

Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV

Kancelária WHO na Slovensku

Katedra psychológie Filozofickej fakulty
Trnavskej univerzity v Trnave

PSYCHOLÓGIA

ZDRAVIA – ROK 1?

Vážené dámy, vážení páni, milí priatelia,

ktorým nie je psyché človeka, a vôbec psychológia zdravia ľahostajná.

Zrelý človek 21. storočia si osvojuje pojem emocionálnej inteligencie, ktorá je základom duševného zdravia. Dnešná moderná doba prináša veľa napätia, ktoré spôsobuje neustály tlak a nekonečným prispôbovaním sa je často človek nútený pristúpiť k voľbe, ktorá ho stavia pred križovatku života. Sociálne deviácie, ktorými sú pokusy o samovraždu, rôzne iné poruchy správania sa, sú v podstate spôsobené často tým, že človek nie je schopný akceptovať situácie, ktoré prežíva. Tieto zážitky sa v ňom ukladajú, razom začnú meniť osobnosť a dochádza tak k mnohým skratom, ktoré sú často pre okolie nepochopiteľné a neprijateľné. (Zdanlivo spokojný život končí tragédiou.)

Podľa výskumov psychické zdravie a šťastný život v 80% determinujú také faktory ako je sociálny pôvod, kus šťastia, ale predovšetkým schopnosť zaobchádzať s vlastnými a cudzími citmi.

Tíbetania sú presvedčení, že každý z nás má v živote zvládnuť určité úlohy. Čím lepšie sa nám to darí, tým viac harmónie sa prejavuje v celom našom živote. Cítíme sa vyrovnaní a vyžarujeme pozitívnu energiu aj navonok. Aby človek dospel k duševnej harmónii musí nutne sám na sebe pracovať. Dnešná doba poukazuje na vysoký počet intelektuálov, a zároveň poukazuje na vysoký počet psychických porúch a porúch správania sa. To je pre nás všetkých teda výzvou k zamysleniu sa, čo môžeme urobiť pre svoje duševné zdravie preto, aby sme boli odolnejší a pripravenejší zvládať dobu, v ktorej žijeme, rozvíjať ducha a kultúru našich predkov.

Psychológia zdravia zahŕňa v sebe porozumenie svojím pocitom, nevyhýbanie sa zodpovednosti za svoje konanie, schopnosť pomenovania svojich pocitov, úprimnosť k sebe samému, porozumenie sebe a autentičnosť v kontakte s inými ľuďmi. To ale neznamená, že životné podmienky musíme znášať ako obeť, ale vyžaduje sa od človeka, aby si určoval svoj život sám. Žiť život v súlade so sebou samým znamená nájsť prirodzený rytmus v každodennom živote, citlivo vnímať dianie okolo a prejavovať záujem nielen o seba, ale aj o iných.

Psychológia zdravia, a vôbec psychológia ako veda je veľmi náročnou disciplínou, ktorá nesie v sebe najvyšší princíp, a to je ľudský princíp. Vzájomné sa rešpektovanie, počúvanie bráni výskytu takých prvkov, ako je pocit zúfalstva, smútku, samoty, a tým znižuje riziko dôsledkov, ako sú rôzne pokusy o samovraždu a iné zúfalé „výkriky SOS“.

„Najvzácnejšie pre život nie sú situácie, ale ich spracovanie.“

Som rád, že náš VÚC mohol svojou trochou prispieť k realizácii a propagácii týchto myšlienok.

Ing. Tibor Mikuš
predseda trnavského VÚC



Príhovor editora

Vážené kolegyne, kolegovia – záujemcovia o psychológiu zdravia, máte v rukách zborník z prvej oficiálnej konferencie sekcie PZ SPS pri SAV na Slovensku, ktorá sa konala 3. mája 2006 v priestoroch Ústavu vzdelávania a služieb, v Bratislave. Osobne ma tento fakt uspokojuje aj preto, lebo som si vedomý, že slovenská psychologická obec má v tejto oblasti určité dlhoročné podlžnosti.

Pôvodný zámer bol orientovaný na hlavné tematické okruhy:

1. Kam smeruje PZ na SK?
2. Čo ponúka PZ psychologom?
3. Aktuálny stav výučby PZ na SK;
4. Možnosti uplatnenia v jednotlivých oblastiach a varia.

Predkladaný zborníček nie je síce obsiahly, ale dokladuje aktuálnu snahu, úsilie a orientáciu kolegov a jednotlivých pracovísk z rôznych končín Slovenska bhájiť svoju profesionálnu pozíciu, v tomto aj pre väčšinu psychologov náročnom období vývoja našej spoločnosti. Rôznorodosť prezentovaných tém, záber aj kvalitita prednášok v porovnaní s kolegami z ČR, ktorí majú už vyše 19. ročnú tradíciu organizovania konferencií PZ, nás presvedčili, že sa nemusíme hanbiť.

Podľa renomovaných odborníkov v oblasti verejného zdravotníctva a PZ jedným z najdôležitejších prínosov špecializácie, ku ktorej sa hlásime je salutogentický model a koncept psychickej odolnosti v najširšom ponímaní (či už v zmysle resilience, hardiness, sense of coherence atď.). Súčasťou je aj sociálna opora/podpora ktorá zahŕňa okrem iného kolektívne, prosociálne správanie, angažovanosť, vzťah ku komunite, komunitnému spôsobu života. Hoci sa zatiaľ javí reálnym fakt, že sami psychológovia majú k tomuto konštrukt (kategórii zdravia a kvality života) v praxi skôr vzťah rezervovaný / indiferentný / odmietavý / konzervatívny.

Jedným z našich širších cieľov bola a zostáva snaha vytvoriť tradíciu, diskusné fórum na stretávanie sa odborníkov, výmenu skúseností, ktoré majú dopad ako na teóriu tak na prax., vniesť viacej svetla a zlepšiť informovanosť záujemcov o problematiku psychológie zdravia.

Nasledujúce roky snád ukážu, či táto snaha bola správna a korunovaná úspechom

Necháme na zvážení a zhodnotení čitateľa, či sa nám zámer vydaril alebo nie. Aj pod tlakom argumentov a prednesených prác niektoré provokujúce tvrdenia v predchádzajúcich vystúpeniach s uspokojením musíme korigovať – PZ na Slovensku rozhodne nebude Popoluškou.

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

Za realizačný tím tlmočím pranie, aby sme sa v budúcnosti stretávali častejšie a v hojnejšom počte, najneskôr opäť v máji 2007.

Podakovanie:

*za realizáciu projektu: MUDr. Darine Sedlákovej,
z kancelárie WHO, spoluorganizátorovi – za pomoc
pri zabezpečení samotnej konferencie; VUC Trnava,
predovšetkým jeho predsedovi ing. Tiborovi Mikušovi
za finančnú podporu pri vytlačení tejto publikácie
a PhDr. Viole Zlámálovej a vydavateľstvu Mauro Slovensko
za nezištnú pomoc pri finalizácii a realizácii tohto projektu.
Zároveň ďakujem všetkým kolegyniam a kolegom, či už
aktívnym alebo pasívnym účastníkom nášho pracovného
stretnutia, za prejavovaný záujem a účasť.*

Obsah

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA: REVITALIZOVANÁ PSYCHOLOGICKÁ DISCIPLÍNA?	
Damián Kováč	9
GENÉZA VZNIKU PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA	
Miroslav Skorodenský	15
HLAVNÉ ETAPY VÝVOJE OBORU PSYCHOLÓGIE ZDRAVÍ VE SVĚTĚ A U NÁS	
Vladimír Kebza, Iva Šolcová	22
VÝUČBA PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA NA TRNAVSKEJ UNIVERZITE	
Doc. PhDr. Milada Haríneková, CSc.	31
PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA A PRÍBUZNÉ DISCIPLÍNY v kontexte výuky budúcich psychológov/ičiek na Prešovskej Univerzite	
PhDr. Beáta Ráczová, PhD.	34
CENTRUM PRE VZDELÁVANIE A VÝSKUM SPOLOČENSKÝCH ASPEKTOV ZDRAVIA	
Mária Šléšková, Andrea Madarasová Gecková, Iveta Rajničová	38
SEXUÁLNE ZDRAVIE AKO ILUSTÁCIA KRITICKÉHO PSYCHOLOGICKÉHO PRÍSTUPU K ZDRAVIU	
Gabriel Bianchi	43
MANAŽMENT PACIENTA S INFEKCIU HIV/AIDS	
Staneková, D.	51
RELIGIOZITA, SPIRITUALITA A ZDRAVIE. ČO HOVORIA METAANALÝZY?	
Peter Halama	55
RELIGIOZITA A ZVLÁDANIE – čo ponúkajú religiozita a spiritualita? Z teoretických a empirických poznatkov	
Lucia Adamovová	64
SYNDRÓM VYHORENIA U ZDRAVOTNÝCH SESTIER A JEHO MANAGEMENT	
Možnosti prístupu k syndrómu vyhorenia u sestier	
Stupková Monika, PaedDr.	70

PCRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT**Krízová intervencia v Hasičskom a záchrannom zbore SR**

Mjr. Mgr. Miroslav Harvan 74

**PPOČIATOČNÉ ŠTÁDIÁ ZVLÁDACÍCH STRATÉGIÍ U DETÍ
V PREDŠKOLSKOM VEKU**

Schusterová Iveta 80

OSOBNOSŤ TYPU D

Mgr. Róbert Ďurka 84

**TYP D A RIZIKO KARDIOVASKULÁRNYCH
OCHORENÍ V „ZDRAVEJ POPULÁCII.“**

Dušan Selko, Tatiana Dubayová 92

VPLYV TELESNÉHO POHYBU NA PSYCHICKÉ ZDRAVIE

Tomáš Gregor, PhDr., PaedDr., CSc. 101

JOGA – ZNOVUOBJAVENÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ METÓDA

..... 109

VPYLV JOGOVÝCH CVIČENÍ NA KVALITU ŽIVOTA STARŠÍCH ŽIEN

..... 114

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA: REVITALIZOVANÁ PSYCHOLOGICKÁ DISCIPLÍNA?

Damián Kováč

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

e-mail: expshor@savba.sk

Psychológovia zahrnuli problém zdravia do svojich odbornoprac-
kových a potom aj vedecko-výskumných aktivít už na samom začiatku svojej
existencie. Výsledkom toho je, že v súčasnosti patria klinickí psychológ-
ovia takmer v každej civilizácii vyspelej krajine k najpočetnejším. Dôvod je
prostý. Netreba tu azda citovať, že je to práve **životný štýl jednotlivcov, kto-
rým sa v rozhodujúcej miere podieľa na incidencii chorobnosti; len azda
20% z nej je v kompetencii zdravotníckej starostlivosti a približne podobné
percento spôsobujú environmentálne vplyvy, vrátane vzdelania.** Neskoršie,
na prelome 70. – 80. rokov sa systémová aplikácia psychologických po-
znatkov do oblasti zdravia a nemoci začala rozvíjať ako psychológia zdra-
via (Křivohlavý, 2003, Kebza, 2005).

Je však psychológia zdravia revitalizovaná klinická psychologická dis-
ciplína, alebo....?

Ďalšie možné varianty tejto otázky by mohli znieť takto:

Je psychológia zdravia aj

b) cielený vstup psychológie do moderného života?

c) nová „veľká“ psychológia?

d) imanentný zdroj tzv. pozitívnej psychológie?

e) výdatný prínos do kvality života?

Stručné odpovede na uvedené otázky v podnadpisoch by mohli znieť
takto:

Najprv jasné ÁNO, psychológia zdravia je naskutku novo sa formujúca
psychologická disciplína v 2. polovici 20. storočia. Líči sa to napr. v histo-
ricky zameranej štúdii W. Stroebeho o jej storočnici (2005).

ad b) MOŽNO, psychológia zdravia predstavuje nádejný, a to poten-
ciálne široko spektrálny vstup psychológie do nezdravého života ľudí mo-
derných spoločností (pozri napr. knižnú publikáciu o tzv. civilizačných
chorobách Vl. Zikmunda z r. 1983).

Tiráž, sponzori a ISBN



ad c) NIE, psychológia zdravia nie je, ani sa nemôže stať veľkou psychológiou, ako o tom poučuje história novodobej psychológie (Hunt, 2001).

ad d) „JAIN“, psychológiu zdravia možno pokladať za súčasť novodobej – tzv. pozitívnej psychológie, aj keď jej protagonisti ju k nej systémovo nezaraďujú (Synder-Lopez, 2002).

ad d) ROZHODNE ÁNO, psychológia zdravia výdatne prispieva k problematike zvyšovania kvality života (pozri napr. monografiu J. Krivohlavého, 2001).

Vráťme sa však k významu samej psychológie zdravia.

Ak poznanie o zdraví má byť pod záhlavím psychológia, treba si so všetkou dôslednosťou uvedomiť, že musí byť vedecké. Taký je totiž „mainstream“ príslušných aktivít psychológov, čo sa potvrdilo aj pri storočnom jubileu tejto novodobej vedy (podrobnejšie v mojej štúdii z r. 2005). Psychológia ako jadrová veda o človeku, skúmajúca fungovanie jeho psychickej reality v správaní, má už ucelený systém poznania, ktorý nedokázali rozrušiť rôzne kritické psychológie zovšeobecňujúce parcialnosť. Napriek tomu je tu skutočnosť koncepcného pluralizmu a metodologickej diverzifikácie, a to aj na našom malom Slovensku. Z toho však nevyplýva, aby takým bol aj náš výskumník: v tzv. teoretickej časti svojej štúdie paberkuje nesúrodými informáciami bez hodnotenia, vyžíva sa prevažne v korelačnom výskumnom pláne, zmôže sa spravidla na málo validnú dotazníkovú metódu prevzatú z iného zdroja než je jeho „teória“, atď. Slovom, je to výskumník bez identity, schizoidný, príkro povedané, bezpohľavný. Vyhybam sa konkrétnosti, aby som mnohých „na staré kolená“ neznepríatelil.

Pri kľúčových slovách možných nadpisov môjho uvažovania o psychológii zdravia treba sa ešte vysporiadať s charakterom psychológie zdravia ako psychologickéj disciplíny. Väčšina členov psychologickéj komunity u nás bola vyškolená učebnicami, v ktorých sa štruktúra psychologických vied prezentovala tromi skupinami: všeobecnými, špeciálnymi a aplikovanými. To je však nedorozumenie, ako sme to už predtým osvetlili. Ak totiž psychológiu pokladáme za empirický vedný odbor, t.j. taký, ktorý „zovšeobecňuje prax“ (Filkorn, 2003), potom nemá zmysel vyčleňovať z neho aplikované disciplíny. De facto existujú len základné (bazálne) a medzi-vedné, hraničné, intervenujúce psychologické disciplíny. Tak vznikla svojho času napr. psychofyzika a teraz sa k slovu hlási napr. farmakopsychológia. **Psychológia zdravia** je „par excellence“ takouto vednou disciplínou, **inter-**

venuje a hraničí s množstvom vedných odborov, nielen z oblasti vied o živote a spoločnosti, ale aj ďalších veľko-oblastí.

Cielený vstup psychológie do moderného života – tak by sa dal charakterizovať rozvoj psychológie zdravia v súčasnosti. Zatiaľ čo ešte na začiatku 20. stor. bola prevažná časť predčasných úmrtí dôsledkom infekčných ochorení, ku koncu 20. stor. zaujali toto miesto srdcovocievne a rakovinové ochorenia, nehovoriac už o mozgových príhodách. Zdroje týchto nepochádzajú tak z prirodzenosti organizmu v interakcii s biologickým environmentom ako z artificiálneho prostredia vytváraného samými ľuďmi; napokon sama techno-civilizácia diktuje svojrázny spôsob života zainteresovaných. Dôsledkom toho sú tzv. civilizačné choroby, alebo presnejšie, choroby z civilizácie. Patria k nim, okrem už spomenutých, celý rad neuróz, abúzus psychotropných látok, alergie, kožné onemocnenia, atď. V relevantnej odbornej literatúre sa v tejto súvislosti uvádzajú jednak objektívne podmienky a jednak subjektívne činitele. K tým prv menovaným patrí napr. znečistenie prostredia: pôdy, vzduchu, potravín, k tým druhým napr. všadeprítomný stres, hektika, hostilita a ďalšie, tzv. rizikové faktory. O tom je o.i. aj plno osvety. No moja interpretácie dôsledkov civilizačného vývoja smeruje hlbšie.

Ludské problémy z civilizácie majú, podľa mňa, jedného spoločného menovateľa: ním je priebežne vzniknutá a postupne sa prehľbujúca dezintegrita osobnosti viacerých generácií ľudí vyspelých spoločností v západoeurópskej kultúre, O čom bola reč predtým.

Dezintegrita osobnosti ako masový jav v živote ľudí moderných spoločností je navidomoci jednak vnútorná a jednak vzťahová. Ako som už neraz zdôvodňoval, priemyselno-technickým vývojom spoločenstiev došlo v ostatných storočiach k disonancii hlavných psychických potenciálov v osobnosti prevažnej časti ľudí; povedané polopatisticky, prevažujú kognície (informácie) nad citovým životom (okrem excesov) pri zakrpatení vôľových ambícií. Tento hybrid moderného človeka je navyše vystavený neustálemu zhoršovaniu podmienok života vo vzťahu s prírodou, odcudzeniu sa v rôznych aspektoch a stupňoch od spoločenského života, v tendenciách „mať“ namiesto „byť“, atď. Preto **aj psychológia zdravia, a to či už výskumne alebo aplikačne by sa mala zapojiť do prúdu tých stratégií, ktoré sledujú kultiváciu osobnosti hodnotami osvedčenými vývojom humanizmu.**

Je psychológia zdravia novou veľkou psychológiou?

Z histórie novodobej psychológie v 19. storočí vieme, že sa vyskytli pri najmenšom tri či štyri pokusy vybudovať novú veľkú psychológiu. Spočiatku sa tak usilovala psychotechnika preslávená najmä meraním inteligencie – G-faktora pokladaného za najdôležitejšiu vlastnosť ľudí. V 50. rokoch 20. stor. sa o to snažili niektorí protagonisti psychológie tvorivosti, v 70. rokoch zas niektorí „objavitelia“ environmentálnej psychológie. Priebežne sa o dominanciu prihlásili aj prívrženci tzv. humanistickej psychológie (spomeňme si napr. na logo transpersonálnej psychológie ako štvrtej vlny severoamerickej psychológie). No nestalo sa tak: veľkou ostala predsa len tá psychológia, ktorú po W. Wundtovi a W. Jamesovi pokračovali systematicky navrhovať početné generácie psychológov z krajín nie len tzv. západnej (európsko-americkej), ale aj východnej (čínsko-japonskej) časti sveta (pozri napr. posledný XXVIII. kongres svetovej psychológie bol r. 2004 v čínskom historickom meste Beijing).

Široký záber terčov psychológie zdravia môže niektorých jej entuziasťov doviesť k ambíciám stať sa naj-naj-naj-disciplínou. Veď čo sa v implicitných presvedčeniach pokladá za najdôležitejšie v živote? No predsa zdravie! Ibaže zdravie **samo o sebe nemá svoju špecifickú, ale len všeobecnú psychoreflexiu, a to v rámci prežívania pohody**. Triviálne je známe, že „well-being“ sa stáva „ill-being“, ak jedinca postihne distress, únava, alebo strádanie, najmä v starobe. A to už je nadbytočné pritvrdiť, že zdravie nepokladajú za dôležitú hodnotu tí, ktorí ho užívajú naplno, najmä mladí – tínedžeri, ako sme to aj empiricky overili (podľa SEIQOL sa zdravie u našich tínedžerov umiestnilo na 8. mieste zo 17 všetkých zvolených s pripísanou dôležitosťou, D.K., 2003).

Je psychológia zdravia zložkou pozitívnej psychológie?

Predovšetkým sa nemôžem zdržať kritického úvodu. Pozitívna psychológia nie je, podľa mňa, ostrý pojem toho, čo jej protagonisti zamýšľali. Tak ako neexistuje negatívna psychológia, podobne nie sú v našom živote také fenomény, ktoré by boli jednoznačne alebo výlučne pozitívne. Takým nie je napr. manželstvo a dokonca ani rodina, ako to obveseľuje tradovaná „poradenská anekdota“ o mladom mužovi, ktorý sa chcel oženiť.

Faktom je, že v priekopníckych prácach ideátorov pozitívnej psychológie sú v centre témy, na ktoré sa treba zamerať a nie disciplíny (Snyder, Lopez, 2002). Jednako sa tu mnohé v oboch prístupoch prelínajú. Okrem,

pravdaže pohody, figurujú tu, osobná zdatnosť (self-efficacy), optimizmus, sebaovládanie, emočné vlastnosti (napr. nezlomnosť), morálna motivácia, empatia, pokora, spiritualita...

Bezosporu platí, že psychológia **vo všeobecnosti a psychológia zdravia osobitne nemôže skúmať len to, ako poznávame svet, ale sa má zacieliť aj na to, ako sa v tomto našom svete cítime**. A ďalej: psychológia (a opäť psychológia zdravia) sa nemá zaoberať len tým, ako dosahovať „top“ výkony a úspechy, ale aj tým, ako sa kultivovať v integrovanú osobnosť, ktorá čo najčastejšie a najviac prežíva radosť zo života.

Zdravie v kvalite života

Akiste toto spojenie slov nemožno spochybníť; a to ako implicitne tak aj explicitne. Problém však začína tam, kde kvalitu života treba vymedziť.

Ako sa už predtým uviedlo, „kvalita života je to, ako človek vníma postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom“ WHO (1995). Dobré, ale! Nielen preto, že kvalita života sa tu vzťahuje k človeku a nie k osobnosti, ale aj preto, že psychologický je toto vymedzenie málo špecifické, nemôžem s ním súhlasiť; napriek tomu, že je u nás najznámejšou, autormi najcitovanejšou.

Opakujem moje, t.zn. psychologické chápanie kvality života:

Kvalita života je emočno-kognitívna psychoreflexia trvalejšieho celkového stavu jednotlivca a jej podstatu tvorí porovnávanie prežívanej reality s ideálom utváraným vyznávanými hodnotami (v kontexte spoločenstva, civilizácie a kultúry), čo všetko sa má prejaviť v úsilí o všestranne lepší život; môj ale aj môjho „Mitwelt“-u.

Prízvukujem, že v tomto chápaní sú zastúpené hlavné psychické potenciály nevynímajúc smerovanie k tomu, čo už starogrécki myslitelia pomenovali ako dobrý život. Avšak, čo všetko by malo, alebo mohlo patriť do tohto pojmu v súčasnosti v dobe označovanej ako postmoderna, to som sa pokúsil vyjadriť integračným modelom. Keďže už bol publikovaný (naposledy aj v zahraničí r. 2004), nemienim sa tu o ňom bližšie zmieňovať. Konštatujem len jedno: **hľadanie a prehlbovanie zmyslu života je ako pre zdravie tak aj pre celkovú kvalitu života ústrednou, prierezovou kategóriou, v mojej terminológii centrálnym systémovým psychoregulátorom konania.**

*

Fazit: Etablovanie psychológie zdravia u nás úprimne vítame, rád by som ju všestranne podporoval v presvedčení:

PSYCHOLÓGIU ZDRAVIA K VYŠŠEJ KVALITE ŽIVOTA!

Literatúra:

FILKORN, V., Povaha súčasnej vedy a jej metódy. Bratislava: Veda, 2003.

HUNT, N., Dějiny psychologie. Praha: Portál, 2001.

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.

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

KOVÁČ, D., Hlbšie poznávať – účinnejšie zveľaďovať. In Sarmány Schuller, I., – Bratská, M. (zost.), Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia. Bratislava: Slovenská psychologická spoločnosť pri SAV, 2005, s. 15-34.

KOVÁČ, D., Quality of Life of coming epoques. In Psychology Science, 46, 2004, Suppl., 167-186.

KOVÁČ, D., Osobnosť – leitmotív psychologického finále. In Ruisel, I. (ed.), Inteligencia v rôznych kontextoch. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2003, s.8-20.

SNYDER, C. R. – LOPEZ, S. J., Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press, 2002.

STROEBE, W., 100 Jahre Psychologie: Gesundheitspsychologie. In Rammsayer, Th. – Troche, St., Reflexion der Psychologie: 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2005, s. 59-65.

GENÉZA VZNIKU PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA

Miroslav Skorodenský

Katedra psychológie FF PU, Prešov

Abstrakt: Psychosomatická medicína (PM), behaviorálna medicína (BM) a psychológia zdravia (PZ), majú mnoho podob, lebo prešli zložitou historickou cestou.

Za jadro historického pôvodu BM a PZ prehľadová literatúra považuje: História hippokratovského a redukcionistického modelu, ktoré striedavo ovplyvňovali medicínu a psychológiu a

Úspešnú aplikáciu behaviorálnych techník v 60-tych a 70-tych rokoch 20. storočia do medicínskej a psychologickkej praxe.

Podľa nášho názoru medzi tieto dva nosné piliere jadra, nevyhnutne patrí pochopenie prínosu presne vymedzeného historického obdobia a :

Prijatie jeho metodológie a výskumnej stratégie. Jedná sa o obdobie neinfekčnej epidemiológie a v rámci nej behaviorálnej epidemiológie.¹⁻²⁻³

19. a 20. storočie je späté s výrazným nástupom vedeckých objavov prírodovedných disciplín (fyzika, chémia, matematika), ktoré umožnili dramatické zlepšenie diagnostiky a liečby akútnych ochorení. Medicínu ako celok však znova posunuli od biopsychosociálnej perspektívy kdesi k mechanistickému, redukcionistickému modelu. Choroba sa stala jednoducho len poruchou mechanizmu ľudského tela. Vďaka technologickým výhodám bol mechanistický, redukcionistický model veľmi efektívny v diagnostike príčin akútnych chorôb. Bol tak úspešný, že sa stal dominantným medicínskym pohľadom a bol povýšený na lekárske dogmu západnej civilizácie. S jeho korekciou sa nevieme vyrovnáť dodnes.

19. ale najmä 20. storočie už prináša alternatívy k hlavnému myšlienkovému prúdu. Návrat k hypokratovskej tradícii, vnímať človeka v jeho celistvosti, vzájomnej jednote somatického a psychického a v jednote s jeho sociálnym prostredím hlása psychosomatika. Termín psychosomatika po prvýkrát použil Heinroth v roku 1918. Psychosomatika v dnešnom chápaní však vznikla až začiatkom 20. storočia na pôde psychoanalýzy. Freud sám tento termín nikdy nepoužil. Psychosomatickú problematiku rozpracovali

jeho žiaci po prvej vlne emigrácie do USA. Okrem psychoanalytického východiska v USA existovala ešte koncepcia holistická, ktorá rozpracovala tzv. psychobiológiu a ktorá v 30-tych rokoch 20. storočia podnietila rozvoj psychosomatickej medicíny na tomto teoretickom základe. Tretím východiskom psychosomatiky v USA bola psychofyziológia. Tá rozpracovala hlavne učenie Pavlova a Skinnera o podmienených reflexoch, Selleyho koncepciu stresu a Cannonovu teóriu homeostázy. Zo psychofyziológie vychádzajú neskôr nešpecifické koncepcie a teórie, ktoré pripisujú pôsobeniu stresu, najmä psychosociálnemu, kauzálny vplyv na vznik a vývoj psychosomatického ochorenia. Psychoanalytické – špecifické teórie sa snažili hľadať špecifické premenné (napr. úzkosť), ktoré by mohli byť jedinou príčinou špecifických somatických ochorení.⁴ V 50-tych rokoch minulého storočia sa psychosomatické koncepcie, najmä analyticky orientované dostávajú do krízy, ktorú neprekonali dodnes.

Podľa nášho názoru, pokiaľ psychodynamická teória nebude používať objektívne testovateľné hypotézy, nebude môcť byť potvrdená, ale ani vyvrátená vedeckou metódou. Špecifická teória stresu z dnešného pohľadu nadobúda nové dimenzie poznania na úrovni neurobiologickej a molekulárnobiologickej.⁵

Vznik neinfekčnej epidemiológie

Hlboko v lone hlavnej myšlienkovvej línie „exaktného“ biomedicínskeho redukcionistického prístupu sa formuje v 30-tych rokoch nový metodologický prístup chápania etiopatogenézy ochorení odvíjajúci sa od epidemiologickej metódy. Obdobie medzi I. a II. svetovou vojnou je okrem prudkého rozvoja industrializácie v rozvinutých štátoch sveta, charakterizované aj mohutným nárastom počtu chronicky dlhodobo pôsobiacich príčin degeneratívnych ochorení, najmä kardiovaskulárneho systému. Ich nárast bol tak prudký, že nadobudol charakter epidémie.

Od akútnych sa tieto chronické degeneratívne ochorenia líšili nasledujúcimi hľadiskami:

- Zdroje týchto chorôb nepochádzajú z prirodzeného prostredia prírody, ale z prostredia, ktoré si vytvoril sám človek a zo spôsobu života, ktorý si osvojil v priebehu rozvoja techniky a civilizácie.

- Vznik a rozvoj tzv. civilizačných ochorení nemožno odvodiť od jediného príčinného faktora, ale len od spolupôsobenia viacerých rozdielnych faktorov.

Tzv. civilizačné ochorenia majú prevažne zdĺhavý, chronický priebeh s

fázickým charakterom (obdobia zlepšovania, zhoršovania, alebo obdobím s akútnymi komplikáciami).⁶

Druhá svetová vojna nakrátko zabrzдила proces formovania neinfekčnej epidemiológie, rozvoj sa obnovuje hneď v prvých povojnových rokoch. V roku 1949 sa začína pre neinfekčnú epidemiológiu legendárna Framinghamská štúdia – Framingham Heart Study. Začiatok tejto štúdie mal celosvetový význam, pretože odštartoval novú epochu chápania etiopatogenézy najčastejšie sa vyskytujúcich chronických, degeneratívnych, neinfekčných ochorení KVS. Framinghamská štúdia bola primárne prospektívnou longitudinálnou epidemiologickou štúdiou (zachytila prevalenciu zdravej skupiny 5127 probandov a po každých dvoch rokoch sledovala incidenciu, teda nárast počtu zmenených príznakov).

Po 14 rokoch dosiahla prvé úspechy:

Údaje z nej prispeli k identifikácii rizikových faktorov.

Kvantifikovala závažnosť jednotlivých rizikových faktorov, ako aj ich kombinácií (pomer incidencií je relatívne riziko a to je pomerne číslo, vyjadrujúce mieru rizika ochorenia, súčtom relatívnych rizík jednotlivých faktorov sa zvýši celkové riziko ochorenia).

Postupne sa prestalo hovoriť o príčinách týchto ochorení a začal sa používať termín rizikové faktory.

Rizikový faktor sa v epidemiologickom zmysle chápe ako štatistický predpoklad choroby. Tento môže, ale nemusí byť v kauzálnej súvislosti s chorobou. V novšej literatúre Framinghamskú štúdiu podrobne rozobral a obdobie neinfekčnej epidemiológie zhodnotil prof. Takáč.⁶

Obdobie behaviorálnej epidemiológie

Behaviorálna epidemiológia sa podrobne zaoberá zlepšením vedeckej precíznosti pri meraní a pochopení psychologických, sociálnych a kultúrnych determinantov zdravia a choroby. Tieto faktory hrajú stále dôležitejšiu úlohu aj ako závislé, aj ako nezávislé premenné v epidemiologickom a na zdravie zameranom výskume. Behaviorálna epidemiológia sa snaží pomôcť aj výskumníkom, zaoberajúcimi sa štúdiom komunít, spojiť bohaté sociálne a behaviorálne vedecké teórie, dynamiku životných udalostí a zdravia s prísnyimi pravidlami výskumných plánov, meraní a po-pulačným prístupom rozvínutým epidemiológiou. Táto definícia pochádza z mojej osobnej korešpondencie s prof. Jenkinsom z roku 1996.

Vráťme sa však do histórie, kde behaviorálna epidemiológia v roku 1960

prostredníctvom dvoch amerických kardiológov Friedmana a Rosenmana neskôr aj Jenkinsa, začína prvú longitudinálnu prospektívnu behaviorálnu – epidemiologickú štúdiu Western Collaborative Group Study (ďalej WCGS). Táto štúdia tvorí taký istý historický legendárny medzník ako Framinghamská štúdia. Jej metodologické postupy majú zhodný populačný epidemiologický základ, avšak meranie behaviorálnych a somatických rizikových faktorov prebieha ako dvakrát utajený slepý pokus. Ľudia zo skupiny merajúcej psychologicko-behaviorálne rizikové faktory a ľudia merajúci somatické rizikové faktory, sa navzájom ani nesmeli poznať. Po 15 rokoch, teda v roku 1975 sú vyhodnotené záverečné výsledky WCGS. Jej centrálny produkt A-typ správania je charakterizovaný ako prvý behaviorálny epidemiologický rizikový faktor ICHS na svete s relatívnym rizikom 1,96, čo je približne rovnaký index, ako majú všetky somatické rizikové faktory, t.j. fajčenie, hypercholesterolémia, hypertenzia, atď. Podrobne popísané výsledky WCGS sú v monografii.¹

Zhodnotenie epochy neinfekčnej epidemiológie a behaviorálnej epidemiológie

Z predchádzajúcej analýzy je zjavné, že zhruba od roku 1950 do roku 1970 – 75, sa získavajú výsledky z longitudinálnych prospektívnych epidemiologických štúdií. V dekáde 1970 – 80 dochádza ku kvantitatívnej kumulácii výsledkov predošlých dvoch dekád. Tieto nahromadené a spracované výsledky amerických, ale i európskych populačných štúdií prinášajú nové, kvalitatívne zmenené pohľady na etiopatogézu multifaktoriálnych ochorení. Vytvorili tak priestor na konštituovanie nových teoretických myšlienkových prúdov, ktoré pripravujú bázu pre vznik nových vedných disciplín. V roku 1977 na Yalskej konferencii S.M. Weiss a spolupracovníci formálne zakladajú behaviorálnu medicínu. V roku 1978, teda o rok nato, zakladá George Stone na Kalifornskej Univerzite psychológiu zdravia. Engel v roku 1977 publikuje svoj dynamický biopsychosociálny model a v roku 1980 ho upravuje do integratívnej podoby. V roku 1981 Americká Kardiologická Asociácia prijíma behaviorálnu epidemiologický konštrukt A-typ správania za ďalší primárny rizikový faktor ICHS.⁷

Je samozrejmé, že na tento vývoj zmeny pohľadu vplývalo ešte viacero iných objavov napr. zdokonalenie výskumu spätnej väzby v 60-tych rokoch (biofeedback), aplikácia hypnózy, relaxačných techník do klinickej praxe a ďalšie. Zaznamenané sú aj vplyvy iných kultúr a ich liečebných metód.

V 80-tych rokoch minulého storočia teda vrcholí epocha neinfekčnej epidemiológie. Na svete je biopsychosociálny integratívny model, nové vedné disciplíny a celý rad rôznych rizikových faktorov, ktoré sú však znova rozdelené na somatické, psychologické, sociálne či environmentálne. Ich pôsobenie sa chápe ešte stále izolovane. Nazývajú sa nezávislé rizikové faktory. Mieru rizika určuje skôr kumulácia jednotlivých relatívnych rizík, ako ich integratívne pôsobenie. V chápaní etiopatogenézy ochorenia vládne stále biomedicínsky redukcionistický prístup, aj keď sa jasne zdôrazňuje dôležitosť psychologických a sociálnych rizikových faktorov. Sú už inkorporované skoro do každého výskumu, ale interpretácia ich výsledkov a nakoniec aj intervencia je skôr formálna a odbornou verejnosťou rozpačito prijímaná.

Proces diferenciacie a frakcionácie jednotlivých rizikových faktorov

Až proces diferenciacie a frakcionácie jednotlivých rizikových faktorov po roku 1981 a hľadanie ich vnútorných súvislostí v rámci klinických, biochemických, psychologických, metaanalytických a iných štúdií, pomaly odkrýva uplatnenie biopsychosociálneho modelu, teda modelu integratívneho, kumulovaného spolupôsobenia širokého spektra rizikových faktorov – systémovým spôsobom.

Systémový prístup znamená určitý spôsob myslenia, či riešenia problémov. Zásadne mení pohľad na skúmané javy, chápe ich komplexne vo svojich vnútorných a vonkajších súvislostiach. K riešeniu problémov obvykle preberá a vhodne kombinuje metódy rôznych disciplín. Podstatou systémového prístupu z hľadiska kauzality je cirkulárny model, ktorý nás nevedie k otázke prečo sa určitá zmena deje, ale v akých súvislostiach a v akom kontexte k nej dochádza.

Biopsychosociálny model, aplikovaný systémovým spôsobom je zatiaľ najucelenejšie vyjadrený v biobehaviorálnom prístupe, ktorý dokazuje a objektivizuje podiel biologických, psychologických, sociálnych a environmentálnych faktorov v etiológii a vegetatívnych, neuroendokrinných a neuroimunitných mechanizmov v patogenéze ochorenia, až na úrovni neurobiologickej, bunkovej a molekulárnobiologickej.¹⁻⁴⁸

V praxi vyjadrený biobehaviorálny prístup vyzerá nasledovne: U osôb, ktoré vysoko skórujú na škálach hostility, (v gold standard technikách) sa prejavuje tzv. cluster – zoskupenie biobehaviorálnych a psychosociálnych charakteristík – zlosť, impulzivita, zvýšený hnev, podráždenosť, agresívne

správania, úzkosť, depresívna nálada a súčasne je u nich prítomný vzostup reaktivity sympatiku a pokles reaktivity parasympatiku (autonómna disbalancia).⁹ Tito ľudia nie sú schopní potlačiť stereotypné správanie, rastie u nich senzitivita na stres, čo má za následok zvýšený apetít, nadmerné fajčenie, nadmernú konzumáciu alkoholu a iných psychoaktívnych látok. Pre heuristické účely nazval Williams toto zoskupenie syndrómom hostility. Výsledky neurobiologického výskumu poukazujú na to, že všetky vyššie spomenuté biobehaviorálne a psychosociálne charakteristiky by mohli byť dôsledkom takých neurochemických podmienok, ktoré sú charakterizované deficientnou serotonínernou a noradrenergickou funkciou CNS. Tým sa uzatvára kľučka spätnej väzby cirkulárnej kauzality.

Kandel¹⁰, laureát Nobelovej ceny v roku 2000 formuloval 5 princípov súčasného pohľadu na vzťah duša – telo (mind – body).

Princíp 1. Všetky duševné procesy, dokonca i najzložitejšie psychologické, vyplývajú z činnosti mozgu. Základnou podstatou tohto pohľadu je názor, že to, čo bežne nazývame myslou, dušou (mind), je paleta funkcií vykonávaných mozgom. Činnosť mozgu nie je iba základom pre relatívne jednoduché motorické správanie, ako je chôdza alebo jedenie, ale pre všetky komplexné kognitívne úkony, vedomé i nevedomé, ktoré spájame so špecificky ľudským správaním, napr. myslením, rečou alebo tvorbou literárnych, hudobných a iných umeleckých diel. Z toho logicky vyplýva, že behaviorálne poruchy, charakteristické pre duševné choroby, sú poruchami funkcie mozgu a to dokonca aj v takých prípadoch, kedy príčiny poruchy sú zreteľne vonkajšie.

Princíp 2. Gény a ich bielkovinové produkty sú dôležitými determinantami v rámci vzájomného prepojenia medzi neurónami mozgu i detailov v ich fungovaní. Gény, najmä potom kombinácia génov, vykonáva dôležitú kontrolu správania. Z toho vyplýva, že jedna komponenta prispievajúca k rozvoju závažných duševných porúch, je genetická.

Princíp 3. Poškodené gény nevysvetľujú sami o sebe všetky varianty závažných duševných porúch. Veľkou mierou prispievajú tiež sociálne a vývojové faktory. Práve tak ako kombinácie génov, prispievajú k typu správania sociálne faktory, ktoré ovplyvňujú činnosť mozgu, spätnou väzbou modifikujú génovú expresiu, a tým opäť i fungovanie nervových buniek. Učenie, včítane takého, ktoré ústi v disfunkciu správania, spôsobuje zmeny v génovej expresii. A tak sa akékoľvek vonkajšie i vnútorné podnety nakoniec pretvárajú v biologickú formu.

Princíp 4. Zmeny génovej expresie indukované učením vedú k zmenám utvárania neuronálnych spojov. Tieto zmeny prispievajú nie len k biologickému základu jedinca, ale sú zodpovedné i za iniciáciu a udržiavanie abnormálneho správania, ktoré je indukované nepredvídateľnými sociálnymi vplyvmi.

Princíp 5. Pokiaľ sú psychoterapia alebo poradenstvo účinné a vedú k dlhodobým zmenám správania, deje sa tak podľa všetkých predpokladov cestou učenia, vytváraním zmien génovej expresie, ktoré menia pevnosť synaptických spojov a cestou štrukturálnych zmien, ktoré menia anatomické usporiadanie vzájomných spojení medzi nervovými bunkami mozgu. Až sa dostatočne zvýšia rozlišovacie schopnosti zobrazovacích metód mozgu, mohli by byť výsledky psychoterapie kvantitatívne vyhodnocované.

Päť princípov súčasného pohľadu na vzťah duša – telo (mind – body), nás posunulo na samotný prah najvzrušujúcejších vedeckých objavov 21. storočia. Tvorivé prepojenie kognitívnej psychológie s neurovedami umožnilo vznik kognitívnym neurovedám, ktoré začínajú nepochybne patriť k najproduktívnejším oblastiam celej biológie. Tieto poznatky upevnili pozíciu psychológie v systéme prírodovedných disciplín – vied o človeku.

Literatúra:

- Skorodenský, M.: Psychologické rizikové faktory ICHS. VEDA, Bratislava 1992, s.198.
 Šovčíková, E.: Epidemiologický prístup k otázkam zdravia. Čsl psychol. 2000, 44:4, s.331 – 338.
 Kennedy, R.C.: A brief history of the originis of behavioral medicine.
 Baštecký, J., a kol.: Psychosomatická medicína. GRADA, Praha 1993.
 Shreiber, V.: Lidský stres. Academia, Praha 2000.
 Rosíval, L., Zikmund, V., a kol.: Preventívna medicína, Osveta, Martin 1992.
 Coronary prone behavior pattern and CHD a critical review: Review panel – CPB and CHD. Circulation 1981, 63:6, s.1999 – 2115.
 Williams, R.B.: Neurobiology, cellular and molecular biology, and psychosomatic medicine. Psychosom. med. 1994, 56:38, s.15 – 32
 Takáč, P., Skorodenský, M., Vereb, P.: Hodnotenie aktivity autonómneho nervového systému pri objektivizácii biobehaviorálnych mechanizmov. EuroRehab 2002, 12 :3,s. 149-155.
 Kendal,E.R.:Neuroscience :breaking down scientific barriers to the study of brain and mind. SCIENCE,290,2000,s.1113 – 1120.

HLAVNÍ ETAPY VÝVOJE OBORU PSYCHOLÓGIE ZDRAVÍ VE SVĚTĚ A U NÁS

Vladimír Kebza, Státní zdravotní ústav, Praha

Iva Šolcová, Psychologický ústav AV ČR, Praha

Psychologii zdraví je možno charakterizovat jako jednu z relativně mladých, avšak velmi dynamicky se vyvíjejících psychologických disciplín. Je možno též konstatovat, že v rámci aktuálních změn celého spektra psychologických oborů, jež se neustále dotvářejí, vyvíjejí a kvantitativně i kvalitativně proměňují, zaujímá tento obor dnes již významné místo.

Dosavadních více než 25 let vývoje oboru na jedné straně ukazuje, že názory řady autorů i celých výzkumných skupin, působících v této oblasti, se sice někdy poněkud liší v definování této disciplíny, vesměs se však shodují v pojetí psychologie zdraví jako oboru, zkoumajícího zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence. V obecnějším smyslu lze, rovněž ve shodě s většinou relevantních pramenů, definovat psychologii zdraví jako systematickou aplikaci psychologických poznatků do oblasti zdraví, nemoci a systému zdravotnické péče. Mezi jednotlivými prvky v koncipování tohoto oboru patří mj. též od počátků formování psychologie zdraví kladený důraz na příspěvek psychologických věd k podpoře zdraví („health promotion“) a k výzkumu i aplikaci etiologických a diagnostických korelátů, determinant a širších, zvl. psychosociálních souvislostí zdraví a nemoci.

Většina výše zmíněných mírných odlišností v pojetí psychologie zdraví vyplývá především z faktu, že jde o relativně mladý obor, jehož povaha a cíle mohly být až dosud definovány různými cestami. Přestože řada problémů, spadajících do psychologie zdraví, byla středem zájmu psychologů již dříve, formálně byla psychologie zdraví institucionalizována jako oficiálně respektovaná součást psychologických věd v roce 1978, kdy Americká psychologická společnost (APA) schválila ustavení disciplíny psychologie zdraví („Division of Health Psychology“) jako Division 38. V rámci rychlého počátečního rozvoje oboru vypracovali představitelé této 38. divize

APA v roce 1985 následující definici psychologie zdraví: Jde o soubor specifických, vědeckých a profesionálních příspěvků psychologických věd k upevňování a uchování zdraví („health promotion and maintenance“), k prevenci a léčbě chorob a identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci a k analýze a zlepšování systému zdravotnické péče a utváření zdravotnické politiky.

Evropská společnost psychologie zdraví („European Health Psychology Society“, EHPS) byla ustanovena v roce 1986. V roce 1988 vznikla v této společnosti tradice pořádání pravidelných konferencí a postupně byla vybudována síť národních delegátů („EHPS National Delegates“), působících v Belgii, Bulharsku, ČR, Dánsku, Estonsku, Finsku, Francii, Holandsku, Irsku, Itálii, Izraeli, Maďarsku, Německu, Norsku, Polsku, Portugalsku, Rakousku, Rumunsku, Rusku, Řecku, Španělsku, Švédsku, Švýcarsku, Turecku, Ukrajině a Velké Británii. Prvním národním delegátem za ČR byl Jaro Křivohlavý, od roku 2004 je českým národním delegátem Vladimír Kebza.

Československá Sekce psychologie zdraví (původně nazvaná Sekce psychologie zdravého života) v rámci tehdejší ČSPS (a současné ČMPS) pracuje od roku 1988. Založení sekce iniciovaly především Eva Šulcová a Miluše Havlíková, psychologky, které se v té době společně zabývaly longitudinálními studií duševního zdraví dětí v podmínkách školního prostředí. K jejich iniciativě se záhy připojili další kolegové, např. Václav Břicháček, Jiří Kožený, Václav Hošek, Libor Míček a další; za výbor tehdejší ČSPS reagoval velmi vstřícně Jaroslav Hlavsa. První výbor sekce byl zvolen ve složení: Václav Břicháček (předseda), členové: Miluše Havlíková, Eva Šulcová, Jiří Kožený a Libor Míček. Členskou základu vytvořilo postupně cca 120 českých a cca 80 slovenských psychologů, nikoli ve smyslu institucionálně formalizovaného členství, ale ve smyslu přihlášení se k obsahové orientaci Sekce. Významným podnětem do další práce sekce bylo dosažení vydání monotematického čísla časopisu Čs. psychologie k otázkám psychologie zdraví (č. 2/1989 + část č. 3/1989), do něhož přispěli mj. Ondrej Kondáš, Jan Srnec, Miloš Machač, Helena Macháčová, Libor Míček, Vladimír Zeman, Marie Mayerová, Oldřich Mikšík, Václav Břicháček, Zuzana Havrdová, Josef Wolf, Eduard Urban, Eva Šulcová, Zdeněk Matějček, Miluše Havlíková, Lumír Komárek a Kamil Provazník.

Oficiální kontakt této sekce s EHPS se podařilo navázat až v roce 1992 na konferenci EHPS v Lipsku (zprostředkovali Jaro Křivohlavý a Miluše

Havlíková); od této doby je sekce kolektivním členem EHPS. Sekce pořádá mj. každoročně víkendová soustředění s odborným programem, jež byla v poslední cca 10 letech postupně přetransformována do podoby víkendových celostátních konferencí Sekce většinou s mezinárodní účastí, na nichž je řada příležitostí ke vzájemné výměně informací a četným plodným diskusím. Pravidelnými účastníky těchto setkání bývají kromě relativně stálých účastníků z ČR též kolegové z Psychologického ústavu SAV v Bratislavě, psychologických pracovišť slovenských vysokých škol, resortních výzkumných ústavů i dalších psychologických a medicínských pracovišť na Slovensku. Pestrost konferencí dotvářejí též účastníci z dalších zemí, mj. např. z Polska, Velké Británie atd.

Činnost této sekce, prezentovaná též na stránkách odborného tisku, tak přímo či nepřímo ovlivnila práci řady psychologů i dalších odborníků, věnujících se tématům, souvisejícím s psychologií zdraví a dalšími příbuznými oblastmi a sama je též jejich prací průběžně ovlivňována. Současným předsedou sekce je Vladimír Kebza, který byl do čela výboru Sekce zvolen v zatím posledních tajných volbách, uspořádaných korespondenční cestou v roce 2004.

Vývoj zájmu o problematiku psychologie zdraví na stránkách Čs. psychologie je patrný z tabulky. Z tabulky je patrný i vývoj časopisu a jeho jednotlivých rubrik. Rubrika „Úvodní stať“ zahrnovala teoretické a výzkumné studie.

Tab. Publikace v Čs. psychologii

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1970													1
1971													
1972													
1973													
1974	1				1								
1975	1												1
1976	1								1				1
1977													
1978			3										1
1979													2
1980	1				2								
1981	1												

1982					3								
1983					1								4
1984													1
1985						3							4
1986							2						1
1987				2									1
1988				1					1				1
1989	4		6		1				5				1
1990				5					2				
1991				1	1								1
1992		1	1	1						4	3		2
1993				3					1	1	2		2
1994		1		2							5		4
1995		4			2						2		1
1996		1		1	3						1		1
1997		6		1	1					2	4		2
1998		3	1	3	1					1	2		3
1999		1		3	3		1				1		7
2000		2		1	2		1				1		1
2001		1		2							5		2
2002		2		1	3						3		3
2003		2		2	2						1		
2004		4		1							2		
2005		5		2							4		3
2006		5		3			4				2		

- 1 úvodní stať
- 2 výzkumné studie
- 3 teoretické studie
- 4 přehledové studie
- 5 předběžná a metodická sdělení
- 6 empirické výzkumy
- 7 z klinické praxe
- 8 psychologie na pomoc praxi
- 9 psychologie u nás a jinde
- 10 diskuse
- 11 zprávy
- 12 referáty
- 13 recenze

SOCIOLÓGIA ZDRAVIA A CHOROBY

PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

Katedra medicínskej sociológie

- Subdoménové označenie - **www.sociologia.szu.sk**, resp. sociologia.szu.sk.
 - Pracovisko – SZU Limbová 14, 2. posch. Č. dv. 208
 - Telefón – 59369205
 - Vedúci pedagogického útvaru
 - PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH
 - darina.brukkerova@szu.sk
 - Členovia pedagogického útvaru – Miluša Baksová
 - Zameranie ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v odbore – sociológia

Katedra medicínskej sociológie Ústavu spoločenských vied a cudzích jazykov SLOVENSKEJ ZDRAVOTNÍCKEJ UNIVERZITY BRATISLAVA

vykonáva v súlade so svojím zameraním pedagogickú činnosť v oblasti vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, iných zdravotníckych pracovníkov, iných odborných pracovníkov v zdravotníctve,

- vedecko-výskumnú činnosť,
- výchovno-vzdelávaciu činnosť smerujúcu k odbornej a laickej verejnosti a propaguje výsledky svojej práce,
- zabezpečuje edičnú činnosť odbornej literatúry,
- vykonáva v súlade so svojím zameraním expertízu a konzultačnú činnosť,
- podieľa sa na a tvorbe koncepcií, prognóz a legislatívy podľa potrieb Ministerstva zdravotníctva SR,
- spolupracuje s orgánmi štátnej správy, orgánmi na ochranu zdravia, vyššími územnými celkami, zdravotníckymi zariadeniami, zariadeniami sociálnej starostlivosti a zariadeniami tretieho sektoru,

- spolupracuje s vysokými školami, pracoviskami Slovenskej akadémie vied, výskumnými inštitúciami, zahraničnými vysokými školami, zdravotníckymi zariadeniami a štátnymi zdravotnými ústavmi.

Na všetkých výučbových základniach SZU (Bratislava, Harmónia, Komárno, Banská Bystrica...)

zabezpečuje **výučbu predmetov**

Základy sociológie

Aplikovaná sociológia

Sociológia zdravia a choroby

Sociológia zdravotnej starostlivosti

Sociologické metódy výskumu

pre Fakultu ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU pre štúdijné odbory

- ošetrovateľstvo – bakalárske štúdium
- ošetrovateľstvo (VOV) – bakalárske štúdium
- pôrodná asistencia – bakalárske štúdium – denná forma
- pôrodná asistencia (VOV) – bakalárske štúdium- denná forma
- pôrodná asistencia – bakalárske štúdium – externá forma
- pôrodná asistencia (VOV) – bakalárske štúdium– externá forma
- fyzioterapia
- rádiologická technika
- sociálna práca
- urgentná zdravotná starostlivosť

pre Fakultu verejného zdravotníctva SZU

pre štúdijné odbory

- v bakalárskom študijnom programe verejné zdravotníctvo,
- v doktorandskom študijnom programe v akreditovanom študijnom odbore verejné zdravotníctvo,
- v špecializačnom štúdiu lekárov, iných zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov v zdravotníctve v odbore verejné zdravotníctvo,
- v študijnom programe Master of Public Health (MPH)
- v kontinuálnom vzdelávaní v zdravotníctve v odboroch patriacich do verejného zdravotníctva,

- v študijných programoch vysokoškolského vzdelávania a ďalšieho vzdelávania iných fakúlt univerzity a na celouniverzitných programoch.

**pre Fakultu zdravotníckych špecializačných štúdií SZU
pre štúdijné odbory**

- manažment
- sociálne lekárstvo
- medicínska informatika

Cieľ predmetu:

(I. Vedomosti, II. Zručnosti)

- Poskytnúť poslucháčom vedomosti pre pochopenie sociológie, jej základných pojmov, prístupov, metód.
- Naučiť poslucháčov chápať sociologickú imagináciu, identifikáciu sociálnych problémov.
- Naučiť poslucháčov využívať vedomosti zo sociológie pri analýze sociálneho javu a získať zručnosti pri štúdiu a analýze sociálneho javu.

Stručný syllabus predmetu Základy sociológie

Študijný odbor: Verejné zdravotníctvo

(2) Úvod do sociológie (história, smery, špecifiká sociologického prístupu, charakteristiky špeciálnej sociologickej disciplíny zameranej na sociálny jav súvisiaci so zdravím a chorobou...).

(2) Vybraté sociologické pojmy (socializácia, sociálny status, sociálna rola, sociálna skupina, sociálna štruktúra, moc a autorita...).

(2) Vybraté pojmy súvisiace so zdravím (zdravie, spôsob života, kvalita života, väzby sociálnej štruktúry a zdravia...).

(4) Sociologické charakteristiky sociálnych javov týkajúcich sa zdravia a choroby (hodnotenie kvality života, sociologické charakteristiky zdravia a choroby, správanie sa v zdraví a chorobe, postoj ku zdraviu, sociálna rola pacienta, komunikácia pacienta a zdravotníckeho pracovníka, compliance...).

(2) Svojpomocné skupiny.

(2) Pracovníci v zdravotníctve a niektoré ich charakteristiky.

(6) Sociologický výskum (skúmanie sociálneho javu, typy výskumov, rozdelenie výskumných metód, hodnotenie metodologickej správnosti sociologického výskumu...).

(4) Analýza sociálneho javu.

Vedecko-výskumná činnosť

Katedry medicínskej sociológie SZU za posledných 5 rokov:

1. Očakávania poslucháčov štúdia Master of Public Health

Škola verejného zdravotníctva – v rokoch 1992- 2002

Zodpovedný riešiteľ: PhDr. Darina Brukkerová, MPH

Publikácie z výsledkov výskumu:

1. BRUKKEROVÁ D., HEGYI L., TÓTH K., ONDREJ M., MATULNÍK J.: The Expectations of New Students of the School of Public Health in Bratislava. EUROREHAB, 11, 2001, č.2, s. 99-102

2. BRUKKEROVÁ, D. , MATULNÍK, J., BADALÍK, L., KUSÁ, A. : Očakávania poslucháčov I. ročníka MPH pri nástupe do štúdia. In: Lek. Obz. , 48, 1999, č. 2, s. 57-60.

3. BRUKKEROVÁ, D. , MATULNÍK, J., KUSÁ, A., BADALÍK, L., ŠAJTER, V.: Očakávania poslucháčov prvého ročníka štúdia Master of Public Health na počiatku štúdia. Lek. Obz., 48, 1999, č.2, s.57-59.

2. Názory poslucháčov MPH na štúdium Master of Public Health

Škola verejného zdravotníctva – v rokoch 1992-2002

Zodpovedný riešiteľ: PhDr. Darina Brukkerová, MPH

Publikácie z výsledkov výskumu:

1. TÓTH, K., BRUKKEROVÁ, D., BADALÍK, L., OZOROVSKÝ, V., VLADÁROVÁ, M.: Hodnotenie štúdia Master of Public Health poslucháčmi štúdia v rokoch 2000-2003. EUROREHAB, 14, 2004, č. 2, s. 97-98.

2. BRUKKEROVÁ, D., HEGYI, L., BADALÍK, L.: Hodnotenie štúdia Master of Public Health poslucháčmi štúdia v rokoch 1999-2002. In: Honzátková, Z., Badalík, L. Ondrejka, J.: Sekcia zdravotníckej štatistiky pri Spoločnosti sociálneho lekárstva SLS, Zborník č. 8. Bratislava, 2003, s. 191-200.

3. BADALÍK L., MATULNÍK J., ŠAJTER V., HEGYI, L., BRUKKEROVÁ, D., HOSTÝN V.: Evaluation of the Master of Public Health Study by the Participants. Medicínska etika & bioetika. Medical Ethics & Bioethics, 8, 2001, No.1-2, s. 16-17.

Vedecko-výskumná činnosť

Katedry medicínskej sociológie SZU za posledných 5 rokov:

3. Analýza tematického zamerania kolokvijných a záverečných prác štúdia Master of Public Health

Škola verejného zdravotníctva – v rokoch 1992-2002

Zodpovedný riešiteľ: PhDr. Darina Brukkerová, MPH

Publikácie z výsledkov výskumu:

BRUKKEROVÁ, D., HEGYI, L.: Témy kolokvijných a záverečných prác v Škole verejného zdravotníctva v Bratislave. Konferencia: Prevencia a zdravotná politika, Modra Harmónia, 29.-30.11. 2001

4. Zisťovanie údajov o spokojnosti lekárov s výkonom povolania

Slovenská lekárska komora 2001-2003

Zodpovedný riešiteľia: Doc. MUDr. Ján Gajdošík, PhD PhDr. Darina Brukkerová, MPH

Publikácie z výsledkov výskumu:

GAJDOŠÍK, J., BRUKKEROVÁ, D.: Projekt zisťovania údajov o spokojnosti lekárov s výkonom povolania. Medicínsky Monitor, 2003, č. 3, s. 21-22.

5. Compliance

Slovenská lekárska komora, Zentiva, SZU 2004-

- dodržiavanie liečebného režimu pacientov (dotazníky pre pacientov)

- názory lekárov na dodržiavanie liečebného režimu (dotazníky pre lekárov)

Zodpovedný riešiteľ: Doc. MUDr. Ján Gajdošík, PhD., PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

6. Názory lekárov na CME – kontinuálne medicínske vzdelávanie

Slovenská lekárska komora, Komisia CME, SZU 2005-

Zodpovedný riešiteľ: Doc. MUDr. Ján Gajdošík, PhD., PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

Publikačná činnosť

UČEBNICE :

BRUKKEROVÁ, D.: Sociológia zdravia a choroby.

Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o..

2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X

HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D. : Výchova k zdraviu a podpora zdravia

Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o.. 2004. ISBN 80-89171-20-6

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.

VÝUČBA PSYCHOLÓGIE ZDRAVIA NA TRNAVSKEJ UNIVERZITE

Doc. PhDr. Milada Harineková, CSc.

Rolf Schweizer definuje psychológiu zdravia ako špecifickú vedeckú disciplínu, ktorá sa zaoberá úlohou psychologických faktorov pri udržiavaní dobrého zdravotného stavu, pri prevencii choroby, pri prekonávaní negatívnych zdravotných stavov, pri poskytovaní psychologickej pomoci pacientom v priebehu liečby a pri vyrovnávaní sa s chronickými chorobami. Úlohou disciplíny nazvanej psychológia zdravia je podľa Křivohlavého budovať teóriu zdravého konania a správania človeka a získať solídne poznatky z oblasti psychológie na jednej strane o tom, čo naše zdravie posilňuje, a na druhej strane o tom, čo nášmu zdraviu škodí.

V našom ponímaní je psychológia zdravia čiastkovou špecializáciou klinickej psychológie. Svoje zámery a tendencie koncentruje na kvalitu interakcie ľudskej duše s fyzickými, emocionálnymi a sociálnymi aspektmi zdravia a zdravotných dysfunkcií, na psychologickej báze chápať, predvídať, zmiernovať intelektuálne, emocionálne a behaviorálne poruchy i nepohodu. Zdravie patrí na prvé miesta v hodnotovej stupnici človeka. Podmieňuje a determinuje jeho kvalitu života. Psychológia zdravia je zameraná na predchádzanie zdravotným ťažkostiam, teda na prevenciu, na udržiavanie dobrého zdravotného stavu, na posilňovanie, podporu, utužovanie zdravia a psychické salutoprotektívne faktory podporujúce zdravie.

Psychológia zdravia je etablovaným vedeckým odborom, v celom rade zahraničných krajín uznávaná ako samostatný špecializačný odbor psychológie. Reprezentujú ju odborníci na vysokých školách, katedrách počnúc až po realizáciu v inštitucionálnych službách rôzneho druhu. V tejto súvislosti oceňujeme publikácie českých autorov, osobitne Křivohlavého, Mareša, Vymětala, Míčka a iných. Na Slovensku sú známe niektoré štúdie a prednášky prof. Kondáša, ktorý žiaľ už nestihol rozvinúť vlastnú koncepciu psychológie zdravia. Jeho zásluhou sa na novo založenej Trnavskej univerzite do študijného programu začlenila psychológia zdravia v r. 1994.,

ktorej prednášky sám zabezpečoval. Postupne pribudli aj semináre a od r. 1996 sa realizovali súčasne dva samostatné predmety: psychológia zdravia a psychológia chorého človeka. V r. 1998 prof. Kondáš zmenil pôsobenie na TU a bolo potrebné spojiť obe disciplíny do psychológie zdravia a choroby. Už 8 rokov máme v piatom ročníku v ZS hodinovú prednášku a dvojhodinový seminár s touto problematikou uzavretou skúškou.

Sylabus tohto predmetu obsahuje niekoľko tematických okruhov: stres a jeho zvládanie, psychoneuroimunológia, kognitívno – emocionálne patogénne činitele, salutoprotektívne faktory, kvalita života a jeho zmysluplnosť, sociálna opora, biopsychosociálne faktory poškodzujúce zdravie (drogy, alkohol, cigarety, problém obezity), duševná hygiena a prevencia v oblasti špecifických cieľov psychológie zdravia s dôrazom na postoje, presvedčenie a životný štýl.

V psychológii choroby dominuje tematika: životný štýl a kardiovaskulárne ochorenie, pacient s onkologickým ochorením, zmeny v štruktúre osobnosti chronicky chorého pacienta na pozadí psychosomatických vzťahov, sprievodné psychologické symptómy neurologických ochorení, ale aj problém starnutia a smrti.

Takto koncipovaný okruh v tematickom pláne je zvládnuteľný s aktívnou účasťou študentov, v prezentácii seminárnych prác s použitím aktuálnych knižných či odborných časopiseckých prameňov.

Výhodou začlenenia tejto disciplíny do 5. roč. štúdia je skutočnosť, že študenti sú už dobre orientovaní v klinickej psychológii, psychodiagnostike i psychoterapii. Integrácia týchto poznatkov im umožní lepšie preniknúť aj do psychológie zdravia a choroby. Pokúšame sa napr. popísať psychologickú symptomatológiu niektorej zdravotnej dysfunkcie, zistenú zvolenou osobnostnou metódou a navrhnúť možné postupy pri zvládaní záťažovej situácie. Seminárne práce tohto druhu boli zamerané na diabetes, alergické ochorenie, bronchiálnu astmu, reumatické choroby a iné. Študenti spracujú, pokúšajú sa modifikovať aj niektoré programy psychológie zdravia podľa zahraničných modelov, ktoré popisne naznačuje Křivohlavý. Napr. aplikácia psychológie zdravia v pracovnom prostredí, vo verejnom zdravotníctve, v zdravotníckych zariadeniach i v oblasti práva a politiky.

V priebehu uplynulých rokov bolo úspešne obhájených niekoľko diplomových prác z oblasti psychológie zdravia. Napr. Nádej, zvládanie záťaže, sociálna opora a kvalita života onkologických pacientov; Psychologické ischemické faktory ischemickej choroby srdca; Zvládanie

stresu u adolescentov; Kvalita života u adolescentiek s narušeným postojom k vlastnému telu; Niektoré psychologické aspekty rodiny s cystickou fibrózou; Vplyv niektorých chronických ochorení na oblasť emotivity, sociálnej adaptácie u detí; Kvalita života diabetikov.

Prízvukujem primárnu prevenciu, ktorá zahŕňa široký okruh spoločenských aktivít, zameraných na tvorbu optimálnych podmienok, na uchovanie zdravia a predchádzanie poruchám, chorobám, úrazom. Kondáš ponúka tzv. rekonštrukčnú preventívnu stratégiu so sústredením sa na:

- a) Optimalizáciu prirodzeného rozvoja psychických funkcií a schopností s dôrazom na podporovanie práve prirodzene nastupujúcich funkcií.
- b) Podporu rozvoja potencionálnej ľudskej tvorivosti a aktualizácie žiaducich interakčných a prosociálnych spôsobilostí a to aj pomocou tréningových preventívnych programov.
- c) Podporu kultivácie emotivity, vrátane úcty, spravodlivosti a zodpovednosti a to aj prostredníctvom rozvoja racionálnych postojov a presvedčení v rámci rozvoja mravného charakteru.

Takto chápaná psychológia zdravia je v súlade s cieľom Národného programu podpory zdravia, na účasti všetkých, priebežne zabezpečovať ochranu a posilňovanie, ako aj trvalé zlepšovanie zdravia obyvateľov SR v období rokov 2000 – 2010. Morálnym a etickým základom na dosiahnutie toho cieľa je:

1. Vnímanie zdravia ako základného ľudského práva a predpokladu kvality života.
2. Rovnosť podmienok na ochranu, posilňovanie a zlepšovanie zdravia pre všetky skupiny obyvateľstva.
3. Zodpovednosť za vlastné zdravie, za zdravie svojich najbližších i za zdravie celej spoločnosti.

PSYCHOLÓGIA ZDRAVIA A PRÍBUZNÉ DISCIPLÍNY v kontexte výuky budúcich psychológov/ičiek na Prešovskej Univerzite

PhDr. Beáta Ráczová, PhD.

Inštitút psychológie FF PU v Prešove

e-mail: raczova@zoznam.sk

Cieľom tohto príspevku je priblížiť aktuálnu situáciu vo výučbe psychológie zdravia na Prešovskej Univerzite v Prešove abližšie sa venovať jednému z najaktuálnejších predmetov zaradených do študijného programu budúcich psychológov/ičiek. Nedá mi však nepripomenúť v krátkosti i nedávnu minulosť, ktorá myslím si, tvorí vzťahový rámec pre posúdenie aktuálneho stavu v danej problematike.

Po zriadení Prešovskej Univerzity v roku 1997 so sídlom v Prešove sa Katedra psychológie (ktorá bola pôvodne súčasťou FF UPJŠ v Košiciach) stala súčasťou FF Prešovskej univerzity. V školskom roku 1999/2000 sa katedra presťahovala do priestorov v sídle fakulty a univerzity v Prešove.

V roku 2005 sa v rámci zmien v organizačnej štruktúre Filozofickej fakulty PU dočkala zmien aj katedra psychológie. Transformovala sa na Inštitút psychológie s členením na tri katedry:

Katedra základných psychologických vied a psychologickéj metodológie,
Katedra školskej psychológie, poradenskej psychológie a psychológie práce
a

Katedra klinickej psychológie a psychológie zdravia.

Práve pod záštitou tretej spomínanej katedry sa realizuje výučba predmetov, ktoré tvoria komplex disciplín orientujúcich sa práve na psychológiu zdravia. Ide konkrétne o tieto predmety:

1. Povinne voliteľný predmet s názvom „Od psychosomatiky k preventívnej psychológii“, zaradený do 7. semestra, v rozsahu 2 hodiny prednášok a 1 seminárna hodina. Cieľom predmetu je štúdium multifaktorového, systémového, biopsychosociálneho prístupu k etiopatogenéze rizikových faktorov ochorení jednotlivých orgánových systémov človeka. Obsahom je i história hľadania vzťahov medzi somatickými chorobami a psychikou človeka. Cez definíciu sociálnej behaviorálnej epidemiológie sa študenti/-tky dostanú až k psychosociálnym rizikovým faktorom somatických ochorení.

2. Taktiež povinne voliteľný predmet s názvom „Sociálna psychológia zdravia a prevencia závislostí“, v 8. semestri, v rozsahu 2 hodiny prednášok a 1 hodina seminár. Náplňou je história vzniku psychológie zdravia, definovania kľúčových pojmov, predmet skúmania a pozícia v rámci klinickopsychologických disciplín – s ohľadom na podobnosť a odlišnosť. Predmet poskytuje pohľad na biopsychosociálne faktory udržiavajúce, posilujúce a podporujúce zdravie, a naopak faktory zdravie poškodzujúce a vhlád do oblasti prevencie rizikových foriem správania.

3. Voliteľný predmet „Psychologické aspekty kvality života pacientov“, v rozsahu 1 hodina prednáška a 2 hodiny seminár v 7. až 10. semestri. Cieľom je kvalitatívne prehĺbenie poznania v oblasti psychológie zdravia, najmä aspektov dotýkajúcich sa kvality života a jej merania. Obsahom je historický pohľad na riešenie problematiky kvality života a modely mapujúce dimenziu kvality ľudského života a odhalenie vzájomných vzťahov kvality života, psychológie zdravia a psychológie choroby.

Garantom spomínaných disciplín je Doc.PhDr. Skorodenský, Csc.

4. V školskom roku 2005/2006 bol zaradený do študijného programu budúcich psychológov vo 4. semestri nový predmet, ktorý dopĺňa paletu disciplín týkajúcich sa psychológie zdravia. Ide o povinne voliteľný predmet s názvom „Psychológia zdravého správania“ v rozsahu 2 hodiny prednášok a 1 hodina seminár.

I keď je základná koncepcia predmetu už stanovená, vnútorný obsah tejto disciplíny sa ešte len vytvára a bude neustále overovaný a dopĺňaný, okrem iného, aj plánovaným výskumom v tejto oblasti. V nasledujúcich riadkoch sa pokúsime objasniť jeho ciele, teoretické východiská (resp. pojmový aparát), keďže je prvým predmetom tohto druhu s ktorým sa študenti/-tky stretnú.

Psychológia zdravého správania

Problematika zdravia a choroby nie je nová. Avšak narozdiel od iných psychologických disciplín (napr. klinickej psychológie, psychosomatiky, behaviorálnej medicíny a podobne), ktoré sa zameriavajú prevažne na analýzu negatívnych javov, sa ťažisko pozornosti psychológie zdravia presunulo k zisťovaniu príčin zdravia a osobnej pohody a upozorňuje tak skôr na pozitívnu stránku zdravia.

Názov „Psychológia zdravého správania“ nie je samoučelný. Je voľným prekladom anglického „Psychology of Health-Related Behavior“, resp. ne-

meckého Psychologie des Gesundheitsverhaltens.

Pojem zdravé správanie – v najširšom zmysle poukazuje na individuálne, ale aj skupinové konanie a činnosť organizácií ako aj na determinanty, korelácie a konzekventy tejto činnosti – ktoré zahŕňajú sociálne zmeny, vývoj a implementáciu istých princípov, zlepšovanie kopingových spôsobilostí a zvyšovanie kvality života. Je to podobné pracovnej definícii zdravého správania, ktorú navrhol David Gochman (1982) – tá nezahŕňa iba pozorovateľné, zjavné konanie, ale aj mentálnu činnosť a emocionálne stavy, ktoré sú popisateľné a merateľné. Gochman (1997) definuje zdravé správanie ako „tie osobnostné atribúty ako sú presvedčenia, motívy, hodnoty, percepcie a iné kognitívne elementy, personálne charakteristiky, vrátane afektívnych a emocionálnych stavov a rysov, a zjavné vzory správania, činnosť a zvyky, ktoré majú vzťah k udržiavaniu zdravia, jeho posilneniu a zlepšeniu. Je zaujímavé, že táto definícia zdôrazňuje individuálne aktivity a zdravie. Naproti tomu, z pohľadu verejného zdravia je záujem o jedinca ako o súčasť väčšej komunity. Tieto uhly pohľadu sú vzájomne prepojené, keďže konanie jednotlivcov určuje mnohé sociálne podmienky, ktoré spätne ovplyvňujú zdravie všetkých ľudí. Gochmanova definícia korešponduje s klasickou definíciou autorov Kasla a Cobba (1966, podľa Taylor, 1986). Autori uvažujú o tzv. „preventívnom zdravom správaní“ u ľudí, ktorí veria v účinok prevencie alebo detekcie ochorení. To môže zahŕňať sebaoprotektívne správanie, ktoré je zamýšľané ako ochrana pred potenciálnym poškodením, práve tak ako používanie prilby pri bicyklovaní, používanie bezpečnostných pásov alebo používanie kondómov.

Význam „zdravého správania“ spočíva v tom, že je vnímané ako jeden z najdôležitejších faktorov zdravia človeka a jeho subjektívnej pohody. Jeho dôležitosť rastie spolu s rastúcou hodnotou duševného zdravia a vyspelejšou medicínou. Ochorenia, ktoré boli nevyliciteľné alebo fatálne sa v súčasnosti vyskytujú obmedzene vďaka včasnej prevencii, resp. úspešnej liečbe a práve tzv. „zdravé správanie“ sa stáva dôležitým komponentom zdravia populácie. Zlepšovanie a využívanie foriem zdravého je v ohnisku aktivít verejnosti týkajúcich sa zdravia. Behaviorálne faktory zohrávajú významnú úlohu v každej z dvanástich najčastejších príčin úmrtia, vrátane chronických ochorení ako sú srdcové choroby, rakovina, mozgová mŕtvica. Spomínané choroby sú hlavnými príčinami úmrtí v Spojených štátoch a iných rozvinutých krajinách (Sutton, 2005). Hoci je tu teraz omnoho viac (viac ako kedykoľvek predtým) informácií o tom, čo tvorí faktory zdravého

a rizikového správania, ale nie vždy tieto informácie vedú k zdravšiemu správaniu, ale môžu viesť aspoň k pozitívnym zmenám. Najlepší spôsob ako vytvoriť programy k dosiahnutiu pozitívnych zmien v zdravom správaní je pochopiť prečo sa ľudia správajú ako sa správajú a čo ich motivuje k zmene. *Teórie a modely zdravého správania* boli vyvíjané práve pre tento účel. Teória dáva do vzájomného vzťahu koncepcie, definície a návrhy, ktoré podávajú systematický pohľad na udalosti alebo situácie špecifikujúce vzťahy medzi premennými, aby v konečnom dôsledku tieto udalosti a situácie vysvetlili a predikovali. Teórie sú využiteľné v rôznych štádiách plánovania, implementácie a hodnotenia intervencií. Môžu byť napr. použité k inštruovaniu výskumu prečo niektorí dodržiavajú alebo nedodržiavajú zdravú výživu alebo rady lekára, pomáhajú identifikovať informácie potrebné k vypracovaniu efektívnej intervenčnej stratégie a ponúka vhľad do spôsobov vypracovania úspešných edukačných programov (Sarafino, 2002). Takto môžu teórie pomôcť vysvetliť správanie aj pomôcť pri navrhovaní spôsobov ako vyvinúť efektívnejšie spôsoby ovplyvnenia a zmeny správania. Všeobecne akceptované teórie zdravého správania sú testované vo výskumoch a tým sa stávajú užitočnými v pochopení alebo predikovaní zdravého správania.

Práve ambíciou už vyššie spomínanej disciplíny „Psychológie zdravého správania“ je poskytnúť orientáciu v množstve koncepcií a modelov zdravého správania a ponúknuť aj ich praktické implikácie. Teda informovať študentov o základných formách zdravého a rizikového správania a vytvoriť bazálne vedomostné predpoklady, ktoré by sa stali praktickým návodom na zdravý spôsob života a súčasne poznatkovou základňou pre aplikovanie týchto poznatkov v širokej sfére pôsobnosti. S ohľadom na tento súčasný trend je zaradenie psychológie zdravia a jej subdisciplín do odbornej prípravy budúcich psychológov/čiek, sociálnych pracovníkov/čiek či zdravotníkov/čok za nevyhnutnosť.

Literatúra:

- Sutton, S., Baum, A., Johnston, M. (2005): The Sage Handbook of Health Psychology. London, SAGE.
- Sarafino, E. (2002): Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. John Wiley and Sons, inc. New Jersey.
- Gochman, D. S., ed. (1997): Handbook of Health Behavior Research. New York: Plenum.
- Kaplan, R.M., ed. (1996): Zdravie a správanie človeka. SPN, Bratislava.
- Taylor, S., E. (1986): Health Psychology. New York, Random House.
- Gochman, D. S. (1982): "Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives on Future Research." Health Education Quarterly 9:167–174.

CENTRUM PRE VZDELÁVANIE A VÝSKUM SPOLOČENSKÝCH ASPEKTOV ZDRAVIA

Mária Šléšková, Andrea Madarasová Gecková, Iveta Rajničová

Ústav humanitných vied, Prírodovedecká fakulta, UPJŠ, Moyzesova 16, 040 01 Košice
maria.sleskova@upjs.sk

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVT-20-028802.

KISH

Centrum pre vzdelávanie a výskum spoločenských aspektov zdravia existuje ako Akademické pracovisko Ústavu humanitných vied, Prírodovedeckej fakulty UPJŠ. Anglický názov tohto pracoviska je Kosice Institute for Society and Health (KISH). Jeho cieľom je zastrešiť aktivity ľudí pracujúcich vo výskume a vzdelávaní v oblasti zdravia. Jeho členmi sú odborníci pracujúci v rôznych oblastiach vedy. Ide najmä o psychológiu a medicínu, ale i pedagogiku, štatistiku, biológiu a matematiku.

História vzniku

Na počiatku vzniku KISH bola spolupráca medzi Univerzitou v Groningene, Holandsko a mnohými univerzitami v Strednej Európe (Záhreb, Krakov, Debrecín, Ljubljana, Košice). Táto spolupráca začala už v 80-tych rokoch dvadsiateho storočia a vyústila do vzniku tzv. Stredoeurópskej siete (Central European Network). V priebehu rokov sa ukázala byť najintenzívnejšou spolupráca medzi Univerzitou v Groningene a UPJŠ v Košiciach. Vďaka tejto spolupráci bol prijatý prvý doktorand, ktorý pracoval na Slovensku a zároveň študoval v Holandsku (bližšie informácie o tejto forme spolupráce sú uvedené nižšie). V r. 2002 bola obhájená prvá dizertačná práca. Vďaka tomuto kroku bolo možné prijať ďalších mladých vedeckých pracovníkov na pozície doktorandov. Výskumný tím sa postupne rozrástol a 5. februára 2004 formálne vznikol KISH ako Akademické pracovisko Ústavu humanitných vied.

V súčasnosti má KISH asi 40 členov. Z tohto počtu je 13 doktorandov, ďalší šiesti pracovníci by mali nastúpiť v priebehu roku 2006. KISH spolupracuje najmä s Prírodovedeckou fakultou UPJŠ, menovite s Ústavom hu-

manitných vied; Lekárskou fakultou UPJŠ a RUG (Rijksuniversiteit Groningen, Holandsko, bližšie informácie sú dostupné na stránke). Ďalej je to Fakultná Nemocnica s Poliklinikou na Triede SNP 1 v Košiciach, Výskumný Ústav Srdcových Chorôb, Slovenská Asociácia Verejného Zdravia, Ústav matematických vied Prírodovedeckej fakulty UPJŠ a Stredná Zdravotnícka Škola, Moyzesova ulica Košice. Informácie o niektorých členoch, aktivitách KISH a publikačnej činnosti je možné nájsť na webovej stránke.

Doktorandské štúdium

Jednou z najdôležitejších úloh KISH je umožniť mladým vedeckým pracovníkom zo Slovenska získať titul PhD z Univerzity v Groningene. Štúdium prebieha dennou alebo externou formou. V prípade dennej formy je študent zamestnaný ako vedecko-výskumný pracovník Ústavu humanitných vied, PF UPJŠ ale zároveň pracuje ako interný doktorand na Univerzite v Groningene. Štúdium prebieha podľa pravidiel Holandskej univerzity. Dĺžka štúdia je 4 roky. Úlohou doktoranda je napísať 5 až 6 článkov v anglickom jazyku a publikovať ich v karentovanom časopise. Na záver štúdia sa pripravené články spolu so všeobecným úvodom a záverom vydajú v podobe monografie. Obhajoba dizertačnej práce prebieha v Holandsku. Ako už bolo spomenuté, prvá dizertačná práca, ktorá vznikla na základe tejto spolupráce, bola obhájená v roku 2002. Druhá práca bola obhájená v roku 2005, ďalšie dve obhajoby sú plánované na koniec roka 2006.

V súčasnosti prebieha na Slovensku v rámci doktorandského štúdia 13 výskumných projektov v dvoch hlavných oblastiach: Zdravie detí a mládeže (5 projektov) a Kvalita života chronicky chorých (8 projektov).

Zdravie detí a mládeže

V tejto oblasti v súčasnosti prebiehajú nasledujúce projekty:

Nezamestnanosť ako faktor zdravia adolescentov. V rámci tohto projektu, ktorý je už v záverečnej fáze (plánovaná obhajoba dizertačnej práce v dec. 2006), je sledovaný vplyv nezamestnanosti na mnoho aspektov subjektívne vnímaného zdravia adolescentov. Nezamestnanosť vo vzťahu k adolescentom je vnímaná z dvoch pohľadov. Prvým je vplyv vlastnej nezamestnanosti absolventov stredných škôl a druhým je vplyv rodičovskej nezamestnanosti.

Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví a rizikovom správaní u adolescentov. Tento projekt je zameraný na skúmanie vplyvu rôznych sociálno-ekonomických ukazovateľov (napr. vzdelanie rodičov, zamestnanie rodičov,

finančný stres) na zdravie a rizikové správanie sa adolescentov. K dispozícii je niekoľko výskumných súborov, ako aj semi-longitudinálne údaje (zber dát v roku 1997 vo veku 15 rokov a v roku 2002 vo veku 19 rokov).

Duševné zdravie školákov. Pred niekoľkými rokmi bol na Slovensku a v Maďarsku realizovaný tréningový program pre učiteľov zameraný na podporu zdravia na školách. V súčasnosti prebieha analýza výsledkov tohto programu, porovnávané sú výsledky zo Slovenska a Maďarska. Zároveň boli zozbierané nové údaje týkajúce sa duševného zdravia žiakov základných škôl a jeho determinantov, ktoré budú analyzované v rámci tohto projektu.

Efektívnosť programov drogovej prevencie. Hlavným cieľom tohto projektu je sledovať efektívnosť programov prevencie drogových závislostí a AIDS. Vysokoškooláci z experimentálnej a kontrolnej skupiny sú porovnávaní vzhľadom na ich postoje k rizikovému správaniu, výskytu a frekvencii rizikového správania sa a vzhľadom na zmenu v charakteristikách ich rovesníckych skupín. Sledované budú takisto niektoré faktory, ktoré by mohli efektívnosť programov ovplyvňovať (napr. demografické charakteristiky, sociálne a osobnostné charakteristiky).

Psycho-sociálna analýza rizikového správania sa (rizikové sexuálne správanie alkohol, fajčenie, drogy.) vysokoškolákov. Centrálnym zameraním tohto projektu je najmä rizikové sexuálne správanie, ale aj iné formy rizikového správania sa, napr. užívanie alkoholu, drog, fajčenie. Cieľom je sledovať výskyt a zmeny rizikového správania sa u vysokoškolákov vzhľadom na vybrané demografické, sociálne, osobnostné a zdravotné charakteristiky respondentov. Využitie budú prierezové i semi-longitudinálne data.

Kvalita života chronicky chorých

V rámci tejto sekcie je riešených 8 projektov, ktoré sa zameriavajú na štúdium determinantov kvality života pacientov trpiacich rôznymi chronickými ochoreniami.

Transplantácia obličiek (1 projekt). Projekt zameraný na možnosti a problémy pacientov po transplantácii obličiek a ich reintegráciu do spoločnosti prebieha už niekoľko rokov a obhajoba dizertačnej práce je plánovaná na koniec roka 2006. Sledované sú faktory, ktoré zvyšujú alebo znižujú šancu sociálnej reintegrácie pacientov.

Skleróza multiplex (2 projekty). Tento projekt je rozdelený na dve časti. Jeden študent (psychológ) sa zaoberá psychosociálnymi a jeden študent

(lekár) biomedicínskymi faktormi, ktoré ovplyvňujú funkčný status a psychickú, fyzickú a sociálnu subjektívnu pohodu pacientov trpiacich Sklerózou multiplex. Projekt sleduje aj inštitucionálnu starostlivosť o pacientov trpiacich touto chorobou.

Parkinsonov syndróm (2 projekty). Podobne ako v predchádzajúcom projekte, i tu sa na jeho realizácii spolupodieľajú dvaja študenti – psychológ a lekár. Projekt sleduje psychosociálne a biomedicínske faktory ovplyvňujúce kvalitu života pacientov s Parkinsonovým syndrómom ako aj inštitucionálnu starostlivosť o nich.

Srdcové choroby (3 projekty). Týchto troch projektov sa zúčastňujú pacienti hospitalizovaní na Východoslovenskom Ústave Srdcových Chorôb (VUSCH). Ich cieľom je zistiť, či existujú rozdiely vo funkčnom statuse, psychologickom, psychickej a sociálnej subjektívnej pohode a uzdravovacom procese pacientov s kardiovaskulárnymi chorobami vzhľadom na ich sociálnu triedu a etnicitu. Vzhľadom na vysoký výskyt rómskej populácie a ľudí s nízkym vzdelaním v tomto zariadení, je možné sledovať rozdiely v spomínaných premenných medzi rómskou a nerómskou populáciou ako aj medzi ľuďmi s nízkym a vysokým vzdelaním.

Výskumné projekty

Aktivity KISH sú financované z mnohých zdrojov. Okrem zdrojov Univerzity v Groningene sú to najmä rozsiahle domáce a zahraničné projekty. Z domácich projektov ide najmä o 3 projekty APVV (dr. A. Madarasová Gecková: Centrum pre vzdelávanie a výskum spoločenských aspektov zdravia; doc. O. Orosová: Individuálne, interpersonálne, sociálne a spoločenské faktory rizikového správania v období dospievania a ranej dospelosti; dr. I. Rajničová: Kvalita života u pacientov s chronickou chorobou: viacúrovňový integratívny prístup), kde sú hlavnými riešiteľmi členovia KISH, 2 projekty VEGA, niekoľko fakultných projektov pre mladých vedeckých pracovníkov. Zo zahraničných projektov sú to európske projekty EUROTHINE, SPHERE, OPTI-WORK.

Vzdelávacie aktivity

V rámci KISH prebieha niekoľko Výcvikových programov prevencie drogových závislostí a AIDS. Programy sú zamerané ako na študentov vysokých škôl, tak i na študentov základných a stredných škôl. Tieto programy sú realizované najmä vďaka Nadácii FILIA Košice a doc. O.

Orosovej, ktorá ich zabezpečuje a vedie. Pri vytváraní a realizácii týchto projektov spolupracuje Nadácia Fília s medzinárodnou asociáciou UNIPREV (United Prevention), Prírodovedeckou Fakultou a Lekárskou Fakultou UPJŠ.

Výučba psychológie zdravia v súčasnosti

V rámci Ústavu humanitných vied prebieha aj výučba psychológie zdravia, ktorej sa zúčastňujú členovia KISH. V súčasnosti sa uskutočňuje na detašovanom pracovisku Prírodovedeckej Fakulty UPJŠ v Rožňave. V roku 2002 na tomto pracovisku vznikol nový študijný odbor Informačné technológie pre prácu so sociálne a zdravotne znevýhodnenými (ITPZP). Štúdium je 3 ročné a končí štátnou bakalárskou skúškou. V súčasnosti študuje tento odbor 120 študentov v troch ročníkoch. Cieľom tohto štúdia je pripraviť odborníkov ktorí budú:

- nápomocní pri integrácii zdravotne a sociálne znevýhodnených do vzdelávacieho procesu a bežného života,
- vedieť vhodne vybrať kompenzačné IT pre daného klienta,
- schopní vytvárať softvérové produkty,
- poznať legislatívu v sociálnej oblasti.

Súčasťou ich štúdia je i predmet s názvom Psychológia a psychológia zdravia. Keďže tento predmet je len jedno semestrálny a je potrebné oboznámiť študentov i so všeobecným úvodom do psychológie, psychológii zdravia sa venuje len niekoľko prednášok zameraných na: zdravie a kvalitu života, sociálnu oporu, stres, coping, socio-ekonomické nerovnosti v zdraví.

Výučba psychológie zdravia v budúcnosti

Od septembra tohto roku sa v rámci UPJŠ otvára nový študijný odbor Medziodborové štúdium psychológie s prírodovednými predmetmi: v súčasnosti je akreditované štúdium biológie, matematiky a geografie. Informatika, fyzika a chémia sú v štádiu akreditácie. Súčasťou študijného plánu je i predmet Psychológia zdravia, ktorý sa bude vyučovať v magisterskej časti štúdia. V rámci tohto predmetu sa budú vyučovať: determinanty zdravia, kvalita života, psycho-sociálne aspekty choroby, zdravotné postihnutie, stres, coping, sociálna opora, syndróm vyhorenia, rizikové správanie, škola ako faktor zdravia, práca a jej vplyv na zdravie, psycho-sociálne aspekty nezamestnanosti, sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví, programy podpory zdravia.

SEXUÁLNE ZDRAVIE AKO ILUSTÁCIA KRITICKÉHO PSYCHOLOGICKÉHO PRÍSTUPU K ZDRAVIU

Gabriel Bianchi

Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV

(editovaný prepis referátu na 1. Celoslovenskej konferencii psychológie zdravia, jar 2006)

Čo chcem týmto referátom povedať?

1. že výskum sexuálneho zdravia nie je iba výskumom sexuality, ale aj výskumom zdravia ako takého a že sexualita nie je iba „vedecká“ téma, ale aj téma politická, a preto aj psychológia zdravia nemôže byť nepolitická;
2. že výskum (sexuálneho) zdravia nevystačí s mainstreamovým psychologickým prístupom.

Ad 1:

Sexualita je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie centrálnym aspektom ľudského bytia počas celého života jednotlivca a zahŕňa pohlavie, rodovú identitu a rodové roly, sexuálnu orientáciu, erotiku, pôžitok, intimitnosť a reprodukciu. Sexualita je prežívaná a vyjadruje sa v myšlienkach, predstavách, túžbach, názoroch, postojoch, hodnotách, správaní, sexuálnych praktikách, rolách a vzťahoch. Aj keď sexualita môže zahŕňať všetky tieto dimenzie, nie každý jednotlivec ich prežíva a vyjadruje v úplnosti. Sexualitu ovplyvňuje interakcia biologických, psychologických, sociálnych, ekonomických, politických, kultúrnych, etických, právnych, historických a náboženských či spirituálnych faktorov.

Cestou k definovaniu sexuálneho zdravia však musela sexualita prejsť komplikovanou cestou. Prvá vystopovateľná definícia sexuálneho zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1974 konštatovala:

Sexuálne zdravie predstavuje taký súhrn telesných, rozumových a spoločenských stránok človeka ako sexuálnej bytosti, ktorý obohacuje osobnosť, zlepšuje jej vzťahy k ľuďom a rozvíja schopnosť lásky. (Podľa Lencz, Ivanová, 1995)

Potom však akoby nastal krok späť, keď Medzinárodná konferencia o populácii a rozvoji (Káhira, September 1994) prijala nasledujúcu definíciu

reprodukčného zdravia (publikované v booklete Medzinárodnej federácie pre plánované rodičovstvo: Vision 2000: Sexual and Reproductive Health – Family planning puts promises into practice, 1995):

Reprodukčné zdravie je stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, a to vo všetkých aspektoch, vzťahujúcich sa k reprodukčnému systému, k jeho funkciám a procesom.

Definícia reprodukčného zdravia preto predpokladá, že ľudia majú byť schopní mať uspokojujúci a bezpečný sexuálny život a majú byť schopní reprodukovať sa, ako aj mať slobodu rozhodnúť sa či, kedy a ako tak chcú činiť.

Táto posledná podmienka implicitne zahŕňa aj právo mužov a žien byť informovaní o mať prístup k bezpečným, účinným, cenovo prístupným a prijateľným metódam plánovania rodičovstva podľa ich výberu a mať prístup k iným metódam na reguláciu plodnosti podľa svojho výberu, ktoré nie sú v rozpore so zákonom, ako aj právo na prístup k zdravotníckym službám v oblasti pôrodnictva a poskytovanie optimálnej starostlivosti partnerom potrebnej pre to, aby sa im narodilo zdravé dieťa.

V zmysle vyššie uvedenej definície reprodukčného zdravia je zdravotnícka starostlivosť o reprodukčné zdravie definovaná ako súhrn metód, techník a služieb prispievajúcich k reprodukčnému zdraviu a pohode prostredníctvom prevencie a riešenia problémov v oblasti reprodukčného zdravia.

Potiaľto vyzerá všetko v poriadku, ale keď si dočítame záver definície

*Reprodukčné zdravie zahŕňa aj **sexuálne zdravie, ktorého cieľom je obohatenie života a osobných vzťahov a nie iba poradenstvo a starostlivosť v oblasti reprodukcie a pohlavne prenosných chorôb.***

nemôžeme neužasnuť nad implicitným podradením sexuality reprodukcii. Pokiaľ by malo byť sexuálne zdravie súčasťou reprodukčného zdravia – a nie naopak, znamenalo by to, že by sa poprela (ľudská) sexualita vo svojej ontologickej podstate a axiologicky by sa zredukovala na inštrumentálnu úroveň – výlučne ako nástroja reprodukcie. Toto nešťastné definítorické uchopenie bolo oficiálne prekonané až v roku 2002, keď Svetová zdravotnícka organizácia zverejnila svoju novú definíciu sexuálneho zdravia, z ktorej je zreteľný zásadný ontologický postoj, v ktorom reprodukcia je súčasťou širšej entity, ktorou je ľudská sexualita. A tak aj sexuálne zdravie je širším konceptom než reprodukčné zdravie – ktoré je jednou zo súčastí sexuálneho zdravia:

Sexuálne zdravie je stav fyzickej, emočnej, psychickej a sociálnej pohody vzťahujúcej sa k sexualite; neznamená iba absenciu choroby, dysfunkcie alebo poru-

chy. Sexuálne zdravie vyžaduje, aby sa k sexualite a sexuálnym vzťahom pristupovalo pozitívne a s úctou a aby mal človek možnosť viesť uspokojujúci a bezpečný sexuálny život bez nátlaku, diskriminácie a násilia. Dosiahnutie a udržiavanie sexuálneho zdravia vyžaduje rešpektovanie, ochraňovanie a napĺňanie sexuálnych práv všetkých ľudí. (WHO, október 2002)

Centrálnou platformou Medzinárodnej federácie pre plánované rodičovstvo (IPPF), ktorá sa opiera o definíciu sexuálneho zdravia OSN v zmysle „integrácie somatických, emočných, intelektuálnych a sociálnych aspektov sexuality spôsobmi, ktoré pozitívne obohacujú osobnosť, komunikáciu a lásku ... Vyžaduje to pozitívny prístup k ľudskej sexualite a účelom starostlivosti o sexuálne zdravie by malo byť obohatenie života a osobných vzťahov a nie iba poradenstvo a starostlivosť v oblasti reprodukcie a pohlavne prenosných infekcií.“, sú ľudské práva, presnejšie **sexuálne a reprodukčné práva človeka, ktoré zahŕňajú:**

Ľudské práva, ktoré akceptujú národná legislatíva, medzinárodné dokumenty o ľudských právach a ďalšie konsenzové dokumenty. Podľa nich majú všetci ľudia právo na:

- najvyšší možný štandard zdravia vzťahujúceho sa k sexualite, včítane prístupu k zdravotníckym službám v oblasti reprodukčného zdravia
- vyhľadávanie, obdržanie a odovzdávanie informácií vo vzťahu k sexualite
- sexuálnu výchovu
- rešpektovanie svojej telesnej integrity
- výber partnera/partnerky
- rozhodnutie sa, či budú sexuálne aktívni alebo nie
- sexuálne vzťahy založené na spoločnom rozhodnutí partnerov
- manželstvo na základe vôle snúbencov
- rozhodnutie sa, či a kedy mať deti a
- uskutočňovanie uspokojujúceho, bezpečného a príjemného sexuálneho života.

Pre ilustráciu toho, čoho všetkého sa môže sexuálne zdravie týkať, je užitočné rozlišovať medzi jeho „prvoplánovými“ a „druhoplánovými“ aspektmi. **Prvoplánové sexuálne zdravie** tvoria tie oblasti, ktoré sú predmetom populárneho diskurzu o sexualite a sexuálnom zdraví:

- reprodukcia a asistovaná reprodukcia
- infekcia HIV
- pohlavne prenosné infekcie
- neželané tehotenstvo

- ▮ *sexuologické aspekty sexuality*
- ▮ *sexuálne násilie*

Druhoplánové sexuálne zdravie na druhej strane tvoria tie aspekty sexuality, o ktorých sa zväčša mlčí, ktoré sú komplexné, ťažko prístupné a neraz vyvolávajúce kontroverzné diskusie. Takými sú:

- ▮ *sexuálna spokojnosť*
- ▮ *citová bilancia*
- ▮ *well-being*
- ▮ *sexuálna výchova*
- ▮ *rozvoj osobnosti*
- ▮ *intimita*
- ▮ *sexuálna identita*
- ▮ *partnerská realizácia*
- ▮ *sociálna realizácia*
- ▮ *etické rozmery sexuality (nevera, komerčný sex, pornografia)*
- ▮ *politické dimenzie sexuality.*

Ad 2:

Mainstreamová psychológia so svojím pozitivistickým epistemologickým arzenálom vyvinula početné teórie a modely, aplikácia ktorých bola využívaná vo výskume zdravia a zdraviu relevantného správania. Je nesporné, že teórie a konceptualizácie stavajúce na sociálnom učení a behaviorizme (naučená bezmocnosť, Seligman (1975), atribučná teória, Heider (1944, 1958), locus of control, Rotter (1966)) vniesli svoje svetlo do tejto problematiky. Herzlichová (1973) napr. zistila, že ľudia prevažne atribuuujú zdravie ako niečo vnútorné a chorobu ako prichádzajúcu zvonka. Brickman a spol. (1982) zase odlišujú atribúciu príčiny (vnútorná: *stal som sa alkoholikom, lebo mám slabú vôľu*) a atribúciu riešenia (vonkajšia: *dostanú ma z toho lekári, lebo oni vedia ako na to*). Zdá sa však, že problémov a frustrácií pri aplikácii týchto konceptov v oblasti zdravia je viac ako dosť a že siahajú až k samotnej podstate kľúčových pojmov. Ako napr. v otázkach: Je atribúcia stav alebo črta? Možno byť súčasne internalistom aj externalistom? Ak sa niekto vyberie k lekárovi, je to internálne (*chcem mať kontrolu nad svojím zdravím*) alebo externálne (*lekár je autorita a on vie pomôcť*)?

Rovnako kognitívne modely s najznámejších reprezentantom – modelom presvedčení o zdraví (Health Belief Model, Rosenstock, 1966, Becker a spol., 70.-80. roky) zaznamenali relatívnu úspešnosť, napr. v predikcii a

ovplyvňovaní správania sa pri diétnych problémoch, bezpečnejšom sexe, rozhodnutí sa pre očkovanie, pravidelných návštevách zubného lekára, pravidelnom cvičení, účasti na skríningu hypertenzie či rakoviny krčka maternice, genetickom skríningu, pri znižovaní konzumu alkoholu a zastavení fajčenia. Problematickosť fungovania modelu presvedčenia o zdraví spočíva najmä v prílišnom zdôraznení racionálneho spracovávaní informácií a zdôrazňovaní jednotlivca bez kontextu sociálneho prostredia, v zložitosti vzájomných vzťahov medzi jednotlivými presvedčeniami, či statickosti a ignorovaní regulačného pôsobenia symptómov (ochorenia).

Napokon aj sociálno-kognitívny model teórie zdôvodneného správania (Theory of Reasoned Action, Fishbein, Ajzen, 1967-1988) preukázal efektívnosť v predikcii a ovplyvňovaní napr. preventívneho sebakontrolovania testes alebo pri redukcii váhy.

Tieto mainstreamové psychologické prístupy sa dostávajú do skutočne kritickej polohy vtedy, keď sú vystavené súčasným kultúrnym a politickým výzvam. Takýmito výzvami sú napr. jednotlivé podoby feminizmu a rodová problematika, liberalizácia sexuality, identifikácia problematiky moci vo vzťahu k sexualite, kríza univerzálnej morálky, či konceptualizácia kvality života. Najvýznamnejšími výzvami sú však kritické hlasy vo vnútri psychologickej epistemológie, ktoré prináša napríklad diskurzívna paradigma (Petter a Wetherellová, 1987, B. Curt, 1994), či naratívny prístup v psychológii zdravia (M. Murray, 1997). Nuž a v neposlednom rade sú výzvou pre mainstreamovú psychológiu konkrétne výskumné metódy, medzi ktorými sa ťažisko presúva najmä na kvalitatívne nástroje alebo Q metodológiu.

Na tomto mieste sa, prirodzene, čitateľ pýta, akými príkladmi je možné ilustrovať opodstatnenosť a súčasne aj užitočnosť takýchto „alternatívnych“ prístupov v psychológii zdravia. Namiesto teoretického argumentovania uvediem tri najčerstvejšie príklady výskumu vychádzajúceho z kritickej paradigmy v psychológii, ktorý bol orientovaný na problematiku zdravia, resp. sexuálneho zdravia.

Prvá ilustrácia:

Vo výskume aktuálnych vzorcov mužsko-ženských vzťahov, ktorých vplyv na rizikovosť sexuálneho správania bol preukázaný v iných výskumoch, sme použitím Q metodologického prístupu identifikovali na Slovensku 6 významových konštrukcií mužskosti/ženskosti (Bianchi a spol., 2002):

1. gender-stereotypná – podriaďovanie sa tradičným rozdielom medzi mužmi a ženami

2. pseudo-rovnostárska – deklarácia rovnosti príležitostí pre mužov a ženy, avšak ospravedlňovanie skutočnej nerovnosti nezáujmom žien

3. sociálne-determinujúca – odmietanie biologickej predurčenosti rozdielov v správaní a prežívaní medzi mužmi a ženami, ale rešpektovanie odlišnosti navodzovanej sociálnymi očakávaniami

4. výzvoľová smerom k ženám – najmä čo sa týka ich väčšej sexuálnej emancipácie a aktivity

5. akceptácia medzipohlavných rozdielov daných biologicky aj sociálne, včítane vyššej sexuálnej apetencie mužov, ale napriek tomu aspirácia na rovnoprávnosť

6. ignorácia medzipohlavných rozdielov – pri uznaní rozhodujúcej roly žien v sexualite a reprodukcii s aspiráciou na celkovú rovnoprávnosť poľhľv.

Tieto významové konštrukcie predstavujú nosné východisko napr. pre zdravotno-podporné programy, sexuálnu výchovu, ale aj cielené monitorovanie rizikových kontextov pre sexuálne zdravie.

Druhá ilustrácia:

Vo výskume diskurzov pokúšania a zvädzania (Bianchi a spol., 2005, Popper a spol., 2005) sme identifikovali špecifické diskurzy o vulnerabilite:

- biologický diskurz, zdôvodňuje podľahnutie pôsobením hormónov,
- situačný diskurz, zdôvodňujúci podľahnutie dostupnosťou objektu pokúšania, novým prostredím, alkoholom, tlakom referenčnej skupiny,
- diskurz o hodnotách – ľudia si skôr doprajú pokúšenie, ktoré z hľadiska ich hodnotového rebríčka nie je natoľko dôležité,
- diskurz o manipulácii – otvorení a spontánni ľudia sú náchylnejší podľahnúť pokúšeniu, pretože sú ovplyvniteľní a ľahko manipulovateľní a
- tzv. terapeutický diskurz opierajúci sa o skúsenosť, že ľudia v osobnej kríze sú náchylnejší potvrdzovať si vlastnú hodnotu dopriatím si inak zakázaného pôžitku, napríklad podľahnutím sexuálnemu zvädzaniu, ako aj diskurzy o dôsledkoch podľahnutia:
- diskurz o šikmej ploche – ak človek raz podľahne, podľahne znova a ak podľahne jednému pokúšeniu, (napr. alkoholu), podľahne aj iným

pokúšeniam (napr. sexu),

- diskurz o poučení – podľahnutie pokúšeniu má aj pozitívne účinky: poučenie sa, pochopenie rizika, a následné rozhodnutie vyhnúť sa podobnej situácii a
- diskurz o transformácii morálky – podľahnutie pokúšeniu (vyskúšanie niečoho zakázaného či nového) umožňuje dekonštrukciu prevzatej morálky, jej transformáciu v niečo vlastné a tým aj získanie nadhľadu.

Obdobne ako konštrukcie mužskosti/ženskosti, aj tieto diskurzy pokúšania a zvädzania sú efektívnym kľúčom pre uchopenie problematiky rizikového (nielen) sexuálneho správania a vytváranie efektívnych alternatívnych stratégií.

Tretia ilustrácia:

Posledná ilustrácia je zo zatiaľ nepublikovaného pilotného výskumu, v ktorom sme prostredníctvom Q-metodologickej štúdie skúmali významové konštrukcie konceptu zdravia a získali sme štyri faktory/konštrukcie (Bianchi a spol., 2005):

1. faktor *Zdravie je dôležité, choroby nie sú nevyhnutné, keď sa rozvíja vedecky podložená medicína,*
2. faktor *Netradičné liečby a samoliečby môžu nahradiť pochybnú až škodlivú tradičnú medicínu,*
3. faktor *Lieči vôľa. Treba byť "na pozore" pred alternatívnymi liečebnými postupmi a*
4. faktor *O zdravie sa môže starať každý čistotou a hygienou. Zdraví sme, keď nemáme príznaky choroby.*

Tieto výsledky umožňujú komplexnú psychologicko-politickú medzikultúrnu komparáciu a tým dávajú naše psychologické poznanie problematiky zdravia do reálneho kultúrneho a politického kontextu. Výsledky sme porovnávali s výsledkami originálnej britskej štúdie, ktorá bola realizovaná v politicky obdobnom čase, keď sa Veľká Británia (1991) nachádzala uprostred tvrdo pravicovej reformy zdravotníctva – podobne ako tomu bolo v čase nášho výskumu na Slovensku. Najpozoruhodnejšie rozdiely sú tieto:

V britských faktoroch sme nenašli takú silnú skepsu voči tradičnej medicíne, voči jej odborným a vedeckým základom a taký príklon k alternatívnym metódam a samoliečbe ako tomu bolo v slovenských faktoroch.

Na druhej strane v britskej vzorke omnoho silnejšie zaznieva to, že zdravie je luxus, ktorí si nemôžu dovoliť všetci, že je to tiež otázka moci, ale tiež, že zdravie je základné ľudské právo, ktoré si zaslúži podporu a starostlivosť.

Dôležitú úlohu v starostlivosti o zdravie zohráva individualizovaná osobná zodpovednosť. V slovenskej vzorke sa vyskytla len laickejšia podoba starostlivosti o zdravie (faktor 4).

Výrazne politicky orientovaný faktor/konceptualizácia zdravia sa na Slovensku (prekvapivo) neobjavila.

Záverom by som rád vyslovil nádej, že psychológia (sexuálneho) zdravia bude (na Slovensku) schopná vyťažiť z tradičných psychologických prístupov všetko, čo v nich obstoí vo svetle ich kritického prehodnotenia a súčasne využije epistemologický a metodologický potenciál, ktorý jej ponúka postmoderná doba. Najmä však, že dokáže integrálne pracovať s jednými aj druhými formami poznania, keďže zodpovedný prístup k problematike ľudskej sexuality a zdravia sa nezaobíde bez jedného i druhého poznania a ich integrácie.

Literatúra u autora

MANAŽMENT PACIENTA S INFEKCIU HIV/AIDS

Staneková, D.

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

Prevencia HIV/AIDS je v SR, podobne ako aj v iných krajinách sveta, koordinovaná prostredníctvom Národnej komisie, ktorej činnosť sa riadi Národným programom boja s HIV/AIDS v SR na r. 2004-2007, Vestník MZSR, čiastka 30-33, 2003. Základné postupy prevencie, diagnostiky a terapie infekcie HIV/AIDS v SR sú zakotvené v Odbornom usmernení MZSR /OU MZSR/ na zabezpečenie prevencie infekcie spôsobenej HIV v SR zo dňa 1.12.1999 /Vestník MZSR 2000, čiastka 6-9/. Na základe OU MZSR je testovanie anti-HIV protilátok z preventívnych dôvodov bezplatné a anonymné. Testovanie zabezpečujú Úrady verejného zdravotníctva SR, Oddelenia klinickej mikrobiológie nemocníc a NRC pre prevenciu HIV/AIDS /NRC/. Podľa Metodického usmernenia 8/2005 špecializovanými pracoviskami pre starostlivosť o HIV-pozitívne osoby – asymptomatických nosičov- sú infekčné kliniky, imunologické ambulance a odd. dermatovenerológie. Liečbu v štádiu rozvoja choroby AIDS a v štádiu rozvinutého AIDS majú na starosti infektológovia a imunológovia. Liečba pacientov je t.č. bezplatná a plne hrazená zdravotnými poisťovňami. V rámci preventívnych prehliadok sú pacienti predvolávaní každých 6 mesiacov na kontroly, kde sa v spolupráci s NRC pre prevenciu HIV/AIDS sleduje ich klinický stav ako aj množstvo vírusu v krvi /vírusová záťaž/ a imunitný stav pacienta, príp. rezistencia vírusu na používané antiretrovírusové preparáty. V závislosti od sledovaných parametrov sa následne nasadí alebo zmení terapia pacienta.

Slovensko patrí ku krajinám s relatívne nízkou prevalenciou infekcie HIV/AIDS. K 31.3.2006 bolo od začiatku epidémie evidovaných v SR 253 HIV-infikovaných pacientov, z toho 90 cudzincov. Zo 163 občanov Slovenska je 133 mužov a 30 žien, 40 pacientov ochorelo na AIDS a 26 zomrelo. Najčastejšou cestou prenosu zostáva v SR nechránený sexuálny styk medzi mužmi /62,2%/. Nechráneným heterosexuálnym stykom sa nakazilo 28,8% pacientov, a vnútrožilovým užívaním drog dvaja pacienti /1,2%/. Jeden pacient sa nakazil transfúziou infikovanej krvi v zahraničí /0,6%/. V 6,8% prípadov zostáva spô-

sob prenosu neobjasnený. V roku 2005 pribudlo na Slovensku 29 novodiagnostikovaných prípadov, čo predstavuje od začiatku epidémie najviac registrovaných prípadov ročne v SR. Napriek pomerne nízkym známym počtom evidovaných prípadov sa predpokladá, že v SR sa od začiatku epidémie infikovalo od 1000 do 15000 ľudí vírusom HIV.

Relatívna priaznivá epidemiologická situácia v šírení infekcie HIV/AIDS na Slovensku má paradoxne nepriaznivý vplyv na sociálnu situáciu pacientov a ich akceptáciu v spoločnosti. Väčšina ľudí na Slovensku má pocit, že infekcia HIV sa ich netýka a málokto osobne pozná HIV-infikovaného pacienta. Na Slovensku ešte stále pretrvávajú mýty o tom, že „infekcia HIV sa týka iba homosexuálov, prostitútok a promiskuitných ľudí“. Z tohto dôvodu sú HIV-pozitívni pacienti vnímaní spoločnosťou väčšinou ako promiskuitní, nemorálni, prostitujúci alebo „inak“ orientovaní ľudia. Málokto si uvedomuje, že v našej spoločnosti žijú napr. mladí ľudia, ktorí sa nakazili pri 1. sexuálnom styku s človekom, ktorému jednoducho z lásky uverili, alebo ľudia, ktorí sa v trvalom vzťahu nakazili od svojho neverného partnera. Nehovoriac o jednom príjemcovi krvi, ktorý sa nakazil pri transfúzii v zahraničí. Málokto si uvedomuje, že takúto neopodstatnenú kritiku na adresu pacientov môže vysloviť aj pred človekom, ktorý sa mu možno práve chcel zveriť so svojim problémom. a ktorého sa tieto slová osobne dotýkajú. Pacienti s HIV/AIDS žijú preto v našej spoločnosti zväčša osamotene, boja sa vyjsť zo anonymity, z dôveriť sa svojim problémom dokonca jeden pred druhým, čím sa ich pocit osamelosti a nepochopenia druhými iba stupňuje. Na Slovensku neexistuje, podobne ako v okolitých krajinách, ani svojpomocná skupina, v ktorej by sa pacienti mohli otvoriť jeden pred druhým, podporiť sa a pomôcť si.

Snáď najťažšou chvíľou v živote pacienta, ale tiež v práci zdravotného pracovníka, je oboznámenie pacienta s diagnózou. Väčšina pacientov má pocit, že poznaním diagnózy sa im rúca ich svet a viera v budúcnosť. U väčšiny pacientov sa pojem HIV-pozitivity spája s pojmom smrti, čo už v súčasnosti vďaka účinnej antiretrovírusovej terapii, zďaleka nie je pravda. Práve priaznivý účinok liekov na zdravotný stav pacienta je potrebné zdôrazňovať pri prvých rozhovoroch s pacientami. Vzhľadom k tomu, že infekcia HIV sa už v súčasnosti dá liečiť /nie však vyliečiť!/, málokedy sa stáva, že by pacient po poznaní diagnózy odmietol ďalšiu spoluprácu s lekárom-infektológom. Napriek tomu, však pretrvávajú 1-2 roky u pacientov depresie po poznaní diagnózy. Mnohí sa obávajú straty zamestnania ale najmä partnerských vzťahov a priateľov. Práve odhalenie diagnózy pred svojim intímny priateľom spôsobuje pacientovi najväčšie

problémy, keďže môže oprávnené viesť k strate partnera a následnej samote a izolácii v rodine a v spoločnosti. Väčšina pacientov napriek všetkému túži po láske a verí, že si raz nájdu partnera a založia rodinu. Mnohí pacienti sa však nepriamo cítia byť odsudzovaní a diskriminovaní spoločnosťou a vidia iba malú šancu v tom, že by sa im tieto túžby naplnili. Pokiaľ sa aj pacientom ponúka možnosť nového vzťahu, prevláda u nich pocit strachu z možnej infekcie a následnej smrti svojho partnera ako aj detí. Pacienti sa stávajú tiež terčom možnej medializácie tým skôr, že tých odvážnych, ktorí sú ochotní vystúpiť z anonymity je stále málo a predstavujú „kuriozitu“ pre novinárov. K pocitu diskriminácie pacientov /napr. v zubných ambulanciách/, žiaľ neraz prispieva svojim nie vždy profesionálnym prístupom aj zdravotný personál, najmä v malých mestách či dedinách, kde sa s touto diagnózou stretávajú lekári a sestry po prvý raz. Situáciu pacientov zhoršuje aj ich nízke právne povedomie a strach ohájiť si svoje záujmy pred verejnosťou. Napriek všetkým týmto negatívnym dôsledkom infekcie HIV, možno u nejakého pacienta časom pozorovať pozitívne zmeny v živote, a to najmä duchovnej oblasti, ako sú zmena rebríčka hodnôt, pochopenie a poznanie skutočného šťastia, priateľstva a lásky.

Na záver je potrebné dotknúť sa niektorých aspektov práce profesionálov a tiež dobrovoľníkov zaoberajúcich sa prevenciou HIV/AIDS. Pre väčšinu ľudí predstavuje prvé rozhodnutie pracovať v tejto oblasti veľkú dilemu medzi profesionálnym záujmom a možným rizikom infekcie seba, príp. svojej rodiny. Je potrebné si však uvedomiť, že s pacientom infikovaným HIV sa možno stretnúť kdekoľvek v zdravotníckom zariadení bez toho, že by si to on, či zdravotný personál uvedomoval. Podľa OU MZSR, je potrebné sa ku každému pacientovi správať ako k potencionálne HIV-infikovanému, tj. napr. pri každom odbere krvi u neznámeho pacienta používať rukavice. Napriek tomu však obozretnosť sestier či lekárov nie je vždy dostatočná. Výška profesionálneho rizika pri práci je individuálna. Zdravotníci pracujúci v oblasti prevencie HIV/AIDS však, na rozdiel od ostatných, myslia na toto riziko denne a sú naň aj lepšie pripravení.

Možné zdravotné riziko je však iba jedna stránka profesionálneho rizika pri práci s HIV-infikovaným pacientom. Tou druhou je osobný kontakt, ktorý sice nie z hľadiska prenosu infekcie nebezpečný, ale vzhľadom na závažnosť ochoronia kladie zvýšenú psychickú záťaž nielen na pacienta ale aj zdravotný personál. Pacient s HIV/AIDS je chronicky dlhodobo infikovaný človek, vedomý si skutočnosti, že hoci sa jeho zdravotný stav dá dlhodobo udržať v bezpríznakovom štádiu, nedokáže sa úplne vyliečiť. Hrozba smrti drieme vo

vedomí väčšiny pacientov a mnohí sa potrebujú so svojimi pocitmi a obavami zdieľať, ak nie so svojimi známymi, tak s lekármi, či sestrami. Rozohnanie obáv pacienta, prijatie úlohy „spovebnej vrby“ ako aj riešenie bežných osobných problémov kladie záťaž aj na psychiku zdravotného personálu. Z dôvodu prevencie „vyhorenia“ je preto supervízia na týchto pracoviskách viac než potrebná.

Napriek všetkému, väčšina z tých, ktorí sa rozhodli venovať HIV-pozitívnym pacientom, svoju prácu neopustia. Práve potýkanie sa s bolesťou, rôznofarebnými ľudskými osudmi, ako aj pozitívnou zmenou rebríčka hodnôt, a v neposlednej miere stále bližší vzťah pacienta a jeho „spovedníka“, mení túto prácu na poslanie a robí ju takou zaujímavou a obohacujúcou...

RELIGIOZITA, SPIRITUALITA A ZDRAVIE. ČO HOVORIA METAANALÝZY?

Peter Halama

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity

Problematika vzťahu náboženskej viery a zdravia je predmetom diskusií už od vzniku psychológie, no úvahy na túto tému siahajú do skorých čias kultúrnej histórie ľudstva. Najmä v rámci náboženstiev sa zdôrazňovalo, že náboženská angažovanosť je istým spôsobom zdraviu prospešná. V náboženských spisoch môžeme nájsť rôzne výroky či ponaučenia, reflektujúce toto presvedčenie. Napr. v Biblii, konkrétne v Knihe prísloví napísanej podľa odhadov približne 4-5. storočí p.n.l. môžeme nájsť takýto výrok:

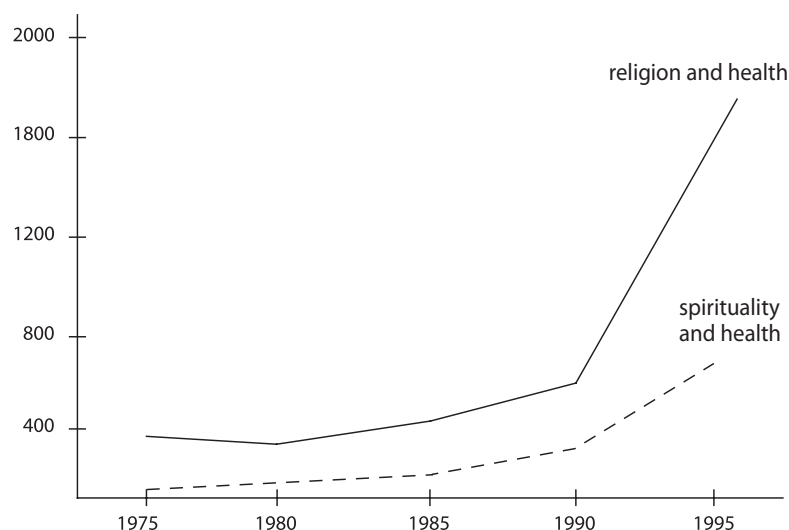
Boj sa Pána a vyhýbaj sa zlu! To bude zachovávať tvoje telo pri zdraví a tvoje kosti vzpružovať (Príslovia, 3, 7-8)

Takéto výroky samozrejme vychádzali zo snahy o podporu náboženskej zaangažovanosti a pre poznanie vedeckých mechanizmov vzťahu medzi religiozitou a zdravím nemajú veľký význam. Serióznejšie snahy o popísanie psychologických súvislostí vzťahu medzi religiozitou a zdravím možno nájsť na prelome 19. a 20. storočia, a spájajú sa s menom známeho amerického psychológa W. Jamesa, ktorý vo svojej knihe (1902/1930, *Varieties of religious experiences, Druhy náboženské zkušenosti*) považoval niektoré formy náboženstva za pozitívne pôsobiace na zdravie a to najmä prostredníctvom mechanizmov pozitívnych očakávaní. Svoje domnienky podporoval viacerými kazuistikami. Na druhej strane je známy postoj Sigmunda Freuda, ktorý mal skôr negatívny pohľad na náboženstvo, pričom zdôrazňoval najmä jeho súvislosť s psychopatológiou.

Rozvoj skúmania tejto problematiky nastúpil po druhej svetovej vojne, kedy sa začal rozvíjať empirický výskum v psychológii a medicíne vo všeobecnosti. Že sa táto problematika stala veľmi príťažlivou dokazuje viacero faktorov. Prvým a najvýznamnejším je vznik tematických časopisov na túto tému. Najvšeobecnejším je *Journal of Religion and Health*, ktorý bol založený v roku 1961 a vychádza až do súčasnosti vo vydavateľstve Springer. Okrem

neho existujú aj menšie špecifické časopisy, napr. *Journal of Religion, Disability and Health* sa venuje skôr problematike rehabilitácie a zotavovania sa po chorobe, ako aj telesným postihnutiam v súvislosti s religiozitou. Naopak, *Mental Health, Religion and Culture* sa zameriava skôr na problematiku náboženských a kultúrnych súvislostí mentálneho zdravia. Posledné dva menované časopisy sú novšieho dáta, obidva nemajú doteraz viac ako 10 ročníkov, čo tiež poukazuje na aktuálny záujem o túto problematiku.

Ďalším dôkazom tohto záujmu sú počty štúdií s kľúčovými slovami k danej téme. Štatistika článkov v databáze MEDLINE s kľúčovými slovami religion and health alebo spiritual/spirituality and health, ktorú urobil Mills (2002), poukazuje na rýchlo stúpajúcu pozornosť o túto problematiku. Uvedený autor naznačil tento trend aj na grafe, ktorý je prezentovaný na obrázku 1. Dá sa povedať, že počty publikácií sa dnes nepohybujú ani v desiatkach, ani v stovkách ale v tisíckach, pričom ide o štúdie berúce do úvahy veľmi rôznorodé aspekty religiozity, spirituality a zdravia, či už mentálneho alebo telesného, takže poskytujú množstvo výskumných údajov a výsledkov



Obr. 1 Počet publikácií v databáze Medline s kľúčovými slovami religion and health alebo spiritual/spirituality and health (Mills, 2002)

Vzhľadom na uvedenú problematiku je vhodné zastaviť sa pri termínoch religiozita a spiritualita. V rámci súčasných náboženských trendov zaznamenávame úpadok inštitucionálneho náboženstva a rozvoj osobného vzťahu k duchovnu. Tieto dve oblasti sa v psychológii zvyknú označovať ako religiozita a spiritualita. Religiozita sa chápe ako inštitucionalizovaná forma viery, zahrňujúca príklon k určitému systému presvedčení, ako aj praktizovanie náboženských činností, ako návšteva bohoslužieb, modlitba, apod. Spiritualita sa chápe skôr osobný vzťah s vyššou silou, najčastejšie s Bohom, subjektívne prežívané obsahy týkajúce sa duchovnej oblasti človeka, zahrňujúce hľadanie zmyslu života, osobné duchovné presvedčenia a hodnoty (Stríženec, 2001). Rozdiel medzi týmito premennými sa vo výskume najmarkantnejšie prejavuje pri operacionalizácii – výbere skúmaných premenných. Pri skúmaní religiozity je to napr. návštevnosť bohoslužieb, frekvencia modlitby, pri spiritualite často prítomnosť spirituálnych cieľov, spirituálna pohoda apod. Posledné trendy však od potreby rozdeliť znova smerujú k tomu, že tieto dve oblasti sú prepojené a že u mnohých ľudí sa nedajú oddeľovať (Zinnbauer, Pargament, 2005), pretože u nich religiozita a spiritualita tvorí celok ich náboženského prežívania. Aj v súvislosti s výskumnými zisteniami sa často nijaké výrazné funkčné rozdiely nepreukazujú, preto sa niekedy v štúdiách o týchto oblastiach uvažuje spoločne napr. ako o R/S faktoroch (religion/spirituality).

Tretím prejavom záujmu o problematiku vzťahu religiozity, spirituality a zdravia sú tematické čísla významných časopisov z medicíny a psychológie, ktoré sa objavili v posledných rokoch a ktoré sa venujú práve tejto problematike. Ako príklad možno spomenúť časopis *American Psychologist*, č. 1, roč. 58 (2003), ďalej časopis *Annals of Behavioral Medicine*, č. 1, roč. 24 (2002), ako aj *Journal of the Scientific Study of Religion*, č. 4, roč. 37 (1998).

Už sme spomenuli, že veľký počet štúdií, ktoré existujú na túto tému poskytujú množstvo výskumných údajov a výsledkov. Tieto výsledky sú samozrejme rôzne, niekedy hovoria v prospech religiozity a spirituality, teda o jej pozitívnom efekte na zdravie, niekedy v prospech negatívneho efektu na zdravie, a niekedy sú neutrálne. Preto sa objavujú pokusy o prehľady výsledkov týchto štúdií, ktoré by umožnili zhodnotiť prevahu tých či oných výsledkov. Prvé z týchto pokusov sa jednoducho snažili zistiť početnosť jednotlivých štúdií s odhaleným pozitívnym či negatívnym efektom spirituality a religiozity na zdravie. Napr. Larson et al. (1992) zistili, že v štúdiách od roku 1978 do roku 1989 týkajúcich sa vzťahu religiozity a

mentálneho zdravia publikovaných v *American Journal of Psychiatry* a *Archives of General Psychiatry*. (spolu 50 štúdií) prinieslo 72% pozitívny vzťah, 16% negatívny vzťah a 12% neutrálny vzťah medzi náboženskou angažovanosťou a mentálnym zdravím. Podobne Koenig a Larson (2001) zozbierali až 850 štúdií o vzťahu religiozity a mentálnej pohody a zistili niekoľko vzťahov. 80% štúdií týkajúcich sa vzťahu religiozity a životnej spokojnosti odhalilo pozitívny vzťah, a v rámci štúdií zaoberajúcich sa vzťahom religiozity a depresiou či úzkosťou bolo 60 percent pozitívnych.

Zhodnocovanie celkového vzťahu dvoch premenných na základe už uskutočnených štúdií však v dnešnej dobe prebieha sofistikovanejšie a to prostredníctvom metód metaanalýzy. Metaanalýza je metóda ktorá má za cieľ zhrnúť výsledky viacerých štúdií na danú tému. Metaanalýza odpovedá na otázku kvantitatívne, teda snaží sa o číselné vyjadrenie celkového vzťahu, miery efektu apod. jedným koeficientom, ktorý by vyjadril výslednú mieru vzťahu (Hendl, 2004). Metaanalýza je preto vhodným nástrojom aj pre zhodnotenie povahy vzťahu medzi religiozitou a spiritualitou. Rôznymi cestami (referencie publikácií, databázy, internetové vyhľadávania) som identifikoval asi 6 metaanalýz týkajúcich sa vzťahu R/S faktorov a zdravia, pričom v čase prezentácie som sa fyzicky dopracoval k štyrom z nich. Z týchto štyroch metaanalytických štúdií sa dve týkali vzťahu R/S faktorov a mentálneho zdravia a dve sa týkali vzťahu R/S faktorov a fyzického zdravia. Sú to tieto štúdie:

Hackney, C.H., Sanders, G.S. (2003) Religiosity and Mental Health: A Meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 1, 43-55.

Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J. (2003) Religiousness and Depression: Evidence for the main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 4, 614-636.

McCullough, M.E., et al. (2000) Religious Involvement and Mortality: A Metaanalytic review. *Health Psychology*, 19, 3, 211-222.

Powell, L.H., Shahabi, L., Thoresen, C.E. (2003) Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health. *American Psychologist*, 58, 1, 36-52.

Prvá z nich, štúdia **Hackneyho a Sandersa (2003)** sa zamerala na hľadanie vzťahu medzi religiozitou a mentálnym zdravím, chápaným široko ako každodenná psychologická adjustácia. Do výskumu zahrnuli štúdie medzi z rokov 1990 až 2001, ktoré spĺňali kritéria metodologické aj obsahové, vylúčené boli napr. štúdie s klinickými poruchami ako schizofrénia. Autori do konečnej analýzy vybrali 35 štúdií, ktoré analyzovali v prvom rade priemerovaním korelačných koeficientov (po štandardizácii na z-

skóre a vážení podľa probandov). Medzi religiozitou a spiritualitou zistili kladný signifikantný vzťah $r=0,10$. Zisťovali aj to, či sa tento vzťah odlišuje v rámci jednotlivých definícií religiozity a zistili, že najvyššie vzťahy s meracími nástrojmi psychologickej adjustácie vykazuje religiozita chápaná ako osobná oddanosť viere, t.j. viac než inštitucionálna religiozita.

V druhej meta-analytickej štúdii **Smitha et al. (2003)** bol zisťovaný vzťah medzi religiozitou a depresiou. Autori zozbierali 149 štúdií, ktoré zahŕňali spolu takmer 100 000 participantov. Do analýzy boli zahrnuté štúdie s kľúčovými slovami týkajúcimi sa depresie (tiež afektívna porucha, porucha nálady) a slová súvisiace s religiozitou a spiritualitou. Autori tiež vyberali podľa metodologických a obsahových kritérií. Výsledná miera efektu (teda korelácie) medzi religiozitou a depresiou bola -0,096, teda veľmi podobná ako v predchádzajúcej metaanalýze. Autori tiež zisťovali či tento vzťah nemoderujú iné premenné. Zistili, že premenné ako pohlavie, ani vek, ani etnická príslušnosť, nie sú moderátormi tohto vzťahu. Na druhej strane sa ako moderátor ukázala úroveň zažívaného stresu, t.j. čím väčší zažívaný stres, tým religiozita negatívnejšie súvisí s depresiou. Dá sa teda povedať, že autori preukázali predom predpokladanú nárazníkovú funkciu religiozity. Ako moderátor sa tiež ukázal typ religiozity. Vonkajšková religiozita súvisí s depresiou pozitívne a zvnútorne negatívne.

McCullough et al. (2000) sa zamerali na metaanalýzu vzťahu religiozity a úmrtnosti. Zoberali do úvahy 42 štúdií, do ktorých zahrnuli iba longitudinálne výskumy vzťahu religiozity a úmrtnosti. Pokúšali sa nájsť odpoveď na otázku, akú šancu má religiózny človek, že o nejaký čas bude nažive? V rámci 42 štúdií bolo zahrnutých spolu 125 826 participantov. Výsledky boli vyjadrené v tzv. koeficiente odds ratio (t.j. pomer šancí). Celkový efekt, ktorý nebral do úvahy iné kovariujúce premenné bol 1,29 (odds ratio), čo znamená že religiózny človek má o 29% vyššiu šancu, že bude o istý čas žiť ako nereligiózny. Autori vo svojom výskume identifikovali aj isté mediátory. Napr. pri skúmaní medzipohlavných rozdielov zistili, že u žien je tento vzťah vyšší, t.j. ženy dokážu viac benefitovať z religiozity. Efekt sa tiež ukázal vyšší pre verejné aspekty religiozity (návštevnosť kostola, participácia v cirkvi), než u privátnej religiozity (religiózne postoje a presvedčenia).

Powell et al (2003) použili vo svojej analýze trochu iný spôsob zhodnotenia výsledkov viacerých štúdií než klasická metaanalýza, napriek tomu som ich do tohto prehľadu zaradil, pretože výsledky poskytujú veľmi za-

ujímavé informácie. Autori sa zamerali na vzťah R-S faktorov a fyzického zdravia. Výber štúdií do tejto analýzy bol veľmi prísny, najmä z metodologického hľadiska. Napr. boli vylúčené všetky kros-sekcionálne výskumy a boli ponechané len tie s longitudinálnym metodologickým dizajnom. Tiež boli vylúčené štúdie, ktoré nekontrolovali žiadne možné súvisiace premenné, ktoré by mohli vysvetliť skúmaný vzťah. Autori sa rozhodli testovať niekoľko hypotéz, ktoré sa bežne považujú za pravdivé v laickej aj odbornej verejnosti. Mieru potvrdenia či nepotvrdenia hypotézy rozdelili do 4 skupín, a to presvedčivé potvrdenie, mierne potvrdenie, konzistentné nepotvrdenie a nedostatočné údaje. Výsledky uvádzame postupne podľa hypotéz:

Hypotéza „*Návštevnosť kostola chráni pred smrťou*“ (vybraných 11 štúdií) zaznamenala **presvedčivé potvrdenie**. Ukázalo sa, že tento efekt zostáva prítomný aj po započítaní takých možných vmedzených premenných ako životný štýl, socio-ekonomický status, fyzické aj psychické zdravie.

Hypotéza „*Religiozita a spiritualita chráni pred kardiovaskulárnymi chorobami*“ (4 štúdie) zaznamenala **mierne potvrdenie**, keďže tento efekt sa ukázal iba v niektorých štúdiách. Efekt sa tiež ukázal silnejší pre mužov ako pre ženy.

Pre hypotézu „*Religiozita alebo spiritualita chráni pre úmrtím na rakovinu*“ boli identifikované iba 2 štúdie, preto autori priradili tejto hypotéze kategóriu **nedostatočné údaje**. V rámci uvedených dvoch štúdií nepotvrdila vzťah ani z nich, keďže sa merala iba návštevnosť kostola, ktorá sa dá vysvetliť zdravotným statusom.

V rámci hypotézy „*Hlboko veriaci ľudia sú chránení voči smrti*“ bolo analyzovaných 8 štúdií, ktoré ukázali **konzistentné nepotvrdenie**. Nepotvrdilo sa teda, že intenzita religiozity súvisí s väčšou dĺžkou života.

Podobné výsledky sa ukázali aj pri hypotéze „*Religiozita alebo spiritualita chráni pred telesným postihnutím*“ (3 štúdie). Záver o **konzistentnom nepotvrdení** vychádzal z toho, že ani jedna z troch štúdií nenašla vzťah medzi týmito dvoma premennými.

Do tretice autori identifikovali **konzistentné nepotvrdenie** aj pri hypotéze o tom, že „*Religiozita alebo spiritualita spomaľuje proces rakoviny*“ (6 štúdií). Iba v jednej z nich sa našiel pozitívny vzťah, ale ten bol vysvetliteľný inými premennými.

Nedostatočné údaje našli autori o hypotéze, že „*Ľudia, ktorí používajú náboženstvo na zvládanie s ťažkosťami, žijú dlhšie*“ (1 štúdia). Ukazuje sa, že

je dôležité akým spôsobom je religiozita prežívaná, vystupuje tu do popredia zdravé a nezdravé náboženské zvládanie.

Rovnaký problém zdravej a nezdravej religiozity sa ukázal pri overovaní hypotézy „*Religiozita alebo spiritualita zlepšuje zotavovanie sa z akútnej choroby*“ (5 štúdií). Autori prisúdili tejto hypotéze **konzistentné nepotvrdenie**, pretože sa ukázalo, že tento vzťah bol potvrdený iba v jednej štúdií. Niekoľké štúdie našli opačný efekt, teda negatívny vzťah zotavovania sa s niektorými aspektami religiozity.

Poslednej hypotéze o tom, že „*Modlitba iného človeka zlepšuje zotavenie sa z akútnej choroby*“ (3 štúdie) bola prisúdená kategória **mierne potvrdenie**. Štúdie ukázali, že väčší efekt sa ukázal najmä v subjektívne hodnotených premenných.

Ak teda zhrnieme výsledky uvedených metaanalýz, dá sa povedať, že medzi religiozitou alebo spiritualitou a zdravím je pozitívny, hoci nie veľmi vysoký vzťah. Významnou otázkou v tejto problematike je kauzalita tohto vzťahu. Hlavný predpoklad sa samozrejme týka vplyvu religiozity na zdravie, no opačnú kauzalitu tiež možno pripustiť. Napr. fyzické zdravie môže súvisieť s návštevnosťou kostola aj tak, že fyzicky chorí ľudia nemôžu kostol navštevovať. Tiež negatívny vzťah môže byť vysvetlený tým, že niektorí chorí ľudia majú tendenciu prikloniť sa k náboženstvu. Na druhej strane však metodologické dizajny viacerých výskumných štúdií (najmä longitudinálne) ukazujú, že uvažovať o pozitívnom vplyve religiozity a spirituality na zdravie je opodstatnené. To vedie k snahe o hľadanie možných psychologických mechanizmov, ktoré by mohli vysvetliť tento vzťah. Týmto problémom sa zaoberajú mnohí autori (napr. Oman, Thoresen, 2005, Hummer et al., 1999, George, Ellison, Larson, 2002, Thoresen, Harris, 2002), pričom najčastejšie sa spomínajú tieto faktory:

životný štýl – náboženské presvedčenia vedú k zdravému životnému štýlu napr. veriaci menej užívajú drogy a alkohol, menej fajčia, menej prevádzkujú rizikové sexuálne správanie

sociálna opora – podpora od iných členov náboženskej spoločnosti

pozitívny coping – náboženstvo poskytuje zdroje pre pozitívnu reinterpretáciu záťažových situácií a tým pre redukciu negatívneho psychického stavu

pozitívne emócie – pozitívne zážitky z bohoslužieb, z modlitby, služby iným

odpúšťanie – má pozitívny efekt na psychiku, pretože umožňuje re-

dukciu negatívnych emócií.

Napriek množstvu výskumov uskutočnených v tejto oblasti ako aj mnohým teoretickým konceptom však ostávajú viaceré nezodpovedané otázky, ktoré sú predmetom ďalšieho bádania. Už sme niekoľkokrát uviedli, že niektoré formy religiozity a spirituality majú pozitívny a niektoré negatívny súvis so zdravím. Tejto oblasti sa doteraz najviac venoval najmä výskum náboženského zvládania (napr. Pargament, 2003), ktorý poukázal, že isté formy náboženského copingu súvisia s vyšším rizikom úmrtnosti (ide napr. o interpretáciu záťažovej situácie ako aktivity diavla apod.). Diferenciácia rôznych aspektov religiozity a spirituality vo vzťahu so zdravím sa ukazuje ako dôležitá téma v budúcich výskumoch. Ďalšou otázkou môže byť napr. kroskultúrna zovšeobecniteľnosť horeuvedených výsledkov. Väčšina výskumov sa uskutočnila na americkej populácii, pričom pri zovšeobecňovaní sa tento faktor do istej miery zanedbáva. Vynárajú sa otázky ako napr. či je religiozita rovnako zdravá aj u iných kultúr, prípadne či sú mechanizmy vzťahu medzi religiozitou, spiritualitou a zdravím rovnaké aj v iných krajinách. Konkrétne otázka sa môže napr. týkať toho, nakoľko náboženské spoločnosti v iných krajinách nabádajú svojich členov na zdravý životný štýl apod. Dá sa teda predpokladať, že ďalšie skúmanie tejto oblasti nebude utíchať a že prinesie ďalšie zaujímavé zistenia.

Literatúra:

- George, L.K., Ellison, C.G., Larson, D.B. (2002) Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190-200.
- Hackney, C.H., Sanders, G.S. (2003) Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 1, 43-55.
- Hendl, J. (2004) *Přehled statistických metod spracování dat*. Praha, Portál.
- Hummer, R.A., et al. (1999) Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 35, 273-285.
- James, W. (1930/1902) *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha, Melantrich. (prelad publikovaný 1930, originál publikovaný 1902).
- Koenig, H.G., Larson, D.B. (2001) Religion and mental health. Evidence for association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67-78.
- Larson, D.B., et al. (1992) Association between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry 1978-1989. *American Journal of Psychiatry*, 149, 557-559.
- McCullough, M.E., et al. (2000) Religious involvement and mortality: A Metaanalytic review. *Health Psychology*, 19, 3, 211-222.
- Mills, P.J. (2002) Spirituality, religiousness and health: From research to clinical practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 1-2.
- Oman, D., Thoresen, C.E. (2005) Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian, R.F., Park, C.L. (Eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York,

Guilford, 435-459.

- Pargament, K.I. (2003) God help me. *Advances in the psychology of religion and coping. Archives for the psychology of religion*, 24, 48-63.
- Powell, L.H., Shahabi, L., Thoresen, C.E. (2003) Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 1, 36-52.
- Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J. (2003) Religiousness and depression: Evidence for the main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 4, 614-636.
- Stríženec, M. (2001) *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava, IRIS.
- Thoresen, C.E., Harris, A.H.S. (2002) Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annales of Behavioral Medicine*, 24, 3-13.
- Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I. (2005) Religiousness and spirituality. In: Paloutzian, R.F., Park, C.L. (Eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York, Guilford, 21-42.

RELIGIOZITA A ZVLÁDANIE – čo ponúkajú religiozita a spiritualita? Z teoretických a empirických poznatkov

Lucia Adamovová

Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita, Trnava

Budem sa snažiť z preštudovanej literatúry poukázať na prepojenie religiozity, spirituality a copingu. Cieľom tohto príspevku bude teda upriamiť pozornosť na to, že religiozita a spiritualita sú jedným z aspektov javu, ktorého súčasťou je aj zvládanie záťaže a celkovo zdravie – duševné i telesné. Keďže sa dotýkam viacerých tém, v úvode je potrebné vymedziť základné pojmy – religiozitu a spiritualitu, nevyhne sa klasickému pojednaniu o obrannej funkcii náboženstva voči úzkosti, budem sa snažiť poukázať na to, že náboženský coping je komplexným javom, ktorý má svoje pozitívne aj negatívne dopady na jedincov a ktorého efekt je moderovaný viacerými faktormi.

Motivácia teoretického skúmania

Prečo môže byť pre psychológov zaujímavé zaoberať sa práve témou vzťahu religiozity a zvládania záťaže? Nechcem danou otázkou manipulovať čitateľov do pozície tých, ktorí popierajú relevantnosť spôsobov zvládania záťaže, ktoré ponúkajú religiozita a spiritualita, pre poriadok však uvediem niektoré z dôvodov, prečo môže byť relevantným zaoberať aj danou témou.

Stríženec (2000) napríklad analyzoval v roku 2000 databázy psychologické literatúry a zistil, že len 1% z literatúry pojednávajúcej o copingu, bralo do úvahy religiozitu ako jednu zo sledovaných premenných. Štúdie religiozity a zvládania môžu pomôcť k chápaniu zvládania záťaže, keď si uvedomíme, že v extrémnych situáciách sme demaskovaní a častokrát sa môžu prejaviť aj nízkosť a podlosť, ako aj statočná či rytierska strana človeka a je zaujímavé pozrieť sa bližšie na miesto religiozity v oboch týchto stranách. Štúdie religiozity a zvládania môžu ďalej pomôcť chápaniu religiozity (už nielen ako abstrahovaného systému presvedčení, rituálov, symbolov, ale ako reálneho využitia tohto rezervoáru presvedčení a spôsobov

správania v reálnych situáciách) a nakoniec, podnetným je i praktické využitie náboženských praktík za účelom redukovať záťaž (či stres).

Vymedzenie základných pojmov a komplexnosť vzťahu religiozita/spiritualita a zvládanie

Pri zamyslení sa nad témou religiozity/spirituality a copingu nie je dobre možné vyhnúť sa aj spôsobom, ktorými religiozita a spiritualita interagujú so psychologickými funkciami – teda ako tlmia alebo katalyzujú duševné poruchy. V tejto súvislosti je dôležité uvedomiť si, že religiozita nie je jednodimenziálna premenná, ale zložitý konštrukt zahrňujúci osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (k Bohu), ktorý pozostáva ako z presvedčení, tak aj z citov a prežívania a z foriem správania (Stríženec, 2001). Takže kým pri religiozite ide o presvedčenia a rituály organizovaného náboženského spoločenstva, spiritualita vyjadruje hľadanie osobného spojenia s transcendentnom a je javom individuálnym, v ktorom dominujú hodnoty ako božstvo, Boh a duchovná skúsenosť jedinca (Stríženec, 2005).

Ďalej treba mať na pamäti, že religiozita a spirituálny život nie sú v živote jedincov prítomné (či neprítomné) v rovnakej forme a intenzite po celý ich život a že ich konkrétne prejavy výrazne ovplyvňuje aj konkrétne kultúrne prostredie. Kultúra vo výraznej miere ovplyvňuje aj interpretáciu toho, čo je duševná choroba, ovplyvňuje vzťah medzi spiritualitou a duševným zdravím a určuje, ako sa využívajú – nazvime ich spirituálne zdroje – na udržanie zdravia (Miller, Kelley, 2005).

Náboženské zvládanie – obranný mechanizmus?

Obrannú úlohu náboženstva zdôrazňoval najmä Freud (podľa Pargament, Ano, Wachholtz, 2005), ktorý videl jeho korene v prežívaní detskej bezmocnosti voči svetu plnému nebezpečných a nekontrolovateľných síl. Premenu prirodzeného do nadprirodzeného je dieťa schopné sa obrániť voči hrozbám vonkajšieho prostredia. Náboženstvo je teda vo svojej prirodzenosti obranné, jeho úlohou je redukovať anxiu a vyhnúť sa konfrontácii s realitou. Tento pohľad nie je v psychológii ojedinelý a len málo zástancov si uvedomuje, že v podstate ide o stereotypné vnímanie, ktoré zjednodušuje náboženský život.

Bolo by však rovnako redukcionistické úplne religiozite a náboženskému správaniu uprieť funkciu redukcie úzkosti, ktorá jeho súčasťou pri-

rodzene je. Shrimali a Broota (1987) zachytili tento obranný proces v štúdiu indických pacientov, z ktorých jedna skupina mala podstúpiť veľkú a druhá skupina mala podstúpiť malú operáciu a kontrolná skupina bola bez operácie. V meraniach, ktoré predchádzali operácii sa ukázalo, že pacienti pred závažnou operáciou vykazovali vyššiu úroveň anxiety, poverčivých presvedčení a viery v Boha než pacienti v ostatných dvoch skupinách. Po operácii zistili signifikantný pokles úzkosti a náboženských presvedčení v skupine pacientov po absolvovaní závažnej operácie, kým úroveň úzkosti a religiozity v ostatných dvoch skupinách ostala nezmenená. Podobne aj Hughes a kolegovia (2004) zistili, že náboženské formy copingu signifikantne znížili úroveň úzkosti u pacientov s poruchami srdčnej činnosti.

Akými spôsobmi je možné vyhnúť sa v náročných situáciách priamej konfrontácii s bolestivou udalosťou? Zodpovednosť za problém možno odložiť napríklad priamo na Boha (Pargament a kol., 1988). Náboženské systémy presvedčení však môžu poskytovať aj potvrdenia status quo, ktoré predlžujú nespravodlivosť a nerovnosť medzi ľuďmi (korelácie s presvedčením o spravodlivom svete, autoritárstvom, predsudkami) a v takýchto prípadoch viera slúži ako zdroj popretia.

Viaceré empirické štúdie prinášajú zistenia o tom, že viera nie je len obranným mechanizmom a v nasledujúcej časti uvediem niektoré príklady.

Náboženstvo je teoreticky aj empiricky spojené s rôznymi funkciami copingu, ktoré siahajú ďalej než redukcia úzkosti. Konkrétne ide o tvorbu zmyslu, navodenie intimity, dosiahnutie osobného majstrovstva v konkrétnej oblasti, poskytuje možnosti osobného rastu, aktualizáciu, hľadanie posvätna (Paloutzian, 1981; Park, Folkman, 1997). Zistilo sa napríklad, že pacienti chorí na rakovinu, ktorí využívali v zvládaní záťaž náboženské a spirituálne presvedčenia, používali častejšie aktívne copingové stratégie, pri ktorých akceptujú svoju chorobu a pokúšajú sa jej čeliť pozitívnym a zmysluplným spôsobom. Náboženské spoločenstvá pritom pacientom poskytujú sociálnu oporu a náboženské organizácie môžu zohrávať priamu úlohu v prevencii rakoviny skríningovými aktivitami, poradenstvom a výchovnými aktivitami najmä v minoritných spoločenstvách (Weaver, Flannelly, 2004).

Na to, že náboženstvo nie je v priamom vzťahu s čistým popieraním situácie poukazujú aj rôzne tranzitívne rituály, ktoré dodávajú vážnosť a pomenovávajú náročné životné udalosti. Zistilo sa (Acklin, Brown, Maugner, 1983), že u pacientov s rakovinou náboženstvo podporuje reinterpretáciu

negatívnych udalostí cez prizmu duchovna, nie popretie a pacienti častejšie využívajú kognitívne stratégie zvládania.

Zistilo sa ďalej, že miery religiozity konzistentnejšie korelujú s aktívnym než s pasívnym copingom a Pargament (1987) identifikoval ako aktívne, tak i pasívne formy náboženského zvládania a operacionalizoval tri spôsoby zapojenia religiozity do procesu zvládania:

- podriadenie: odkladanie zodpovednosti za riešenie problému na Boha
- sebariadenie: Boh dal jedincovi zručnosti a zdroje samostatného riešenia záťaže
- spolupráca: Boh je partner, s ktorým si delí jedinec zodpovednosť za riešenie problému (čo je najčastejší spôsob zvládania).

Komplexnosť náboženského zvládania

Náboženstvo nie je jedno-, prípadne dvojdimenzionálny jav, ako už bolo skôr poukázané. Religiozita je komplexný proces, ktorý zahŕňa kognitívne, behaviorálne, emocionálne, interpersonálne a fyziologické dimenzie a tak isto aj náboženský coping je rovnako bohatým javom. Hoci by mohol byť definovaný a meraný z pohľadu dôležitosti náboženstva v procese pochopenia a zvládania kritických životných udalostí, je namieste si uvedomiť nielen to, v akej miere je náboženstvo zahrnuté do zvládania, ale aj kto (duchovenstvo, laici...), akou stratégiou (modlitbou, čítaním biblie, rituálmi...), kde (v rámci spoločenstva, v súkromí) a prečo (snaha nájsť zmysel, získať kontrolu) ho využíva ako copingovú stratégiu.

Pargament, Koenig, Perez (2000) sa pokúsili o širokú identifikáciu rôznych náboženských copingových stratégií a vytvorili dotazník RCOPE (Religious Coping Strategies), ktorým je možné zachytiť 21 typov aktivít náboženského copingu pokrývajúcich 5 oblastí: nájdenie zmyslu, získanie suverenity a kontroly, získanie útechy a blízkosti Boha, blízkosť s inými, dosiahnutie transformácie života. Napriek tejto snahe sa autorom nepodarilo zachytiť mnohé zo špecifických spôsobov rozličných náboženských tradícií ne-/západných kultúr (napr. karma, duchovné uzdravovanie, púte...).

Positívne a negatívne formy náboženského zvládania

Metódy náboženského zvládania situácie môžu byť pomáhajúce, na druhej strane však môžu spôsobiť aj škodu. V minulosti sa vo výskumoch religiozity a copingu zachytávala religiozita ako globálna premenná (ná-

vštevnosť bohoslužieb, ste/nie ste veriaci/veriaci?). Takto koncipované štúdie však priniesli kontroverzné výsledky.

V súčasnosti sa vo výskumoch náboženského zvládania sleduje vzťah medzi špecifickými náboženskými copingovými stratégiami a výsledkami zvládnutia stresovej situácie. Výsledky (bližšie v Pargament, Ano, Wachholtz, 2005) poukázali na to, že náboženské zvládanie môže byť pomáhajúce, ako aj neefektívne, ba až kontraproduktívne a to v závislosti od použitia konkrétnej stratégie.

Tzv. pozitívne stratégie reflektujú bezpečnú väzbu k Bohu a prežívanie spirituálnej prepojenosti s ostatnými, využívanie spolupracujúceho náboženského zvládania, benevolentné náboženské prehodnotenie, hľadanie spirituálnej a sociálnej podpory (Pargament, Smith, Koenig, Perez, 1998), kým tzv. negatívne stratégie reflektujú neistú väzbu k Bohu a prežívanie napätia vo vzťahu s ostatnými (napr. duchovná odlúčenosť od ostatných, trestajúce náboženské prehodnotenie, zvýrazňovanie Božej moci, démonických síl) a sú vo všeobecnosti sú maladaptívne. V metaanalýze 49 štúdií zistili Ano a Vasconcelles (2005), že negatívne stratégie náboženského zvládania sú v pozitívnom vzťahu s depresiou, úzkosťou, ľahostajnosťou, a posttraumatickou stresovou poruchou.

Moderátory efektivity náboženského copingu

Účinnosť náboženského copingu je moderovaný viacerými faktormi. Patrí medzi ne napríklad úroveň religiozity a vek (zistilo sa, že je efektívnejší u silnejšie veriacich – napr. u duchovenstva, u starších ľudí a u tých, ktorí hľadajú v spoločenstve emocionálnu oporu), náročnosť záťažovej situácie (efektívnejší je v situáciách, ktoré testujú hranice síl, pri vyčerpaní osobnostných a sociálnych zdrojov – napr. smrť dieťaťa) a náboženská príslušnosť (v USA efektívnejší u protestantov než u katolíkov) (prehľad je bližšie uvedený v Pargament, Ano, Wachholtz, 2005).

Záver

Mohli by sme zakončiť toto krátke a ani zďaleka nie vyčerpávajúce a súčasne veľmi obmedzené pojednanie o vzťahu medzi religiozitou/spiritualitou a zvládaním záťaže viacerými myšlienkami. Rola náboženských/spirituálnych presvedčení pri zvládaní záťaže je podnetnou oblasťou pre výskum, v ktorom je nevyhnutné zohľadniť ako vývinové špecifiká tak i komplexnosť religiozity. Znalosť a uznanie náboženskej motivácie či zdro-

jov zvládania má potenciál prehĺbiť porozumenie ľudským snaženiam a pomôcť zvládnuť závažné životné udalosti a môže byť pomocným nástrojom v rukách poradcov a terapeutov, ktorí by mali klientov a pacientov podnecovať k efektívnemu a zdravému zapojeniu viery do zvládania záťažových situácií.

Literatúra:

- Acklin, M.W., Brown, E.C., Mauger, P.A. (1983) The role of religious values in coping with cancer. *Journal of Religion and Health*, 22, 322-333.
- Ano, G.G., Vasconcelles, E.B. (2005) Religious coping and psychological adjustment to stress: A metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 461-480.
- Hughes, J.W., Tomlinson, A., Blumenthal, J.A., Davidson, J., Sketch, M.H., Watkins, L.L. (2004) Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28 (3), 179-185.
- Miller, L., Kelley B.S. (2005) Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian, R.F., Park, C.L. (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford, 460-478.
- Paloutzian, R.F. (1981) Purpose in life and value changes following conversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1153-1160.
- Pargament, K.I. (1997) *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Ano, G.G., Wachholtz, A.M. (2005) The religious dimension of coping. In: Paloutzian, R.F., Park, C.L. (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press, 479-495.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L. (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez L. (1998) Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 710-724.
- Park, C.L., Folkman S. (1997) Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Shrimali, S., Brooto, K.S. (1987) Effect of surgical stress on beliefs in God and superstition: An in situ investigation. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 3, 135-138.
- Stríženec, M. (2000) Religion and coping: Empirical verification of their interaction. *Studia psychologica*, 42 (1-2), 71-74.
- Stríženec, M. (2001) *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: Iris.
- Stríženec, M. (2005) Psychológia náboženstva rozvíjaná v ústave. In D. Kováč a kol., *Polstoročné jubileum Ústavu experimentálnej psychológie SAV 1955 – 2005 a jeho prínos ku kontinuálnemu vývoju psychológie na Slovensku*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 398-408.
- Weaver, A.J., Flannelly, K.J. (2004) The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1210-1214.

SYNDRÓM VYHORENIA U ZDRAVOTNÝCH SESTIER A JEHO MANAGEMENT

Možnosti prístupu k syndrómu vyhorenia u sestier

Stupková Monika, PaedDr.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského

Katedra liečebnej pedagogiky

Syndróm vyhorenia sa stáva fenoménom dnešných dní. Stretávame sa s ním nielen u zdravotníkov, učiteľov, sociálnych pracovníkov, psychológov, policajtov, ale aj managerov, právnikov alebo zamestnaných matiek. Tento pojem je dnes dennodenne skloňovaný, profesionáli sa cítia znechutení, vyhorení, vypálení, unavení a vyčerpaní v práci aj v osobnom živote.

Syndróm vyhorenia je stav emočného vyčerpania, citového stiahnutia s poklesom osobnej výkonnosti, ktorý sa prejavuje u osôb, ktorých profesiou je práca s ľuďmi. V súčasnosti sa ukazuje, že základnou charakteristikou nemusí byť striktna profesionálna práca s ľuďmi, ale trvalo a nekompromisne presadzovaná požiadavka na vysoký, nekolísavý výkon s malou, či žiadnou možnosťou úľavy alebo vysadenia a so závažnými dôsledkami v prípade chyby alebo omylu (Kebza, Šolcová, 1998).

V odbornej a menej odbornej literatúre sa stretávame s článkami, ktoré sa problematike venujú z pohľadu teórie, praktické uplatnenie teoretických poznatkov však ešte zaostáva.

V Detskom kardiocentre v Bratislave je realizovaný projekt zameraný na zvládanie záťažových situácií a prevenciu syndrómu vyhorenia u sestier.

Projekt je nadväzuje na nepravidelné stretnutia so sestrami, pozorovanie ich práce v podmienkach kardiocentra, rozhovory a štúdium odbornej literatúry. Dotazníkovou metódou sme sa dozvedeli aké sú príčiny nespokojnosti sestier s prácou na jednotlivých oddeleniach kardiocentra. V prvom rade je to nedostatočné finančné ocenenie. Túto výpoveď je možné rozšíriť o nespokojnosť s nedostatočným ocenením, uznaním a pochvalou zo strany nadriadených a hospitalizovaných rodičov. Ďalej sestry trpia zlými medziľudskými vzťahmi, najmä konflikty medzi sestrami a nestabilita kolektívu. Približne štyri z piatich novonastupujúcich sestier opúšťa svoje zamestnanie do jedného roka. Kolektív sa neustále obnovuje. Nové sestry je

potrebné zaúčať a pedagogicky viesť, na čo služobne staršie nie sú pripravované a stáva sa to zdrojom konfliktov a bariér v komunikácii. Na treťom mieste sestry vyznačili veľké pracovné vyťaženie. Ide o nárazovú prácu, prácu vyžadujúcu vysokú odbornosť, profesionálne správanie a vysokú kvalitu komunikácie. To sú požiadavky kladené na osobnosť sestry, profesionálnu prípravu, štýl práce a duševnú hygienu.

V akých oblastiach by sestry chceli doplniť svoje vedomosti v prospech skvalitnenia ich práce a zvýšenia spokojnosti?

- Medicína a ošetrovatelstvo
- Efektívna komunikácia a medziľudské vzťahy
- Vlastné správanie a prežívanie
- Psychológia rodičov a rodín chorých detí
- Psychológia dieťaťa

Management syndrómu vyhorenia obsahuje prevenciu aj intervenciu (terapiu) a skladá sa z dvoch na seba úzko nadväzujúcich foriem – externej a internej. Externá forma predstavuje kvalitnú organizáciu práce a sociálnu oporu sestier. V internej forme ide o posilnenie kompetencií sestry zvládať záťažové situácie vedúce k syndrómu vyhorenia. Ide tu o posilnenie osobnostných charakteristík sestier, salutorov a zmyslupnosti života a pozitívnych emócií.

Medzi salutory v problematike syndrómu vyhorenia patria napríklad:

- dodržiavanie zásad duševnej hygieny
- možnosti zvládania stresu
- hlbšie sebaopoznávanie
- schopnosť vyjadrovať emócie
- využívanie asertívnych techník v komunikácii, konštruktívne riešenie konfliktov
- vzdelávanie sa v pracovnej oblasti (Křivohlavý, 1998).

Posilňovanie salutorov by malo byť dopĺňané racionálnou politikou zo strany nadriadených, ktorá v sebe zahŕňa: primerané pracovné zaťaženie, dostatok personálu,

zreteľné vymedzenie kompetencií, obmedzenie administratívnej činnosti a dostatočný čas na odpočinok. (Haškovcová, 1999). Dôležitými sú pracovné porady, ktoré poskytujú sestre vedenie a podporu. Nezanedbateľnú úlohu zohráva vzor nadriadených, ich postoje, názory, spôsob komunikácie s pacientmi, ich rodičmi aj s podriadenými.

Témam týkajúcim sa posilneniu salutorov sú venované stretnutia so se-

strami v rámci realizovaného projektu. Pri práci využívame prvky a techniky najmä psychomotorickej terapie, ktorá ponúka rôzne možnosti práce s telom aj myslou, formou pohybových cvičení, hier, psychogymnastiky, relaxačných techník, pantomímy a jogy. Pretože ide o sestry prevažne mladé ženy vo vekovom rozpätí medzi dvadsať a tridsať rokov, je dobré, aby stretnutia boli dynamické, hravé, aby sa udržali ich pozornosť, zvedavosť a ochotu spolupracovať.

Projekt sa skladá z komplexu 8 stretnutí so sestrami kardiocentra. Skupinu tvorí približne 6 sestier, sú to sestry, ktoré tvoria pracovný tím, ide o uzavretú skupinu. Dĺžka stretnutí je 90 minút a frekvencia jedenkrát za dva týždne.

Spoločná práca so sestrami môže byť dopĺňaná o témy a techniky, ktoré ponúka biografická metóda a zamyslíme sa nad tým, či je možné využiť aj prvky ergoterapie.

Biografická metóda je jednou z možností ako posilniť kompetencie jedinca riešiť náročné situácie. Je to metóda, ktorá umožňuje prostredníctvom poznania svojho vlastného príbehu, pomenovania dôležitých medzníkov a kríz, hľadania vlastných zdrojov a stratégií, poznávať seba a rásť. Biografická metóda ponúka v bezpečnom prostredí témy: to som ja, to je moja rodina, toto je miesto, kde žijem, kde pracujem. Prečo som sa rozhodla pre prácu sestry? Aké boli moje skutočné pohnútky? Čo mi práca dáva, čo berie? Aký je môj postoj k vlastnej bolesti, utrpeniu a smrti? Aké sú moje pracovné ciele? Kde sa vidím pracovne o 5 alebo 10 rokov? Ako si predstavujem svoju prácu v budúcnosti? Na akom poste budem pracovať? S akými ľuďmi, v akej atmosfére? Aká bude moja mzda (Siegrist, 1996)?

Je možné, aby ergoterapia pomáhala riešiť problémy týkajúce sa syndrómu vyhorenia? Čo môže ergoterapia ponúknuť? Vytvorenie vlastnej „knihy o mojom živote“ môže byť jednou z užitočných ergoterapeutických techník, kde jedinec dostáva možnosť byť úspešným a „zhmotniť“ odpovede na vyššie postavené otázky. Pri tvorbe takejto knihy je možné použiť rôznorodé materiály a techniky využívané v ergoterapii.

Samotná ergoterapia ponúka úvahy o tom, aký význam má práca v živote sestry? V čom je dobrá? Aké vlastnosti sú potrebné k tomu, aby bola vo svojej práci úspešná? Ako definuje úspech a neúspech? Čo predstavuje odmenu za prácu?

Na druhej strane ergoterapia ponúka rôzne materiály a techniky. Sú to prírodniny, textil, papier, drôt, sklo, cesto alebo hlina, ktoré prinášajú uvoľ-

nenie a môžu byť spracované rôznorodým spôsobom. Ponuka práce vychádza z potrieb a záujmu jedinca a môže byť zameraná na:

- proces tvorby produktu
- konečný produkt – výrobok
- stratégie prekonávania prekážok pri tvorbe a zvládanie rôznych spôsobov spracovania materiálu

Problém syndrómu vyhorenia je veľmi aktuálny a stáva sa výzvou pre pomáhajúce profesie najmä ak berieme do úvahy skutočnosť, že psychicky vyčerpaný zdravotník je nebezpečný pre seba (zneužívanie liekov, alkoholu, samovražedné správanie), pre svoje okolie (konflikty) a pre pacienta (únik pred pacientom, nedôslednosť v práci, poškodzovanie pacientovho zdravia a iné).

Neexistujú presné návody a inštrukcie ako syndrómu vyhorenia predchádzať a ako ho riešiť. Približený projekt a predstavené metódy sú jednými z mnohých možností. Našou úlohou je „rozmeniť“ teoretické vedomosti spojené so syndrómom vyhorenia na praktické skúsenosti z konkrétnej práce so sestrami. Prikláňam sa k názoru, že možností je toľko, koľko ľudí sa touto problematikou zaoberá. To riešenie je v každom zdravotníkovi, v každej sestre. Potrebuje však sprevádzanie, podporu, prispôbenie podmienok, pomoc a posilnenie kompetencií riešiť problémy spojené s výkonom svojho povolania a vziať za ne zodpovednosť.

Literatúra:

- ATKINSON, A. 1998. The Life Story Interview. SAGE Publications. ISBN 0-7619-0427-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1999. Pomáhajúci profese o sobě. Praktický lékař 80, 2000, č.4, str. 228-229.
- HORNÁKOVÁ, M. 2005. Činnosťná terapia a ergoterapia. Interný materiál Katedry liečebnej pedagogiky. PF UK, Bratislava.
- KEBZA, V. 2005. Psychosociální determinanty zdraví. Praha : Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 1998. Burnou syndróm: teoretické východiská, diagnostické a intervenčné možnosti. Československá psychologie, 42, 1998, 5, s. 429-448.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. Jak nestratiť nadšení. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- SIEGRIEST, M. 1996. Vzdelávacie aktivity s nezamestnanými ľuďmi. Bratislava : Práca, 1996.

CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT

Krízová intervencia v Hasičskom a záchrannom zbore SR

Mjr. Mgr. Miroslav Harvan

Ministerstvo vnútra SR

Prezídium Hasičského a záchranného zboru

Prežívanie a správanie sa hasičov počas náročných zásahov neprebieha u každého rovnako aj napriek rovnakým vonkajším podnetom a podmienkam. Je to dané rôznymi osobnostnými vlastnosťami hasičov a interakcia vnútorných a vonkajších podmienok preto môže vyústiť do rôznych skutočností. V neposlednom rade vplyva aj súčasný, okamžitý psychický stav, v ktorom sa hasič nachádza, a ktorý môžu ovplyvňovať rôzne faktory, napr. rodinná situácia, vzťahové problémy, pracovné podmienky.... Tieto faktory môžu ovplyvňovať psychiku hasiča v pozitívnom, ale aj v negatívnom smere. V pozitívnom smere to napomáha k lepšiemu zvládaniu situácie záťaže vyvolanej vzniknutou situáciou pri náročnom zásahu, ale ak prevláda negatívny smer tak náročný zásah môže viesť až k traumatizácii príslušníka. Pritom situácia, ktorá môže ovplyvniť hasiča, nemusí byť negatívna, ale v interakcii so vzniknutou situáciou môže pôsobiť negatívne. U hasiča, ktorý žije v šťastnom manželstve, resp. prežíva šťastné obdobie otcovstva, pri zásahu, kde sa vyskytne ťažko zranené dieťa, alebo dokonca mŕtve dieťa, môže dôjsť k vysokému stupňu identifikácie s vlastnou rodinnou situáciou. Výnimočne to môže viesť až k strnulosti, k blokáde myslenia.

Stres je totiž individuálny, a vlastné hodnotenie rozhoduje o tom, čo bude prežívané ako stres, a čo nie. Avšak vlastné hodnotenie organizmu ako celku, a nie ako ho poznáme z bežných rozhodovacích procesov. Organizmus v zlomku času vyhodnotí situáciu, pôsobenie stresora, bez nášho vedomého rozumového pôsobenia. Toto hodnotenie vyplýva z dispozícií, postojov, skúseností, zručností a spôsobilostí. Aj preto je reakcia na vonkajší podnet u rôznych jedincov rôzna. Z tohto tiež vyplýva nutnosť rozširovania vedomostí, praktické nácviky, získavanie skúseností, rozvoj fyzického fondu, čo napomáha k adekvátnejšiemu zvládaniu náročných zásahov a k upevňovaniu psychickej odolnosti hasičov.

Náročné zásahy, pôsobenie stresových faktorov pri týchto zásahoch, sa môže prejavovať v rôznych oblastiach, napr. :

- fyzické príznaky : nadmerná únava, nevoľnosť, kŕče, škripanie zubov, dýchacie problémy, zvýšený krvný tlak, rýchly srdcový tep, bolesti hlavy zvracanie, slabosť...
- kognitívne (poznávacie) príznaky : obviňovanie niekoho, zmätenosť, nerozhodnosť, problémy s pamäťou, zhoršené abstraktné myslenie, neodbytné predstavy, negatívne myšlienky...
- emocionálne príznaky : úzkosť, vina, žiaľ, popieranie, strach, neistota, depresia, obavy (predtuchy) silný hnev, silná panika, emocionálny šok, strata emočnej kontroly, pocit zahľtenia...
- behaviorálne príznaky (správanie) : stiahnutie sa do seba, podozrievavosť, protispoločenské prejavy, nevypočítateľné pohyby, zvýšená ľakavosť, zmeny v sexuálnej aktivite, zmeny v rečovom prejave strata popr. zvýšená chuť k jedlu, konzumácia alkoholu...

Medzi príklady náročných zásahov môžeme zaradiť udalosti, pri ktorých prišlo k :

- smrti pri výkone služby
- vážnemu zraneniu záchranára
- vážne opakované nehody
- vážne zranenie dieťaťa
- smrť dieťaťa
- účastník nehody poznal obeť
- udalosti s nadmerným záujmom médií
- a v podstate akákoľvek udalosť, ktorá má príliš silný dopad a ktorá veľmi silno zasiahla účastníkov

Počas samotného náročného zásahu si hasiči ani neuvedomujú, čo prežívajú, a skôr je tendencia neuvedomovania si vlastného stavu a často pokračovať v zásahu bez ohľadu na vlastné potreby organizmu. Preto je tu veľmi potrebná správna činnosť veliteľa zásahu, (ako napr. zabezpečeniu pitného režimu, dodržiavanie prestávok, dodržiavanie času v zásahovom obleku...) aby nedochádzalo k skolabovaniu hasičov z dôsledku dehydrovania organizmu, prehriatia organizmu, a pod.

Po zásahu dochádza k obnoveniu rovnováhy medzi organizmom a prostredím, ktoré sa pri príliš silnom stimule môže prejavovať vyššie popísanými ťažkosťami. Vtedy je dobré, aby si samotný hasič všimol, čo sa s ním deje, popr. kolegovia dali pomocnú ruku. V Hasičskom a Záchrannom zbore

máme vytvorené tími krízovej intervencie, ktoré sú tvorené psychológmi a tzv. peermi – zaškolenými kolegami z radov hasičov. Hasič, kolega, alebo nadriadený môžu kontaktovať koordinátora krízovej intervencie, ktorými sú psychológovia zboru, a spolu prekonzultujú a určia ďalší postup.

V stručnosti heslovite popíšeme dôvody a možnosti vykonávania krízovej intervencie v HaZZ

Vplyvy na príslušníka zboru

Na príslušníka najčastejšie vplýva pracovné preťaženie, mimoriadna zodpovednosť, neistota (nikdy nemôže presne predvídať situáciu na mieste udalosti a hoci je trénovaný, reálna situácia v porovnaní so simulovanou je predsa len iná), konflikty, časová záťaž, medziľudské vzťahy, nedostatočná informovanosť. Napr. v pokojovej fáze je srdcová frekvencia približne 80 pulzov za minútu, po vyhlásení poplachu približne 115 až 130 pulzov za minútu a na ceste k zásahu môže dosahovať až 160 pulzov za minútu.

- ▮ akútne nebezpečenstvo ohrozenia života príslušníkov zásahovej zložky,
- ▮ vyslobodzovanie dieťaťa, záchrana ťažko zraneného dieťaťa,
- ▮ zásahy s výskytom nebezpečných látok,
- ▮ zásahy pri udalostiach, pri ktorých došlo k usmrteniu a ťažkému zraneniu osôb,
- ▮ zodpovednosť za životy druhých,
- ▮ zachovanie pokoja pod tlakom,
- ▮ časová tieseň.

Potencionálne traumatizujúce udalosti

- ▮ Vážne ohrozenie, alebo poškodenie vlastného zdravia a života, alebo telesnej nedotknuteľnosti
- ▮ Vážne ohrozenie, alebo poškodenie zdravia a života detí, manžela/ky, blízkych príbuzných, kolegov, priateľov
- ▮ Prežitie toho, ako iná osoba bola v dôsledku nehody, fyz. násilia vážne poranená, alebo zomrela
- ▮ Zážitky z nasadenia pri mimoriadnych udalostiach a katastrofách
- ▮ Obet', rukojemník, únos
- ▮ Prestrelka s následkom úmrtia, ťažkého zranenia

Čo môže vyvolať posttraumatickú reakciu?

- Osobné straty, alebo zranenia
- ◆ obava zo zranenia

- ◆ samotné zranenie
- ◆ smrť

Traumatizujúce podnety

- ◆ trpiace obeť
- ◆ smrť obeť
- ◆ smrť dieťaťa
- Zlyhanie záchrany
- ◆ sklamanie
- ◆ pocity viny
- ◆ pocity nedostatočnosti, zlyhania

Faktory, ktoré oslabujú psychickú odolnosť voči profesijne extrémnym záťažiam

- ▮ Traumatické skúsenosti z osobného života
- ▮ Počet vysoko zaťažujúcich nasadení
- ▮ Nasadenie s ohrozením života
- ▮ Malá dôvera v kolegiálnu podporu
- ▮ Malá, nedostatočná sociálna podpora v súkromnej oblasti
- ▮ Podceňovanie, negatívne hodnotenie práce verejnosťou, nadriadenými

Ciele v starostlivosti o traumatizované osoby

- ▮ Naučiť sa žiť so spomienkami
- ▮ Nedovoliť rozvinutie, resp. odbúrať vyhýbavé správanie
- ▮ Integrovať traumy do kolobehu života
- ▮ Upustenie od minulosti a vybudovanie novej perspektívy do budúcnosti

Stratégie starostlivosti o traumatizované osoby

1. Podporiť vlastné zvládanie situácie
2. Normalizovať nenormálne
3. Odbúrať vyhýbavé správanie
4. Dať životu nový zmysel

Možné proky starostlivosti o traumatizované osoby

1. Rozšírenie kompetencie na zvládanie stresu
2. Krízová intervencia na mieste
3. Bezprostredné následné spracovanie nasadenia (do 24 hod)
4. Štruktúrované následné spracovanie nasadenia (48 – 72 hod)

5. Opatrenia následnej starostlivosti

6. Terapia

LEGISLATÍVA

- Nariadenie ministra vnútra SR č.17/2004 o vykonávaní psychologickej činnosti a o poskytovaní psychologickej starostlivosti v HaZZ
- Pokyn prezidenta Hasičského a záchranného zboru č.19/2005 o vykonávaní krízovej intervencie a o poskytovaní posttraumatickej intervenčnej starostlivosti v Hasičskom a záchrannom zbore

Zloženie posttraumatického intervenčného tímu

- 1-2 psychológovia
- 2-3 vyškolení kolegovia
- duchovný

Skúsenosti z vykonávania a poskytovania krízovej intervencie v HaZZ

Do súčasnej doby prebehli defusingy a debriefingy v HAZÚ Bratislava, Hasičskej stanici Košice, OR HaZZ Levice, OR HaZZ Topoľčany, OR HaZZ Pezinok, KR HaZZ Bratislava, OR HaZZ Rožňava, ZB HaZZ Žilina, záchranný modul ministerstva vnútra (priebežne po ťažkých zásahoch alebo s príslušníkmi, ktorí sa prvýkrát stretli s ťažkým poranením alebo s poranením s následkom smrti, zlyhanie príslušníka pri vykonávaní odbornej činnosti, dopravná nehoda príslušníkov, dopravná nehoda príslušníkov s následkom smrti príslušníka pri služobnej činnosti, dopravná nehoda s viacnásobnými ťažkými poraneniami, nasadenie v Iráne po zemetrasení). Najčastejšie zasahovali peeri formou defusingu, a ďalšiu starostlivosť konzultovali s psychológom a postupovali podľa jeho odporúčaní. V niektorých prípadoch, kde bolo zasiahnutie silnejšie, bol nutný priamo zásah psychológa, a poskytovanie intervencie pokračovalo následnou starostlivosťou. Zatiaľ u našich príslušníkov nebola nutná terapia spojená s práce neschopnosťou. Zaujímavou skúsenosťou je aj to, že viacerí príslušníci uviedli, že už sami súkromne kontaktovali psychológa mimo zboru z dôvodu nadmerného psychického zaťaženia a hľadania pomoci pri zvládaní a odbúravaní nadmerného stresového pôsobenia. Aj z tohto vyplýva nutnosť vykonávania krízovej intervencie a poskytovanie posttraumatickej intervenčnej starostlivosti. Zo spätnej väzby od samotných hasičov ako aj ich nadriadených vyplýva, že poskytovanú krízovú intervenciu hodnotia po-

zitívne a vnímajú ju ako veľmi potrebnú. Napr. skúsenosti hasičov, ktorí začali pochybovať o svojich schopnostiach z dôvodu prežívania a pretrvávania negatívnych emócií v dôsledku prežitej traumatizujúcej udalosti zo zásahov s ťažkým poranením a smrteľnými následkami. Prejavovali sa pochybnosti typu: „toto viac nezvládnem“, „ako je možné, že to takto cítim iba ja“, „som nenormálny, že toto takto prežívam“... Tieto a ďalšie podobné pochybnosti prechádzali až do myšlienok: „táto robota nie je pre mňa“, „iní to takto neprežívajú“, „radšej odídem“... Pri ceste na zásah k dopravnej nehode a pri prvotnom pohľade na „vraky“ sa dostávajú myšlienky „nech tam nie sú deti“, alebo dokonca „radšej nech sú už tam všetci mŕtvi“, čo vysvetľujú zážitkami z udalostí, kde im zachraňovaní zomreli počas vyslobodzovania, popr. „v náručí“, čo niekedy prežívajú ešte ťažšie. V rámci intervencie sme riešili aj problémové vzťahy na pracovisku, negatívne prežívanie emócií vyplývajúcich z osobných a pracovných vzťahov ako aj nezvládanie a tzv. nakopenie pracovných úloh aj z dôvodu negatívneho emočného zahltenia. Ukázalo sa, že zasiahnutie a z toho vyplývajúce prežívanie u týchto príslušníkov bolo podobné prežívaniu príslušníkov po náročných zásahoch.

Po vykonanej intervencii príslušníci vyjadrili úľavu, pochopenie svojho stavu, znormlizovanie prežívania emócií a lepšiu integráciu, a aj príjemné prekvapenie, že sa niekto zaujíma o ich aktuálny psychický stav, o ich prežívanie. Dokonca niektorí zmenili aj svoje priority, prehodnotili rebríček hodnôt, čo sa prejavilo nielen vo vykonávaní činností v zbore, ale k lepšiemu sa zmenil aj ich osobný a rodinný život. Prejavila sa aj skutočnosť, že osobné a rodinné problémy významne zasahujú do vykonávania činností v zbore, negatívne vplývajú na pracovný výkon, a identifikácia sa s obeťami napomáha rozvinutiu akútnej reakcie na záťaž, ktorá môže prerásť až do posttraumatickej poruchy zo záťaže, a pri neriešení danej situácie by mohla nastať trvalá zmena osobnosti po extrémnych záťažoch.

Každý človek je jedinečná, neopakovateľná osobnosť, a je potrebné takto k nemu aj pristupovať. Interakcia s prostredím nie je u každého rovnaká, ale mechanizmy pôsobenia poznáme, a je potrebné na ne adekvátne reagovať s prihliadaním na osobnostné rozdiely a aktuálny psychický stav s cieľom pri silnom zasiahnutí pomôcť k integrácii jednotlivca, k znovu obnoveniu psychických a fyzických síl hasiča a k plnohodnotnému osobnému, ale aj pracovnému životu.

POČIATOČNÉ ŠTÁDIÁ ZVLÁDACÍCH STRATÉGIÍ U DETÍ V PREDŠKOLSKOM VEKU

Schusterová Iveta
KPFFTU

V príspevku sa odkláňame od čiste biologického a somatického nazerania na dieťa a uprednostňujeme jeho vnímanie v prepojení so sociálnym kontextom konkrétne prostredníctvom interpersonálnych spôsobov riešenia záťažových situácií.

A hoci sa na prvý pohľad môže zdať, že vyššie povedané sa netýka dieťaťa v predškolskom veku práve pre osobitosti tohto vekového obdobia, ktorými sú: 1. intenzita citov, citová nestálosť, ovplyvniteľnosť, expresívnosť 2, prvopočiatkové prebúdzanie vôle v kontraste s doznievajúcim vzdorom 3, sebauvedomenie, vzťah k sebe, 4. rozvoj svedomia a pocit viny 5. vzťahové tlaky niekedy až protichodné v mikro a mezoprostredí dieťaťa a z toho vychádzajúci široký diapazón zjavných, vedomých, ale i nevedomých interpersonálnych prejavov správania, sa pokúsime porozumieť utváraniu a rozvíjaniu zvládacích stratégií v ich iniciálnom štádiu.

Keď zosumarizujeme spomínané osobitosti, ťažko sa dá napasovať definícia osobnosti dospelého jedinca na formujúcu sa detskú osobnosť. Utvárajúca osobnosť dieťaťa predstavuje modifikovateľný, meniaci sa vzorec opakujúcich sa a novoutvárajúcich sa interpersonálnych situácií, ktoré charakterizujú rané obdobie jeho života a realizujú sa najmä v rodine a materskej škole.

A preto nie sú prekvapivé reakcie mnohých kolegov dokonca stúpenčov psychológie zdravia – či nie je príliš skoro v predškolskom veku uvažovať o zvládacích stratégiách. Môže mať predškolské dieťa stratégiu? Rozviňme túto úvahu ďalej – ak ju nemá, lebo na ňu nedorástlo – žije mimo bežného života v akomsi skleníku, kde je pripútané aspoň na jedného významného dospelého, ktorý žije dva životy svoj a tohto dieťaťa. Nasleduje otázka – dokedy? Do adolescencie – uvádzam toto obdobie preto, lebo s ním je spätá väčšina výskumov copingových stratégií, štýlov, ktoré predpokladajú zvládacie zdroje (salutory) či už vnútorné (osobné psychické

zdroje zvládania), alebo vonkajšie (sociálne), a samozrejme situačné charakteristiky prostredia. Je možné, aby zrazu precitlo ako „spiaca Ruženka“, prerušilo tesnú väzbu a začalo žiť samé za seba a patrične všetky tri predpoklady na účinné zvládacie procesy začalo aplikovať pri eliminácii množstva stresorov?

Pre odpoveď nemusíme chodiť ďaleko. Je všeobecne známe, že v rámci klinicko-psychologickej diagnostiky je v závere správy zvyčajne pripojená prognóza. Ide len o snahu odpatologizovať klinické problémy zo zorného uhla normy resp. zdravia? Alebo je tu badateľný moment potreby vyčlenenia psychológie zdravia, ktorá sa nielen spája s preventívnymi intervenciami, ale aj zastrešuje prevenciu na všetkých jej úrovniach v klinickej, psychoterapeutickej, alebo výchovnej praxi.

A keď si uvedomíme všeobecne platnú tézu vo väčšine psychologických smerov, ktorá súhlasne potvrdzuje význam raných vekových období pre celý ďalší vývin jedinca javí sa nám iniciálne štádium zvládacích stratégií v predškolskom veku (neskoršom) ako jedno zo základných životných smerovaní – zmysluplne štrukturuje život.

Podstatou vývinu psychiky jedinca je socializácia a individualizácia. Pokiaľ v socializácii ide o premenu z biologickej bytosti na bytosť ľudskú, v individuálnom vývine sa v priebehu mnohotvárných vzťahov utvára postupne jedinečné Ja – socializované Ja, také ktoré sa dokáže uspokojivo sebarealizovať v intenciách prežívania pohody (well-beingu). Nemôžeme pri tom ignorovať odlišný mechanizmus, detí v porovnaní s dospelými, v postupe prenikania do bezprostredného prostredia (viď tab.1.) Tabuľka jasne ukazuje, že postup kontaktu je úplne opačný aj keď nerozlišuje medzi činnosťou, ktorá sa samozrejme vzhľadom na vek mení. U dospelého ide o aktívnu činnosť – prácu, u dieťaťa – v 2. úrovni ide o znovu-vyvolanie deja v detskej hre, čím vzniká citová viazanosť.

Tab.1. Postupnosť pri kontakte s prostredím u dospelého a dieťaťa.

	dospelý		dieťa
1.	Sprostredkovanie informácií pomocou predstáv a pojmov	1.	Aktívna spoluúčasť na dianí s priamym vkladom vôľovej činnosti
2.	Vznik osobného citového vzťahu	2.	Citové prežívanie, osobná spoluúčasť na situácii
3.	Pokyn k činnosti, výzva na vôľu	3.	Prebudenie záujmu, vznik predstáv a prvotných pojmov

Čo sa týka postupnosti zapájania psychických procesov a stavov a ich vyústenia do činnosti je poradie nasledujúce:

Dospelý 1. myslenie 2. cítenie 3. chcenie
Dieťa 1. chcenie 2. cítenie 3. myslenie

Z týchto porovnaní vychádza aj zdôvodnenie odlišného mechanizmu iniciálneho štádia zvládacích stratégií u detí v porovnaní s dospelou populáciou.

Nemôžeme teda prevziať doslovne Lazarusov(1966) model procesu zvládania, ktorý sa realizuje u dospelého na všetkých troch úrovniach. Výhoda, ktorú dospelý má, je že na 1. úrovni je myslenie, ktoré zabezpečí primárne a sekundárne hodnotenie situácie takmer súčasne s 2. úrovňou cítením, ktoré môže, ale aj nemusí ovplyvniť chcenie, a návazne samotné riešenie nakoľko dospelý človek dokáže sebaregulovať svoje ciele.

Dieťa zapája myslenie až na poslednom mieste a teda diskusia, vysvetľovanie a zdôvodňovanie v prvých dvoch úrovniach (chcenia a cítenia) je málo účinné. Dieťa v svojich sociálnych interakciách a činnostiach z nich vyplývajúcich v sociálnej percepcii výberovo vychádza z inferencie „sebastrednosti“, selektuje preň zaujímavé podnety a zjednodušené ich zoskupuje podľa ním určenej podobnosti javov. Zjednodušené to môžeme vysvetliť takto – deti v prvých siedmych rokoch života majú prirodzenú schopnosť bezprostredného sa vcítenia sa do pre ne zaujímavej činnosti a výrazových prostriedkov ľudí, ktorí ich obklopujú. Možno to ešte zjednodušiť – deti sa učia jemným, nesprostredkovaným a prirodzeným napodobňovaním. Myšlienkový proces u nich nastupuje až na tretej úrovni – preto aby sme zachovali vyššie uvádzanú postupnosť je nevyhnutné dať im možnosť spoluprežívať také správanie druhých, ktoré im dá správnu orientáciu v živote v duchu známeho „že nie je dôležité čo deťom hovoríme, ale to čo každodenne pre nimi robíme“. Z tohto dôvodu výchova a podpora sociálneho vývinu nemôže prebiehať bez rešpektovania detskej individuality a osobnosti dieťaťa, ale najmä bez názorného príkladu.

Treba však zohľadňovať dôsledne potreby predškôlaka – dostatok aktivity, pravidelný a kvalitný kontakt s vrstovníkmi i dospelými, ktoré sú súčasťou duševnej hygieny dieťaťa predškolského veku. Vtedy sa zdravé dieťa predškolského veku pomerne ľahko vyrovnáva s prechodnými nárokmi i stresom. Problematickejšie je to v prípade dlhodobého neuspokojovania niektorých základných potrieb, čo vedie k spúšťaniu obranných mechanizmov – agresivity v správaní voči okoliu i sebe samému, ale aj o „vnú-

tornej emigrácie „t.j. stiahnutia sa do svojho sveta alebo návrat do mladších vekových kategórií spojený napr. s pomočovaním, aj keď hygienické návyky dieťaťa boli dávno zvládnuté.

Stratégia zvládania stresu deti napodobňujú od dospelých podľa toho, ako dokážu dospelí stresory zobrazit' v pozitívnom svetle tak, že ich riešenie a vyrovnanie sa s nimi javí ako niečo bežné pričom sa človek necíti ohrozený, zachováva si kladný obraz seba, relatívny emocionálny kľud, prípadne dokážu zlepšiť podmienky, za ktorých sa možno zregenerovať po zážitku stresu a pokračovať v sociálnej interakcii. Keď je rodičovské riešenie stresových a náročných interpersonálnych situácií preniknuté ideálmi dobra, akceptovaním druhého, autenticitou prejavov badateľnou vo vzťahoch k sociálnym partnerom, empatiou pôjde aj dieťa v budúcnosti toto cestou.

Pre duševnú hygienu a v rámci nej aj pre psychológiu zdravia, ktorá dostala prevenciu na popredné miesto je preto potrebné u predškôlaka zväčšiť časové zapojenie autoritatívnej výchovy. Načasovať ju až po zozbieraní dostatočného množstva podnetov vlastnej detskej skúsenosti, obsahujúcich v sebe možnosť napodobňovania aj pri zvládaní náročných situácií.

Ináč sa môže uňho vytvoriť určitý automatizmus, ktorý môže prerásť i v celoživotný pasivistický štýl, podriadený už hotovým pravidlám. Rezignácia tvorivého aktívneho potenciálu dieťaťa sa odzrkadlí aj vo formujúcich sa zvládacích stratégiách, kde vôľou a energetickým potenciálom dieťa nebude schopné čeliť s plným nasadením všetkým problémom života. Rozmanitosť a intenzita sociálneho sveta materskej školy a rodiny je prirodzeným prostredím stresu, záťaže a konfliktov vo všetkých možných variantoch. Treba s nimi proste počítať. Bolo by neprirodzené, keby sme sa ich snažili nevidieť či vylúčiť z tohto prostredia. Práve ich zvládanie (orientáciou zameranou na riešenie problému prvotným svojším detským mechanizmom) v prospech rozvoja vzťahov je školou života, prevenciou a psychológiou zdravia v pravom slova zmysle zároveň.

Literatúra:

- Gruneliusová, E.(1964): Erziehung im frühen Kindesalter. Stuttgart.
 Křivohlavý, J.(1989): Obranné mechanizmy a stratégie zvládania ťažkostí.Československá psychologie, 33, č.4, str.361 – 368.
 Lazarus, R.S.(1966): Psychological Stress and the Coping Process. New York, Mc Graw Hill.

OSOBNOSŤ TYPU D

Mgr. Róbert Ďurka

V našej spoločnosti je v súčasnosti najväčší dôraz kladený na výkon. V čo najkratšom čase urobiť, čo najviac práce. Čas sú peniaze a peňazí ani času nikdy nie je dosť. Čoraz viac ľudí sa ocitá v časovej tiesni a v strese. Štúdium a vedecké skúmanie stresu je jednou z najdôležitejších úloh psychológie zdravia.

Podľa Krivohlavého (2001) je psychológia zdravia zameraná na psychicky relatívne zdravých ľudí, ďalej je zameraná na predchádzanie zdravotným ťažkostiam (ide o udržiavanie, posilňovanie a podporu zdravia) a snaží sa budovať svoje teórie vedeckými spôsobmi. So stresom sa stretávajú všetci, teda aj zdraví ľudia. Stres spôsobuje zdravotné ťažkosti, preto mu treba predchádzať a to tým, že sa o ňom pokúsime dozvedieť čo najviac. Ako sme na to poukázali, psychológia zdravia spĺňa všetky predpoklady na to, aby sa venovala štúdiu stresu.

Pojem stres (z anglického stress – napätie, záťaž) ako prvý použil kanadský endokrinológ a rodák z Komárna Hans Selye (Sdorow, 1993; Vágnerová, 1999; Krivohlavý, 2001; Kondáš, 2002). Stres je možné vymedziť ako „negatívny emocionálny zážitok, ktorý je sprevádzaný určitým súborom biochemických, fyziologických a behaviorálnych zmien, ktoré sú zamerané na zmenu situácie, ktorá človeka ohrozuje alebo na prispôbenie sa tomu, čo nie je možné zmeniť“ (Krivohlavý, 2001, s.170). Vágnerová (1999) chápe stres z psychologického hľadiska ako stav nadmerného zaťaženia či ohrozenia. Sdorow (1993) uvádza, že aj keď sa o strese hovorí v súvislosti s chorobou, tak určitý stupeň stresu je normálny a potrebný. Stres môže byť teda aj kladný, mobilizujúci, vyvolávajúci príjemné emócie, v takom prípade používame pojem eustres, pri zápornom vplyve stresu, ktorý vyvoláva neprijemné emócie, používame pojem distress (Kubáni, 1993; Sdorow, 1993; Krivohlavý, 2001; Kondáš, 2002). V súvislosti s distressom hovoríme o osobnosti typu D. Pre úplnosť sa budeme krátko venovať aj typom osobnosti A, B a C.

Osobnosť typu A sa vyznačuje hostilitou, impulzivitou, súťaživosťou, túžbou po úspechu, veľkými ambíciami, nadmernou aktivitou, zvýšeným nepokojom, necitlivosťou k okoliu (k ľuďom a k ich potrebám), zrýchlenou rečou, pocitom nedostatku času, zhromažďovaním vecí. Tento typ bol podstatne častejší u ľudí s kardiovaskulárnymi ťažkosťami (Krivohlavý, 2002; Kondáš, 2002; Miller, 2005(b)). Fred (2002) poukazuje na rozpory medzi štúdiami zaoberajúcimi sa vzťahom osobnosti typu A a vznikom a rozvojom koronárnej choroby srdca. Viacerí autori (Sdorow, 1993; Krivohlavý, 2002) uvádzajú, že jedinou charakteristikou osobnosti typu A, ktorá má súvis s chorobami srdca je hostilita.

Osobnosť typu B je charakterizovaná ako opak typu A, teda pokojným spôsobom života, rozvahou, zmyslom pre uvoľnenie, dobrou spolupracou s druhými. Ľudia s osobnosťou typu B majú dobrý zmysel pre humor, ochotu odpúšťať a zmysel pre autonómiu, títo ľudia neboli častými pacientmi na kardiovaskulárnom oddelení (Krivohlavý, 2002; Kondáš, 2002; Miller, 2005 (b)).

Osobnosť typu C je spájaná s dimenziou racionalita – antiemocionalita (Kondáš, 2002). Ľudia s osobnosťou typu C sa vyhýbajú konfliktom potlácaním svojich emócií, títo ľudia sú náchylní na rakovinu (Miller, 2005 (a)).

Osobnosť typu D zaviedol Johan Denollet so svojimi kolegami v roku 1996 pri skúmaní osôb s koronárnou chorobou srdca. Použili na to kombinovaným indukčtvo-deduktívnym prístup. Induktívny prístup spočíval v použití klastrovej analýzy, na základe ktorej boli títo pacienti charakterizovaní vysokými skórami negatívnej afektivity a zároveň vysokými skórami sociálnej inhibície. Externé meracie nástroje, ktoré neboli zahrnuté do klastrovej analýzy, že pacienti dosahovali vysoké skóre emocionálneho distressu a nízke hodnoty pre subjektívny well-being. Reliabilita tohto osobnostného typu bola potvrdená na paralelných výberoch a ďalšie skúmanie preukázalo, že títo pacienti zažívali distress aj po 15 mesiacoch od úvodného vyšetrenia. Ďalšie skúmanie bolo zamerané deduktívne na definovanie osobnosti typu D u pacientov s koronárnou chorobou srdca. Uskutočnilo sa to delením pomocou mediánov na mierach negatívnej afektivity a sociálnej inhibície (Denollet a kol., 1996).

Pre osobnosť typu D je charakteristická vysoká negatívna afektivita a zároveň vysoká sociálna inhibícia. Negatívna afektivita a sociálna inhibícia sú základné osobnostné črty (charakteristiky), pričom negatívna afektivita sa týka tendencie zažívať negatívne emócie v čase a v situáciách (Watson a Pen-

nebak, In: Denollet, 1997) a sociálna inhibícia sa týka tendencie potláčať vyjadrovanie emócií a správania v sociálnych interakciách (Asendorp, In: Denollet, 1997). Denollet (1997) ďalej hovorí, že sociálne inhibovaní jedinci môžu vnímať okolitý svet ako ohrozujúci, od iných očakávajú neuspokojivé reakcie ako neocenenie a odmietnutie, týmito reakciám sa snažia aktívne vyhnúť, a to vyvinutím stratégie, ktoré zahrňujú napr. ústup.

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

Osobnosť typu A priniesla rozporuplné výsledky pri preukazovaní jej spojitosti s kardiovaskulárnymi chorobami, osobnosť typu B ako opak typu A tým tiež stratila svoju opodstatnenosť, lebo sa nepreukázalo, že ľudia s osobnosťou typu B majú nižšie riziko ochorenia na srdcové choroby a tiež sa nepotvrdilo, že osoby s osobnosťou typu C majú väčšie riziko ochorieť na rakovinu (Harvard Health Letter, 2005). Preto bol model osobnosti typu D prijatý s pochybnosťami. Lasperance a Frasure-Smith (1996) kritizovali Denolleta a kol. za pridanie nového modelu osobnosti – osobnosti typu D – do oblasti, ktorá je preplnená podobnými konceptmi vrátane modelu osobnosti typu A. Ako ďalej uvádzajú (tamtiež), osobnosť typu D je nový koncept s nejasnými liečebnými stratégiami.

Prvým krokom v liečbe je diagnostika. Johan Denollet zostavil škálu na diagnostiku osobnosti typu D, ktorú publikoval v roku 2005 v časopise *Psychosomatic Medicine* (Denollet, 2005). Škálu nazval DS 14 a tvorí ju 14 položiek, ktoré sýtia dve subškály. Subškálu „Negatívna Afektivita (NA)“ tvorí 7 položiek a subškálu „Sociálna Inhibícia (SI)“ tiež tvorí 7 položiek. Psychometrické kvality škály boli skúmané na výbere 3813 participantov (2508 ľudí z bežnej populácie, 573 kardiologických pacientov a 732 pacientov s hypertenziou), ktorí vyplnili DS 14 (121 z nich škálu vyplnilo 2-krát) a 275 osôb tiež vyplnilo NEO-FFI. Všetky položky sýtli svoj zodpovedajúci faktor medzi 0,62 a 0,82. Škály NA a SI sú vnútorne konzistentné ($\alpha = 0,88/0,86$) stabilné v trojmesačnej perióde (test-retest $R = 0,72/0,82$) a sú ne-

závislé na nálade a zdravotnom stave. Použijúc cut-off 10 ($NA \geq 10$ a $SI \geq 10$) 1027 (28%) osôb bolo klasifikovaných ako typ D, 21% z bežnej populácie oproti 28% s kardiologickými chorobami a 53% s hypertenziou. Záverom je, že DS14 je krátky psychometrický nástroj na meranie negatívnej afektivity a sociálnej inhibície, ktorý môže byť ľahko začlenený do výskumu (Denollet, 2005).

Adekvátnosť nemeckej verzie DS14 skúmali Grande a kol. (2004) na 2421 osobách, zahrňujúcich kardiologických a psychosomatických pacientov a zdravých robotníkov. Vnútoraná konzistencia subškály negatívna afektivita je 0,87 a subškály sociálna inhibícia je 0,86. Výskyt osobnosti typu D bolo nižšie u kardiologických pacientov (25%) a vyššie u psychosomatických pacientov (62%). Výskyt osobnosti typu D bol v tomto nemeckom výbere kardiologických pacientov nižší než výskyt u zdravých robotníkov (32,5%) a nižší ako vo výberoch kardiologických pacientov v literatúre citovaných výskumoch. Záverom nemeckého výskumu bolo zistenie, že DS14 je validný a reliabilný nástroj, ale prognostická platnosť daného modelu si vyžaduje ďalší výskum (Grande a kol., 2004).

Spomínané výskumy dokazujú, že škála DS14 sa javí byť vhodným psychometrickým nástrojom na meranie negatívnej afektivity a sociálnej inhibície, a tým na zisťovanie osobnosti typu D (distres). Škála DS14 bola prevažne používaná v západnej Európe, zatiaľ čo u nás sa o osobnosti typu D vie len málo (Pozri krátku správu v časopise *Psychologie* dnes 12/2005), preto sme sa rozhodli škálu DS14 preložiť do slovenčiny (Đurka a Schwarz, 2006, preklad je uvedený v prílohe) a aplikovať ju na našu zdravú populáciu vysokoškolských študentov psychológie.

Spomínaného prieskumu sa zúčastnilo 102 vysokoškolských študentov 1. až 4. ročníka psychológie vo veku od 18 do 30 rokov (priemerný vek bol 21, 13 rokov ($SD = 1,90$)), z celkového počtu probandov bolo 13 mužov (12,7%) a 89 žien (87,3%). Priemer dosiahnutý na subškále „negatívna afektivita“ je 8,75 ($SD = 5,17$), muži dosiahli priemer 7,85 ($SD = 3,65$), ženy dosiahli priemer 8,89 ($SD = 5,36$). Priemer na subškále „sociálna inhibícia“ je 10,57 ($SD = 5,73$), u mužov to je 9,92 ($SD = 4,48$) a u žien 10,66 ($SD = 5,90$). Komparácia mužov a žien použitím neparametrického Mann-Whitneyho U-Testu nepreukázala signifikantný rozdiel medzi skupinami v žiadnej zo subškál (Subškála „negatívna afektivita“: $U = 531,00$, Sig. = 0,633, subškála „sociálna inhibícia“: $U = 569,00$, Sig. = 0,924) Ako osobnosť typu D sme identifikovali 24 študentov (23,5%), z tohto počtu boli 2 muži (8,33%, z

počtu mužov to znamená 15,38%) a 22 žien (91,66%, z počtu žien to znamená 24,72%).

Tieto výsledky nie je možné generalizovať, pretože v našom výbere bol v porovnaní s počtom žien malý počet mužov. Je však možné poukázať na to, že v škále negatívna afektivita, ktorá je definovaná ako tendencia zažívať negatívne emócie, dosiahli študenti priemerné skóre 8,75 a v škále sociálna inhibícia, ktorá je definovaná ako potláčanie vyjadrovania emócií a správania v sociálnych interakciách, dosiahli skóre 10,57. Ak by sme za priemerné skóre v oboch škálach považovali cut-off 10 (Denollet, 2005), tak môžeme povedať, že v škále negatívna afektivita dosiahli študenti v porovnaní s priemerom lepšie skóre, ale v škále sociálna inhibícia horšie skóre. Jedným z vysvetlení toho môže byť, že sa študenti ešte nenaucili vyjadrovať svoje emócie sociálne prijateľným spôsobom, alebo už niekedy zažili odmietnutie zo strany okolia po vyjadrení svojich emócií. Tieto skutočnosti poukazujú na potrebu formovať študentov psychológie aj po ich osobnostnej stránke, to znamená zamerať sa napríklad na možnosti primeraného vyjadrovania emócií v jednotlivých životných situáciách, a to nielen teoreticky, ale hlavne prakticky (vhodným sa javí využitie rolových hier).

Ako by sa teda mala zamerať pomoc ľuďom s osobnosťou typu D? Podľa Debbie Mandel (2006) by mal človek, ktorý sa nechce stať osobnosťou typu D, konať podľa nasledujúcich pokynov :

- Mal by prijať zodpovednosť za svoj život. Vylepšovať veci, tam kde sa nachádza alebo zmeniť prostredie za lepšie. Naučiť sa prijať stratu.
- Mal by sa vyjadrovať čestne, ale dávať pozor na to, ako ostatní prijímajú jeho slová. Komunikácia je dvojsmerná. Snažiť sa viac počúvať, lebo tak je možné dozvedieť sa dôležité informácie, ktoré môžu pomôcť.
- Udržiavať svoje potreby v rovnováhe s potrebami ľudí, s ktorými žije. Ak človek vie, čo ho robí šťastným, môže urobiť šťastnými aj ostatných. Nájsť na nich niečo pozitívne a povedať im to, spustí to pozitívnu energiu druhých ľudí. Dobrá energia sa odrazí (a vráti).
- Človek sa môže učiť aj z kritiky. Mal by sa s týkať s ľuďmi, ktorí s ním nie vždy súhlasia. Vypočuť si ich myšlienky a návrhy a vyvarovať sa potreby mať vždy pravdu.
- Nedovoliť, aby emocionálne potreby riadili jeho život. Pokúsiť sa opustiť svoju zónu bezpečia a hľadať zmenu. Citová bezpečnosť môže slúžiť ako klieťka.

- Nenechávať hnev riadiť budúcnosť. Staré zranenia pohlcujú energiu, čo bráni v napredovaní. (Mandel, 2006).

Miller (2005(a)) upozorňuje na to, že nie je potrebné robiť paniku, ani v prípade, ak ste osobnosťou typu D, lebo osobnosť typu D nie je samotnou duševnou chorobou. Aj ľuďom ľahko podliehajúcim stresu môže pomôcť psychoterapia, ktorá ich naučí zvládať stres. Ďalším návrhom daného autora (tamtiež) je cvičenie a diéta, ktorá znižuje riziko srdcových chorôb. Zmeny životného štýlu, ktoré posilňujú fyzické zdravie, tiež zlepšujú zdravie psychické.

Ako uvádza Fred (2002), súčasné dôkazy poukazujú na to, že typ D nahradil typ A ako dominantný osobnostný rizikový faktor pre koronárnu srdcovú chorobu. To, či model osobnosti typu D nečaká podobný osud ako predchádzajúce modely osobnosti typov A, B a C, ukáže až budúcnosť. Prítomnosť je vhodnou dobou na uskutočňovanie výskumov zameraných na spojitost osobnosti typu D a rôznych kardiovaskulárnych ochorení, na aplikovanie škály osobnosti typu D (DS14) v rôznych krajinách a zisťovanie jej psychometrických kvalít. Záverom dúfam, že sa nájde niekto, kto sa tejto oblasti psychológie zdravia a choroby bude venovať aj na Slovensku.

Literatúra:

- Denollet, J. a kol.: Personality As Independent Predictor Of Long-Term Mortality In Patients With Coronary Heart Disease. In: *Lancet*. 347, č.8999, 1996, s.417-421.
- Denollet, J.: Personality, Emotional Distress And Coronary Heart Disease. In: *European Journal Of Personality*. 11, č.5, 1997, s.343-357.
- Denollet, J. a kol.: Personality, Disease Severity, And The Risk Of Long-Term Cardiac Events In Patients With Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction. In: *Circulation*. 97, 1998(a), s.167-173.
- Denollet, J.: Personality And Risk Of Cancer In Men With Coronary Heart Disease. In: *Psychological Medicine*. 28, č.4, 1998(b), s.991-995.
- Denollet, J. a kol.: Inadequate response To Treatment In Coronary Heart Disease: Adverse Effects Of Type D Personality And Younger Age On 5-Year Prognosis And Quality Of Life. In: *Circulation*. 102, č.6, 2000, s.630-635.
- Denollet, J.: DS14: Standard Assessment Of Negative Affectivity, Social Inhibition, And Type D Personality. In: *Psychosomatic Medicine*, 67, č.1, 2005, s.89 – 97.
- Đurka, R. – Schwarz, M.: Škála DS14 (Pracovná verzia). Nepublikovaný preklad. 2006.
- Fred, H. L.: To Be B Or Not To be B – Is That the Question? In: *Texas Heart Institute Journal*. 29, č.1, 2002, s.1-2.
- Grande, G. a kol.: Evaluation Der deutschen Typ-D-Skala (DS14) Und Prävalenz Der Typ-D-Persönlichkeit Bei Kardiologischen Und Psychosomatischen Patienten Sowie Gesunden. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 54, č.11, 2004, s.413-423.
- Kondáš, O.: Psychológia a somatické choroby. In: Kondáš, O. a kol.: *State z klinickej psychológie*. Trnava, Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2002, s.103-118.

- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha, Portál, 2001.
- Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha, Grada Publishing, 2002.
- Kubáni, V.: Stres. In: Schnitzerová, E. – Kubáni, V.: Slovníkové repetitório z psychológie. Košice, UPJŠ, 1993, s.98-99.
- Lesparence, F. – Frasure-Smith, N.: Negative Emotions And Coronary Heart Disease: Getting To The Heart Of The Matter. In: Lancet. 347, č.8999, 1996, s.414-415.
- Mandel, D.: Are You A Type D Personality? Here`s The Antodote. In: <http://www.turnony-ourinnerlight.com/TypeD.html>, 28.02.2006.
- Miller, M.C.: The Dangers Of Chronic Distress. In: Newsweek. 146, č.14, 2005(a), s.58.
- Miller, M.C.: Questions & Answers. What Is Type D Personality. In: Harvard Mental Letter. 22, č.5, 2005(b), s.8.
- Pedersen, S.S. – Denollet, J.: Type D Personality, Cardiac Events, An Impaired Quality Of Life: A Review. In: European Journal Of Cardiovascular Prevention And Rehabilitation. 10, č.4, 2003, s.241-248.
- Sdorow, L.M.: Psychology. 2.vydanie. Oxford, Brown & Benchmark, 1993.
- Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese (Variabilita a patologie lidské psychiky). Praha, Portál, 1999.
- Type D Personality And Cardiovascular Risk. In: Harvard Health Letter. 30, č.10, 2005, s.3.
- Osobnostní vlastnosti ovlivňují zdraví. In: Psychologie dnes. 11, č.12, 2005, s.4.

ŠKÁLA DS14

(Pracovná verzia)

Autor: Johan Denollet

Predkladáme Vám niekoľko výrokov, ktorými ľudia často opisujú sami seba. Prečítajte si každý výrok a zakrúžkujte to číslo, ktoré vyjadruje Vašu odpoveď. V dotazníku sa nenachádzajú správne alebo nesprávne odpovede.

- 0 – výrok je nepravdivý
- 1 – výrok je skôr nepravdivý
- 2 – výrok je neutrálny
- 3 – výrok je skôr pravdivý
- 4 – výrok je pravdivý

Pri stretnutí s ľuďmi ľahko nadviažem kontakt.	0	1	2	3	4
Často spanikárim kvôli nedôležitým veciam.	0	1	2	3	4
Často sa porozprávam s ľuďmi, ktorých nepoznám.	0	1	2	3	4
Často sa cítim nešťastný.	0	1	2	3	4
Som často podráždený.	0	1	2	3	4
Často cítim zábrany v sociálnych vzťahoch.	0	1	2	3	4
Na veci sa pozerám pesimisticky.	0	1	2	3	4
Pokladám za ťažké začať rozhovor.	0	1	2	3	4

Často mám zlú náladu.	0	1	2	3	4
Som uzavretý typ človeka.	0	1	2	3	4
Radšej by som si udržal ľudí v odstupe od seba.	0	1	2	3	4
Často si uvedomujem, že sa kvôli niečomu trápim.	0	1	2	3	4
Často sa cítim byť na dne.	0	1	2	3	4
Keď som s inými ľuďmi, nenachádzam vhodnú tému, o ktorej by som hovoril.	0	1	2	3	4

Zdroj: Denollet, J.: DS14: Standard Assessment Of Negative Affectivity, Social Inhibition, And Type D Personality. In: Psychosomatic Medicine, 67, č.1, 2005, s.89 – 97.
Preklad: Ďurka, R. – Schwarz, M., 2006

TYP D A RIZIKO KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ V „ZDRAVEJ POPULÁCIÍ.“

Dušan Selko, Tatiana Dubayová

Úvod

Záujem o osobnostné a behaviorálne rizikové faktory kardiovaskulárnych chorôb (KVCH), vyvolaný požiadavkami praxe, trvá od úspešného ťaženia Framinghamskej štúdie a zrodu konceptu A typu správania (ATS) podľa Friedmana a Rosenmana v 60 rokoch minulého storočia. V 70-80 rokoch bol veľmi populárnym klinickým a teoretickým konštruktom a rozprúdil v nebývalej miere výskumné snaženia mnohých výskumných tímov na celom svete. Sme presvedčení, že prispel aj k vzniku behaviorálnej medicíny (MB) a psychológie zdravia /PZ/ (Review panel 1981; Rosenman, Friedman, 1983; Friedman, Ulmer, 1985; a i.)

Rozporuplné a protichodné výsledky longitudinálnych (ale aj farmakologicky orientovaných štúdií), viedli k spochybňovaniu tohto konštruktu (Dembroski et al. 1989 a i.) Napriek metodologickým, diagnostickým aj aplikácnym protirečeniam a nejasnostiam, ATS ako koronárny typ správania figuruje vo väčšine uznávaných, novších učebniciach kardiológie ako samostatný dôležitý rizikový faktor. Jeho najpatogénnejšou zložkou je hostilita. (Review panel. 1981). Hostilita, či už ako samostatný, alebo v rôznych kombináciách emocionálnych stavov a reakcií, najmä depresie, vyskytuje i v ďalších teóriách, zavrhujujúcich koncept ATS. V ostatnom desaťročí sa do centra pozornosti výskumníkov aj klinikov, zaoberajúcich sa epidémiou neinfekčných ochorení, dostáva popri hostilite nový konštrukt – D typ, ktorého autorom je belgický psychológ Johan Denollet.

Problém kardiovaskulárnych a nádorových ochorení je naďalej aktuálnym vo všetkých rozvinutých krajinách, pod tlakom nových informácií a zistení je nutnosť chápať multifaktorialitu i v koncepte behaviorálnych rizikových faktorov v etiológii neinfekčných ochorení. Novšie poznatky v oblasti výskumu stresu, socio-ekonomickej neistoty, sociálnej izolácie, nedostatočnej sociálnej opory, nerovnosti v zdraví ale aj medzi pohlavím

rozdielom. V 90-tych rokoch i v dôsledku globálnych spoločenských zmien v Európskom regióne výskum v tejto oblasti dynamicky napreduje v širšom ponímaní sa hovorí o psychosociálnych determinantách zdravia. Na základe mnohých štúdií vieme pomerne presne detekovať a manažovať behaviorálne rizikové faktory u chorých. Tabuizovanou a nie dostatočne prebádanou oblasťou je výskyt týchto rizikových faktorov v zdravej populácii, najmä u zdravotníkov a pomáhajúcich profesií. Týmto smerom je zameraná ja naša štúdia.

Prečo práve D typ?

Podľa autora konceptu J. Denolleta má dokázaný vplyv na kvantitu i kvalitu života pacientov – môže ovplyvňovať efekt liečby a behaviorálnu intervenciu; pacienti s D typom majú zvýšenú hostilitu, hnev, chronické napätie a zníženú kvalitu života. Depresívne symptómy a strata sociálnej opory sú častejšie u D typu. Majú zhoršený sebacit, sebavedomie, vo všeobecnosti nespokojnosť so životom a menej pozitívnych emócií (Denollet et al., 1996-2005).

Emočné problémy rezultujú do perzistentnej angíny, zhoršujú návrat do práce a vedú k chronickému abúzu psychofarmák.

Diferencujú prognosticky medzi pohlaviami výrazne v neprospech žien. D typ má silnú prognostickú hodnotu čo sa týka celkovej mortality, kardiálnej mortality a nefatálnych IM, ako aj u pacientov so srdcovým zlyhávaním (Denollet, 1996). V normálnej populácii sa vyskytuje asi v 20%, medzi pacientmi s ICHS v 27-30%, medzi hypertonikmi vo viac ako 50%.

Z čoho pozostáva:

Je výsledkom faktorovej analýzy a niekoľkoročného bádania s úsilím oddiferencovať najdôležitejšie zložky tohto rizikového konštruktu osobnosti či správania. V nižšie uvedených, najčastejšie sa vyskytujúcich komponent ako sú:

- Negatívne afekty: hnev, hostilita predovšetkým v sociálnej interakcii
- Depresívna symptomatológia
- Depresia
- Pocity vitálneho vyčerpania
- Sociálna inhibícia

Autorský tím okolo J. Denolleta vyvinul dotazník DS 14, ktorý pozostáva zo subškál negatívne afekcie (NA) a sociálna inhibícia (SI) a podľa autorov je veľmi dobre a efektívne využiteľný prostriedok na selekciu

pacientov s ochorením srdca (Denollet et al. 2005)

Pre porovnanie rozdiel medzi A typom správania a D typom: v prospektívnych štúdiách sa dokázalo, že hostilný ATS – je dôležitý rizikový faktor v etiológii, nie však v prognóze patogenézy ICHS (Hemingway, Mar-mont, 1999).

Syndróm vitálneho vyčerpania, konštrukt, ktorý predchádzal D typu, pozostávajúci z únavy, demoralizácie, nedostatku energie, iritability (Ap-pels, Meesters, 1994) bol európsko-holandskou kontrapozíciou proti boomu štúdií o ATS v osemdesiatych rokoch. Podľa autora Ad Appelsa, syndróm vitálneho vyčerpania (SVV) lepšie diferencoval v mortalite ako ATS, predikoval blížiaci sa infarkt myokardu (IM) a reIM 6 – 12 mesiacov pred jeho klinickou manifestáciou, a to spoľahlivejšie, než ATS (Apels, Go-lombeck, 1994; 1998). Okrem iného autori dokázali zvýšené riziko ko-ronárnych príhod u pacientov so SVV po perkutánnej koronárnej angio-plastike – PTCA (Kop et al. 1994).

Porovnanie D typ – syndróm vitálneho vyčerpania:

SVV je považovaný skôr za krátkodobý RF, D typ reflektuje skôr chro-nický stav (Kop, 1997). SVV môže byť aj prediktorom D typu u pacientov s ICHS a po PTCA, liečených konzervatívne, alebo aj po CABG /OR=4,74-6,35/; (Pedersen a Middel, 2001). D typ identifikuje vysoko rizikových je-dincov (Denollet et al. 2000).

Dôležitú úlohu v etiopatogenéze KVCH ale i v oboch najvýznamnejších konceptoch behaviorálnych rizikových faktorov -ATS/D-typu zohráva hos-tilita. Tento termín sa dnes používa promiskuitne, takmer podobne ako termín stress a tým sa stiera jeho skutočný význam: Hostilita v psychoso-matike, BM a PZ (na rozdiel od jej prejavov v psychopatológii alebo fo-renznej psychológii – tu je nie ponímaná ako prejav spájaný s psychopatológiou) je chápaná ako nepriateľský postoj vyskytujúci sa aj u mentálne zdravých, spoločensky a profesionálne úspešných ľudí, pozo-stávajúci z cynizmu, hnevu a tendencie k agresívnemu správaniu (Williams et al. 1988). Má významnú prognostickú hodnotu – v nepsychiatrickej po-pulácii (Williams et al., Barefoot et al. 1983; McCranie et al. 1986; Goodman et al. 1986; Iribarren et al.; 2001). Podpisuje sa aj pod ďalší aktuálny pro-blém zvyšujúci riziko KVCH – metabolický syndróm (Niaura et al., 2002) významne sa spolupodieľa na zápalových procesoch (Miller et al. 2003;) alebo nebezpečných poruchách srdcového rytmu (Eaker et al. 2004). Najmä

v D type je zrejme, že hostilita v spojení s depresiou narúšajú sociálne vzťahy a väzby postihnutého, znižujú sociálnu interakciu a sociálnu oporu/podporu, čo vedie k sociálnej inhibícii až izolácii. Jedinci v produk-tívnom veku, ochorením vytrhnutí z normálneho života, u ktorých dôle-žitú rolu pri osvojovaní si vzorcov „rizikového správania“ zohrali dôležitú úlohu procesy učenia, vzory sociálne tolerovaného násillia (tak významne zastúpeného v postindustriálnej spoločnosti), neadekvátneho zvládania chronického stresu, tlaky prostredia, ktoré sa vymykajú kontrole. Jedinci s hostilným a sociálne tolerovaným agresívnym správaním, majú veľa spo-ločné so správaním sa jedincov, u ktorých sa zistili znížené hladiny moz-gového serotonínu. Z toho sa odvíjajú aj hlavné línie výskumu: 1. BM a PZ – orientácia na správanie a jeho kontrolu (fajčenie, alkohol, pohyb, tuky, sladkosti) – čo sa nám javí ako schodnejšia a pragmatickejšia cesta; 2. ne-urofyziológicko-farmakologický prístup, orientovaný na štúdium mozgo-vého serotonínu – nepochybne atraktívnejšia, vedúca do zjavnej snahy mať problém správania pod farmakologickou kontrolou. Bipolarita správania sa jedincov s koronárnym rizikovým typom: oscilácia medzi hostilným so-ciálne tolerovaným, ale predsa len agresívnym správaním na jednej strane, môže viesť k vyčerpaniu energetických zásob, čo vedie k únave, pocitom vi-tálneho vyčerpania až k depresii. Nie je našim cieľom teraz hodnotiť prak-tický dopad paušálnej antidepresívnej terapie u kardiakov v praxi, nepochybne je to však zaujímavá výzva pre PZ z dlhodobého hľadiska.

Problém hostility je aktuálny a závažný aj u zdravej populácie, parado-xom je že aj u zdravotníkov, a to ako z hľadiska odhadu rizika vlastného zdravia, tak z hľadiska efektívneho manažmentu pacientov.

Metóda:

Na určenie D typu sme použili preklad dotazníka J. Denolleta – DS 14, ktorý sa považuje za veľmi dobrú skríningovú i klinickú techniku na urče-nie miery rizika kardiovaskulárneho zlyhania u pacientov s KVCH. Za hra-ničné hodnoty sa podľa autorov považuje skóre vyššie ako 10.

Na meranie hostility sme použili verziu dotazníka R. B. Williamsa, ktorý sme získali v rámci workshopu priamo od autora. Dotazník bol odvodený zo štandardnej škály Cook Medley Hostility Scale, bol doplnený o ďalšie otázky a adaptovaný na použitie u zdravej populácie. Obsahuje subškály cy-nizmu, hnevu a tendencie k aktívnemu agresívnemu správaniu; celkové skóre hostility je súčet troch vyššie uvedených subškál. Podľa autora má

vysokú validitu a výpovednú hodnotu (Williams a Williams, 1994, osobné zdedenie 2006). V praxi sa nám javí ako dostatočne citlivý a dobre diferencujúci medzi hostilnými a nehostilnými jedincami. Autori považujú za rizikové celkové skóre hostility vyššie ako 10.

Žiadna z použitých techník nebola u nás zatiaľ štandardizovaná.

Súbor:

Prezentujeme výsledky dvoch pilotných štúdií zameraných na monitorovanie D typu a hostility. Zamerali sme sa na skupinu pacientov v produktívnom veku, t.j. takých, u ktorých sa manifestovali prvé klinické prejavy ochorenia pred 50 rokmi ich života, u ktorých predpokladáme výraznejší vplyv faktorov životného štýlu a osobnostných rizikových faktorov ako u starších pacientov.

V 1. štúdií sme vyšetrili celkovo 60 pacientov po revaskularizácii myokardu (CABG), z toho 43 mužov a 17 žien; priem. vek bol 52 rokov (tab. 1) a 170 študentov riadneho a externého štúdia na 3 vysokých školách (Katedry psychológie FFUK v Bratislave, verejné zdravotníctvo na Trnavskej Univerzite v Trnave, Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave) z toho 32 mužov a 138 žien, údaje sú v tab. 1)

V 2. štúdií zameranej na hostilitu, sme vyšetrili celkovo 240 pacientov po CABG, z toho 165 mužov a 55 žien, pri zachovaní rovnakých vekových kritérií zaradenia do štúdie; ako kontrolné skupiny sme získali 192 študentov, resp. zdravotníckych pracovníkov (tab. 2)

Tab. 1: Štúdie č. 1 – D typ: súbor pacientov po CABG a probantov študentov denného a externého štúdia VŠ – sociálna práca a verejné zdravotníctvo

	Muži	Ženy	Spolu	x vek
Pacienti CABG	43	17	60	52
Študenti	32	138	170	27,2

Sme si vedomí metodologických úskalí prezentovanej štúdie, nielen z hľadiska použitých psychodiagnostických techník, ale i vekovej nehomogenosti skúmaných súborov, čo je však pre humánny experiment dnes bežné, a myslíme si, že i výpovedne cenné.

Výsledky

Štúdia č. 1: hodnoty v dotazníku DS 14, získané u pacientov a kontrolnej vzorky študentov sú v tab. 3. Vysoké hodnoty u pacientov sme očaká-

Tab. 2: Súbor pacientov a kontrolná vzorka v štúdií č. 2 – hostility

	Muži	x vek	Ženy	x vek	Spolu
Pacienti CABG	165	52,1	55	53,5	210
Študenti	12	23,9	38	22,8	50
Zdravotníci VŠ	22	36	28	38,3	50
Sestry	2	26	33	27,5	35
Psychoterapeut	4	40,5	11	43,6	15
Intenzívna medicína	12	34,3	20	24,5	32

vali, prekvapili nás vysoké hodnoty v kontrolnom súbore vysokoškolákov, mladých, zdravých jedincov. Zaujímavé sú heterosexuálne rozdiely v skóre D typu ako u pacientov po revaskularizácii myokardu, tak u kontrolnej skupiny – v oboch skupinách v neprospech žien.

Tab. 3:

	Muži CABG	Ženy CABG	Študenti	Študentky
D typ – NA	9,8	11,7	7,2	9,4
D typ – SI	11,6	12,7	11,2	10
SI + NA	21,4	24,4	18,4	19,4

Výsledky štúdie č. 2 – zameranej na hostilitu: sú v tabuľke č.4. Podobne ako pri D type, vysoké hodnoty u pacientov sme očakávali a potvrdili sa hypotézy o prítomnosti a patogénnom vplyve hostility u jedincov, ktorí predčasne ochoreli na ICHS. Prekvapili nás vysoké hodnoty hostility u zdravotníkov, ako lekárov, tak najmä u sestier na detskom oddelení intenzívnej starostlivosti, ale aj u psychoterapeutov v praxi.

Tab. 4:

DHW	Cynizmus	Hnev	Agresivita	Hostilita
Pacienti	6,6	5,5	5,8	17,9 *
Študenti	6,8	5,8	5,8	18,4
Zdravotníci VŠ	6,8	5,4 *	5,7	17,9 *
Lekári	8,1	4,9 *	7,2	20,2
Sestry JIS	7,5	7,5 *	6,8	21,8 *
Terapeuti	6,3	5,9	5,4	17,6 *

Podobne ako pri D type, aj v skóre hostility sme našli výrazné heterosexuálne rozdiely v neprospech žien. Zistenia sú varovným signálom – chronický stres stiera rozdiely v emocionálnych reakciách na záťaž. Pri preberaní rizikových vzorcov mužského správania, vrátane abúзов, prestáva byť prirodzená biologická ochrana žien v produktívnom veku funkčnou a zvyšuje sa riziko ich možného somatického zlyhania, čo sme prezentovali inde (Selko, 1998, 2005).

Diskusia a záver

Vysoké hodnoty behaviorálnych rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení u pacientov s klinicky potvrdenou ICHS sa považujú za samozrejmosť aj u nás, hoci v rutínnej praxi a ich manažmente sa opomínajú. Prekvapením, ale aj tajným očakávaním je zistenie ich vysokej prevalence v „zdravej“ populácii.

Výsledky zahraničných porovnávacích transkultúrnych štúdií upozorňujú na závažný fakt, že napr. aj u vysokoškolákov v bývalých krajinách „východnej – strednej“ Európy je výskyt rizikových faktorov, ohrozujúcich ich duševné aj somatické zdravie (depresia, životná nespokojnosť, nedostatočná kontrola nad situáciou, vnímaný pocit ohrozenia) vyšší ako u rovesníkov v západnej Európe (Wardle et al. 2005). I pod tlakom podobných zistení treba opatrnejšie pristupovať k paušálnemu používaniu vysokoškolákov ako kontrolný „zdravý súbor“. Kvalita kardiovaskulárneho zdravia produktívnej populácie nie je len vecou klinikov. Chýbajú nám možnosti aj potenciál venovať sa problematike podobne ako v niektorých vyspelých krajinách. Prospektívne štúdie, v ktorých sa viac ako 25 r. sledovali zdravotný stav a mortalitu rizikových lekárov a právnikov sú u nás zatiaľ utópiou (Barefoot et al. 1983; Williams et al, 1992), ale tieto výsledky môžu byť aj pre nás cennou výstrahou a výzvou.

Prečo sa v populácii zdravých mladých jedincov objavili také vysoké hodnoty?

V diskusných skupinách so študentmi na tému, prečo sú tieto výsledky také aké sú, často prevažovali odpovede vyjadrujúce pocity nespokojnosti so situáciou na školách, bezperspektívnosti, bezmocnosti a spoločenskej dezilúzie, ktoré ako keby boli v zhode s názormi ich predchodcov, ktorí boli účastníkmi už citovanej porovnávacej medzinárodnej štúdie (Wardle a spol. 2004).

Pacientov s KVCH najmä v produktívnom veku nám neubúda, skôr naopak. Osobnostné a behaviorálne faktory spolupodieľajúce sa či už pri vzniku ochorenia, alebo v jeho liečbe – výskyt D typu a hostility v populácii kardiakov je vysoký, prognóza mnohých z nich neutešená.

Stratifikácia spoločnosti, nárast neistoty, socioekonomické rozdiely v regionoch a spoločenských vrstvách, to všetko, čo zahrňame pod pojem psychosociálne determinanty zdravia: (nezamestnanosť, nerovnosti v zdraví, sociálna opora, heretosexuálne diferencie v zdraví) najmä v produktívnej populácii sa nevyhlo ani Slovensku, bytostne sa nás týka

Či je D typ, podobne ako bol ATS – módný výstrelok výskumníkov a teoretikov, alebo zástancov BM a PZ, alebo reálny konštrukt s vážnym dopadom – odpovie budúcnosť.

Pre psychológiu zdravia, pre nás všetkých zainteresovaných, je to výzva zamerať sa viac na potencionálne riziká zdravotného zlyhania aj u zdravej populácie a využiť všetok odborný, ideový i ľudský potenciál na minimalizovanie tohto rizika.

Literatúra:

- Appels A.; Meesters C.: Hostility and vital exhaustion. Two Sides of the Same Coin? 3rd International Kongres of Behavioral Medicine, Amsterdam, 6-9 July 1994., Abstr. book s. 39
- Appels, A., Golombek, B.: Denollets type D personality increases the risk of sudden cardiac death. In: 5th International Congress of Behavioral Medicine, Copenhagen, August, 1998, Abstracts s. 2.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom W.G., Williams, R.B.: Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 1983; 45, 59-63
- Coronary prone behaviour pattern and CHD – Critical review: Review panel – CPB and CHD. *Circulation* 1981; 63:6, 1999-2015
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T., Grandits, G.A.: Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 1989, 51 (5), 514-522
- Denollet J., Sys, S.U., Stoobant, N., Rombouts, H., Gillbert, T.C., Brusaert, D.L.: Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 1996; 347: 417-421.
- Denollet, J. et al.: Personality, Disease Severity, and The Risk Of Long-Term Cardiac Events In Patients With Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction. *Circulation*. 97, 1998, 167-173.
- Denollet, J. et al.: 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*. 102, 6, 2000, 630-635.
- Denollet, J.: DS14: Standard Assessment Of Negative Affectivity, Social Inhibition, And Type D Personality., *Psychosomatic Medicine*, 67, 1, 2005, pp. 89 – 97.
- Diamond, E.L.: The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*. 1982; 92, 410-433
- Friedman, M., Ulmer, D.: Treating type A behavior-and your heart. A.A. Knopf Inc., Toronto,

- 1985,308 p.
- Iribarren C., Sidney S., Bild, D.E. et al.: Association of hostility with coronary artery calcification in young adults. The CARDIA Study. JAMA, 2000; 283:19; 2546-2551
- Knox, S.S., Siegmund, K.D., Weidner G., et al.: Hostility, social support, and coronary heart disease in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. Am J Cardiol., 1998; 82: 1192-1196
- Rosenman, R.H., Friedmann, M.: Relationship of type A behaviour pattern to coronary heart disease. Selye's guide to stress research, 2, Van Nostrand Reinhold, New York, 1983, 47-106
- Selko D.: Psychosociálne rizikové a protektívne faktory ICHS u žien. Kandidátska dizertačná práca. SÚSCH/FFUK, Bratislava, 1998, 95s.
- Wardle J., Steptoe A., Guliš G., et al.: Depression, Perceived Control, and Life Satisfaction in University Students from Central, Eastern and Western Europe. Int.J. Behavioral Medicine, 2004; 11; 1, 27-36
- Williams R.B., Barefoot, J.C., Califf R.M. et al.: Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. JAMA, 1992; 267(4), 520-524
- Williams R.B., Williams V.: Anger kills. Harper Perennial, New York, 1994, 229p.

VPLYV TELESNÉHO POHYBU NA PSYCHICKÉ ZDRAVIE

Tomáš Gregor, PhD., PaedDr., CSc.

Univerzita Komenského Bratislava, Fakulta telesnej výchovy a športu,
Slovenská republika

Obezita a civilizačné choroby majú v modernom svete charakter pandémie. Spôsobuje ich hypokinetický spôsob života a vysoké psychické zaťaženie, ktoré sú typickým prejavom a zároveň závažným problémom v súčasnosti. Výsledkom sú i mladých ľudí rôzne psychosomatické ťažkosti, bolesti chrbta, kĺbov, žalúdočné problémy, nešpecifické bolesti hlavy, ako i rozsiahle dôsledky v oblasti psychiky súčasného človeka. Nedostatočná telesná aktivita a slabá telesná kondícia spôsobuje životnú maladaptáciu, ktorá vedie k celkovej životnej nespokojnosti. Taktiež zvýšená psychická záťaž ústiaca do stresu sa stala pre každého človeka známou skutočnosťou a slovo stres (mám nervy) i depresia (mám depku) sú často vyslovované, aj keď ich obsah je chápaný skôr intuitívne, bez jasnej predstavy psychologického obsahu týchto slov.

Stres je pôvodne prastará biologicky účelná reakcia, ktorá aktivizuje jedince v situáciách ohrozenia. Výslednou reakciou je potom tendencia človeka riešiť ohrozenie útekem alebo útokom a zdoláním prekážky. V oboch situáciách sa organizmus musí pripraviť na zvýšenú aktivitu a výdaj energie. Zvýši sa aktivačná úroveň, arousal a spustia sa príslušné nervové a hormonálne reakcie. Zrýchli sa činnosť srdca a dychová frekvencia, krv je prednostne distribuovaná do svalov a zvýši sa i svalový tonus. Okrem aktivizácie fyziologických procesov dochádza pri strese i k výraznej zmene aktuálneho psychického stavu jedinca. V dnešnej spoločnosti hlavným zdrojom stresu je predovšetkým sociálne prostredie, v ktorom nie je možné reagovať na stresy pohybovou aktivitou, čím by sa pôvodne účelná fyziologická príprava na telesnú aktivitu kanalizovala a odreagovala. Kumuláciou neodreagovaných stresov dochádza k zvýšeniu vnútorného napätia, ktoré sa po dlhšej dobe môže stať nepríjemným zdrojom úzkosti. Neskôr nastúpi vnútorný zmätok, nesústredenosť a zhoršenie nálady smerom k depresii. Každý z nás v bežnom živote hľadá nejaký spôsob, aby sa zbavil stresu, znížil nepríjemné

vnútorné napätie, uvoľnil a odreagoval sa. Najprirodzenejšou, najzdravšou a i veľmi účinnou cestou k odreagovaniu sa alebo k abreakcii stresu je pohybová aktivita.

Ak sa zamýšľame nad významom pohybu, tak môžeme povedať, že pohyb je základným prejavom života. Inak povedané: pohyb je život a život je pohyb. Pri hľadaní odpovede na otázku, čo je to život môžeme z fylogenetického pohľadu povedať, že akákoľvek forma života sa od neživej hmoty odlišuje tromi atribútmi. Živý organizmus, či už z rastlinnej alebo živočíšnej ríše si vždy:

- vymieňa energiu a látky s okolitým prostredím, ekotopom
- vyznačuje sa orientáciou a aktívnym pohybom, lokomóciou v prostredí
- reprodukuje sa

Z uvedeného možno vyvodíť, že antidotom, protijedom proti veku je iba striedme stravovanie, teda jesť menej ako jeme a dostatočný pohyb, teda pohybovať sa ďaleko viacej, ako sa pohybujeme.

Z antropogenetického hľadiska sú pohyby človeka spolu s telerecepciou hlavne zrakom a sluchom základným prostriedkom poznávania okolitého i vzdialenejšieho životného prostredia, čiže poznávania okolitého priestoru a času. Pohybová činnosť človeka má teda základný význam pre vznik a ďalší vývoj ľudskej gnózie, poznávania a reflektovania okolitého sveta. V tomto zmysle je teda pohyb svalov, kostí a kĺbov prostredníctvom proprioreceptorov takým istým zmyslom ako zrak a sluch. Spoločne nám potom umožňujú základné poznanie sveta i vlastného tela.

V historickom kontexte možno vysledovať, že význační myslitelia si povšimli a uvedomovali význam pohybovej aktivity pre zdravý vývin človeka a zakomponovali ho do svojich medicínskych a pedagogických koncepcií.

Kalokagatia je snáď najznámejší ideál telesne a duševne kultivovanej osobnosti. Kalokagathia, kalos kai agathos – krásny a dobrý. Dnes môžeme iba ťažko rekonštruovať presný zmysel a význam tohto slova, i keď žijeme v helénskom kultúrnom okruhu. I taký odborník ako Vojtech Zamarovský (2001) uvádza iba opis, v ktorom ide: „O telesnú krásu spojenú s duševnou ušľachtilosťou vo vyvážennej jednote. V najširšom chápaní kalokagathie ide o harmonický rozvoj tela i ducha, o súlad telesnej zdatnosti a krásy s morálnou statočnosťou a šľachetnosťou. Ideály kalokagathie a olympizmu nám po ich stratení v stredoveku oživil a sprítomnil Miroslav Tyrš a Pierre de Coubertin.

Nevyváženosť telesnej a duševnej stránky osobnosti signalizuje nerešpektovanie množstva exaktných informácií o nezameniteľnosti, nenahradiiteľnosti a nezastupiteľnosti pohybovej aktivity. Prastará múdrosť mens sana in corpore sano – v zdravom tele zdravý duch naznačuje, že ak telesná výchova nesporne prispieva k telesnému zdraviu tak takým istým dielom prispieva i k zdraviu duševnému.

Túto tézu podporuje i Hippokratova znalosť a skúsenosť, že orgán, ktorý je stvorený pre funkciu, musí túto funkciu aj vykonávať, inak zomiera.

Zaujímavý je i pohľad J. J. Rousseaua, ktorý hovorí: „Čím je telo slabšie, tým viac rozkazuje, čím je silnejšie, tým viac poslúcha.“

Telesný pohyb je vlastne fyzickou realizáciou samotnej existencie človeka, čo Komenský vyjadril vo svojej téze fabricando fabricamur, ktorá znamená, že človek sa utvára vo vlastnej aktivite. Hošek (2001)

Ak použijeme súčasnú medicínsku a farmakologickú terminológiu, tak aktuálny krátkodobý telesný pohyb a tréning má na psychiku nasledujúce krátkodobé účinky.

- anxiolytický, znižujúci, rozpúšťajúci úzkosť, strach, nepokoj, napätie
- antidepresívny, znižujúci stiesnenosť, sklúčenosť, smútok
- trankvilizačný, upokojujúci, ukludňujúci, utišujúci, zmiernujúci psychické napätie vyvolávajúci vnútorný pokoj a rovnováhu
- myorelaxačný, znižujúci tonus, napätie, stuhnutie svalov
- analgetický, znižujúci, zmiernujúci, tlmíaci bolesť

Rozsiahle výskumy potvrdzujú, že po tridsiatich až štyridsiatich minútach aerobných pohybových aktivít ako sú: rýchla chôdza, beh, beh na lyžiach, cyklistika, plávanie, korčuľovanie, veslovanie, kanoistika a aerobik, dochádza k vylučovaniu endorfínov do krvného obehu. Endorfíny sú vnútorné opiáty, ktoré navodzujú dobrú náladu, psychickú pohodu, často až do stavu ľahkej eufórie. O tomto antidepresívnom a trankvilizačnom účinku aerobných pohybových aktivít sa môže presvedčiť po približne po tridsiatich až štyridsiatich minútach každý.

U anaerobnej pohybovej aktivity ako napríklad posilňovanie prevažuje anxiolytický vplyv. Účinným mechanizmom je v tomto prípade v najväčšej miere pravdepodobne zmena stavu svalovej sústavy. Potvrdzuje to i výskum, ktorý v USA vykonal Raglin, a záverom ktorého bol poznatok, že silový tréning konkrétne posilňovanie vo fitnesscentrách vyhľadávajú práve jedinci s vyššou hladinou úzkosti ako vlastnosti osobnosti. Títo jedinci majú ten-

denciu intenzívnejšie prežívať úzkosť a pri posilňovaní pociťujú jeho pozitívny, anxiolytický vplyv na svoj psychický stav. Stackeová (2004)

Myorelaxačné účinky telesných cvičení sa dajú veľmi dobre využiť pri syndróme bolesti chrbta, ktorý je spôsobený psychosociálnym stresom. Pri strese stúpa psychické napätie a úmerne s ním i svalový tonus. Ten ale nestúpa vo všetkých svalových skupinách rovnomerne. V strese je dýchanie plytké a povrchné, takže sa do neho zapája menej svalových skupín v oblasti krku, šije a ramien, ako v relaxovanom stave. U nezapojených svalov potom stúpa svalový tonus, spôsobujúci až svalové spazmy, ktoré potom vyvolávajú bolesti v oblasti krčnej chrbtice a hlavy. Najčastejšie sa jedná o spazmus hornej časti trapezového svalu. Pre silový tréning je charakteristické, že pri ňom dochádza k vysokým rozdielom vo svalovom napätí. Pri akčnej, činnej fáze dochádza ku kontrakcii svalov a pri následnej fáze uvoľnenia k relaxácii svalov. Táto zvýšená dynamika činnosti svalov potom spôsobí celkové zníženie svalového napätia, myorelaxáciu v celom tele, teda i v tých svaloch, ktoré neboli pri posilňovaní aktuálne zapojené. Pri relaxácii dochádza i k zmene dýchania, prevažovať začína brušný typ dýchania.

Pravidelná dlhotrvajúca pohybová aktivita a tréningová činnosť, ktorá trvá minimálne tri mesiace a viac, výrazne zlepšuje telesnú kondíciu, a tým prináša nasledujúce dlhodobé osobné a osobnostné zisky:

- zvyšuje sebadôveru človeka a zlepšuje jeho sebadovedomie, ktoré spoločne vedú k sebaakceptácii jedinca a uvedomenia si vlastnej hodnoty a identity
- zvyšuje pocit zodpovednosti voči svojmu zdraviu a tým i sebe
- rozvíja kontrolu a zvládanie záťažových situácií a prostredníctvom zlepšeného sebaovládania zvyšuje psychickú stabilitu
- dlhotrvajúci športový tréning spôsobuje, že človek sa všeobecne cíti lepšie a telo mu nie je príťažou, ale naopak, zdrojom radostných pocitov

Dlhotrvajúca pohybová aktivita v kolektívnych športoch rozvíja medzilidské vzťahy

- upevňuje pocit súľaležitosti so skupinou. Zlepšuje sebauposudzovanie, sebahodnotenie a sebanachádzanie sa v sociálnom kontexte.

Jackson a Csikszentmihalyi (1999) považujú šport za obohatenie života, za jeden zo zdrojov zážitku prúdenia, plynutia (flow), ktoré sú zdrojom radosti a šťastia. Tieto zážitky zahŕňajú prežívanie zdraru, úspechu, radosti, dobrodružstva, spolupráce a súťaženia, porovnávanie sa s rovesníkmi, uče-

nie sa novým zručnostiam, byť v čomsi dobrým, víťaziť, vnímať svoju tvorivosť, dokončenia úlohy s následnou katarziou, a ďalšie stavy optimálnej skúsenosti. Vrcholoví športovci popisujú rôzne fenomény zážitku flow pri finálových súťažiach a rekordných výkonoch. Je to žiaduci zážitok, ktorý napomáha výkonnosti. Je ale veľmi spontánny a nedá sa natrénovať. V priebehu vlastnej aktívnej športovej kariéry som zažíval zážitok flow ako najaktuálnejšiu prítomnosť, a ako akúsi tečúcu spontánnosť, akoby prienik nevedomia do aktuálneho prežívania. Taktiež som zažíval akoby spomalenie času, kedy sa CNS akoby programoval na následnú úspešnú akciu.

Niektoré psychoterapeutické výcvikové programy ako napr. Knoblochova Integratívna psychoterapia, SUR (Skála, Urban, Raboch) s pohybovými aktivitami pracujú. Vo všeobecnosti ale možno povedať, že pohyb má veľké možno dosiaľ i nevyužívané možnosti v psychoterapii. Predovšetkým je ale žiaduce, aby sa o blahodárnych krátkodobých a dlhodobých účinkoch pohybu presvedčili na vlastnom tele samotní psychológovia. V prípade, že sa rozhodnete začať s telesným pohybom a športovým tréningom je dôležité dodržiavať nasledujúce pravidlá:

- Poradte s odborníkom, ktoré pohybové aktivity by pre vás vzhľadom k vášmu zdravotnému stavu boli optimálne.
- Zvoľte si taký druh pohybovej aktivity, ktorá vám prináša najväčšiu radosť. Pohyb pre vás nesmie byť ďalším stresom.
- Objem a intenzitu pohybovej aktivity zvyšujte iba pozvoľna. Bolesť nie je cieľom cvičenia.

Každý začiatok je ťažký. Naučte sa mať rád šport a prijať ho ako súčasť denného programu svojho života.

Na vypracovanie základných motorických zručností a návykov je potrebných šesť až osem týždňov. Za túto dobu organizmus zužitkuje tréningové zaťaženie, prejavia sa adaptačné zmeny a fyziologický účinok cvičenia.

Asi za dvanásť týždňov, približne po troch mesiacoch budú účinky cvičenia na vás vidieť i navonok.

Pohybová aktivita človeka konkretizovaná v pohybových režimoch zahŕňa nasledujúce funkcie:

- zdravotno – hygienická: predstavuje zvyšovanie telesnej zdatnosti a pohybovej výkonnosti človeka, zmysluplnú náplň voľného času a kompenzáciu jednostranného, napr. pracovného alebo študijného zaťaženia
- formatívno – výchovná: predstavuje formovanie pozitívnych hodnoto-

vých orientácií, rozvoj osobnosti v pozitívnej záujmovej činnosti, osvojovanie mravných vlastností a noriem, sebaopoznanie, sebahodnotenie, sebaakceptácia, sebarealizácia

- socializačná: vytváranie možností pre sociálne kontakty a vzťahy, osvojovanie si spoločenských noriem, rolových pozícií, vzorcov správania, získanie sociálnych skúseností.
- sebarealizačná – osvojovanie si a rozvoj potrieb, záujmov, sklonov, individuálnych predpokladov, schopností v príťažlivej činnosti podľa vlastného výberu, voľby
- stimulačná – vplyv na správnu funkciu všetkých orgánov a orgánových sústav najmä vo vývojovo mladších etapách
- kompenzačná – vplyv, ktorý pôsobí ako prvok stabilizácie vnútorného prostredia prostredníctvom vyrovnávania jednostrannej záťaže
- ochranná – preventívna: uplatňovanie pozitívnych aspirácií, túžob. Získavanie zážitkov fungujúcich ako prevencia, napr. sociálne – patologických javov
- regeneračná a rehabilitačná – vplyv urýchľujúci regeneračné a rehabilitačné procesy po únave, preťažení, chorobe, úraze pri liečení závislosti a pod.

Osobitný zdravotno-preventívny potenciál má najmä vytrvalostná, cyklická, aeróbna pohybová aktivita, napr. turistika, rýchla chôdza, beh, beh na lyžiach, plávanie, bicyklovanie, korčuľovanie, aerobik, tanec, veslovanie a pádlovanie, aeróbne cvičenie na aparáturách (pohybové pásy, stacionárne bicykle atď.). Pri týchto aktivitách sú v činnosti predovšetkým veľké svalové skupiny, čo pôsobí výrazne stimulujúco na dýchaciu a obehovú sústavu. Z fyziologického hľadiska ide o dosiahnutie a uplatnenie vysokého stupňa aeróbnych schopností organizmu, ktoré najlepšie charakterizuje maximálna spotreba kyslíka. Energetická spotreba organizmu je tu hradená oxidatívnym štiepením živín.

Cooper (1990) charakterizuje priaznivé účinky aeróbnej pohybovej aktivity nasledovne:

- zvyšuje sa celkové množstvo krvi, čím dochádza k lepšiemu transportu kyslíka v tele a tým k lepšiemu znášaniu namáhavej telesnej činnosti,
- zvyšuje sa vitálna kapacita pľúc, čo podľa niektorých výskumov súvisí s predĺžením života,

- srdcový sval mohutnie, je lepšie zásobovaný krvou, čo ovplyvňuje jeho morfológické parametre a následne funkčné možnosti – pri každej systole je srdce schopné prečerpať väčšie množstvo krvi,
- zvyšuje sa množstvo lipoproteínov s vysokou hustotou (HDL), znižuje sa pomer celkového cholesterolu k cholesterolu HDL, čo pôsobí ako prevencia (znižovanie rizika) artériosklerózy.

Nervová sústava

Nervová sústava ako určujúce koordinačné, regulačné a integračné zariadenie ľudského organizmu podmieňuje a umožňuje samotný priebeh adaptácií. Zároveň sa pod vplyvom pravidelných pohybových aktivít zdomakňuje priebeh nervových dejov – sila, pohyblivosť a rovnováha procesov podráždenia a útlmu, čo zvyšuje rýchlosť spracovania informácií, výkonnosť nervových buniek.

Zvyšuje sa plasticnosť nervovej sústavy, teda jej spôsobilosť vytvárania nových a prepracovávaní alebo zlepšovania podmienených reflexov prejavených navonok v podobe pohybových návykov a zručností.

Zvyšuje sa enzymatická aktivita a biochemická prestavba, čo zväčšuje výkonnosť mozgového tkaniva najmä v motorických oblastiach a tým umožňuje dlhšie udržanie činnosti a neskorší nástup únavy. Upravuje tiež reakciu organizmu na stresogénne faktory tak, že zvyšuje jeho rezistenciu (odolnosť) voči pôsobeniu stresových situácií.

Adaptácia vegetatívneho nervového systému (sympatikus, parasympatikus) vytvára predpoklady na efektívnejšiu reguláciu vnútorných orgánov a tým sa významne podieľa na ich hospodárnej činnosti tak pre telesnom zaťažení, ako aj v pokoji. Všeobecne platí, že sympatikus stimuluje činnosť systémov organizmu, ktoré zabezpečujú svalovú prácu a naopak tlmi aktivitu orgánov, ktorých činnosť nie je na svalovú prácu bezprostredne nutná.

Parasympatikus zasa naopak aktivuje tie funkcie a metabolické procesy, ktoré vedú k reštitúcii energetických zdrojov a obnove pracovného potenciálu organizmu. Súčasne tlmi aktivitu orgánov, ktoré priamo pripravujú organizmus na telesné zaťaženie.

V rámci adaptácie na vytrvalostné zaťaženie dochádza už za niekoľko týždňov k postupnému vegetatívne preladeniu smerom k prevahe parasympatikusu. Typickými znakmi takéhoto preladenia sú pokles pokojovej frekvencie srdca, krvného tlaku a zníženie frekvencie dýchania. Zvyšuje sa tak funkčná rezerva jednotlivých orgánov na ich stimuláciu sympatikom.

Prevaha parasympatiku vedie aj k rýchlejšiemu zotavovaniu po telesnom zaťažení. Ďalšou črtou je menej výrazná sympatikotonická reakcia na stresogénne stimuly vrátane psychických.

Literatúra:

HOŠEK, V.: Pohyb a kvalita života. In: Psychologie dnes. roč. 7, 2001, č. 6, s. 18-19.

JACKSON, S. – CSIKSZENTMIHALYI, M.: Flow in Sport. Champaign Illinois : Human kinetics, 1999.

STACKEOVÁ, D.: Fitnes. Praha : UK, 2004.

ZAMAROVSKÝ, V.: Vzkriesenie Olympie. Bratislava: Perfekt, 2001.

JOGA – ZNOVUOBJAVENÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ METÓDA

V príspevku uvádzame niekoľko základných informácií o joge, z ktorej princípov vychádzajú rôzne moderné psychologické techniky. Využívajú sa nielen k sebapoznaniu a autoregulácii psychického stavu človeka, ale aj v psychoterapii, v psychosomatickej a holistickej medicíne na ovplyvnenie celkového zdravotného stavu, ako aj vo vrcholovom športe, dokonca u kozmonautov na zvýšenie výkonnosti.

India je pre nás ešte stále veľká neznáma, aj keď je zdrojom alebo príkladom poznania pre mnohé dnes overené moderné vedecké prístupy, okrem iného v medicíne, farmakológii ako aj v psychológii a psychoterapii. Možno je to preto, že India bola dlho kolóniou a chýbali základné vedomosti o indickej kultúre. Sanskrit sa začal v Európe sústavne študovať až koncom 18. st.. Českí osvietenci, napr. J. Ev. Purkyně, však prijali sanskrit aj vedomosti o indickej kultúre s nadšením a A. Jungmann dokonca uverejnil v roku 1823 prvú stručnú sanskritskú gramatiku. Spolu s ďalšími priekopníkmi ako K. Weinfurter, B. Kafka, K. Minařík či P. Brunton šírili u nás úspešne učenie prastarej jogy. Aj neskôr vo vysokoškolskej literatúre (Kováč a kol., 1969; Míček, 1983) sa vyzdvihujú techniky jogy, z ktorých čerpali už predtým ďalší svetoznámi autori autosugestívnych metód (Schultz, 1927; Jacobson, 1929).

V Indii však už okolo roku 1500 p. n. l. doznievala veľká kultúra miest Mohendžodáro a Harappa. Syntézou indoeurópskej a drávidskej kultúry vznikla veľkolepá indická kultúra, ktorej najstaršie zachované pamiatky sú védy. Indická sústava lekárskeho vied – ajurvéda mala mimoriadny vplyv na svetovú vedu. Ájus znamená vek, véda je veda (skoro totožné so slovenčinou). Doslova sa dá tento názov preložiť ako vekoveda, ide o vedu ako dosiahnuť vysoký vek. Už v Atharvavéde (asi 13. st. p. n. l.) sú náznaky ďalšieho vývoja indických lekárskeho vied. Okrem iného obsahovala aj rôzne psychoterapeutické prístupy a bola v nej definovaná príčina infekčných chorôb. Od 7. st. p. n. l. do 10. st. n. l. vyšlo niekoľko ďalších veľkolepých lekárskeho encyklopédií: Sušrutasanhitá (Sušrutova zbierka), Čarakasanhitá (Čarakova zbierka), Hárítasanhitá (Hárítova zbierka). Zbierky starovekých indických lekárov boli rozšírené nielen v Indii, ale aj na Blízkom východe,

v Strednej a Juhovýchodnej Ázii. Zachovali sa preklady do perzštiny a arabčiny (7. – 9. st.) a kampučský preklad (9. – 10. st.). Z arabčiny boli tieto diela preložené do latinčiny a tak ovplyvnili stredovekú medicínu v celej Európe. Je známe, že v Indii lekári kladli veľký dôraz na prevenciu a osobnú hygienu a tešili sa všeobecne veľkej úcte. (Miltner, 1986).

Termín joga pochádza zo sanskritského kmeňa *judž*, ktorý doslova znamená jednota alebo pracovať, využiť, spútať a môže byť veľmi vhodne porovnaný s termínom *joking* – spútať, ujarmiť, porobiť. Najucelenejší obraz o joge ako filozofickom systéme podáva slávna Pataňdžaliho *Jogasútra* asi z 2. st. p. n. l.. Jej základy sú omnoho staršie, a to nielen niektoré princípy, s ktorými pracuje, ale aj pojmy, ktoré používa sa nachádzajú už v najstarších písomnostiach – upanišádach, tvrdí Zbaviteľ (1993).

Jogaščittavrttiniródhah – Joga je zabránenie mysli v činnosti, uvádza Pataňdžali, hneď v druhej vete svojho diela, definíciu vlastného chápania tohto systému. (Woods, 1998; Taimni, 1999; Feuerstein, 1989).

V tomto myslení je zahrnuté aj cítenie, rozhodovanie, sny, predstavy, závery – jednoducho celý psychický okruh, celá duševná činnosť. A práve to všetko má joga eliminovať, zastaviť. Je to proces, ktorý predpokladá neľahkú a dôkladnú prípravu. A celý systém jogy je potom vlastne popisom tohto procesu, tejto cesty a tohto úsilia (Zbaviteľ, 1993).

V posledných rokoch sa joga stala svetovo známou životnou filozofiou a hathajoga pravdepodobne jednou z najčastejšie využívaných a najpopulárnejších foriem telesných cvičení. V joge neexistuje rozpor medzi náboženstvom, vedou a filozofiou. Joga je veda o komplexnom človeku. Ne predstavuje náboženstvo, je to zjednocujúci princíp nad všetkými náboženstvami a filozofiami. Tí, čo veria v Boha, budú hovoriť o vzťahu k nebeskému otcovi alebo univerzálnemu duchu a tí, čo nie sú nábožensky založení, môžu hovoriť o vzťahu k životu. Je to iba záležitosť sémantiky. Joga je totiž spôsob života, vychádza v ústrety ľudskej potrebe po vyrovnanej mysli a učí praktickej aplikácii koncentrácie a meditácie pre každodenný život. Je vedecká pretože mnohé jej techniky boli overené súčasnými vedeckými metódami. Svojimi metódami a technikami sa podieľa na riadení mysle, kontrole a regulácii emócií aj tela. Joga je štvorstupňové vedomie:

1. *stupeň* zahŕňa vedomie tela, uvedomenie si ako pracuje, ako sa o neho starať, ako ho milovať a uctievať. Netreba telo zaťažovať nezdravými vecami a stavmi. Dôležité je jeho poznanie, ktoré obsahuje vedomie správnej výživy, správnych návykov, správneho cvičenia,

správneho prostredia, odpočinku a relaxácie, vedomie toho, čo telo robí.

2. *stupeň* je vedomie vplyvu emócií na telo. Správne emócie (vyrovnanosť, radosť, súcit, porozumenie, túžba slúžiť) majú pozitívny, blahodárny vplyv na telo samotné. Negatívne, deštruktívne emócie (žiarlivosť, nenávisť, závisť, chtivosť a chamtivosť) majú veľmi škodlivý vplyv na telo. Treba si uvedomiť emócie už v okamihu keď vznikajú, skôr ako sa človek dostane pod ich vplyv.
3. *stupeň* je vedomie mysle a vedomie toho, ako myseľ môže riadiť emócie a telo.
4. *stupeň* je vedomie vedomia, popísané ako tzv. kozmické vedomie, *samádhi*.

Radžajoga (aštangajoga) – osemdielna cesta začína piatimi etickými pravidlami: nenásilie, neklamanie, nekradnutie, kontrola zmyselnosti a nežiadosť aj piatimi zásadami: vnútorná a vonkajšia čistota, mentálna vyrovnanosť, disciplína mysle, sebaopoznanie pomocou introspekcie, poslušnosť vyššej mysli, ktorá sa prejavuje intuíciou. Je to najkomplexnejšia metóda jogy, ktorej jedným zo základov je hathajoga – telesná joga.

Hathajoga je systém preventívnych a terapeutických ásan, krijí a mudier. Každá poloha má svoj špecifický účel a nemali by sme k nej pristupovať iba ako ku cvičeniu. Ide skôr o techniku ako kontrolovať myslou telo. Do hathajogy patria tiež techniky prečisťovania tela a jeho orgánov. Svoju úlohu tu hrá diéta, hygiena a problematika mentálneho zdravia a niektoré spôsoby kontrolovania dychu. (Gítánanda, 1999).

Bhole, bývalý riaditeľ výskumnej časti Inštitútu na liečenie jogou Kaiyavadhama v indickej Lonavle, ktorý vyučoval predmet Joga na lekárskech fakultách v Indii tvrdí, že joga bola vytvorená pre aspekt bytia, pre výchovu jedinca, aby bol vyrovnaný a harmonický. Princípy jogy sú vedecké a lekárske veľmi jasné. Majú svoj význam v programe telesnej ako aj psychickej zdatnosti. Cvičenec sa nesnaží súťažiť či nahradiť jogou iný šport. Joga má iné ciele – vzdelávacie. Učí človeka: introspekciu – sebaopoznanie, sebaopoznanie – pochopiť, čo sa v jeho tele deje na základe empirie (vlastnej skúsenosti), vedome riadiť dýchanie, vedome relaxovať, zlepšiť si koncentráciu, nácvik správnych pohybových vzorcov a správneho pohybovému stereotypu, koordinovať pohyb, vedome riadiť rôzne telesné funkcie a procesy, vedome riadiť emócie, korigovať telesnú či psychickú nerovnováhu. Bhole (1981).

Carl Gustav Jung, jeden z najväčších mysliteľov 20. storočia a najvýznamnejších bádateľov vnútorného sveta človeka, spoluvorca psychoanalýzy a zakladateľ analytickej psychológie napísal psychologický komentár ku kundalíni jogy. Tvrdil, že kto študuje tantrickú jogu a hinduistickú psychológiu, nájde najprepracovanejší systém psychických vrstiev, ktorý môže taktiež objaviť aj v starých nemeckých alchymických knihách. (Jung, 1992).

O dosiahnutie stavu nadvedomia sa usilovali hlavne zástupcovia tantrajogy, známymi magickými rituálnymi praktikami, ktorej počiatky sa datujú k prelomu medzi 2. a 1. tisícročím pred n. l.. Jogíni dokazujú, že pomocou určitej komplexnej prípravy (telesnej aj duševnej) je možné ovládnuť, podriaďovať riadeniu a kontrole svoje pravedomie a nadvedomie. Definujú ich už v Džagannáthatantre, jednom z najstarších zachovaných tantrických spisov, pravdepodobne z posledných storočí pred n. l.. Zdôrazňujú používanie sústavy cvičení, ktorých zmyslom je obnoviť zabudnuté funkcie pravedomia. To sa vraj prejaví vo vypätých stavoch, pri hystérii alebo v hypnóze. V tomto spise sa píše aj to, že lekár si má predstaviť zdravý a normálne fungujúci orgán skôr ako ho začne liečiť. Dôležité cvičenia sú najmä poloha šířásana (stoj na hlave) a dychové cvičenia v rôznych polohách, pričom najdôležitejší je spôsob dýchania. Cvičenia k oživeniu pravedomia sú rôznorodé a týkajú sa všetkých piatich zmyslov. Dôležité pri cvičení sú sústavnosť, vytrvalosť a pevná viera v úspech. Ak sa obnovia niektoré zabudnuté funkcie pravedomia, potom sa dá pristúpiť k prebudeniu nadvedomia – tzv. hadej sily, čo by však malo byť pod vedením skúseného majstra, gurua. Texty však dôrazne varujú všetkých nevedomých, nepripravených a neskúsených, pretože je nebezpečná a môže vyvolať rôzne telesné a psychické choroby. Človek, ktorému funguje pravedomie a ktorý prebudil svoje nadvedomie je naopak schopný mimoriadnych, neuveriteľných a zdanlivo nadprirodzených, nemožných výkonov, nepodlieha emóciám a afektom, je bystrý v myslení a uvažovaní, presný v rozhodovaní a dokonalý v konaní, žije radostne a vyrovnane všestranne aktívnym životom a starne omnoho pomalšie. Hladia sila kundalíni je totiž výsledkom telesného a duševného úsilia, ktorým jednotlivec ovládne svoj vegetatívny nervový systém, je schopný ho riadiť podľa svojej vôle. (Miltner, 1986).

Stanislav Grof, humanisticky orientovaný psychoterapeut, jeden zo zakladateľov transpersonálnej psychológie tvrdí, že aj keď sa s pojmom kundalíni v jeho najprepracovanejšej forme stretávame v Indii, významné paralely existujú v mnohých kultúrach a u mnohých náboženských skupín

– v taoizme, kórejskom zen budhizme, tibetskej vádzrajáne, sufizme, v tradícii slobodomurárov, u krovákov Kung v africkej púšti Kalahari,

u severoamerických indiánskych kmeňov, zvlášť Hopi aj inde. O podobných javoch opakovane priniesla správy aj mystická tradícia východných kresťanov, hesychasmus. Grof spolu s manželkou vytvorili techniku holotrónneho dýchania, umožňujúcu dostať sa do transcendentných oblastí ľudskej psychiky a prežiť opätovne jej obsah. Tvrdí, že to môže prispieť k integrácii osobnosti a komentuje zážitok smrti aj znovuzrodenia, stavy vedomia nielen v rámci konvenčnej reality a časopriestoru, ale aj prežitky presahujúce tieto hranice ako aj transpersonálne zážitky psychoidnej povahy, ktoré je možné dosiahnuť práve telesnými, dychovými a koncentračnými technikami jogy. Autor nakoniec sám priznáva, že vychádzal aj z týchto cvičení a podáva široký komentár k možnostiam liečenia psychosomatických chorôb aj k transformácii osobnosti na vyššiu kvalitatívnu úroveň. (Grof, 1992).

Aj keď súčasní psychológovia môžu považovať určité termíny použité v texte za zastaralé, z uvedených lekárskejších a psychologických názorov je zrejmé, že jogu je prastará psychoterapeutická metóda, z ktorej sa vyvinuli aj ďalšie účinné moderné psychologické a psychoterapeutické metódy.

Literatúra:

- Bhole, M. V.: Tradiční jóga a současná realita. Brno : TJ Moravská Slavia, 1981. 60s.
 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.
 Feuerstein, G.: Yoga-Sutra of Patanjali. Inner Traditions India Home Office, Rochester 1989, 179 s.
 Gítánanda, G.: Jóga krok za krokem. Dobra & Fontána, Brno 1999, 364 s.
 Grof, S.: Dobrodružství sebeobjevování. GEMMA 89, Praha 1993, 257 s.
 Jacobson, E.: Progressive relaxation. University of Chicago Press, Chicago 1929, 229 s.
 Jung, C. G.: Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Academia, Praha 1992, 208 s.
 Kováč, D. a kol.: Psychologická propedeutika. SPN, Bratislava 1969, 220 s.
 Míček, L.: Duševní hygiena. SPN, Praha 1983, 207 s.
 Miltner, V.: Lékařství staré Indie. Zdravotnické nakladatelství Avicenum, Praha 1986, 208 s.
 Schultz, J. H.: Über rationalisiertes autosuggestives Training (Autogene Organübungen). Berlin 2. Allg. Ärztl. Kongr. Psychoter. Bad Mannheim 1927; Hirzel, Leipzig 1927.
 Taimni, I. K.: The science of yoga. The Theosophical Publishing House, Adyar 1999, 448 s.
 Woods, J. H.: The yoga – system of Patanjali. Motilal Banarsidass Publishers Private Limited, New Delhi 1998, 381 s.
 Zbavítel, D.: Hinduizmus a jeho cesty k dokonalosti. Dharma Gaia, Praha 1993, 143 s.

VPLYV JOGOVÝCH CVIČENÍ NA KVALITU ŽIVOTA STARŠÍCH ŽIEN

V príspevku sme poukázali na pozitívne výsledky dokumentované v dotazníku po použití experimentálneho programu jogových cvičení u žien staršieho veku. Výsledky dokázali, že jogové cvičenia sú vhodnou pohybovou aktivitou pre seniorov, ktorá môže zlepšiť kvalitu ich života, prispieť k zachovaniu či výraznému zlepšeniu ich zdravotného stavu a tým k predĺženiu aktívneho veku.

V súčasnom období sa na celom svete ľudia dožívajú vyššieho veku. Aj v Slovenskej republike stále zvyšujúci sa počet starších ľudí potvrdzuje prieskum Štatistického úradu SR (**VEDA 1995, 1998, 2003**). V porovnaní s ostatnými krajinami Európy sa ľudia u nás dožívajú o 6 – 8 rokov menej. Najvyššia úmrtnosť je na choroby obehovej sústavy, druhou skupinou sú nádory. Mimoriadne vysoká chorobnosť je na väčšinu závažných neinfekčných ochorení, ako sú: hypertenzia, ischemická choroba srdca, akútne infarkt myokardu, neurózy, vredová choroba žalúdka, dvanástorníka, cukrovka, ochorenia vertebrogénneho aparátu. V posledných rokoch stúpa aj výskyt a závažnosť psychických ochorení (**Bollardtová – Hlava, 2000**). **Litomerický (1994)** konštatuje, že náhla zmena sociálnej situácie a prechod do inaktivity vedú často k závažnému súboru telesných aj duševných porúch a prispievajú k vysokej chorobnosti a úmrtnosti. Zlý zdravotný stav je príčinou mnohých predčasných úmrtí, nízkej kvality života, ale i vysokých nákladov na starostlivosť o starších ľudí. Podľa **WHO (1986)** je zdravie stav úplnej telesnej, mentálnej a sociálnej pohody, avšak uvedená pohoda alebo blaho je výsledkom toho, že ľudia bez chorôb žijú v súlade so svojim prostredím a sebou navzájom. **Rosival – Zikmund (1992)** konštatujú, že definícia zdravia podľa WHO opisuje skôr všeobecnejší stav pocitov životnej spokojnosti, ktorý súvisí s tým, že človek dosahuje v rozličných oblastiach želanú úroveň kvality života. Patria sem nielen telesné a psychické zdravie, ale aj viaceré aspekty života človeka, ktoré slúžia k uspokojovaniu jeho potrieb a nárokov. K základným bio-psycho-sociálnym znakom zdravia, ktoré úzko súvisia s kvalitou života človeka, patria najmä telesná a psychická nezávislosť a výkonnosť v každodenných aktivitách, neprítomnosť

závažnejších telesných a psychických ťažkostí, schopnosť zvládať a prekonávať stavy rozličnej nepohody a napokon aj vitálnosť a radosť zo života.

Pojem kvalita života možno všeobecne chápať ako súbor telesných, psychických a sociálnych aktivít človeka vo vzťahu k jeho ekosystému. Týka sa naplnenia životných potrieb a spokojnosti v živote, vyjadruje mieru adaptácie na životnú situáciu. Pre kvalitu života je podstatný subjektívny pocit, čiže sebahodnotenie človeka a objektívne hodnotenie má iba doplňujúci význam, tvrdí **Gúth a kol. (1995)** a definuje kvalitu života ako všeobecný psychologický „wellbeing“, považovaný za subjektívnu skúsenosť, ktorá obsahuje okrem iného pocit energie (sila, vitalita), pocit uvoľnenia (schopnosť relaxovať) a hedonický tonus (schopnosť prežívať radosť a rozkoš), telesné a duševné zdravie (prípadne príznaky a prejavy ochorenia). **Zikmund (1992)** zdôrazňuje, že človek a spoločnosť by si mali vštepiť správanie a spôsob života, ktoré chránia a rozvíjajú zdravie. Okrem iného sem patria aj špeciálne postupy, pomáhajúce človeku zvládnuť životné záťaž priaznivým vplyvom na jeho psychickú a psychofyziologickú reaktivitu, napr. relaxačné metódy. To je v súlade s využitím jogy ako terapie, pretože podľa **Kuvalayananda – Vinekar (1963)** joga mala už pred stáročiami nasledovný koncept vývoja choroby: psychická porucha funkčne poškodenie bunkové ochorenie štrukturálne zmeny. S touto koncepciou vzniku metabolických a psychosomatických chorôb sa zhodujú aj najnovšie trendy psychosomatickej medicíny (**Votava a kol., 1988; Nagarathna – Nagendra – Monro, 1990; Šedivý, 1990; Baštecký – Šavlík – Šimek, 1993; Doležalová, 1993; Bierach, 1995; Gítánanda, 1995**). Uvedieme iba niekoľko autorov, ktorí skúmali pozitívny účinok jogových cvičení na rôzne zdravotné problémy: dýchacie problémy **Bhole (1976)**, **Bhole – Karambelkar (1971)**, diabetes a iné metabolické ochorenia **Karambelkar (1976)**, **Rao (1976)**, problémy s trávením a vylučovaním **Parandekar (1933)**, **Wittkower -Dhawan (1933)**, hypertenziu a iné srdcovocievne ochorenia **Gabrilove (1950)**, **Schneider – Zangari (1951)**, zníženie vysokého krvného tlaku a menežment ischemickej choroby srdca u pacientov po srdcových infarktoch **Benson a kol. (1973)**, **Patel (1973)**, svalové bolesti, bolesti chrčtice a hlavy **Buray (1971)**, **Benson a kol. (1974)**, stres a znižovanie úzkosti a depresie **Vahia – Vinekar – Doongaji (1966)**, **Karambelkar a kol. (1969)**, riešenie drogových závislostí **Benson a kol. (1969)** a výchovné („peer programy“) v boji proti závislosti **Nešpor – Csémy (1996)**, rakovinu **Bolen (1973)**, **Meares (1976, 1978, 1980)**, **Secheny (1980)**. O vplyve a využití jogy v rehabilitácii

tácii u nás referovali napr. **Handzo a kol. (1988)**, **Zemánková (1996)**, **Véle (1997)** a iní. Vplyv jogových cvičení na pohybové schopnosti popisali už **De Vries (1962)**, **Therien (1969)**. Úspechy v športe dosiahli využitím jogy napr. tréneri **Bartušek (1987)**, **Kogler (2002)**, **Vojčík – Brtková (2002)**. Pre ľudí staršej vekovej kategórie je dôležitou zložkou zdravia a kvality života aj flexibilita, nakoľko spojovacie tkanivá majú sklon strácať vekom elasticitu. To je pravdepodobne príčinou mnohých bolestí v staršom veku, uvádza **De Vries (1967)**. Pretože prísun krvi do svalov sa uskutočňuje najmä vo fáze uvoľnenia, cvičenia sa majú vykonávať voľnejšie, bez zbytočného napätia. Malo by zabezpečiť spokojnosť a príjemný pocit, dodať sebaistotu, upozorňuje **Gharote (1990)**. Doterajšie výskumy u nás i vo svete, zamerané na účinky pohybovej aktivity na starších ľudí, sú značne obmedzené. **Alter (1996)** a **Shepard (1997)** uvádzajú niekoľko autorov, ktorí sledovali účinky cvičebných programov pre ľudí od 18 do 90 rokov. Zhodne prišli k záveru, že pohybová aktivita zlepšuje kĺbovú pohyblivosť a ohybnosť chrbtice aj u starších ľudí. Na zlepšenie týchto schopností sa využíva už tisícročia joga, z ktorej sa v posledných desaťročiach vyvinuli rôzne metódy strečingu, dokumentuje **Alter (1996)**. Statický strečing vychádza z metód hathajogy, tvrdí už **Rathbone (1959)**. Pri strečingu sa však venujeme iba telesnej stránke, kým joga naproti tomu má vysoko efektívne pozitívne účinky na psychiku. Strečing vykonávaný cez bolesť alebo trhavým či násilným spôsobom vyvoláva reflexy zapríčiňujúce opačný účinok ako je žiadúci, zdôrazňuje **Alter (1996)** a tvrdí, že každodenná skúsenosť a výskum dokazujú, že pomalé jogové cvičenia minimalizujú a niekedy eliminujú oslabenie kondície a sú bezpečnou formou cvičenia pre starších ľudí.

Cieľ práce bolo zistiť ako vnímajú cvičenky (staršie ženy) vplyv jogových cvičení a vytvoriť východiská pre zostavenie pohybového programu pre seniorov s využitím jogových cvičení.

Hypotézy:

- experimentálny pohybový program jogových cvičení prispeje u starších cvičeniek k zlepšeniu kvality života – telesnej kondície a psychickej pohody,
- experimentálny pohybový program prispeje k zlepšeniu zdravotného stavu cvičeniek a tým ich bude motivovať k pokračovaniu v cvičení jogy aj po skončení experimentu,
- efektívnosť experimentálneho pohybového programu umožní formu-

lovať východiská k rozpracovaniu pohybových programov pre staršiu generáciu.

Výskum absolvovali ženy staršieho veku, ktoré tvorili experimentálne súbory ES1 a ES2 a kontrolný súbor KS. Výskum sa uskutočnil v akademických rokoch 2003-2004 a 2004-2005. Dotazníkovú časť absolvovalo 40 cvičeniek experimentálnych skupín ES1 a ES2 vo veku od 55 rokov do 85 rokov, s priemerným vekom skupiny 64,5 roka. Pohybový program experimentálnych skupín ES1 a ES2 vychádzal z rovnakých princípov a zásad, odlišnosti sa vyskytovali iba jednotlivito z dôvodu rešpektovania ich zdravotných problémov. Obe experimentálne skupiny boli charakteristické tým, že cvičenky mali viaceré zdravotné problémy rôzneho druhu. Najčastejšie zdravotné problémy cvičeniek ES1 a ES2 boli: svalová dysbalancia, ochorenia chrbtice, osteoartróza, osteopénia a osteoporóza, rôzne bolesti. Ďalšie zdravotné problémy boli: astma a iné dýchacie problémy, tráviace ťažkosti a obezita, problémy s vysokým alebo nízkym tlakom krvi, gynekologické problémy, reumatické problémy kĺbov (aj s umelými kĺbmi), srdcové ochorenia (aj so strojčekom v srdci), zápal nervov, kŕčové žily, stavy po rôznych operáciách, hormonálne poruchy (hlavne štítna žľaza a pohlavné žľazy), rôzne psychické problémy. Najťažšie diagnózy boli skleróza multiplex a rakovina. Všetky zdravotné problémy neboli akútneho charakteru, takže cvičenky mohli navštevovať cvičebné hodiny pravidelne. Uvedené zdravotné problémy cvičeniek sme pred cvičením zaregistrovali, pretože boli jedným z kritérií pre výber cvičení, ktoré sa prispôbovali aktuálnemu stavu cvičeniek, pričom sme používali aj pomôcky. Pri aplikácii experimentálneho činiteľa sme vychádzali nielen z teoretických poznatkov a metodických postupov niekoľkých svetoznámych učiteľov jogy: Yesudiana, Satyanandu, Gítanandu, Kuvalayanandu, Yogendra, Iyengara, Deva Murtiho, ale predovšetkým z využitia 15-ročných vlastných skúseností z cvičenia jogy, 10-ročných skúseností učiteľa jogy Slovenskej asociácie jogy (SAJ) a lektora jogy na UTV UK aj vedomostí a skúseností získaných počas trojmesečnej stáže doktorandov v indických jogových inštitútoch.

Zrealizovaných bolo 70 cvičebných jednotiek, pričom ich frekvencia bola dvakrát do týždňa a účasť na cvičeniach bola 90 %. Každá cvičebná jednotka trvala 90 minút a obsahovala 20 až 25 cvičebných tvarov. Jednotlivé cvičenia sa opakovali 3 až 5 krát podľa vlastných pocitov cvičeniek. Orientačný počet jednotlivých cvičení bol v rozsahu 60 až 125 opakovaní podľa subjektívne vnímanej telesnej kondície a psychickej pohody

cvičeníek. Z foriem sme využívali predovšetkým skupinovú, čiastočne individuálnu a špeciálne zostavený program jogových cvičení obsahoval: dýchacie cvičenia, relaxačné cvičenia, cvičenia na zlepšenie ohybnosti chrčtice a kĺbovej pohyblivosti horných a dolných končatín, rovnovážne cvičenia, posilňovacie cvičenia. Pri cvičení sme využívali hlavne dynamické jogové cvičenia, ktoré obsahujú pomalé pohyby tela, vykonávané v rytme vlastného dýchania. Tvorili niekoľko sérií jednoduchých cvičení ako aj zmeny z jednej jogovej polohy do druhej, či čiastočné alebo zjednodušené jogové polohy. Do nášho pohybového programu sme zaradili aj niektoré jednoduché statické jogové polohy – ásany, ktoré majú podľa uvedenej literatúry silnejší terapeutický účinok na organizmus.

Dotazník ako štandardnú odbornú výskumnú metódu nášho výskumu sme použili na záver experimentu na zistenie reflexie cvičení na úrovni sebavnímania. Cieľom bolo zistiť pôsobenie programu jogových cvičení na zmenu kvality života.

Výsledky a diskusia

Pred začiatkom nášho experimentu sa cvičenky venovali rôznym pohybovým aktivitám. K najčastejšie vykonávaným patrila turistika a domáce cvičenia. Pravidelnej – aspoň jedenkrát v týždni vykonávanej teľovýchovnej alebo športovej aktivity sa v minulosti venovalo 70,2% probandiek. Zaujímavé boli odpovede na otázku „*v koľkých rokoch ukončili pravidelnú pohybovú aktivitu*“. Na základe výsledkov to bolo v priemere v 44 rokoch. Na otázku „*ako dlho sa venujete joge*“ iba niektoré cvičenky odpovedali, že sa jej venujú viac ako 1 rok. S týmto druhom aktivity sa stretlo prvýkrát počas experimentu až 86,4% žien. Na otázku „*aké máte očakávania od cvičenia jogy*“ pred začiatkom experimentálneho cvičenia, nám cvičenky poskytli podstatnú informáciu. Najčastejšia odpoveď súvisela so zlepšením psychickej pohody (93,8%) a zvýšením telesnej kondície (90,9%), a to bez rozdielu veku a charakteru práce. Z ostatných alternatív s nižším percentuálnym zastúpením uvádzali cvičenky radosť zo života, sebauspokojenie, či spoločnosť ľudí. Jednoznačné boli odpovede probandiek na otázku „*splnilo cvičenie jogy Vaše očakávanie*“. V 38 prípadoch (95,0%) bola odpoveď áno, v dvoch prípadoch to bolo čiastočne (5,0%). Nikto neodpovedal negatívne. Na otázku „*boli realizované cvičenia primerané zdravotnému stavu a veku*“ boli všetky odpovede kladné. Tým sa nám aj nepriamo potvrdilo dodržanie našej koncepcie, ktorej základnou zásadou bola primeranosť použitých cvičebných prostriedkov

vzhľadom na vek a zdravotný stav žien. Realizovaný program sa ukázal ako vhodný a prispel k zlepšeniu pocitov bez nevhodného preťaženia. Na otázku „*čo Vám prinieslo cvičenie jogy*“ boli vo všetkých skupinách najviac preferované odpovede – zlepšenie psychickej pohody a telesnej kondície. Zlepšenie psychickej pohody potvrdilo relaxačný obsah programu. Pociť zlepšenia telesnej kondície bol vysoký (nad 90,0%). Z ďalších najčastejšie uvádzaných alternatív boli radosť zo života (50,0%), člen dobrého kolektívu (15,0%), sebauspokojenie (35%). Uvedenými odpoveďami sa nám potvrdila hypotéza H2, že absolvovanie experimentálneho pohybového programu jogových cvičení prispeje k zlepšeniu telesnej kondície, psychickej pohody a ďalších faktorov subjektívneho vnímania, ktoré určujú kvalitu života. Na otázku „*je možné prostredníctvom jogy udržiavať dobrý zdravotný stav*“ sme získali 100% pozitívnych odpovedí. Rovnaké odpovede (100%) boli aj na ďalšiu otázku „*motivoval Vás program k rozhodnutiu pokračovať v cvičení jogy*“, čím sa potvrdila naša hypotéza H3, že absolvovanie programu jogových cvičení pozitívne ovplyvní cvičenky a bude ich motivovať k rozhodnutiu pokračovať v cvičení. Na základe odpovedí môžeme dedukovať, že realizácia cvičebného programu bola na takej didaktickej a motivačnej úrovni, že z pohľadu subjektívneho vnímania zanechala u cvičeníek jednoznačne pozitívne pocity a súčasne poukázala na možnosti využitia jogových cvičení pri zlepšovaní zdravotného stavu seniorov. Z tohto dôvodu môžeme označiť realizovaný program za mimoriadne úspešný. Väčšina cvičeníek nepovažovala za potrebné zaradiť do programu ďalšie cvičenia, zamerané prednostne na rozvoj pohybových schopností. Domnievame sa však, že program jogových cvičení by mal mať rozšírený obsah s väčším podielom koordinačných cvičení a cvičení na rozvoj silových schopností a považujeme za potrebné odporúčať seniorom aj aeróbne pohybové aktivity (turistiku, plávanie a pod.). V otvorených otázkach uviedli, že na telesnej úrovni bolo pre nich najväčším prínosom kvalitnejšie dýchanie, zlepšenie celkovej pohyblivosti, čiastočne rovnovážnej, silových a vytrvalostných schopností. Na psychickej úrovni uviedli najčastejšie duševnú rovnováhu, optimizmus, radosť a chuť do života, odstránenie negatívnych psychických stavov – nesústredenosť, nervozitu, úzkosť, stres, depresiu. Aplikovanie nášho pohybového programu prispelo aj k zlepšeniu zdravotného stavu cvičeníek, čo sme si overili nielen na základe ich subjektívnych vyjadrení, ale aj objektívnych lekárskeľ správ. Zaznamenali sme vyrovnanie vysokého aj nízkeho tlaku krvi, zníženie bolesti, hmotnosti aj užívania liekov a ojedinele dokumentovali aj zlepšenie svojej diagnózy

(napr. z osteoporózy na ľahšiu formu osteopénie, zníženie negatívnych príznakov pri skleróze multiplex aj pri ochoreniach kĺbov, bolestiach chrbtice a hlavy a pod.). Z vyššie uvedených odpovedí cvičeníek vyplýva, že na základe ich subjektívneho vnímania pocítili po ukončení experimentálneho programu jogových cvičení kvalitatívnu zmenu v zlepšení telesnej kondície, psychickej pohody aj zdravotného stavu. Výsledky hodnotenia nám umožnili formulovať východiská k rozpracovaniu pohybových programov jogových cvičení pre seniorov, čím sa nám potvrdila aj hypotéza H3. Ukázalo sa, že pri jogových cvičeniach je nevyhnutné vnímať ich podstatu, precítiť a pochopiť ich účinok, vykonať ich čím pomalšie, uvoľnene a koordinovane, v rytme vlastného dýchania. V úvodných cvičebných jednotkách je zrejme najvhodnejšie, na pochopenie spôsobu ako sa majú jogové cvičenia správne vykonávať, použitie pomalých pohybov, ktoré súčasne pripravia na cvičenie aj myseľ ako odporúčajú **Yesudian – Haich (1971)** a **Timčák a kol. (1981)**. Najdôležitejšie je pravidelné, najlepšie každodenné jogové cvičenie. Edukatívnym cieľom by malo byť: naučiť seniorky vykonávať správne jogové cvičenia, viesť ich k lepšiemu poznaniu svojho tela a k schopnosti zostaviť si individuálny program cvičenia podľa vlastnej potreby, možností aj schopností. Jogové cvičenia môžu motivovať a priviesť k cvičeniu tú časť populácie, ktorá nemohla alebo nechcela vykonávať iné pohybové aktivity, napr. kvôli zdravotnému obmedzeniu, pre vek, tých, čo sú skromní, nesúťaživí a pod.. Podstatné je uvedomiť si, že základný cieľ cvičenia jogy u starších ľudí je zlepšiť kvalitu ich života, motivovať ich, aby sa pravidelné cvičenie stalo súčasťou ich denného režimu. Metóda individuálneho prístupu zabezpečuje dominantnú zdravotnú funkciu (telesnú a psychickú) a pozitívny vplyv telovýchovného procesu na jednotlivca. Obsah by mal byť pestrý, účelný, zameraný na oporno-pohybový systém, dýchací systém, srdcovo-cievny systém, neurovegetatívny systém, hormonálnu činnosť, psychiku. V každej cvičebnej jednotke by sa mali nevyhnutne dodržiavať didaktické zásady cvičenia so staršími ľuďmi: postupnosť, primeranosť, sústavnosť, systematickosť a pravidelnosť.

Zhrnutie a závery

Z pohľadu plnenia cieľa a úloh výskumu sme potvrdili efektívnosť jogových cvičení ako vhodnej pohybovej aktivity pre ženy staršieho veku s rôznymi zdravotnými problémami. Experimentálne overenie efektívnosti programu jogových cvičení a jeho vplyvu na subjektívne hodnotenie účinku

pohybového programu nám prinieslo takéto výsledky:

- výsledky dotazníkového prieskumu potvrdili, že absolvovanie experimentálneho pohybového programu jogových cvičení prispelo u cvičeníek z hľadiska subjektívneho vnímania aj k zlepšeniu kvality života, čím sa potvrdila hypotéza H1. Zlepšila sa ich telesná kondícia aj psychická pohoda, cítili sa uvoľnenejšie, vitálnejšie a mali väčšiu sebaistotu, radosť zo života aj z vytvárania a upevňovania medziľudských vzťahov;
- aplikovanie pohybového programu viedlo k zlepšeniu zdravotného stavu žien. Uvedli zníženie bolesti aj zmenšenie niektorých zdravotných problémov. Považujeme to za významný výsledok pozitívneho vplyvu experimentálneho činiteľa, ktorý motivoval seniorky k zmene spôsobu života, k vykonávaniu pravidelnej pohybovej aktivity. Uvedené výsledky sú potvrdením hypotézy H2. Na základe vyjadrenia cvičeníek odporúčame, aby program jogových cvičení mal rozšírený obsah s väčším podielom koordinačných cvičení a cvičení na rozvoj silových schopností, pričom je potrebné im odporúčať aj aeróbne pohybové aktivity, podľa nás najmä turistiku a plávanie;
- overenie efektívnosti aplikovaného pohybového programu nám umožnilo formulovať
- východiská k jeho optimalizácii, čo je dôležité pri rozpracovaní pohybových programov jogových cvičení pre staršie ženy, čím sa potvrdila aj hypotéza H3. Upozornili sme na niektoré zásady cvičenia so všeobecným zvýraznením pokynov na takúto pohybovú činnosť.
- Výsledky práce poukázali, že seniorky vnímali jogové cvičenia pozitívne, a to ako hľadiska lepšieho funkčného stavu organizmu, tak aj z pohľadu psychickej pohody a uvoľnenosti. Respondentky nám potvrdili aj známy fakt, že kladné referencie o joge sú priamo úmerné času venovanému samotnému cvičeniu. Predpokladáme, že základom tejto obľúbenosti je poznanie svojho organizmu cez jogové cvičenia. Na základe uvedených výsledkov považujeme jogové cvičenia za vhodnú súčasť pohybovej aktivity seniorov, ktorá môže prispieť k zachovaniu či výraznému zlepšeniu ich zdravotného stavu a tým k predĺženiu aktívneho veku. Veríme, že spracovaním uvedenej problematiky sme viac informovali odbornú verejnosť o možnostiach využitia pozitívnych účinkov jogových cvičení a prispeli sme aj k rozšíreniu našich skúseností o pohybových možnostiach ľudí staršieho veku.

Literatúra:

- Alter, J.M.: Science of flexibility. Champaign : Human Kinetics, 1996. 372 s.
- 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.
- Benson, H a kol.: Yoga for drug abuse. New England J. Med., 281, 1969, s. 1133.
- Benson, H a kol.: Decreased systolic blood pressure in hypertensive subjects who practised meditation. J. Clint. Invest., 52, 1973, s. 8.
- Benson, H a kol.: The usefulness of relaxation response in the therapy of headache. Headache, 14, 1974, s. 49 – 52.
- Bhole, M.V.: Treatment of bronchial asthma by yogic methods. Yoga Mimansa, 9, 3, 1976, s. 33 – 41.
- Bhole, M.V. – KARAMBELKAR, P.V.: Effect of yogic treatment on blood picture in asthma patients. Yoga Mimansa, 14, 1 – 2, 1971, s. 1 – 6.
- Bierach, A. J.: Varovné signály duše. Praha : Alternativa, 1995. 169 s.
- Bolen, J. S.: Meditation and psychotherapy in the treatment of cancer. Psychic 4, 6, 1973, s. 19 – 22.
- Bollardtová, D. – Hlava, P.: Zdravotný stav obyvateľov Slovenskej republiky. In: Labudová, J.: Pohybová aktivita a šport v živote dospelých. Bratislava : SOV – Komisia ženy a šport, 2000, s. 6 – 11.
- Burly, H. C.: Athletic fitness: its role in prevention of accidents and injuries. Practitioner, 206, 1971, s. 227 – 233.
- De Vries, H. A.: Evaluation of static stretching procedures for improvement of flexibility. Res. Quart. Of AAHPER, 33, 1962, s. 222 – 229.
- De Vries, H. A.: Physiology of exercise for physical education and athletics. Los Angeles: California Staples Press, 1967. 422 s.
- Doležalová, V.: Jóga pomáha liečiť. Praha : Stratos, 1993. 74 s.
- Gabrilove, J. L.: The level of circulation Eosinophils following trauma. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 10, 1950, s. 637 – 640.
- Gharote, M. L.: Applied yoga. Lonavla : Kaivalyadhama S. M. Y. M. Samiti, 1990. 123 s.
- Gítánanda, S.: Jóga krok za krokom. Brno : Mrnušítková M., 1995. 350 s.
- Gúth, A. a kol.: Vyšetřovací a léčebné metodiky pre fyzioterapeutov. Bratislava : Lieč.reh, 1995. 448 s.
- Handzo, P. a kol.: Telovýchovné lekárstvo. Učebnica pre lekárske fakulty. Martin : Osveta, 1988. 164 s.
- Karambelkar, P. V.: Care by a diabetic through yogic techniques. Yoga Mimansa, 18, 3 and 4, 1976, s. 79 – 88.
- Karambelkar, P. V. et al.: Uropepsin excretion as influenced by some Yogi practises. Part II, Yoga Mimansa, 11, 3, 1969, s. 9 – 14.
- Kogler, A.: Yoga for every athlete. Secret of an olympic coach. Mumbai : Jaico Publishing House, 2002. 343 s.
- Kuvalayananda, S. – Vinekar, S. L.: Yogic Therapy – Its Basic Principles and Methods. New Delhi : Central Health Education Bureau, Directorate General of Health Serries, Ministry of Health, Government of India, 1963. 96 s.
- Litomerický, Š.: Zdravie – predpoklad obohacovania života starých ľudí. In: Obohacovanie života starších ľudí edukatívnymi aktivitami. Bratislava : Národné osvetové centrum, 1994, s. 48 – 53.
- Meares, A.: Regression of cancer after intensive meditation. Med. J. Austr., 2, 1976, s. 184.
- Meares, A.: Regression of osteogenic serrone metastases with intensive meditation. Med. J. Austr., 2, 9, 1978, s. 433.
- Meares, A.: Remission of massive metastasis from undifferentiated carcinoma of the lung associated with intensive meditation. J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med., 27, 2, 1980, s. 40 – 41.
- Nagarathna, R. – Nagendra, R. – Monro, R.: Yoga for common ailments. London : Gaia Books Limited, 1990. 95 s.
- Nešpor, K. – Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 203 s.
- Parandekar, M. N.: Constipation – its causes and cure. Yoga Mimansa, 4, 4, 1933, s. 332 – 337.
- Patel, C. H.: Yoga and biofeedback in the management of hypertension. Lancet, 2, 1973, s. 1053.
- Rao, B. V.: Report on the diabetic research of the government of India. Prakriti, December, 1976, s. 33.
- Rathbone, J. C.: Corrective physical education. Philadelphia : W. B. Saunders Co., 1959. 242 s.
- Rosival, L. – Zikmund, V. a kol.: Preventívna medicína. Martin : Osveta, 1992. 384 s.
- Secheny, S.: Regression of cancer of the rectum after intensive meditation. Med. J. Austr., 1, 3, 1980, s. 136 – 137.
- Shephard, R. J.: Aging, physical activity, economic and social consequences of an aging society. Aging, physical activity and health. Ontario : Human Kinetics, 1997. 488 s.
- Schneider, R. – Zangari, V. M.: Variations in clotting time, relative viscosity and other physicochemical properties of the blood accompanying physical and emotional stress in the normotensive and hypertensive subject. Psychosomatic Medicine, 13, 1951, s. 289 – 303.
- Šedivý, J.: Jóga očima lékaře. Havířov : ENTRI, 1990. 47 s.
- Therien, R.: Influence of 5 BX and a hathayogic training programme on selected fitness measures. Abstract in completed Research in Health, Physical Ed. And Recreation., Vol. 11. Washington D. C. : AAHPER., 1969, s. 125.
- Timčák, G. M. a kol.: Cvičebná látka kurzu pre začiatočníkov I. Olomouc : TJ JÓGA Olomouc, 1981. 24 s.
- Vahia, N. S. – Vinekar, S. L. – Doongaji, D.: Some ancient indian concepts in the treatment of psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry, 112, 1966, s. 1089 – 1096.
- VEDA: Vekové zloženie obyvateľstva Slovenskej republiky – ľudia postproduktívneho veku. Štatistická ročenka Slovenskej republiky. Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 1995. 588 s.
- VEDA: Vekové zloženie obyvateľstva Slovenskej republiky – ľudia postproduktívneho veku. Štatistická ročenka Slovenskej republiky. Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 1998. 750 s.
- VEDA: Vekové zloženie obyvateľstva Slovenskej republiky – ľudia postproduktívneho veku. Štatistická ročenka Slovenskej republiky. Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 2003. 744 s.
- Véle, F.: Kineziologie pro klinickou praxi. Praha : Grada Publishing, 1997. 271 s.
- Vojčík, M. – Brtková, M.: Longitudinálne sledovanie vplyvu jogových telesných cvičení v tréningu mladých basketbalistiek. Tel. Vých. Šport, 12, 2002, 2, s. 15 – 18.
- Votava, J. a kol.: Jóga očima lékařů. Praha : Avicenum, 1988. 176 s.
- WHO: Advisory Committee on health research: health research strategy for Health for all by the year 2000. Geneva : WHO, 1986. 86 s.
- Wittkower, E. – Dhawan, K.: Treatment of chronic functional constipation with the methods

- of yoga practise. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 59, 1933, s. 284 – 285.
- Yesudian, S. – Haich, E.: Yoga and health. London : Unwin books, 1971. 176 s.
- Zemánková, M.: Pohyb nad zlato. Olomouc : Hanex, 1996. 152 s.
- Zikmund, V.: Koncept zdravia. In: Rosival, L. – Zikmund, V. et al.: Preventívna medicína. Martin : Osveta, 1992, s. 355 – 363.