie

Z dvoch v úvode stanovených hypotéz sa nám podarilo potvrdiť prvú a to, že emocionálna sociálna opora môže zmierňovať vplyv RA, pôsobiť ako nárazník a protektívny faktor pred výskytom depresívnych pocitov. Tento efekt sa nám nepodarilo preukázať u inštrumentálnej sociálnej opory. K podobným výsledkom dospeli aj iní autori (Doeglas *et al.* 2004; Strating *et al.* 2006) .

Ďalej opäť v súlade s literatúrou sa ukázalo, že úroveň depresie bola relatívne stabilná a nárast bol zaznamenaný len v prípade funkčnej disability a emocionálnej sociálnej opory (Doeglas *et al.* 2004). Pri podrobnejšej analýze výsledkov je možné vidieť, že práve pacienti u ktorých došlo k zvýšeniu funkčnej disability najviac benefitujú z emocionálnej opory. Zaujímavým výsledkom, ktorý poukazuje na zložitosť vzťahu medzi disability a depresiou je zistenie, že napriek tomu, že disability sa signifikantne zvýšila, úroveň depresie ostala nezmenená, i keď vzťah medzi depresiou a funkčnou disability bol konštantne signifikantný.

Longitudinálna charakteristika dát nám umožnila vytvoriť silný model a to hlavne na testovanie nárazníkového efektu škál sociálnej opory. Model hierarchickej regresie tiež umožňoval kontrolovať relevantné socio-demografické a s RA spojené premenné, ktoré by mohli pôsobiť ako nežiaduce intervenujúce premenné.

Okrem silných stránok však sú aj isté nezanedbateľné obmedzenia takéhoto prístupu. Funkčná disability bola zvolená ako stresor, ktorý reprezentuje celkový impakt RA na pacienta. Analýzy toho ako pôsobia iné stresory charakteristické pre RA ako bolesť, únava, či pocity neistoty by mohli prispieť širšiemu poznaniu a hlavne špecificite pôsobenia sociálnej opory a jej protektívneho pôsobenia. V neposlednom rade je pri štúdiu sociálnej opory veľmi prospešné, ak sú k dispozícii údaje aj od blízkych osôb respektíve priamo tých, ktorí sociálnu oporu poskytujú.

Záverom je možné konštatovať, že výsledky našej štúdie sa zhodujú so zisteniami zahraničných autorov a celkove poukazujú na dôležitú úlohu sociálneho prostredia pre pacientov pri zápase s reumatoidnou artritídou.

Literatúra:

Anderson, K. O., Bradley, L. A., Turner, R. A., Agudelo, C. A., Pisko, E. J., Salley, A. N., Jr. & Fletcher, K. E. (1992). Observation of pain behavior in rheumatoid arthritis patients during physical examination. Relationship to disease activity and psychological variables. *Arthritis Care Res.* 5, 49-56.

- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K. & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychol. Bull.* 98, 358-387.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? *Ann. Rheum. Dis.* 49, 808-812.
- Dickens, C. (2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology-Oxford, England* 40, 1327-1330.
- Dickens, C. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic-medicine* 64, 52-60.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R. & van den, H. W. (1996). An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 43, 1389-1397.
- Doeglas, D. M., Suurmeijer, T. P., van den Heuvel, W. J., Krol, B., van Rijswijk, M. H., van Leeuwen, M. A. & Sanderman, R. (2004). Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Qual. Life Res.* 13, 1053-1065.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol. Med.* 9, 139-145.
- Katz, P. P., Morris, A. & Yelin, E. H. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 65, 763-769.
- Stanton, A. L. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual-review-of-psychology* , 565-592.
- Strating, M. M., Suurmeijer, T. P. & van Schuur, W. H. (2006). Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis Rheum.* 55, 736-744.
- Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Moum, T., Briancon, S., Krol, B., Sanderman, R., Guillemin, F., Bjelle, A. & van den Heuvel, W. J. (1994). The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *Am. J. Public Health* 84, 1270-1273.
- Wiener, C. L. (1975). The burden of rheumatoid arthritis: Tolerating the uncertainty. *Social Science & Medicine* (1967) 9, 97-104.
- Wolfe, F. & Skevington, S. M. (2000). Measuring the epidemiology of distress: the rheumatology distress index. *J. Rheumatol.* 27, 2000-2009.

BEZNÁDEJ AKO FAKTOR ZDRAVIA U DOSPIEVAJÚCICH

¹A. Madarasová Gecková, ²P. Tavel, ¹P. Kolarčík

^{1,3}J.P. van Dijk, ³S.A. Reijneveld

¹KISH, UPJŠ Košice, SR, ²PU Olomouc, ČR, ³University of Groningen, NL

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

Strata nádeje, **prežívanie beznádejnosti**, obzvlášť v skupine dospievajúcich môže mať veľmi vážne nežiaduce dôsledky a zdá sa, že **súvisí so socio-ekonomickými faktormi pôvodnej rodiny, komunity, lokality či spoločnosti**. Bolland (2003) vychádzal z presvedčenia, že dospievajúci reagujú na neistú budúcnosť opúšťaním nádeje, ktorá vedie k vyššiemu výskytu rizikového správania. Tento autor sa domnieva, že prežívanie beznádeje je možné považovať za kognitívny štýl, odrážajúci nerovnosti životných šancí (tamtiež). V skupine alabamských dospievajúcich (n=2468, priemerný vek 14 rokov, zber údajov v roku 1999) žijúcich v deprivovaných mestských oblastiach potvrdil súvislosť prežívanej beznádeje s násilným, agresívnym správaním, zneužívaním psychoaktívnych látok, rizikovým sexuálnym správaním a úrazmi, pričom v skupine chlapcov bolo prežívanie beznádeje intenzívnejšie ako v skupine dievčat (tamtiež).

Stredná Európa a obzvlášť Slovensko je typické veľkými regionálnymi rozdielmi a čo je ešte rizikovejšie deprivovanými oblasťami, ktorých zaostávanie sa prehĺbuje (Gajdoš&Pašiak 2006, Korec 2005, Gajdoš 2000, Pašiak a kol. 2001). Isté skupiny dospievajúcej populácie môžu byť ohrozené beznádejou podobne ako skupiny Alabamskej mládeže v Bollandovej štúdii (Bolland 2003). Podľa našich zistení (z roku 2002), 3% dospievajúcich (n=1992, priemerný vek 17 rokov, (zber údajov v roku 2002) uviedlo, že po ukončení školy pravdepodobne rozšíria rady nezamestnaných a ďalších 17% plánovalo opustiť krajinu kvôli práci (Salonna a kol. 2004). Špecifickým javom, vyskytujúcim sa temer výlučne v Strednej Európe je i mládež žijúca v extrémne deprivovaných

a segregovaných osadách, kde sa socio-ekonomické znevýhodnenie dedí a kumuluje (Filadelfiová a kol. 2007, Kosa a kol. 2007). Existuje ale veľmi málo výskumných štúdií mapujúcich subjektívne prežívanie, rizikové správanie a zdravie týchto ohrozených skupín.

Metodika použitá v Bollandovej štúdii (Bolland 2003) je jednoduchá, krátka, zrozumiteľná a tým i dobre použiteľná v skupinách socio-ekonomicky znevýhodnenej mládeže.

Tak ako i pri mnohých iných metodikách, spomeniem napr. len Antonovského dotazník zmyslu pre integritu, je na mieste otázka, nakoľko je koncept meraný danou metodikou sebou samým a do akej miery sa prelína s inými, už zavedenými známymi konceptmi. Prežívanie beznádeje môže významne korelovať s negatívnou afektivitou. Negatívna afektivita významne ovplyvňuje subjektívne hodnotenie zdravia, i keď jej súvislosť s fyzickým zdravím je spochybňovaná (Watson, Pennebaker 1989).

Cieľom našej štúdie bolo overiť **vplyv prežívania beznádeje na zdravie** pubescentov a zároveň overiť **do akej miery je možné tento vplyv vysvetliť príbuznosťou tohto konceptu s konceptom negatívnej a pozitívnej afektivity**.

Vzorka

Prierezová štúdia bol realizovaná v roku 2007 **prevažne v mestskej populácii slovenských** (n=297) a **českých dospelujúcich** (n=204), **prevažne vidieckej populácie rakúskych dospelujúcich** (n=235) a v skupine **rómskych dospelujúcich žijúcich v segregovaných rómskych osadách v Košickom a Prešovskom kraji** (n=330).

Zber údajov bol realizovaný na **základných školách**, respektíve v prípade rakúskych dospelujúcich na „**Hauptschule**“. Školy, rovnako ako triedy boli vyberané **náhodným spôsobom**. V prípade rómskych dospelujúcich boli oslovené školy v spádových oblastiach s aspoň jednou rómskou osadou, pričom minimálny počet potencionálnych respondentov musel byť vyšší ako 30. S výnimkou rómskych dospelujúcich, u ktorých sme použili **interview**, boli údaje zbierané pomocou **anonymného dotazníka** administrovaného v školskom prostredí, bez prítomnosti učiteľa.

Pre účely tejto štúdie sme ohraničili vek respondentov v intervale **od 11 do 16 rokov**.

Ako si môžete všimnúť (viď. tabuľka 1), kým slovenská a česká vzorka má viac-menej normálne rozloženie podľa vzdelania rodičov,

ďalšie dve skupiny, rakúsky a rómsky dospievajúci pochádzajú z rodín s nižším socioekonomickým statusom. Inými slovami, pochádzajú z rodín, kde sa oveľa častejšie vyskytuje učňovské a nižšie vzdelanie rodičov (viac ako 65%) a oveľa zriedkavejšie vysokoškolské vzdelanie rodičov (menaj ako 7%).

Tab. 1: **Popis vzorky**

	n	<učňov./VS	Vek (SD)
SR, mestské oblasti	274	10.3% / 37.7%	15.0 (0.6)
ČR, mestské oblasti	198	25.1% / 37.4%	19.9 (1.1)
Rakúsko, vidiecke oblasti	152	65.3% / 6.8%	14.9 (0.8)
Segregované rómske osady	306	88.0% / 2.7%	14.4 (1.0)

Metodiky

Vybrané meracie nástroje boli obojstranným spôsobom preložené z pôvodnej anglickej jazykovej verzie do príslušného jazyka (slovenčiny, češtiny, nemčiny). Reliabilita použitých škál bola uspokojivá – najnižšie Cronbach alfa bolo vyššie ako 0.6.

Použili sme dva indikátory zdravia a to škálu celkového hodnotenia zdravia (Ware a kol. 1993) a dotazník výskytu zdravotných ťažkostí (BothmerFridlund 2003), ktorý mapoval výskyt ťažkostí ako sú bolesť hlavy, bolesť brucha, nádcha, chrípka, bolesť svalov, bolesť chrbta, úzkosť, kašeľ, únava, nespavosť, stres, zápcha, hnačka, alergia.

Škála beznádejnosti (Bolland 2003) je odvodená z dotazníka beznádejnosti autorov Kazdin a kolektív (1983) a pozostáva z piatich tvrdení vyjadrujúcich prežívanú beznádej, s ktorými respondent súhlasí alebo nesúhlasí.

Pozitívnu a negatívnu afektivitu sme merali dotazníkom známym aj pod skratkou PANAS (Watson a kol. 1988). Škála pozostáva z 20 slov vyjadrujúcich rozličné pocity, emócie, pričom respondent mal uviesť do akej miery tieto pocity, emócie zvykne prežívať vo všeobecnosti, teda afektivitu ako osobnostnú črtu.

Analýzy

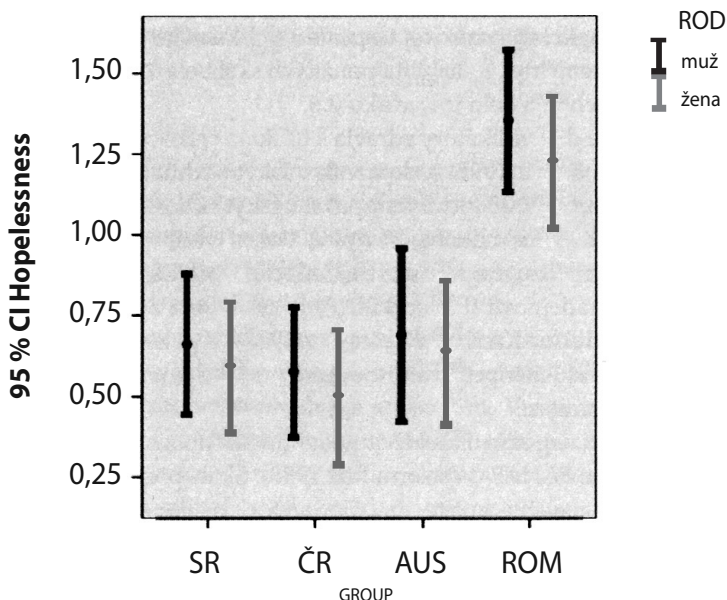
Každú skupinu adolescentov sme **analyzovali zvlášť**. Vplyv beznádeje na celkové hodnotenie zdravia, respektíve výskyt zdravotných ťažkostí sme **overovali lineárnou regresiou**, pričom model **zohľadňoval**

rod. V predbežných analýzach model zohľadňoval i vek a najvyššie vzdelanie, no tieto faktory boli nevýznamné a preto sme ich z modelu vylúčili. Možnú príbuznosť konceptov sme overovali **pridaním pozitívnej a negatívnej afektivity do modelu**. Súvislosť beznádeje a afektivity sme overovali pomocou **Pearsonovho korelačného koeficientu**.

Zistenia

Obrázok 1 znázorňuje porovnanie štyroch skúmaných skupín dospievajúcich z hľadiska miery prežívanej beznádeje, zvlášť v skupine mužov a skupine žien. **Muži a ženy sa nelíšili v miere prežívanej beznádeje. Rómski dospievajúci** prežívali štatisticky významne vyššiu mieru beznádeje.

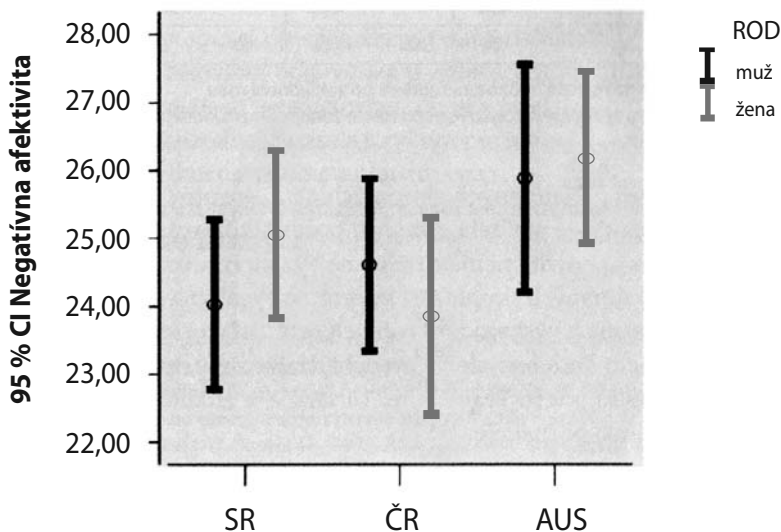
Obr. 1: Miera prežívanej beznádeje v skúmaných skupinách respondentov



Podobné porovnanie v miere negatívnej afektivity znázorňuje obrázok 2. Bohužiaľ dotazník afektivity nebol zaradený do batérie použitej v skupine Rómskych dospievajúcich. Mierne vyššiu mieru nega-

tívnej afektivity sme zaznamenali v skupine rakúskych dospievajúcich z vidieckej oblasti a podobne ako v prípade prežívanej beznádeje absentovali rodové rozdiely.

Obr. 2: Miera negatívnej afektivity v skúmaných skupinách respondentov



Prežívaná beznádej štatisticky významne prispievala k celkovému hodnoteniu zdravia iba v skupine českých adolescentov (viď. tabuľka 2). Vyššia miera prežívanej beznádeje súvisela s horším hodnotením zdravia. S jednou výnimkou pozitívna i negatívna afektivita významne prispievali k celkovému hodnoteniu zdravia vo všetkých skúmaných skupinách adolescentov. Výnimkou bol nevýznamný vplyv pozitívnej afektivity na celkové hodnotenie zdravia v skupine českých adolescentov. Pridanie afektivity zvýšilo mieru vysvetlenej variácie a znížilo významnosť vplyvu prežívanej beznádeje, z čoho by sa dala usudzovať istá miera príbuznosti konceptov, prípadne mediačný vplyv afektivity.

Ešte výraznejšie boli zistenia pri použití výskytu zdravotných ťažkostí ako indikátora zdravia u adolescentov (viď. tabuľka 3). Prežívaná beznádej štatisticky významne prispievala k výskytu zdravotných ťaž-

Tab. 2: **Vplyv prežívanej beznádeje a afektivity na celkové hodnotenie zdravia respondentov**

	SR		ČR		Rakúsko		Rómovia
	1	2	1	2	1	2	1
Beznádej	ns	ns	.004	ns	ns	ns	ns
Poz. afektivita		.001		ns		.034	
Neg. afektivita		.023		.000		.039	
adj. R ²	.01	.06	.05	.13	.03	.07	.01

1 vplyv beznádeje na celkové hodnotenie zdravia pri zohľadnení rodu

2 vplyv beznádeje a afektivity na celkové hodnotenie zdravia pri zohľadnení rodu

ností vo všetkých skúmaných skupinách adolescentov. Vyššia miera prežívanej beznádeje súvisela s vyšším počtom zdravotných ťažkostí. Kým pozitívna afektivita nemala vplyv na výskyt zdravotných ťažkostí v žiadnej zo skúmaných skupín adolescentov, negatívna afektivita významne prispievala k výskytu zdravotných ťažkostí vo všetkých skúmaných skupinách. Podobne ako v predchádzajúcom prípade, pridanie afektivity zvýšilo mieru vysvetlenej variancie a znížilo významnosť vplyvu prežívanej beznádeje.

Tab. 3: **Vplyv prežívanej beznádeje a afektivity na výskyt zdravotných ťažkostí u respondentov**

	SR		ČR		Rakúsko		Rómovia
	1	2	1	2	1	2	1
Beznádej	.034	ns	.000	.002	.019	ns	.005
Poz. afektivita		ns		ns		.ns	
Neg. afektivita		.000		.002		.010	
adj. R ²	.04	.10	.12	.17	.06	.10	.03

1 vplyv beznádeje na zdravie pri zohľadnení rodu

2 vplyv beznádeje a afektivity na zdravie pri zohľadnení rodu

Prežívaná beznádej štatisticky významne korelovala s pozitívnou i negatívnou afektivitou. Vyššia miera prežívanej beznádeje súvisela s nižšou mierou pozitívnej afektivity (-0.09 až -0,25) a vyššou mierou negatívnej afektivity (0.26 až 0.41).

Tab. 4: Súvislosť prežívanej beznádeje s pozitívnou a negatívnou afektivitou

	SR	ČR	Rakúsko
beznádejnosť vs. pozitívna afektivita	-.130*	-.090	-.249**
beznádejnosť vs. negatívna afektivita	.410**	.259**	.269**

Zhrnutie

Na záver by som si dovoľila zhrnúť naše zistenia:

- Prežívaná beznádej bola vyššia u adolescentov žijúcich v deprivovaných oblastiach (segregované rómske osady).
- Prežívaná beznádej súvisela s vyšším počtom zdravotných ťažkostí, ale nie s celkovým hodnotením zdravia.
- Koncept prežívanej beznádeje je, zdá sa, príbuzný s konceptom negatívnej afektivity.

Literatúra:

- Bolland J.M. (2003): Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods. *Journal of Adolescence* 26:145–158.
- Bothmer M.L.K., Fridlund B.: Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits *Scand J Caring Sci*; 2003; 17; 347–357
- Filadelfiová J, Gerbery D, Škobla D. (2007) Report on the living conditions of Roma in Slovakia. United Nations Development Programme Regional Bureau for Europe, Bratislava.
- Gajdoš P. (2000): Marginálne územia – závažný problém sociálno-priestorového vývoja Slovenska. *Životné prostredie*, 34:5-9.
- Gajdoš P., Pašiak J. (2006): Regionálny rozvoj Slovenska z pohľadu priestorovej sociológie. Sociologický ústav SAV Bratislava.
- Korec P. (2005): Regionálny rozvoj Slovenska v období 1989-2004. Geografika, Bratislava
- Kosa Z., Szeles G., Kardos L., Kosa K., Nemetch R., Orszagh S., Fesus G., Mc Kee M., Adany R., Voko Z. (2007): A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American Journal of Public Health* 2007;97:853-9.
- Pašiak J., Gajdoš P., Falčan L. (2001): Regional Patterns in Slovak Development. In: *Central Europe in Transition: Towards EU Membership*. Regional Studies Association. Warszawa, s.330-364
- Salonna F., Šlěšková M., Madarasová Gecková A., van Dijk J.P., Groothoff J.W. (2004): Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví u adolescentov a mladých dospelých – prierezová štúdia. Správa z riešenia výskumnej úlohy. KISH ÚHV PF UPJŠ, Košice.
- Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36) .1. Conceptual-Framework and Item Selection. *Med Care* 1992;30:473-83
- Watson D., Pennebaker J.W.: Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review* 1989 96(2):234-54.

HUMOR V ZDRAVÍ A V CHOROBE

Róbert Ďurka

Pedagogicko-psychologická poradňa Michalovce

Motto: V humore nepoznám žarty alebo o vtipných veciach vážne a o vážnych veciach vtipne.

S humorom sa stretávame každodenne a na každom kroku. Stačí mať otvorenú myseľ a pripravené oči a uši. Humor je všade, v novinách, v časopisoch, na internete, v prílohách e-mailov. Prostredníctvom e-mailovej pošty sme objavili aj zaručene najlepší psychologický test.

Najlepší psychologický test

Odpovedzte, prosím, pravdivo na nasledujúce otázky a zároveň si spočítajte dosiahnuté body:

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| 1. Ste múdry? | Áno – 1bod | Nie – 0 bodov |
| 2. Ste pekný? | Áno – 1bod | Nie – 0 bodov |

Vyhodnotenie testu:

2 body: Ste múdry a pekný.

1 bod: Ste múdry alebo pekný.

0 bodov: Ste hlúpy a škaredý

Samozrejme, že takýto test nespĺňa kritériá byť psychologickým testom a už vôbec nie najlepším psychologickým testom a my predchádzajúcou vetou robíme najväčšiu chybu, ktorú v humore môžeme urobiť a to je, že sa ho snažíme vysvetliť. Pretože pri vysvetľovaní humor stráca svoju podstatu, teda to, prečo je to vtipné, žartovné, humorné.

„Koľkokrát sa policajt smeje na vtipe? Trikrát. Prvýkrát, keď ho počuje. Druhýkrát, keď mu ho vysvetlia. A tretíkrát, keď ho pochopí.“

Dúfam, že snahou o vysvetlenie podstaty humoru a jeho vplyvu na zdravie a chorobu, nespôsobím to, že to tajomné, čo robí humor hu-

morom prestane byť tajomným a humor stratí svoj zmysel.

Definícia humoru

Humor má svoj pôvod v latinskom slove „umor“, čo znamená tekutý, kvapalný. V stredoveku panoval názor, že telo hostí štyri základné „tekutiny (humory)“, z ktorých každá má vzťah s náladou:

- sangvinický humor je veselý a spojený s krvou,
- cholerickej humor je zlostný a spojený so žlčou,
- flegmatickej humor je apatickej a spojený s hlienom,
- melancholický humor je depresívny a spojený s čiernou žlčou (Wooten, 1996; Nason, 2005).

Colman (2001) v Oxfordskom psychologickom slovníku definuje humor ako niečo, čo je zábavné, žartovné, vtipné, komické, smiešne alebo niečo, čo má schopnosť ľudí rozosmiať. Formy humoru môžu byť klasifikované do nasledujúcich kategórií: drsný humor, fraška, dvojzmyselné narážky, slovné hračky, paródia (satira, irónia) sarkazmus, preháňanie, analógia/komická metafora, čierny humor, komické opakovanie. Humor je stav mysle alebo nálady, ako vo frázach dobrá nálada alebo zlá nálada (Colman, 2001).

Blízke, ale nie synonymné slovo k humoru je smiech. Humor často, ale nie nevyhnutne vedie k smiechu. Smiech môže byť vyvolaný humorným kognitívnym podnetom, ale aj iným podnetom napr. šteklením. Takto sa môžeme smiať bez vtipného podnetu a podobne môžeme prežívať humor bez smiechu (Polimeni, Reiss, 2006).

Schopnosť smiať sa spája so zmyslom pre humor, ktorý zahŕňa niekoľko rôznych aspektov:

- stupeň, do ktorého osoba rozumie vtipom a humorným podnetom,
- spôsob, ktorým osoba vyjadruje humor, kvantitatívne a kvalitatívne,
- schopnosť osoby tvoriť humor,
- obľuba rôznych typov vtipov, kresieb a humorných materiálov,
- stupeň, do ktorého osoba aktívne vyhľadáva zdroje humoru,
- pamäť osoby na vtipy, zábavné príhody a udalosti,
- tendencia používať humor ako zvládacie mechanizmus,
- schopnosť smiať sa na sebe samom (Huchl, Ruch, 1985; Nason, 2005).

Teória humoru

Zatiaľ neexistuje jednotná teória, ktorá by vysvetľovala všetko, čo sa týka humoru. Autori (Sdorow, 1993; Polimeni, Reiss, 2006; Smuts, 2006) najčastejšie uvádzajú nasledujúce tri teórie humoru: teóriu

nadradenosti, teóriu uvoľnenia a teóriu inkongruencie.

1. Teória nadradenosti – táto teória vychádza z učenia anglického filozofa Thomasa Hobbsa, ktorý žil v 17. storočí a ktorá hovorí, že sa cítime dobre, keď nás humor stavia do nadradenej (superiornej) pozície nad inými ľuďmi (Sdorow, 1993). Kritici poukazujú na to, že mnoho vtipov v nás nevyvoláva pocit nadradenosti (Polimeni, Reiss, 2006).
2. Teória uvoľnenia – je založená na tvrdení Sigmunda Freuda, že humor je katartickým ventilom pre anxiétu zapríčinenú potlačanou sexuálnou alebo agresívnou energiou (Sdorow, 1993). Smuts (2006) hovorí, že základnou chybou tejto teórie je chybné tvrdenie, že mentálna energia často nachádza uvoľnenie vo fyzickom pohybe, takže aj fyzický pohyb musí byť vysvetliteľný nadbytkom mentálnej energie.
3. Teória inkongruencie – táto teória sa viaže k nemeckému filozofovi Immanuelovi Kantovi. Inkongruentný humor spája nezlučiteľné myšlienky do prekvapivého záveru, ktorý narušuje naše očakávania (Sdorow, 1993). Kritika hovorí, že teória inkongruencie je príliš široká na to, aby bola zmysluplná, nerozlišuje medzi nehumornou inkongruenciou a základnou inkongruenciou a tiež, že nevysvetľuje prečo sú niektoré veci smiešne a iné nie (Smuts, 2006).

Typy humoru

Geller (1997) hovorí o piatich typoch humoru: slovná hračka, preháňanie, prekvapenie, hlúposť a urážka.

1. *Slovná hračka* – slovo má v závislosti od kontextu viac významov, vtipnou je zmena kontextu, ktorý dá slovu iný význam. Napr. kolegyňa si kúpila topánky vo výpredaji a v práci sa chválila koľko ušetrila. Pozrela na mňa a spýtala sa: „Čo myslíš, koľko stáli?“ Ja na to: „Stáli tri roky v obchode a potom ich zlacnili!“

2. *Preháňanie* – vzniká vtedy, keď sa humor pridáva k bežným príkladom. Napr. pán profesor prednášal tak rozvláčne a nudne, že si na jeho prednášky študenti nosili spacák.

3. *Prekvapenie* – keď sme niečím prekvapení, tak sa aktivuje autonómna reakcia boj alebo útek. Naš pulz sa zrýchli, ale keď nevidíme žiadne nebezpečenstvo, tak prichádza smiech. Napr. profesor na začiatku prednášky hovorí študentom: „Vyberte si perá a papiere!“ Jeden zo študentov: „Ale veď písomku máme písať až o týždeň.“ Profesor: „A

to si z dnešnej prednášky nechcete nič zaznamenať?“

4. *Hlúposť/prostota* – väčšina vtipov v situačných komédiách je založená na hlúposti. Napr. mohol by som byť diagnostikovaný ako depresívny, ale keďže mám aj manické fázy...

5. *Urážka* – tento typ humoru je používaný vtedy, keď chceme niekoho (aj seba) uraziť pre zábavu. Napr. nemám nadváhu, ale podvýšku.

Humor a mentálne zdravie

Prvým propagátorom humoru a smiechu v terapii bol Norman Cousins (Wooten 1996; Geller, 1997; Hostetler, 2002; Nešpor, 2002). V roku 1979 vo svojej knihe „Anatomy of Illness (Anatómia choroby)“ opísal ako mu smiech pomohol uzdraviť sa zo zriedkavej a podľa lekárov neliečiteľnej choroby. Vychádzal pritom z predpokladu, že ak majú negatívne emócie negatívny vplyv na zdravie, tak je aj opak pravdou, teda pozitívne emócie budú mať pozitívny vplyv. Samozrejme, smiech nebol jedinou príčinou uzdravenia, ale napriek tomu bol dôležitý.

Vzájomný vzťah medzi zmyslom pre humor a mentálnym zdravím bol podrobený výskumu na katedre psychológie Univerzity v Missouri (Miller, 2003). 111 študentom psychológie spomínanej univerzity boli administrované dva dotazníky – *Multidimenzionálna škála zmyslu pre humor* (autori: Thornson, Powell, Brdar) a *Dotazník mentálneho zdravia* (autor: Bargar). *Multidimenzionálna škála zmyslu pre humor* (The Multidimensional Sense of Humor Scale, MSHS) pozostáva z 24 položiek, ktoré sýtia štyri rôzne koncepty: produkcia humoru, zvládanie s humorom, obľuba humoru a postoje voči humoru. Každá položka je založená na 5-bodovej Likkertovej škále od *veľmi nesúhlasím* po *veľmi súhlasím*. Vysoké skóre znamená veľký zmysel pre humor. Dotazník mentálneho zdravia meria ťažkosti, ktoré ľudia zažívajú v bežných situáciách od žiadnej ťažkosti až po veľmi veľké, extrémne ťažkosti. Nízke skóre znamená malé problémy s vysporiadaním sa s každodenným životom a zlepšené mentálne zdravie. Výsledky ukázali, že ak skóre v škále zmyslu pre humor rástlo, tak skóre v dotazníku mentálneho zdravia klesalo, teda potvrdila sa existencia vzťahu medzi zmyslom pre humor a mentálnym zdravím.

Ďalším propagátorom liečby humorom a smiechom je, popri už spomínanom Normanovi Cousinsovi, aj Patch Adams, ktorý sa po smrti svojich dvoch blízkych príbuzných dostal do hlbokej depresie a práve smiech mu pomohol, aby sa z nej dostal (Nešpor, 2002). Neskôr vyštu-

doval medicínu a stal sa lekárom, ktorý svojich pacientov lieči prostredníctvom humoru a zadarmo! Dokumentuje to aj film *Doktor Adams* (v originále Patch Adams), v ktorom hlavnú postavu geniálne stvárnil Robin Williams.

Terapia smiechom nie je neznámym pojmom ani na Slovensku. Aj u nás od roku 2003 pôsobia „Doktori klauni“ a to pod vedením Garyho Edwardsa (Csepécz, 2004). Ich prvým „pracoviskom“ je Detská fakultná nemocnica na Kramároch, kde im pomocnú ruku ponúkla lekárka z oddelenia detskej onkológie Daniela Sejnová, ktorá je zakladateľkou Občianskeho združenia Červený nos Clowndoctors. Doktori klauni, nie sú lekármi a ani klasickými klaunami. Do nemocnice idú vždy vo dvojici, muž a žena, lebo niektoré deti lepšie reagujú na ženu a niektoré na muža a tiež preto, lebo partnerstvo dáva viac možností na improvizáciu a na vytváranie situácií. Návšteva u dieťaťa začína zaklopaním na dvere a až po dovolení klauni vstupujú do izby. Hra sa rozbieha vytvorením osobného kontaktu a potom prichádza zábava vo forme klaunovských trikov. Klauni hrajú iba pre deti resp. sa hrajú spolu s nimi. Pomoc vo forme úľavy sa neposkytuje iba deťom, ale aj ich rodičom a starým rodičom, ktorí s deťmi trávajú veľa času a často potrebujú povzbudenie viac ako ich deti (Csepécz, 2004).

Humor a stres

Každý vtip je vtipný raz, po druhýkrát sa dá vydržať a po tretíkrát už nie je smiešny. Na prvej konferencii psychológie zdravia sme sa venovali stresu u vysokoškolských študentov, na druhej konferencii to bol stres u pedagógov, na tejto tretej konferencii sa venujeme humoru a vzťahu humoru a stresu. Nie je to smiešne! Dúfam, že je to poučné!

Stres z psychologického hľadiska je stav nadmerného zaťaženia či ohrozenia (Vágnerová, 1999). Dlhotrvajúce alebo silné až extrémne stresujúce situácie môžu viesť k vzniku choroby. Ako zvládať takéto situácie? Joshi (2007) odporúča, aby sme sa ešte predtým než na stresovú situáciu zareagujeme, na ňu pozreli z pozície pozorovateľa a pokúsili sa nájsť humornú stránku danej situácie. Podľa Wootenovej je humor a smiech efektívnym nástrojom zvládania stresu, pretože smiech napomáha k vytvoreniu pozitívneho postoja (Wooten, 1996).

Humor a škola

Humor by nemal chýbať ani vo „vážnych a vážených inštitúciách“

akými školy (materské, základné, stredné a vysoké) nesporne sú. Shatz a LoSchiavo (2006) poukazujú na to, že pedagogický humor má potenciál znižovať študentovu anxiету, vyjasňovať zložitejšie úlohy a tiež zlepšuje vzťah medzi študentom a učiteľom. Existujú však typy humoru, ktorým by sa učiteľ v škole mal vyhnúť, a to je humor cynický a ironický (Lovorn, 2008).

Humor je umenie, ktorému sa snažíme naučiť aj počítače (Mihalcea, Strapparava, 2005), tak prečo by sme sa mu nemohli naučiť aj my ľudia? Na Minnesotskej Univerzite ho v rámci predmetu *Psychológia humoru a šťastia* prednáša Vina M. Goghari. Na ukážku uvádzame témy prednášok: Úvod do humoru a šťastia; Osobnosť; Kognitívna a sociálna psychológia humoru; Nádej, optimizmus a pozitívne self; Biológia a vývin humoru a smiechu; Emocionálna inteligencia, nadanie, kreativita, múdrosť; Fyzické a mentálne zdravie a zmena (Goghari, 2006).

Humoru sa venujú autori prostredníctvom rôznych médií (televízia, rádio, knihy, časopisy, internet). V zozname odborných časopisov vytvorenom Americkou psychologickou asociáciou (APA) pre rok 2008 nachádzame časopis *Humor: International Journal of Humor Research*, ktorý vychádza od roku 1988. Zo spomínaného zoznamu sa téme humoru venujú napr. *Journal of Happiness Studies* a *Journal of Positive Psychology*. Ešte pre zaujímavosť pridávame časopisy, ktoré sa venujú humoru a zdraviu a to sú *Humor & Health Letters* a *Humor & Health Journal*.

Záver

Na tomto mieste mal byť záver! Namiesto neho uvádzam recept na náladu, ktorý predpisuje vyštudovaný stomatológ, všeobecný lekár, pedagóg, etik a teológ Doc. MUDr. ThDr. Mgr. Jaroslav Max Kašparů, Ph.D., ktorý pôsobí ako psychiater, pedopsychiater, hypnoterapeut a súdny znalec v jednej osobe.

Recept na Náladol

Vezmi hrsť pohody, deci ochoty, lyžicu tolerancie, hrnček humoru, lyžičku pokory, deka veľkorysosti a štipku elegancie. Všetko zmiešaj a rozdeľ na 365 dielov. Servíruj s dobrým slovom a ozdob úsmevom (Kašparů, 2007).

Literatúra:

American Psychological Association: PsycINFO Journal Coverage List. Washington, American Psychological Association, 2008.

- Colman, A. M.: *A Dictionary of Psychology*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Csepécz, M.S.: Bohócdoktorok a gyermekkórházban. In: *Vasárnap*, 37, č. 33, 2004.
- Geller, E.S.: *The Value of Humor*. In: , 1997.
- Goghari, V.M.: *The Psychology of Humor and Happiness*. In: , 2006.
- Hostetler, J.: *Humor, Spirituality, and Well-Being*. In: *Perspective on Science and Christian Faith*, 54 (2), 2002, 108-113.
- Huhl, F.J. – Ruch, W.: *The Location of Humor Within Comprehensive Personality Spaces: An Exploratory Study*. In: *Personality and Individual Differences*. 24, 1985, 114-1128.
- Joshi, V.: *Stres a zdraví*. Praha, Portál, 2007.
- Kašparů, M.: *Tricet případů aneb malé, bílé, kulaté*. Brno, Cesta, 2007.
- Lovorn, M.G.: *Humor in Home and in the Classroom: The Benefits of Laughing While We Learn*. In: *Journal of Education and Human Development*. 2 (1), 2008.
- Mihalcea, R. – Strapparava, C.: *Making Computer Laugh: Investigation in Automatic Humor Recognition*. In: [//www.cs.unt.edu/~rada/papers/mihalcea.emnlp05b.pdf](http://www.cs.unt.edu/~rada/papers/mihalcea.emnlp05b.pdf), 2005.
- Miller, D. M.: *The Correlation Between Sense Of Humor And Mental Health*. In: , 2003.
- Nason, Ch.: *The Fun Factory (Your Prescription for Stress Relief at Work and at Home)*. New York, Core Publishing, 2005.
- Nešpor, K.: *Smích a zdraví*. In: *Psychologie dnes*. Roč.8, č.2, 2002, s.6-8.
- Polimeni, J. – Reiss, J.P.: *The First Joke: Exploring the Evolutionary Origins of Humor*. In: *Evolutionary Psychology*, Vol.4, 2006, 347-366.
- Schatz, M.A. – LoSchiavo, F.M.: *Bringing Life to Online Instruction with Humor*. In: *Radical Pedagogy*. http://radicalpedagogy.icaap.org/content/issue8_2/shatz.htm, 2006.
- Sdorow, L. M.: *Psychology*. 2.vydanie. Oxford, Brown&Benchmark, 1993.
- Smuts, A.: *Humor*. In: *The Internet Encyclopedia of Philosophy*. In: , 2006.
- Vágnarová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese (Variabilita a patologie lidské psychiky)*. Praha, Portál, 1999.
- Wooten, P.: *Humor an Antidote for Stress*. In: *Holistic Nursing Practise*. 10 (2), 1996, 49-55.

VÝSKYT DEPRESÍVNYCH A ÚZKOSTNÝCH SYMPTÓMOV U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS

Viera Cviková, Eva Šimúnová

(cvikova@fphil.uniba.sk), (simunova.eva@gmail.com)

Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

***Abstrakt:** V príspevku sa autorky venujú problematike kvality života u pacientov s diabetes mellitus. S cieľom postihnúť kvalitu života, resp. subjektívnu duševnú pohodu u pacientov s diabetom v realizovanom výskume, použili autorky príslušné dotazníky a kvantitatívnu analýzu získaných dát. Z výskumných zistení vyplýva, že skúmaná skupina je vo všeobecnosti najmenej spokojná s tromi oblasťami svojho života: so svojím zdravím, finančnou situáciou a sexualitou. Analýza výsledkov ukazuje na relatívne vysoký výskyt depresívnych a úzkostných symptómov u participantov výskumu a pri detailnom pohľade nachádzame rozdiely medzi mužmi, ženami a inými skupinami rozdelenými na základe sociodemografických faktorov.*

***Kľúčové slová:** Kvalita života. Diabetes mellitus. Subjektívna pohoda. Depresia. Anxiozita.*

***Abstract:** The authors of the study deal with a matter of patients with diabetes. One of the main aim – finding out how quality of life and its component – subjective well being is saturated within patient with diabetes – was fulfilled by applying appropriate questionnaires and quantitative analysis of dates for this purpose. The results of the research show that people with diabetes feel different quality of life in 3 areas of their lives: health, economic standard of living and sexuality. The analysis of results shows relatively high level of depression and anxiety among participants and by detailed point of view we can find some differences between men, women and people divided by other social – demographic factors.*

***Key words:** Quality of life. Diabetes mellitus. Subjective well-being. Depression. Anxiety.*

Úvod

Otázka kvality života sa v posledných rokoch dostáva čoraz viac do popredia. O tom, že každá choroba znamená pre človeka väčšiu, či menšiu záťaž a že závažné ochorenia (akým diabetes mellitus 1. a 2. typu nesporne je) túto kvalitu zhoršujú, dnes už nikto nepochybuje. Napriek veľkému záujmu v odborných kruhoch (v zahraničí sa touto problematikou zaoberá napríklad Bott, Gavin, Karlsen, Whitemore a na Slovensku Hrachovinová, Ondrejka, Adamicová, Požonská, Holmanová) sa dopad na kvalitu života u pacientov trpiacich diabetom, veľmi ťažko odhaduje a ešte komplikovanejší je proces aplikácie týchto poznatkov do praxe.

Cukrovka (diabetes mellitus) je celosvetovo rozšírené vážne chronické a civilizačné ochorenie, ktoré postihuje 4,7 % populácie. Na Slovensku toto číslo znamená približne 280 tisíc pacientov s diabetom a ich počet neustále narastá (za posledných 20 rokov sa počet pacientov s týmto ochorením takmer strojnásobil). Spoločným prejavom všetkých typov cukrovky je hyperglykémia (zvýšená hladina cukru v krvi) spôsobená poruchou sekrécie alebo účinku inzulínu, prípadne ich kombináciou (Perušicová et al., 1996). Diabetes mellitus (DM) je ochorenie, ktoré je síce liečiteľné, ale vo svojej podstate nevyliciteľné, s rizikom akútnych a neskorších komplikácií. DM sa netýka iba telesných symptómov, ale vyznačuje sa častým a významným dopadom v oblasti psychickej, sociálnej, pracovnej i ekonomickej. Osoby s diagnózou DM musia dodržiavať veľké množstvo liečebných obmedzení. Tie nespočívajú iba v užívaní liekov či dodržiavaní diéty, ale v hľadaní rovnováhy medzi liečbou inzulínom, prívodom energie v diéte a výdajom energie pri práci, v športe či bežných denných činnostiach. Takýmto spôsobom DM veľmi významne modifikuje jednotlivé dimenzie kvality života a znamená pre chorého dôležitosť vyrovnávania sa nielen s telesnými symptómami DM, ale aj psychosociálnymi aspektmi tohto ochorenia. Najčastejšie sa vyskytujúci psychosociálnymi problémami sú pocity nespokojnosti a netrpezlivosti, depresívne prejavy (anhedónia, apatia, strata záujmov...), myšlienky na sebapoškodzovanie a samovraždu, úzkostné aspekty, strach (z liečby, budúcnosti, možného rozvoja nových komplikácií, z hrozby amputácie) a iné (Hrachovinová, Jirkovská, 2006).

Výskyt depresívnych symptómov u diabetických pacientov

Podľa mnohých zahraničných výskumov (Lustman et al., 2006; Leichter et al., 2004) sa výrazné symptómy depresie vyskytujú u každého

štvrtého pacienta s diabetom a taktiež poukazujú na to, že ľudia s diabetom, u ktorých bola v minulosti diagnostikovaná depresia, majú v oveľa väčšej miere komplikácie diabetu ako tí, u ktorých depresia nebola zistená.

Oba typy diabetu je však od seba v tejto súvislosti nutné striktné odlišovať. Diabetes 1. typu (DM 1) má odlišnú etiológiu, ide v zásade o autoimúnne ochorenie a neradíme ho k metabolickému syndrómu. Zatiaľ čo depresia spravidla predchádza vzniku DM 2, u DM 1 je tomu presne naopak. Depresia je pri DM 1 na rozdiel od DM 2 skôr dôsledkom než príčinou vzniku ochorenia. Psychosociálne dôsledky sa pri DM 1 vyskytujú až po prepuknutí ochorenia. To sa týka predovšetkým adolescentných diabetikov trpiacich DM 1. Depresia je v tomto prípade dôsledkom psychosociálnej maladaptácie a kľúčovú úlohu v nej hrajú narušená sebaúcta a obmedzenie sociálnych aktivít. U DM 2 môžeme sledovať odlišný fenomén. Podľa viacerých autorov (Hess, Podlipný, 2006; Eaton et. al, 1996) depresia predchádza – a často aj o niekoľko rokov – vzniku inzulínovej rezistencie. Samotná depresia je teda rizikovým faktorom vzniku DM 2 a je pravdepodobne biologicky zviazaná s dosiaľ neznámymi patofyziologickými mechanizmami DM 2.

Úzkostlivosť ako osobnostná črta u pacientov s diabetes mellitus

Nedávne zahraničné longitudinálne štúdie zvládania, trait anxiety a glykemickej kontroly u dospelých s diabetom (Shaban et al., 2006; Sultan et al., 2008) potvrdili, že anxiozita a stres môžu ovplyvniť glykemicкую kontrolu, a že kľúčom k správnej glykemickej kontrole môže byť práve riadenie emócií. Tieto štúdie sú jedny z prvých, ktoré dokazujú, že anxiozita, stratégie zvládania záťažových situácií a ich vzájomná interakcia môžu dlhodobo ovplyvniť glykemicкую kontrolu.

Pilotná štúdia kvality života u pacientov s diabetes mellitus na Slovensku

Primárnym cieľom pilotnej štúdie kvality života u pacientov s DM na Slovensku bolo uskutočnenie výskumu, ktorý by zachytil individuálny obraz celkovej životnej spokojnosti u pacientov s diabetom; postihnúť rozdiely v rôznych zložkách životnej spokojnosti a porovnanie výsledkov medzi skupinami, rozdelenými na základe rôznych sociodemografických faktorov (pohlavie, vek, bydlisko, vzdelanie, za-

mestnanie, stav, typ diabetu atď.). Autorky sa zároveň snažili prvotne zmapovať vzťah medzi výskytom depresívnych príznakov a úzkostlivosťou, opisovaný v zahraničných štúdiách a výskumoch (Shaban et al., 2006; Whittemore, Kanner, 2002).

Metódy a vzorka

Výskumnú vzorku tvorili dospelí ľudia s diagnózou diabetes mellitus 1. a 2. typu z 5 diabetických klubov a diabetologických ambulancií v rôznych častiach Slovenska. Podmienkou na zaradenie do výskumnej skupiny bol vek nad 18 rokov a dĺžka trvania ochorenia min. 12 mesiacov. Do experimentálnej skupiny bolo zaradených 89 pacientov s diabetom; z toho 43 trpelo ochorením diabetes mellitus 1. typu (s priemerným vekom 38 rokov) a 46 diabetom 2. typu (s priemerným vekom 48 rokov). Vo výskumnej vzorke bolo 61 žien a 28 mužov. Ich vekové rozpätie sa pohybovalo od 18 do 83 rokov.

Z hľadiska stanovených cieľov výskumu si realizátorky výskumu zvolili nasledujúce metódy:

1. Úvodný dotazník

Tento dotazník bol zostavený autorkami na zistenie kvótnych znakov, základných socio-demografických údajov, dĺžky ochorenia, typu diabetu, komplikácií diabetu atď.

2. Dotazník životnej spokojnosti

Dotazník bol použitý k zachyteniu individuálneho obrazu celkovej životnej spokojnosti človeka a diferencovaniu tejto spokojnosti do desiatich oblastí. Každý z 10 škál zodpovedá v tomto dotazníku 7 položiek, na ktoré pokusná osoba odpovedá na sedembodovej stupnici (od „veľmi nespokojný/á“ až po „veľmi spokojný/á“). Na základe skóre dosiahnutých v týchto škálach sa dá vypočítať index tzv. celkovej životnej spokojnosti. Dotazník vznikol v Nemecku, kde bol aj štandardizovaný na vzorke 2870 osôb (Fahrenberg, 2001).

3. Dotazník depresívnych príznakov

Sebapostudzovacia škála k odhadu miery depresie – **Beckova subjektívna stupnica depresie** obsahuje 21 štvorstupňových položiek (Beck, 1967). U nás je táto stupnica štandardizovaná. Dotazník poskytuje nasledovne údaje: postihnutie aktuálnej depresívnej symptomatiky, rozlíšenie miernej, silnej a veľmi silnej úrovne aktuálnej depresívnej symptomatológie.

4. *Spielbergerov dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti – STAI (časť X-2 pre úzkostlivosť)*

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) je test, ktorý umožňuje odlišiť momentálnu hladinu úzkosti pri riešení nejakej úlohy od všeobecnej miery úzkostlivosti ako osobnostnej črty. Müllner et al. (1980) reštandardizovali a preložili túto metódu do slovenčiny. V 20 položkovej časti *X-2 pre úzkostlivosť* participant vyjadruje svoj súhlas s výrokom na škále 1 – 4 (1 – „*Takmer nikdy*“, 2 – „*Niekedy*“, 3 – „*Často*“, 4 – „*Takmer vždy*“). Autorky použili test s cieľom zistiť údaje o úzkostlivosti ako trvalej črte.

5. *Doplňanie viet*

Metóda nedokončených viet bola použitá ako jediná kvalitatívna metóda zameraná na projektívne posúdenie niektorých aspektov kvality života. Na základe pozitívnej skúsenosti s danou metódou u podobnej cieľovej skupiny autorky rovnako ako Hrabovský (2007) vybrali z pôvodných 67 nedokončených viet 15 viet, v ktorých by bolo možné, čo najlepšie pozorovať rozdiely s bežnou populáciou a lepšie vyhodnotiť ich subjektívne vnímanie kvality života.

Výsledky

Kvalita života – subjektívna duševná spokojnosť

Získané dáta z vyššie uvedených dotazníkov boli spracované kombináciou kvalitatívneho a kvantitatívneho prístupu.

Na základe dotazníka životnej spokojnosti, ktorý mapoval spokojnosť v desiatich životných oblastiach sa zistilo, že respondenti sú najmenej spokojní so svojou *Finančnou situáciou*, *Zdravím* a *Sexualitou* (tab. č. 1). Naopak, všeobecne možno povedať, že najviac spokojní sú so svojimi sociálnymi vzťahmi. Najvyššie skóre totiž dosiahli v kategóriách *Priatelía, známi a príbuzní*; *Manželstvo a partnerstvo* a *Vzťah k deťom*. Z výpovedí v dotazníku nedokončených viet možno usudzovať, že náklady spojené s diabetickou diétou a liečbou ako takou, sú finančne náročné. Mnohí respondenti by uvítali predovšetkým nárok na vyšší počet testovacích prúžkov do glukometra, čo by znížilo ich finančné zaťaženie a sekundárne by prispelo k zvýšeniu životnej spokojnosti s ich finančnou situáciou. Čo sa týka poklesu kvality života v oblasti sexuality, ide o problémy, ktoré sa radia medzi komplikácie súvisiace s cukrovkou a veľmi významne narúšajú kvalitu života.

Tab. 1: Skóre v DŽS podľa jednotlivých kategórií

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Finančná situácia	75	7,00	49,00	26,5600	9,6566
Zdravie	75	11,00	49,00	28,6000	8,7364
Sexualita	69	7,00	49,00	31,9275	10,5053
Voľný čas	75	9,00	49,00	32,3600	8,8220
Práca a zamestnanie	74	10,00	49,00	33,7838	7,7323
Bývanie	75	11,00	49,00	34,8933	7,2607
Vlastná osoba	72	19,00	46,00	35,3472	6,5631
Priatelia, známi a príbuzní	75	19,00	49,00	35,6667	6,8622
Manželstvo a partnerstvo	53	12,00	49,00	36,2075	9,6324
Vzťah k deťom	48	21	49	37,3750	6,6768

Na celkovú životnú spokojnosť v našom výskumnom súbore má vysoký vplyv partnerský status respondentov (výskumná vzorka bola z hľadiska partnerského statusu rozdelená na slobodných/é, odlúčených/é, ženatých/vydaté, rozvedených/é a žijúcich s druhom alebo družkou). Podľa dosiahnutých výsledkov (ANOVA, $F = 4,962$, $p < 0,001$) možno tvrdiť, že slobodní, ženatí/vydaté a ľudia žijúci so svojimi partnermi sú štatisticky významne spokojnejší so svojím životom a že život s partnerom/kou signifikantne prispieva k zvýšeniu ich kvality života. Na základe uvedených testov možno taktiež povedať, že pacienti s DM 1 a príslušníci mladšej vekovej skupiny s diagnózou diabetes mellitus boli štatisticky významne spokojnejší so svojím zdravotným stavom. Porovnaním rozdielov sa ukázalo, že spokojnosť so zdravím súvisí aj s liečbou (ANOVA, $F = 4,126$, $p < 0,05$) a komplikáciami diabetu (ANOVA, $F = 2,194$, $p < 0,05$). Najspokojnejšia je skupina dodržiavajúca režimové opatrenia, diétu a lieky a najmenej spokojná je skupina, kde súčasťou liečby je aj aplikácia inzulínu menej ako 3x denne.

Depresia u pacientov s DM

Na základe vyhodnotenia Beckovej sebaopisovacej stupnice sa zistilo, že až 48 % výskumného súboru vykazovalo „aktuálnu depresiu“. Získané výsledky boli porovnané jednak v slovenských a jednak v celosvetových podmienkach. Na Slovensku robil výskum epidemiológie depresie Heretik et al. (2003) a výskyt aktuálnej depresie vyka-

valo 22,6 % populácie. Tento výsledok korešponduje s tvrdením, že aktuálna depresia je u diabetickej populácie dvojnásobne vyššia ako u zdravej populácie (Whittemore, Kanner, 1999). Čo sa týka porovnania so zahraničnými štúdiami boli údaje porovnané so štúdiou WHO, ktorá sa však robila inou metodikou (GHO). Pri spriemernení údajov z 15 centier bola prevalencia aktuálnej depresie 10,4%, čo je menej ako štvrtina prevalencie zistenej v pilotnej štúdii na Slovensku. Tieto údaje však kolísali medzi Santiago de Chile (29,5 %) a Nagasaki (2,6%); v Európe s najvyššou prevalenciou 16,9% v Manchestri (Goldberg, Lecrubier, 1995; In: Heretik, 2003). Z uvedených údajov možno konštatovať, že aktuálna depresia vo výskumnom súbore je jednoznačne vyššia a že zvýšený výskyt depresívnej symptomatológie u pacientov s diabetom je nepopierateľný.

Na základe skóre, získanom sčítavaním položiek podľa vyjadrenia intenzity symptómu (0 až 3), sa jednotliví respondenti zaradili do 4 kategórií (norma, mierny stupeň, silný stupeň, veľmi silný stupeň depresie). Cut off skóre pre zaradenie do skupiny s „aktuálnou depresiou“ bolo 11 bodov. V tabuľke č. 2 sú zobrazené údaje o podiele účastníkov s aktuálnou depresiou a taktiež rozdelenie výskumnej vzorky podľa jednotlivých kategórií BDI.

Tab. 2: **Frekvencia výskytu aktuálnej depresie podľa BDI**

Kvótny znak	N	%
Základné rozdelenie		
V norme	45	50,6
S aktuálnou depresiou	43	48,3
Celkom	88	100
Stupeň aktuálnej depresie		
Mierny stupeň	26	29,2
Silný stupeň	10	11,2
Veľmi silný stupeň depresie	7	7,9
Celkom	43	48,3

Výskyt určitého zhoršenia aktuálneho stavu vo výskumnom súbore sa pre jednotlivé symptómy výrazne líšil. Zo subjektívnych problémov respondenti uvádzali najčastejšie problém straty libida, nespavosť, únavu, pesimizmus, podráždenosť, neschopnosť pracovať, úbytok na

váhe, plač a pocity viny. Najmenej sa vyskytovali problémy so zmenou nálady, vlastného vzhľadu, pocitu neúspechu a sebanenávisťi.

Podobne ako v dotazníku BDI sa podľa očakávania a v zhode s literatúrou (Kessler, 1998; Klose, Jacobi, 2004, In: Heretik, 2003) zistilo významne vyššie priemerné skóre úzkostlivosti u žien. Vyššie priemerné skóre STAI X-2 zistili aj autori pôvodnej slovenskej reštandardizácie na vzorke dospeljej populácie (Múllner et al., 1980). Tento rozdiel však nie je dostatočne uspokojivo vysvetlený (Klose, Jacobi, 2004, In: Heretik, 2003).

Úzkosť a úzkostlivosť u pacientov s DM

Priemerné skóre v STAI X-2 v uvedenej štúdii bolo 49,59, čo je vyššie ako priemerné skóre dosiahnuté v pôvodnej slovenskej štandardizácii Múllnera et al. (1980) a toto skóre možno považovať za klinicky významné. Priemerné skóre STAI X-2 štandardizačného súboru bolo 45,26 bodov; z toho 43,4 pre mužov (N=613) a 46,4 pre ženy (N=672). Autor dotazníka STAI Spielberger pokladal skóre nad 40 za klinicky významné (Heretik et al., 2006). Z tohto hľadiska možno tvrdiť, že diabetická populácia dosahuje v úzkostlivosti klinicky významne vyššie výsledky, so signifikantnými rozdielmi medzi pohlaviami, typmi diabetu, vekovými skupinami, pracovným statusom a intenzitou aktuálnej depresie.

Pri detailnom pohľade na dosiahnuté výsledky možno tvrdiť, že ženy dosiahli priemerne o 5,63 bodov vyššie skóre v STAI – X2 ako muži. Tento rozdiel v priemernom skóre medzi mužmi a ženami je štatisticky vysoko signifikantný. Vyššie priemerné skóre STAI X-2 u žien zistili aj autori pôvodnej slovenskej reštandardizácie na vzorke dospeljej populácie (Múllner et al., 1980). Tento rozdiel však nie je dostatočne uspokojivo vysvetlený (Klose, Jacobi, 2004, In: Heretik, 2003). Porovnaním pacientov s DM 1 a DM 2 sme zistili výrazne vyššie skóre v úzkostlivosti u pacientov s diabetom 2. typu. Tento fakt, zatiaľ taktiež nemožno uspokojivo vysvetliť, nakoľko samotná komorbidita výskytu depresie a diabetu je novou témou, ktorou sa vedci (Shaban et al., 2006; Sultan et al., 2008) začali zaoberať len nedávno. Medzi skupinami rozdelenými na základe partnerského statusu sa nevyskytli štatisticky významné rozdiely.

Z ďalších výsledkov možno uviesť zaujímavé zistenie, že až 48 % zúčastnených participantov uviedlo, že pred nástupom ochorenia zažili významnú životnú udalosť (stratu blízkeho človeka, stratu zamestna-

nia, problémy v partnerskom živote atď.). Čo sa týka vplyvu psychického prežívania na hladinu glykémie, 76% participantov uviedlo, že to, čo prežívajú alebo ako sa cítia (napr. hnev, šťastie, smútok atď.) má vplyv na priebeh ich ochorenia. Zároveň možno, na základe výsledkov všetkých testových metód tvrdiť, že pacienti s diabetes mellitus 1. typu boli všeobecne menej úzkostní, depresívni, celkovo spokojnejší s kvalitou svojho života, aj so svojou zdravotnou situáciou a ich výpovede boli pozitívnejšie. Mohlo to byť spôsobené jednak tým, že pacienti s diabetom 1. typu boli už „zvyknutí“ žiť so svojím ochorením a brali ho ako súčasť seba samého; na druhej strane väčšina pacientov s DM 1 sa radila do mladšej vekovej skupiny a vek mohol byť jednou z premenných, ktoré vstúpili do celkového hodnotenia. Pri tomto výklade treba upozorniť na to, že medzi respondentmi rôznych vekových skupín sa neprejavili štatisticky významné rozdiely. Ide teda o paradox, kde príslušníci „ťažšieho diabetu“ sú celkovo spokojnejší, menej depresívni a úzkostní, ako príslušníci „ľahšieho diabetu“.

Záver

Cieľom príspevku bolo ozrejmienie problematiky kvality života u pacientov s diabetom. Na základe uvedených zistení možno povedať, že pacienti s diabetom nie sú spokojní predovšetkým so svojím zdravotným stavom, finančnou situáciou, sexualitou a trpia zvýšenou úzkosťou a depresívnymi prejavmi. Postavenie človeka s diabetom v našej spoločnosti nie je závideniahodné. Okrem telesných a psychických problémov, ktorým denno-denne čelia, sú vystavení aj finančnej tiesni (keďže časť nákladov na liečbu, diétu a meranie glykémii si musia hradíť sami). Častá nezamestnanosť, invalidita a odkázanosť na pomoc druhých z nich často robí ľudí utiahnutých, neistých a ustráchaných. Častá edukácia, nielen zo strany lekárov a edukačných sestier, ale aj psychológov a psychiatrov, by im pomohla byť aspoň čiastočne pripravenými na nielen telesný, ale aj duševný sprievod tohto ochorenia. Vyššie uvedené výsledky umožňujú nahliadnúť do každodenného života pacientov s diabetom. Autorky sa príslušným článkom snažili poukázať na problematiku, ktorá by mala byť v budúcnosti podstatne dôkladnejšie preskúmaná. Vzťah medzi úzkosťou, depresiou a diabetom je dokázaný nielen na základe uvedenej štúdie, ale mnohých ďalších výskumov. Je potrebné tieto poznatky uplatniť v praxi a reagovať na potreby pacientov. Prvým krokom by mohlo byť poskytnutie psycho-

logického poradenstva a krízovej intervencie pri ich psychosociálnych problémoch; vytvorenie svojpomocných skupín na poskytnutie sociálnej podpory a taktiež realizácia screeningu závažných psychických problémov a aplikácia psychoterapie na ich prevenciu a liečbu.

Literatúra:

- BECK, A. T. 1967. Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division, Harper and Row, 1967. 396 s.
- EATON W.W. et. al. 1996. Depression and risk for onset of Type II diabetes: a prospective, population – based study. In Diabetes Care [online]. October 1996, Vol. 19, Issue 10, p. 1097-1102 [cit. 2008-01-26]. Dostupné na internete: <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/19/10/1097>>.
- FAHRENBERG J. et al. 2001. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum, 2001.
- GOLDBERG, D. P., LECRUBIER, Y. 1995. Form and frequency across centres. In HERETIK, A., sr., HERETIK, A., jr., et al. EPID : Epidemiológia depresie na Slovensku. Psychoprof: Nové Zámky, 2003. 200 s. ISBN 80-968798-3-9.
- HESS, Z., PODLIPNÝ, J. 2006. Deprese, metabolický syndrom a diabetes mellitus. In Psychiatria pre prax. ISSN 1335-9884, 2006, roč. 7, č. 2, s. 69- 72.
- HERETIK, A., sr., HERETIK, A., jr., et al. 2003. EPID : Epidemiológia depresie na Slovensku. Psychoprof : Nové Zámky, 2003. 200 s. ISBN 80-968798-3-9.
- HRABOVSKÝ, M. 2007. Kvalita života u diabetikov (Porovnanie v osobnostných charakteristikách). Školiteľ: Mgr. Viera Cviková, PhD., Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, Filozofická Fakulta, Katedra psychológie, 2007. 80 s. [Diplomová práca].
- HRACHOVINOVÁ, T., JIRKOVSKÁ, A. 2006. Psychologické aspekty diabetickej nohy. In JIRKOVSKÁ, A. et al. Syndróm diabetickej nohy. Praha : Maxdorf, 2006. 397 s. ISBN 80-7345-095-X.
- KESSLER, R. C. 1998. Sex differences in DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Survey. In HERETIK, A., sr., HERETIK, A., jr., et al. EPIA : Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku. Psychoprof: Nové Zámky, 2006. 216 s. ISBN 80-968798-6-3.
- KLOSE, M., JACOBI, F. 2004. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographics factors? In HERETIK, A., sr., HERETIK, A., jr., et al. EPIA : Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku. Psychoprof : Nové Zámky, 2006. 216 s. ISBN 80-968798-6-3.
- LEICHTER, S.B., DREELIN, E. et al. 2004. Integration of clinical psychology in the comprehensive diabetes care team. In Clinical diabetes [online]. 2004, Vol. 22, no. 3, s. 129-131 [cit. 2007-11-22]. Dostupné na internete : <http://clinical.diabetesjournals.org/cgi/content/full/22/3/129>. ISSN 08918929.
- LUSTMAN, P.J., CLOUSE, R. E. et al. 2006. Treating depression to prevent diabetes and its complications : Understanding depression as a medical risk factor. In Clinical diabetes [online]. 2006, Vol. 24, no. 2, p. 79 – 86 [cit. 2007-11-22]. Dostupné na internete : <http://clinical.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/24/2/79>.
- MÜLLNER, J., RUISEL, J., FARKAŠ, G.1980. Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy, 1980, s. 94.
- PERUŠINCOVÁ, J. et al. 1996. Diabetes Mellitus 2. typu. Praha : Galén, 1996. 127 s. ISBN 80-8524-33-7.

-
- SHABAN, FOSBURY, J. et al. 2006. The prevalence of depression and anxiety in adults with Type 1 diabetes. In *Diabetic Medicine* [online]. 2006, Vol. 23, p. 445–448 [cit. 2007-10-20]. Dostupné na internete : www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1464-5491.2006.01814.x.
- SULTAN, S. et. al. 2008. A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in adults with type 1 diabetes. In *Psychology & Health* [online]. Jan 2008, Vol. 23, Issue 23, p. 73-89. [cit. 2007-10-20]. Dostupné na internete : <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a780665267~db=all~tab=content~order=page>. ISSN 0887-0446.
- WHITTEMORE, R., KANNER, S. 2002. Correlates of depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes. In *Pediatric Diabetes* [online]. May 2002, Vol. 3, p. 135–143 [cit. 2007-10-22]. Dostupné na internete : . ISSN 1399-543X.

OSOBITOSTI EMOCIONÁLNEHO PREŽÍVANIA VO VYTRVALOSTNÝCH ŠPORTOCH

Mgr. Lívia Danišová

Univerzita Komenského v Bratislave

Mgr. Katarína Liptáková

Národné športové centrum, Bratislava

***Kľúčové slová:** pocity, zážitok, prežívanie, šport, vytrvalosť*

***Súhrn:** Cieľom príspevku je priblížiť emocionálnu stránku športového výkonu vo vytrvalostných športoch. Príspevok je zameraný na vyzdvihnutie pozitívneho osobného prístupu k aktuálne podávanému športovému výkonu. V článku autorky sústreďujú pozornosť na stav zvýšenej koncentrácie a na vnímanie prepojenia tela a mysle. Autorky prostredníctvom konkrétneho športového podujatia, ktorým bol Beh hrebeňom Nízkych Tatier, poukazujú na osobitosti emocionálneho prežívania vo vytrvalostných športoch.*

„Športová aktivita predstavuje jeden zo základných fenoménov ľudského bytia. Je jedným zo základných elementov procesu prispievajúceho ku kvalite života a zdravia.“ (1)

Namiesto definície pojmu zdravie môžeme stručne skonštatovať, že je najväčším bohatstvom človeka a prostredníctvom jeho naplňovania môže každý z nás prežívať plnohodnotný, spokojný život.

„Prežívanie“ vnímame ako psychologický pojem a chápeme ho ako špecifický stav mysle zbavený vonkajších vplyvov (napr. ľudia, počítaše, ...). Vyznačuje sa aspektami uvoľnenosti, radosti, ľahkosti, silou okamihu Tu a teraz, rovnováhou tela a mysle.

Z nášho pohľadu šport predstavuje jednu z možností naučiť sa *prežívaníu* a zvýšiť tak hodnotu svojho života o duchovnú stránku. Cesta k prežívaníu vedie od hľadania a nachádzania seba samého až k nájdeniu zmyslu života, teda i pocitu šťastia.

Prepojenie tela a mysle sa pripisovalo odpradáva k pohybovým aktivitám typu jóga, tai-chi, čchi-kung, aikidó, karate a pod.

Naším článkom poukazujeme, že *prežívanie* je možné dosiahnuť v každom športovom odvetví. Avšak výraznejšie sa prejavuje pri športoch vytrvalostného charakteru. K predchádzajúcemu názoru sme dospeli vlastnou športovou skúsenosťou a zároveň prostredníctvom rozhovorov s ľuďmi z nášho okolia.

Športová terminológia definuje vytrvalosť ako „schopnosť, ktorá umožňuje vykonávať opakovanú dlhodobú činnosť v relatívne dlhej dobe bez zníženia jej intenzity, bez výrazného poklesu efektívnosti a príznakov únavy...“(2)

Beh hrebeňom Nízkych Tatier, ktorý sme absolvovali, radíme medzi dlhodobé vytrvalostné aktivity.

Na priblíženie behu uvedieme, čo nám ponúkajú samotní organizátori pretekov. Ide o stretnutie bežeckých nadšencov z celého Slovenska, ako aj nadšencov z blízkych či vzdialenejších krajín. Organizátori tento beh označujú ako najdlhší a snáď aj najťažší horský beh na Slovensku. Od roku 2000 je štart pretekov na Trangoške a cieľ na Donovaloch, čím sa trať môže pochváliť dĺžkou 49 km a celkovým prevýšením 2 187 m.

Súčasná trať vedie z Trangošky cez Chatu M.R.Štefánika, Krupovú hoľu, Korské, Chopok, Dereše, Poľanu, Kotliská, Chabenec, Ďurkovú, Latiborskú hoľu, Košarisko, Veľku Chochuľu, Malú Chochuľu, Prašivú, Hiadeľské sedlo, Kozí chrbát, Kečku, Polianku na Donovaly. Na trati sa nachádza 5 občerstvovacích staníc, ktoré poskytujú pretekárom možnosť doplniť spotrebovanú energiu. Napriek tomu sa od pretekárov vyžaduje niesť si aspoň jednu nádobu s tekutinou sám, čo sa na štarte pretekov kontroluje u každého účastníka.

K zúčastneniu sa pretekov nás priviedli vlastné otázky, zvedavosť a chuť spoznávať seba samé.

Ešte pred samotnou akciou bola túžba po posúvaní vlastných hraníc, ale v cieľi sme dospeli k presvedčeniu, že jedinou hranicou je vlastné myslenie. Ide len o to, byť otvorení rôznym príležitostiam; byť pripravení prijať to, čo sa nám ponúka a nevytvárať si prekážky. Vyhli sme sa úvahám, ktorých predmetom mohla byť náročnosť behu, čo všetko nás môže postretnúť a pod. Zhodli sme sa v tom, že ak by aj nastal nejaký problém, tak ho treba riešiť, keď je aktuálny a nie vytvárať si vlastné scenáre dopredu. Lebo je veľmi jednoduché mnohokrát si povedať „nechoďme, veď čo ak...“. Preto sme presvedčené, že samotná náročnosť takýchto podujatí sa stráca, pokiaľ je naše myslenie správne nasmerované.

Počas behu sme sa dostávali do stavu, že nám bolo jedno, či nás čakajú 3 km, alebo 20 km. Telo s hlavou pracovali automaticky a v dokonalej harmónii. Napriek tomu, keď sme zbadali tabuľku oznamujúcu, že sme sa dostali finálne na Donovaly, zaplavil nás pocit neopísateľného šťastia. Nevieme, či dovtedy bola v našom živote taká silná chvíľa, ktorá by nám dopriala tento pocit. Väčšina pretekov v minulosti bola skôr o umiestnení a výkonoch, ako o prežívaní aktuálnej situácie.

Keďže máme odbehaných mnoho spoločných tréningov, veľmi nám pomohlo, že sme bežali spoločne a vzájomne sa motivovali, povzbudzovali a v niektorých prípadoch i brzdili. Počas behu sme si uvedomovali, resp. vnímali svoje telo. Dostali sme sa do stavu TU a TERAZ. Nič počas 7 hodín nebolo dôležitejšie, len My (telo + duša +hlava). Po úvodných kilometroch, ktoré sprevádzal vzájomný rozhovor, nastúpilo koncentrované ticho a to bol stav, kedy sme pociťovali úplný súzvuk s prírodou. Hlava sa nezaoberala žiadnymi myšlienkami a telo bolo uvoľnené a vnímané. Na hrebeni nás zaplavili intenzívne pocity šťastia, radosti; také obrovské uvoľnenie endorfínov sme v živote, počas žiadnych pretekov, či tréningu, nezažili. Počas celých pretekov sme ani jedna nepocítili žiadnu výraznú krízu a zhodneme sa na tom, že sme absolvovali jeden z najúžasnejších behov doteraz, nakoľko ešte aj v dnešných dňoch dávno po pretekoch berieme energiu z nadobudnutých zážitkov. Pri spracovávaní tohto príspevku sme sa opakovane vracali k spoločným obrázkom známych len nám, nakoľko ich máme uložené tam, kde nie je možnosť o ne prísť. V našich myšliach.

V závere príspevku chceme vyzdvihnúť cenné poznanie, ktoré nám poskytol „naš beh“. Mali by sme všetky situácie, momenty v športe prežívať naplno. Potom sa nám budú podobné situácie vytvárať aj v bežnom živote. Dávať si inšpiráciu a tvoriť si vízie aj v bežnom živote. Brzdia nás negatívne programy v hlave, nie nevedomosť. SILNÝ cieľ = jediná cesta ako cieľ dosiahnuť. „Pokiaľ pobežíš s rozumom a budeš počúvať vlastné telo a vlastné pocity, tak to máš vyhrané. Prehrá len ten, kto to vzdá.“ Lebo v tomto behu nie sú dôležité výkony, ale výsledný pocit, ktorý nás sprevádza ešte dlho dlho po tom. Absolvovaním tohto behu sme spoločne dospeli k presvedčeniu, že niet hraníc, ktoré treba posúvať. Hranice neexistujú. A v prípade, že ich pociťujeme, tak vtedy môžeme hovoriť o fenoméne subjektívnych myšlienkových hraníc. Tu sa rozumová aktivita z procesu vedomého odrazu reality stáva tvorcom prekážok. Tým, že myslenie je poznávací proces človeka, ktorý

integruje so svojím okolím, vytvára obrazy v našom vedomí. Určite budete s nami súhlasiť ak budeme tvrdiť, že to, čo sami vytvárame, to máme najväčšiu možnosť ovplyvniť. Prečo si teda nevytvoríte také obrazy, v ktorých budú akékoľvek nezmyselné prekážky absentovať? „Do života vstupujeme s potenciálom, ktorý je prakticky bez hraníc“. (3)

Šport sa môže stať prostriedkom k dosiahnutiu vyššej hodnoty a kvality života človeka.

Mgr. Lívia DANIŠOVÁ

Univerzita Komenského v Bratislave

Fakulta telesnej výchovy a športu

Katedra športovej humanistiky

Interná doktorandka

Aktívne sa venuje triatlonu, vytrvalostným behom, bežeckému lyžovaniu, skialpinizmu.

Mgr. Katarína LIPTÁKOVÁ

Národné športové centrum, Bratislava

Oddelenie športovej vedy a diagnostiky

Fakulta telesnej výchovy a športu

Katedra kinantropológie

Externá doktorandka

Aktívne sa venuje kvadratlonu, vytrvalostným behom, bežeckému lyžovaniu.

Literatúra:

1. Blahutková, M., Řehulka, E., Dvořáková, Š.: Pohyb a duševní zdraví. Brno: IKADAPRESS, 2005. ISBN: 80-7315-108-1
2. Kasa, J., Švec, Š.: Terminologický slovník vied o športe. Bratislava: PEEM, 2007. ISBN: 978-80-89197-78-1
3. Millman, D.: Škola pokojného bojovníka. ČR: Eminent, 2006. ISBN: 80-7281-245-9

JOGOVÉ TECHNIKY AKO PROSTRIEDOK NA ZVLÁDANIE STRESU

PaedDr. Juraj Gajdoš, PhD.

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského Bratislava, Slovensko

***Kľúčové slová:** stres, sebakontrola, autoregulácia, mentálny tréning, relaxácia, koncentrácia, vizualizácia, meditácia.*

***Súhrn:** Autor informuje o využití jogových techník ako prostriedku na zvládanie stresu.*

Na človeka denne pôsobia rozličné podnety, ktoré kladú určité nároky na jeho adaptáciu, prispôsobenie. Tieto nároky predpokladajú u každého istú kapacitu, normu na ich zvládnutie. V tejto súvislosti sa často hovorí o strese a záťaži ako o príkladoch takýchto nepriaznivých faktorov. SELYE (1946) tvrdí, že záťaž, nadmerná námaha (stres) vyvoláva všeobecný adaptačný syndróm, čiže určitú reakciu žliaz s vnútorným vylučovaním. Zvyšuje sa pri ňom všeobecná aktivačná úroveň fyziologických procesov organizmu, teda jeho pripravenosť reagovať. Stres je súčasťou života, je stavom, ktorým organizmus reaguje a uvedie sa „do pohotovosti“, keď naň pôsobia stresory, podnety, ktoré stres vyvolávajú. Keďže týmito podnetmi môžu byť aj rozličné psychické činitele, môžeme hovoriť o psychologickom strese ako o stave nadmernej psychickej záťaže. Charakteristickou odpoveďou na takúto záťaž je reakcia „útok alebo útek“ (fight or flight). Táto reakcia sa nazýva tak preto, lebo pripravuje ľudí v mnohých situáciách utiecť z dosahu ohrozenia alebo naopak, bojovať s ním.

Dôležité je uvedomiť si, že proces zmien v psychike, v dôsledku ktorých sa prežívanie a správanie môže dostať na kvalitatívne vyššiu úroveň, sa všeobecne v dospelom veku uskutočňuje seba výchovou. Dospelý človek preberá sám zodpovednosť za rozvoj určitých schopností, návykov či charakterových vlastností, ktoré sa dajú realizovať iba na základe seba poznania a následne pôsobením na seba, autoregulá-

ciou. Toto úsilie je však nevyhnutne podmienené primeranou sebakontrolou, sledovaním svojho prežívania a celkového správania, introspekciou.

Je známe, že ak je človek pod permanentným stresom, ten môže nielen zablokovať prezentáciu jeho vrcholných schopností a zručností, znížiť výkon, ale aj imunitu a následne vyvolať ochorenie. O mechanizme narušenia telesných funkcií vplyvom negatívnych emócií referoval na vedeckej úrovni už Cannon (1928).

Dôležitým, ba nevyhnutným pri zvládaní stresu je tréning uvoľňovania psychického napätia, zvládanie vonkajších emocionálnych prejavov vyrovnané a pokojne. Preto relaxačné, uvoľňovacie metódy patria medzi významné tréningové postupy na svalové uvoľnenie, ktoré vyvolá následne aj psychické uvoľnenie. Ich používaním sa nielen odstráni napätie, ale aj zvýši koncentrácia pozornosti, navodí prirodzený spánok a pod. Napr. aj Křivohlavý (2003) poukazuje na nevyhnutnosť zachovať si emocionálny pokoj, duševnú rovnováhu. Odporúča na zvládanie stresu, životných ťažkostí, napätého emocionálneho stavu a znovunastolenie duševného uvoľnenia a pokoja techniky relaxácie, meditácie a imaginácie.

Stres, postihujúci dnes hlavne ľudí vyspelých priemyselných krajín sveta, je fenoménom najmä posledných desaťročí. Pravdepodobne jedným z najstarších a najznámejších zdrojov psychoregulácie človeka je prastará jóga. Je snáď najlepšou terapiou na tento stále rýchlejšie sa šíriaci problém. Je totiž známe, že telesné cvičenia aj relaxácia znižujú úzkosti a depresie, takže jóga ich kombináciou logicky zvyšuje tento účinok. Na extrémnu silu práce mysle a jednoduchých jogových cvičení poukázal aj Gajdoš (2004). Dokumentoval výsledky vedeckého skúmania odborníkov z rôznych krajín sveta. Informoval o vplyve jogových cvičení na zlepšenie imunity aj na jej širokospektrálne terapeutické účinky na rôzne psychosomatické problémy, dokonca na onkologické ochorenia či drogové závislosti. Mnohé vedecké práce poukázali, že odolnosť a zvýšenie imunity je možné dosiahnuť práve telesnými, dychovými a mentálnymi – koncentračnými a vizualizačnými technikami jogy. Je známe, že zvýšenie adrenalínu pôsobí na zníženie počtu bielych krviniek, čo je výsledkom stresovej situácie. Touto reakciou sa demonštroval efekt stresu na krvné testy, pričom strach, úzkosť, napätie, zlosť a nepriateľstvo zvyšovali viskozitu aj tlak krvi. Jogové cvičenia pôsobia znížením tlaku presne opačne, proti stresu. Elektromyo-

grafické štúdie poukázali, že dodržiavanie tradičných zásad a správne vykonávanie jogových cvičení môžu pomôcť zdokonaľiť relaxáciu rôznych svalov, dokonca aj počas vykonávania náročnejších polôh (asán). Bolo dokázané, že jogové techniky smerujú k redukcii vylučovania uropepsínu, ktorý indikuje redukcii produkcie kortikoidu a následkom toho sa znižuje aj stres a celkové napätie. Rôzne jogové koncentračné techniky sa dnes využívajú ako prostriedok psychoterapie. Môžu nahradíť psychoanalýzu aj snovú analýzu, vedú k mentálnej relaxácii a príjemnému stavu mysle s preladením od sympatickej na parasympatickú dominanciu. Pozitívny efekt zníženia vysokého krvného tlaku sa využíval ako terapeutický prostriedok jogy najskôr na manažment ischemickej choroby srdca u pacientov po srdcovom infarkte, najmä pomocou relaxačných polôh a jednoduchých prípravných jogových cvičení.

Princípy jogy sú vedecké a lekárske veľmi jasné. Prehľadne ich vysvetľuje napr. Bhole 1995. Z jogy vychádzajú aj rôzne moderné psychologické techniky, tvrdí Gajdoš (2006), napr. Schultzov autogénny tréning, Jacobsonova progresívna relaxácia, holotropné dýchanie a pod., ktoré môžu prispieť nielen k upevneniu zdravia, ale aj k integrácii osobnosti. Okrem týchto metód sa dnes vo svete používajú aj ďalšie metódy, ktoré obsahujú aspoň základné prvky či princípy jogy. Využívajú sa nielen k sebaopoznaniu a autoregulácii psychického stavu človeka (Capponi – Novák, 1992), ale aj v psychoterapii (Mackewn, 2004), v psychosomatickej alebo holistickej medicíne (Baštecký – Šavlík – Šimek, 1993). Aj Míček (1983) odporúča pri spôsoboch relaxácie, ktorá je nevyhnutná k sebaopoznaniu a sebavýchove najmä jogy, pretože obsahuje viacero činností, ktoré sa môžu použiť priamo na uvoľnenie psychického napätia, napr. napínanie a uvoľňovanie svalov, dychové cvičenia, autoreguláciu myšlienok aj predstáv, emocionálne preladenie, relaxáciu s autosugesciou, koncentráciu pozornosti na rôzne fyziologické činnosti v tele a výcvik sebaovládania.

Jogové cvičenia využívajú na skvalitnenie svojho výkonu aj vrcholoví športovci, tvrdia Bartušek (1987), Kogler (1999), Gregor – Gajdoš, (2006), (GAJDOŠ, 2007). Na väčšiu efektivitu práce pomáhajú aj špičkovým manažérmi v mamutích firmách, dokonca v špecializovanej príprave na zvýšenie výkonnosti aj kozmonautom. Dhirendra Brahmačárja, riaditeľ Višvayatan Jogašram v New Dillí, bol napr. nielen učiteľom rodiny Nehrú a Indíry Gándhiovej, ale aj poradcom sovietskych

kozmonautov. O tom však dnes informujú bežne aj naše médiá.

Pri cvičení jogy ide o skvalitnenie sebaopozorovania, sebavnímania aj o lepšiu sebakontrolu a sebareguláciu, vedomé riadenia tela, mysle aj emócií. Sebaopozorovaním a hodnotením vlastných duševných stavov a procesov môže každý dospieť nielen k lepšiemu sebaopoznaniu, ale aj analogicky porozumieť duševným stavom druhých, môže skvalitniť seba, vzťahy s okolím a celkovo aj svoj život.

Je dôležité upozorniť, že v oblasti využitia jogy pracovali v rámci bývalého Československa interdisciplinárne tímy, v ktorých pôsobili špecialisti – lekári, psychológovia, orientalisti organizačne zaradení do bývalej Československej akadémie vied, zo zdravotníckych ústavov či vysokých škôl. Už v roku 1977 vznikli Komisie pre využitie jogy v rehabilitácii ako súčasť Českej a Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti. Na Brnenských dňoch výchovných aktivít pre zdravie boli každý rok prezentované hlavne referáty o úspechoch z oblasti využitia jogy ako terapie na rôzne zdravotné problémy. Obrovský nepomer medzi Čechmi a Slováckmi, ktorí sa na týchto odborných aktivitách zúčastnili však hovorí za všetko... Napríklad v roku 1989 zo 150 prítomných bolo iba 3 Slovákov a z celkovo prítomných 50 lekárov a psychológov boli iba 3 Slováci. Tento diametrálny rozdiel sa prejavuje nielen vo využívaní jogy, ktorá sa ako psychoterapeutická metóda využíva v Čechách od roku 1977, ale aj v informovanosti nielen laickej, ale žiaľ aj odbornej verejnosti dodnes. Je to paradox, pretože už vo vysokoškolskej literatúre, ktorá sa využíva pre budúcich psychológov (Kováč a kol., 1969; Míček, 1983) sa vyzdvihovali techniky jogy.

Nemala by byť joga v kurikule poslucháčov medicíny a psychológie aspoň ako výberový predmet? Ešte stále nevidíme akým smerom sa vyvíja celý svet...???

Literatúra:

- Bartušek, B.: Využití jogových cvičení ve sportu. Brno : Výbor svazu ZRTV Jm KV ČSTV – komise zdrav. TV a JC a TJ GEOFYZIKA, oddíl JC ZRTV, 1987. 124 s.
- Baštecký, J. – Šavlík, J. – Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Praha : Grada Avicenum, 1993. 363 s.
- Bhole, M. V.: Chapter 14 – yoga. In.: Bijlani, L.: Understanding Medical Physiology: A Textbook for Medical Students. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, New Delhi 1995, s. 889 – 903.
- Cannon, W. B.: The mechanism of emotional disturbance of bodily functions. New. Eng. J. Med., 1928, 198, s.877 – 884.
- Capponi, V. – Novák, T.: Sám sobě psychologem. Praha : Grada a.s., 1992. 216 s.
- Gajdoš, J.: Joga – tajomstvo úspechov špičkových tenistov? Tenisový tréner, November 2007,

- s. 47 – 56.
- Gajdoš, J.: Joga – znovuoobjavená psychoterapeutická metóda. In: Psychológia zdravia – rok 1? – Bratislava : Sekcia psychológie zdravia Slovenskej psychologickéj spoločnosti pri SAV, 2006. – S. 111-115
- Gajdoš, J.: Vplyv jogových cvičení na zmeny ohybnosti chrbtice, kĺbovej pohyblivosti a subjektívneho vnímania kvality života starších žien. Dizertačná práca. Bratislava : FTVŠ, 2004. 154 s.
- Gregor, T. – Gajdoš, J.: Využitie jogy v športovej príprave [elektronický optický disk (CD ROM)]. In: Sport a kvalita života. – Brno : Masarykova univerzita, 2006. – S. nestr.
- Kogler, A.: Yoga for every athlete. Secrets of an olympic coach. Mumbai : Jaico Publishing House, 1999. 343 s.
- Kováč, D. a kol.: Psychologická propedeutika. SPN, Bratislava 1969, 220 s.
- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003. 279 s.
- Mackewn, J.: Gestalt psychoterapie. Praha: Portál, 2004. 264 s.
- Míček, L.: Duševní hygiena. Praha: SPN, 1983, 208 s.
- Selye, H.: The general adaptation syndrome and diseases of adaptation. J.clin.Endocrin., 1946, 6, s. 217 – 230.

© Kolektív autorov, Bratislava 2009

Spracovateľ: PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH

Vydáva:

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

Bratislava 2009

Grafické spracovanie:

Jana Satková

Tlač:

Zuzana HEDEROVÁ – COLORPRINT, Bratislava

ISBN 978–80–968092–5–7