

Oddelenie Psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta UPJŠ

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV



Psychológia zdravia

**Psychológia zdravia v multidisciplinárnom
pohľade na zdravie**

Zborník

z 8. celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou

Košice, 2013

Psychológia zdravia v multidisciplinárnom pohľade na zdravie

Zborník príspevkov z 8. celoslovenskej konferencie Psychológie zdravia s medzinárodnou účasťou
15. máj 2013, Košice, SR

© 2013 Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach a autori jednotlivých abstraktov

Zostavovateľ:

Mgr. Zuzana Dankulincová PhD

Recenzenti:

Mgr. Mária Sarková PhD.

Ing. Lucia Bosáková PhD.

Jazyková korektúra:

Mgr. Mária Sarková PhD.

Konferencia a vydanie zborníka boli podporované Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0032-11. Táto práca bola čiastočne podporená Agentúrou pre štrukturálne fondy Európskej únie v rámci projektu CEMIO, ITMS: 26220120058 (50%).

Všetky práva vyhradené. Za odbornú stránku zborníka zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov. Rukopis prešiel jazykovou korektúrou.

Miesto a rok vydania: Košice, 2013

Rozsah strán: 81

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

ISBN 978-80-8152-059-4

Dostupné od: 01.11.2013

Zborník je zverejnený ako elektronická publikácia na adrese

<http://www.upjs.sk/pracoviska/univerzitna-kniznica/e-publikacia/#lf>

OBSAH

Psychická záťaž sestry a záťažové faktory prostredia v paliatívnej starostlivosti

Jana Sušinková.....4

Český červený kříž a psychosociální podpora. Jak na to?

Lucie Balarinová.....10

Nezastupiteľná funkcia tematiky odpustenia v psychológii zdravia

Ivana Prešinská.....18

Subjektívne prožívaná kvalita života, protektívni a rizikové faktory záťaž a zdraví

Bohumil Vašina.....28

Kvalita života žien na rodičovskej dovolenke – výsledky predvýskumu

Monika Kačmárová.....35

Overenie škály kvality života u ľudí s diagnózou schizofrénie

Gabriela Mikulášková.....44

Sýtené nápoje a mladí – prispieva moderný životný štýl k zdraviu adolescentov?

Jana Holubčíková, Peter Kolarčík, Andrea Madarasová Gecková.....54

Socio-ekonomické, behaviorálne a biologické determinanty zdravia populácie žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou

Ingrid Babinská, Andrea Madarasova Gecková, Zuzana Dankulincová Veselská a Hepa-Meta tím.....62

Sociálne determinanty zdravia školákov so zdravotným postihnutím

Daniela Brindová, Marek Kmeť.....75

Psychická záťaž sestry a záťažové faktory prostredia v paliatívnej starostlivosti

Jana Sušinková¹

¹Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Abstrakt

Cieľom práce bolo posúdiť subjektívne vnímanú záťaž sestier vzhľadom na uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov, posúdiť mieru psychického a telesného vyčerpania sestier. Na monitorovanie záťaže sestier bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, kde sa miera záťaže sestier a pocitov telesného a psychického vyčerpania hodnotili na Likertovej škále. Emitovaných bolo 135 dotazníkov na chirurgické oddelenia a na pracoviská poskytujúce paliatívnu starostlivosť. Na posúdenie rozdielov medzi pracoviskami bol použitý t-test a na posúdenie vzťahu medzi vyčerpaním a záťažou Pearsonova korelácia. V oblasti fyzického a emocionálneho vyčerpania sestier bol zaznamenaný mierny až stredný stupeň bez rozdielu typu pracoviska. Pre sestry v našom súbore boli pre oblasť uspokojovania spirituálnych potrieb najviac zaťažujúce otázky: u sestier na chirurgických pracoviskách otázky charakteru zmyslu utrpenia, umierania, či posmrtného života, pre sestry na paliatívnom pracovisku to boli odpovede na otázky v spojitosti s eutanáziou. U sestier sa potvrdil štatisticky významný ($p \leq 0,000$) vzťah medzi záťažou plynúcou z uspokojovania spirituálnych potrieb a mierou fyzického a psychického vyčerpania.

Kľúčové slová: práca, vyčerpanie, sestra, coping

Úvod

Definícia paliatívnej starostlivosti, ktorú uvádza WHO v roku 2000, zdôrazňuje, aké dôležité je v spojitosti s poskytovaním kvalitnej paliatívnej starostlivosti posúdenie potrieb pacienta.

Profesionáli, ktorí sa podieľajú na tomto procese uspokojovania potrieb, pomáhajú jednotlivcom, rodinám i skupinám. Zameriť sa komplexne na potreby pacientov je trend moderného ošetrovateľstva, pričom aktívne vyhľadávať a uspokojovať potreby pacientov a ich rodín, sa pre paliatívnu starostlivosť javí ako kľúčové. Vo vyhľadávaní základných potrieb chorého a ich uspokojovaní zaujíma významné miesto aj komunikácia. Autorky Horňáková, Štefková (2009), poukazujú na potrebu rozlíšiť verbálnu informáciu (slovo), paralingvistické prejavy a neverbálne prejavy (reč tela).

Komplexný pohľad na pacienta a jeho rodinu, telesný, psychický, sociálny a spirituálny rozmer nazývame aj štvoruholníkom holistickej starostlivosti. V našej štúdií sme upriamili pozornosť na oblasť uspokojovania potrieb duchovného, spirituálneho rozmeru a s tým súvisiacu záťaž sestry poskytujúcej paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť (POS). Pavlíček (2008) uvádza, že pri pohľade na spirituálne a psychologické aspekty možno hovoriť o ich vzájomnom prelínaní sa a totožnosti. Do určitej miery tomuto tvrdeniu dávame za pravdu, nakoľko v psychike sa odrazí to, čo prežívame na duchovnej úrovni. Spirituálna rovina je však predsa len niečo iné, hlbšie. Mohli by sme to prirovnať k stretnutiu sa s pacientom, kedy nás on „pozýva ďalej, do svojho vnútra“. Pacient v paliatívnej starostlivosti upriamuje a jeho pozornosť prechádza z telesných potrieb na spirituálne. Žiaľ, naša zdravotnícka prax kladie dôraz skôr na uspokojovanie fyziologických potrieb, spirituálne potreby sú niekde na samom konci, na čo sa zabúda. Uskutočňovanie bohoslužieb a vysluhovanie sviatostí predstavuje len jednu zložku širokej spirituálnej starostlivosti. Zdravotnícky personál, konkrétne sestra, je v tomto procese vystavená náročným psychickým a emocionálnym situáciám. Musí čeliť a byť schopná vyrovnávať sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín, prijať závažnú diagnózu pacienta, vedieť ľudsky a dôstojne sprevádzať pacienta pred smrťou a umieraním – čo sa javí ako jeden z najväčších a najčastejších stresorov v práci sestry (McVikar, 2003).

V našej práci sme si stanovili cieľ posúdiť subjektívne vnímanú záťaž sestier vzhľadom na uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov, posúdiť mieru ich psychického a telesného vyčerpania.

Metódy

Na monitorovanie záťaže sestier bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, kde sa miera záťaže sestier a pocitov telesného a psychického vyčerpania hodnotili na Likertovej škále. Emitovaných bolo 135 dotazníkov na chirurgické oddelenia a na pracoviská poskytujúce paliatívnu starostlivosť. Na posúdenie rozdielov medzi pracoviskami bol použitý t-test a na posúdenie vzťahu medzi vyčerpaním a záťažou Pearsonova korelácia.

Výsledky

Štatistické výsledky boli spracované v programe SPSS 12. Vo výskume boli použité opisné štatistické metódy, absolútne (N) a percentuálne (%) hodnoty, priemer (M) a smerodajná odchýlka (SD).

Súbor tvorilo 135 sestier, z toho 55 (40.74%) z chirurgických oddelení a 80 sestier (59.25%) z oddelení paliatívnej starostlivosti. Priemerný vek bol 33,07 rokov ($\pm 8,87$) (chirurgické pracoviská) a 37,04 rokov ($\pm 8,76$) (paliatívne pracoviská). Priemerná dĺžka praxe bola 10,01 roka ($\pm 8,18$) na chirurgických pracoviskách a 5,06 roka ($\pm 3,54$) na paliatívnych pracoviskách. Zaznamenaný bol mierny až stredný stupeň fyzického a emocionálneho vyčerpania bez rozdielu typu pracoviska. Pre sestry v našom súbore boli z pohľadu uspokojovania spirituálnych potrieb najviac zaťažujúce otázky: u sestier na chirurgických pracoviskách otázky charakteru zmyslu utrpenia, umierania, či posmrtného života, u sestier na paliatívnom pracovisku to boli odpovede na otázky v spojitosti s eutanáziou. U respondentov sa potvrdil štatisticky významný ($p \leq 0,000$) vzťah medzi záťažou plynúcou z uspokojovania spirituálnych potrieb a mierou fyzického a psychického vyčerpania.

Výsledky prezentujúce uspokojovanie spirituálnych potrieb (Tabuľka 1) potvrdzujú prítomnosť veľmi silnej záťaže, vo väčšej miere u sestier pracujúcich na chirurgii oproti sestrám poskytujúcim paliatívnu starostlivosť. Konkrétne ide o oblasť zameranú na problematiku utrpenia, umierania a posmrtného života. Zaujímavá je skutočnosť, ktorú prinášajú naše výsledky v spojitosti s prácou sestier v paliatívnej starostlivosti. Ako veľmi silnú záťaž označili otázky súvisiace s eutanáziou, otázky na tému posmrtného života a umierania.

V rámci celkového hodnotenia emocionálneho a telesného vyčerpania (Tabuľka 2) sme na škále od 1 – najnižšie do 7 – najvyššie vyčerpanie zaznamenali hodnoty 3,29 až 3,53, čo by sme mohli interpretovať ako mierne až stredné vyčerpanie. Medzi sestrami na uvedených pracoviskách sme v rámci tejto sumárnej škály nezaznamenali štatisticky významné rozdiely ($p = 0,25$).

Tabuľka 1. Miera záťaže sestier pri uspokojovaní spirituálnych potrieb

	Chirurgické oddelenia n = 55		Oddelenia paliatívnej starostlivosti n = 80		P
	M	SD	M	SD	
potreba informovanosti	2,51	0,84	1,86	0,76	0,05
nádej na vyliečenie	2,53	0,86	2,69	0,95	0,10
zmysel života	3,18	0,82	2,44	0,97	0,05
utrpenie	3,73	0,97	2,63	0,94	0,05
umieranie	3,71	0,94	2,94	1,01	0,05
posmrtný život	3,69	1,00	2,86	1,12	0,05
eutanázia	2,60	0,97	3,86	1,22	0,05
svedomie	2,33	0,96	2,29	0,92	0,05
otázky duchovného charakteru	2,60	0,85	2,01	0,82	0,05
otázky zmierenia sa so situáciou	3,07	0,94	2,65	0,94	0,10

n – absolútny počet respondentov, M – priemer, SD smerodajná odchýlka, p – štatistická významnosť

Tabuľka 2. Miera emocionálneho a telesného vyčerpania u respondentov (1 – najnižšia a 7 – najvyššia)

Oddelenie	N	M	SD	MIN	MAX
paliatívne	80	3,44	0,70	1,00	4,75
chirurgické	55	3,53	0,84	2,00	6,00

Ďalším krokom v práci bolo posúdiť prítomnosť vzťahu medzi vyčerpaním (emocionálnym a telesným) a záťažou pociťovanou pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. Výsledky (Tabuľka 3) ukazujú, že uspokojovanie spirituálnych potrieb u umierajúcich pacientov spôsobuje sestram poskytujúcim paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť signifikantne emocionálne a telesné vyčerpanie, čo v porovnaní so sestrami pracujúcimi na chirurgických oddeleniach nemožno povedať.

Tabuľka 3. Vzťah medzi vyčerpaním a pracovnou záťažou plynúcou z uspokojovania spirituálnych potrieb u sestier v paliatívnej starostlivosti

r	záťaž pri uspokojovaní ľudských potrieb -spirituálnych
vyčerpanie	0,392***

*** hladina významnosti $p < 0,000$

V našom výskume sme upriamili pozornosť v rámci uspokojovania potrieb pacientov, konkrétne na oblasť spirituálnych potrieb. Dokumentujeme fakty týkajúce sa záťaže a vyčerpania sestier, vyplývajúce z práce na oddeleniach chirurgie a paliatívnej starostlivosti. Sestry pracujúce na chirurgii pociťovali v spojitosti s uspokojovaním spirituálnych potrieb, konkrétne v problematike smrti, umierania a posmrtného života, väčšiu záťaž ako sestry na oddeleniach paliatívnej starostlivosti. Na druhej strane, sestrám pracujúcim v oblasti paliatívnej starostlivosti spôsobovali najväčšiu záťaž otázky eutanázie.

Celkové hodnotenie týkajúce sa emocionálneho a telesného vyčerpania medzi sestrami na jednotlivých pracoviskách prináša výsledky, ktoré poukazujú, že v tejto oblasti sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely. Avšak miera vyčerpania sa stupňovala u sestier pracujúcich v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, čo vyplýva z charakteru práce. Starostlivosť o umierajúceho, uspokojovanie spirituálnych potrieb u pacientov v terminálnom štádiu, otázky zmierenia sa so situáciou, či nádeje na vyliečenie prinášajú veľmi silné emočné vyčerpanie, čo sa podieľalo stredne silno na miere vyčerpania sestier. Viacerí autori, ako napr. Ondriová, Kaščáková (2008), vo svojich štúdiách poukazujú na to, že umieranie a smrť pacienta, resp. uspokojovanie potrieb umierajúcich, považujú sestry za najviac stresujúce. Ako uvádza McVicar (2003), tento jav ukazuje na existenciu ďalších faktorov ako je pracovná záťaž, vzájomné vzťahy na pracovisku, osobnostné faktory, ktoré pôsobia na intenzitu vyčerpania. K tomuto názoru sa prikláňajú aj autorky Dimunová, Raková (2008) a pripomínajú, že zvládanie pracovných povinností sestry ovplyvňuje množstvo faktorov, či už osobných, zdravotných, sociálnych alebo odborných. Nie menej významné sú aj dobré sociálne vzťahy a vzájomná sociálna opora (Katreniaková, Štefková, 2008).

Záver

V rámci profesijných zameraní povolanie sestry predstavuje jedno z najnáročnejších, stres vyvolávajúcich povolání, ktoré spôsobuje značnú psychickú a fyzickú záťaž, v závislosti od typu oddelenia, zdravotného stavu pacientov, počtu sestier v pracovnej zmene, počtu pomocného zdravotného personálu, dostupnosti pomôcok, či organizácie práce (Sušinková, Sováriová Soósová, 2011). Naša štúdia upriamuje pozornosť na situácie, ktoré sa premietajú do oblasti práce sestier a ošetrovateľského tímu v paliatívnej starostlivosti, konkrétne so

zreteľom na uspokojovanie spirituálnych potrieb. Charakter ošetrovateľskej starostlivosti na uvedených pracoviskách, otázky umierania a smrti pacientov, schopnosť reagovať na požiadavky pacienta, či členov rodín, náhle sa zhoršujúci stav pacienta, to všetko sa podpisuje pod rastúcu intenzitu stresu a záťaže sestier, vedie k problémom v oblasti emocionálnej, psychickej i sociálnej. Za účelom zmiernenia záťaže a vyčerpania sestier pracujúcich na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, sa vzhľadom na naše výsledky javia ako vhodné programy so zameraním na riešenie problémových situácií vyskytujúcich sa v procese uspokojovania spirituálnych potrieb pacientov. Podľa Křivohlavého (2010) predpokladom zvládania záťaže je poznať a mať schopnosť využívať koncepciu copingových stratégií a techník, vedieť si zadefinovať „svoj“ správny životný štýl, vedieť relaxovať, ale i efektívne využívať pracovný čas. V prípade potreby sa ako účinné pre sestry javia podporné psychologické, poradenské a vzdelávacie programy so zameraním na osobnú, emocionálnu a mentálnu reflexiu.

Literatúra

- Dimunová, L., Raková, J. (2008). Možnosti prevencie psychickej záťaže v práci sestry. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*, 14(3), 125 – 127.
- Horňáková, A., Štefková, G. (2009). Specifika komunikácie ve zdravotnickej profesii. *Sestra*, 19(5), s. 30.
- Katreniaková, Z., Štefková, G. (2008). Sociálne determinanty zdravia z pohľadu sestier. In: Kavcová, E., Sárázová, M. (Eds.): *Zborník, Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi*. Martin: JLF Univerzity Komenského v Martine, v spolupráci s firmou BERISS, 126-132.
- Křivohlavý, J. (2003). *Sestra a stres*. Praha: Grada publishing, s. 177.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (6), 633 – 642.
- Ondriová, I., Kaščáková, M. (2008). Riziká psychickej a fyzickej záťaže sestier pracujúcich s kriticky chorými. In: Šanta, M., Rybárová, L., Derňárová, L. (Eds.): *Zborník, Molisa 5 – Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: PU v Prešove, FZ v spolupráci s FNŠP J.A. Reimana v Prešove, 153 – 155.
- Pavlíček, J. (2008). Psychosociálne aspekty zomierajúcich. In: Smoleňová, L. a kol. *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, 85 – 102.
- Sušinková, J., Sováriová Soósová, M. (2011). Záťaž sestier v súvislosti s uspokojovaním ľudských potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Ošetrovateľstvo - Pohyb - Zdravie: zborník vedeckých prác*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 194-203.

Český červený kříž a psychosociální podpora. Jak na to?

Lucie Balarinová¹

¹ Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstrakt

Svět je vystaven stále větším rizikům, která přináší mimořádné události zasahující do života lidí. Poskytování potravin, přístřeší, základní zdravotní péče chápeme jako tradiční humanitární pomoc. Zničení domů a majetků bývá však spojené i s méně viditelným psychosociálním dopadem na zasažené občany amůže přetrvávat ještě dlouho po odstranění materiálních škod. Naději pro zmírnění psychických dopadů může být poskytování psychosociální podpory, kterou chápeme jako přístup podporující psychickou odolnost jedince, rodiny a komunity vůči vlivům mimořádných událostí. Mezinárodní federace Červeného kříže a Červeného půlměsíce založila v roce 1993 Referenční centrum pro psychosociální podporu (The Reference Centre for Psychosocial Support), jehož posláním je především rozvoj, inovace a šíření poznatků v dané oblasti. Český červený kříž je součástí národního záchranného systému. Dobrovolníci Českého červeného kříže, kteří poskytovali pomoc obětem mimořádných událostí (především povodní), se setkávali s potřebou psychosociální podpory, ale ne vždy na ní byli odborněpřipraveni. Cílem příspěvku je proto představit, jak Český červený kříž v současnosti připravuje své dobrovolníky na podobné situace. Obsahem příspěvku bude seznámit nejen s praktickými zkušenostmi Českého červeného kříže z nasazení při povodních v ČR, ale hlavně s nově vybudovaným systémem vzdělávání dobrovolníků Českého červeného kříže v oblasti psychosociální podpory včetně navázané a využívané zahraniční spolupráce. Český červený kříž se stal v roce 2010 členem Evropské sítě pro psychosociální podporu (ENPS - European Red Cross/Red Crescent Network for Psychosocial Support). Utvrdil tak snahu o naplňování mezinárodních požadavků na vzdělávání dobrovolníků působících v krizových situacích.

Klíčová slova: psychosociální podpora, Český červený kříž, dobrovolník, mimořádná událost

Úvod

Živelné pohromy doprovádzajú ľudstvo od nepamäti. Za rok 2010 bolo na svete evidované 373 prírodných katastrof, pri nichž zemřelo okolo 300 tisíc osob a zasáhly do života 208 miliónu ľudí. V roke 2011 to bolo 332 prírodných katastrof, zemřelo 30 733 osob a 244,7 miliónu bolo nešťastím zasaženo (Guha-Sapir a kol., 2011). Nešťastí sa nevyhýbajú ani Českej republike, ktorou v období 1997 až 2010 zasáhlo 8 povodňových událostí, pri ktorých zemřelo 116 osob a škoda bola téměř 6,6 miliónu EUR (Rektořík, Šelesovský a Bakoš, 2011).

Následky mimořádných událostí však nelze uzavřít jen „číslly.“ Zahrnují i další negativní dopady na první pohled nepozorovatelné, které mohou navíc přetrvávat ještě dlouho po obnovení materiálních škod. Jde o vlivy na psychiku zasažených i zasahujících osob. Lidé ve spojení s nešťastím mohou prožívat bezmocnost, nejistotu, vinu, strach, vztek, smutek, ale i pociťovat únavu a další tělesné potíže (Vymětal, 2009). Problematika poskytování terénní psychosociální pomoci obětem nešťastí je v Českej republike nově řešena teprve v posledních letech a ani v zahraničí není nastaven jednotný systém (Baštecká, 2005).

Celosvětově rozšířenou organizací, která prostřednictvím svých dobrovolníků pomáhá již 150 let obětem katastrof je (dále ČKaČP). Svým rozsahem (zastoupení ve 188 zemích světa) a zkušenostmi s poskytováním psychosociální podpory (*psychosocial support*) považujeme ČKaČP za kvalitní zdroj informací pro danou problematiku (Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, 2013). Psychosociální standardy Mezinárodní federace ČKaČP z let 2005 až 2007 definují termín *psychosocial support* jako *proces podporující psychickou odolnost jednotlivce, rodiny a komunity. Umožňuje rodinám se odrazit z dopadu krize. Respektuje nezávislost, důstojnost a mechanismus zvládnání krize jednotlivci, komunitami. Podporuje obnovu sociální soudržnosti a infrastruktury* (International Federation reference Centre for Psychosocial Support, 2009).

V Českej republike byla problematika psychosociální podpory ukotvena v roce 2010. Kolektivem autorů při MV-GŘ Hasičského záchranného sboru ČR vydal první *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Autoři pracují s pojmy *psychosociální krizová pomoc a spolupráce*, které definují jako *soubor reakcí, činností (a služeb), které navozují v době trvání mimořádné události anebo krizové situace a v době zvládnání jejich důsledků v zasažených lidech, rodinách, obcích a organizacích přesvědčení „nejsme na to (a v tom) sami“, „i my můžeme pomoci druhým“, „společně to zvládneme“ a „na příště se připravíme (MV-GŘ HZS ČR, 2010).“*

Na území Českej republiky funguje integrovaný záchranný systém. Dobrovolníci Českejho červeného kříže (dále ČČK) jsou jeho součástí a zasahují tak při mimořádných událostech. Do zasažené oblasti jsou povolávaní tzv. Humanitární jednotky ČČK, jejichž členové by měli být vzdělávaní a připravovaní v různých oblastech (zdravotní, technická, ubytovací, stravovací, psychosociální) (ČČK, 2013). Působení ČČK na povodních v ČR v letech 2009 a 2010, kde

mimo jiné zasahovala za ČČK i autorka, poukázalo na nutnost mít v jednotkách dobrovolníky dobře připravené právě i na poskytování psychosociální podpory. Do roku 2010 neexistoval interní systém vzdělávání v ČČK, který by odbornou připravenost dobrovolníků v oblasti psychosociální pomoci dostatečně zajišťoval. Cílem sdělení je proto představit, jak ČČK v současnosti připravuje své dobrovolníky na poskytování psychosociální podpory při mimořádné události.

Metody

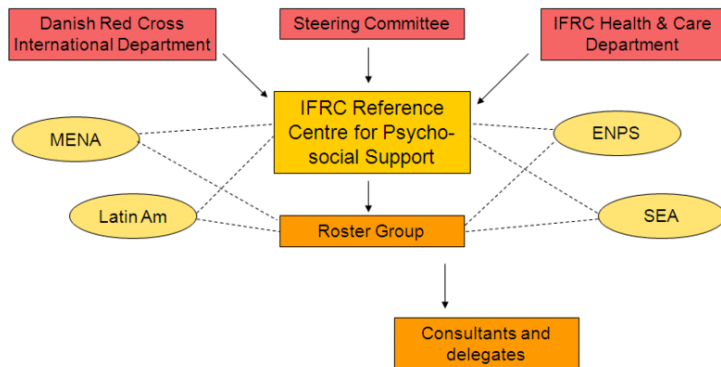
V České republice působí i řada jiných nestátních neziskových organizací (Adra, Člověk v tísni, Charita aj.), které slibují poskytování pomoci při mimořádných událostech. ČČK má však poskytování pomoci a podpory zakotveno v dokumentech např. zákon č. 126/1992 Sb., o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém červeném kříži, ve znění pozdějších předpisů (1992), zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (2000), ve Stanovách ČČK včetně schválených dodatků (1993) a v Dohodě o plánované pomoci na vyžádání uzavřené v roce 2010 mezi ČČK a MV – generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru.

Po zmiňovaných povodních (2009, 2010) byl v roce 2011 MV- generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru ČR vydán metodický list č. 9 *Ob Posttraumatická péče hasičům a psychosociální pomoc osobám zasažených mimořádnou událostí*, který charakterizuje posttraumatickou a psychosociální péči, úkoly a činnosti spojené s poskytováním první psychické pomoci zasaženým obyvatelům. Je v něm tedy jasně definována spolupráce profesionálů s nestátními neziskovými organizacemi v oblasti poskytování psychosociální pomoci (Ministerstvo vnitra, 2013). Poskytování psychosociální podpory se tak stalo nedílnou a oficiální součástí pomoci při mimořádných událostech v České republice.

Mezníkem pro systematické ukotvení psychosociální podpory v ČČK byly povodně v roce 2010 (květen 2010 – Olomoucký a Moravskoslezský kraj, srpen 2010 – Liberecký kraj). Byl zde nasazen i Ústřední krizový tým ČČK (jediný tým ČČK s celostátní a mezinárodní působností). Dobrovolníci Humanitárních jednotek ČČK a Ústředního krizového týmu ČČK byli do té doby v poskytování psychosociální podpory nesystematicky školeni státními nebo komerčními institucemi.

Změna nastala v závěru roku 2010, kdy Ústřední krizový tým ČČK oslovil Referenční centrum pro psychosociální podporu (The Reference Centre for Psychosocial Support – dále PS Centrum) pod záštitou Dánského červeného kříže s žádostí o spolupráci. PS Centrum založila Mezinárodní federace ČKaČP v roce 1993, a to jako zastřešující a odborný institut pro poskytování psychosociální podpory národních společností ČKaČP. Spolupracuje s výzkumnými institucemi v mnoha zemích (USA, Rakousko, Dánsko, Anglie) a s partnery jako jsou OSN, WHO, UNICEF aj (Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, 2013).

Obrázek 1. Systém výměny a sdílení poznatků v rámci sítě PS Centre [15]



PS Centrum nabídlo ČČK okamžitou spolupráci a přesměrování na nejbližší pobočku, kterou je Evropská síť pro psychosociální podporu (European Red Cross/Red Crescent Network for Psychosocial Support – dále ENPS) pod Rakouským červeným křížem. V listopadu 2010 proběhlo osobní setkání zástupců ČČK a vedoucích ENPS. ČČK se stal součástí ENPS po boku dvaceti dalších států Evropy (Austrian Red Cross, 2013).

Nastala důležitá fáze výměny zkušeností. Zástupci ENPS předávali praktické poznatky, znalosti i didaktické materiály dobrovolníkům Ústředního krizového týmu ČČK (kurz Train the Trainer in Crisis Intervention, účast na Annual ENPS Forum 2012 Paris). Výstupem je skupina sedmi vyškolených dobrovolníků ČČK a vznik oficiální interního kurzu ČČK *Základy psychosociální podpory*. Kurz byl sestaven podle vzoru ENPS a je realizovánv rozsahu 16 hodin. Byl podroben pilotní studii (konzultace s psychology) a obsahuje témata: Východiska a definice psychosociální podpory, teorie a praxe BASIS model (B - build a trustful relationship, A - assess the affected persons ability to act and decide and explore needs, S - (re)structure the situation, I - inform about everything that is needed, S - strengthen social networks), základy sebedpěče a podpory v týmu.

Výsledky

Doposud (6/2013) proběhlo celkem 5 kurzů ČČK *Základy psychosociální podpory* a všechny pod vedením dvou totožných lektorů z Ústředního krizového týmu ČČK. Kurzů se vždy účastnila skupina okolo 10 dobrovolníků ČČK a probíhaly o víkendech. Celkem bylo proškoleno 46 osob. Z písemné evaluace (metoda dotazníků), která proběhla na závěr každého kurzu, vybíráme tři položené otázky.

Otázka 1. Jak hodnotíte obsahovou část kurzu?

odpovídající tématu 1 2 3 4 5 neodpovídající

Otázka 2. Jak hodnotíte praktický přínos kurzu?

přínosné 1 2 3 4 5 nepřínosné

Otázka 3. Jak hodnotíte připravenost lektorů?

výborná 1 2 3 4 5 nedostačující

Pro odpovědi byla využita Likertova škála o 5 bodech. Návratnost dotazníků byla 100%, anonymně tedy odpovědělo všech 46 respondentů. Výsledky uvádíme ve dvou tabulkách.

Tabulka 1. Četnost odpovědí na evaluační otázky kurzu ČČK Základy psychosociální podpory

otázka	bod Likertovy škály				
	1	2	3	4	5
Otázka 1	39	7	0	0	0
Otázka 2	36	9	1	0	0
Otázka 3	43	3	0	0	0

Tabulka 2. Výsledky evaluačních otázek kurzu ČČK Základy psychosociální podpory

otázka	výsledek		
	medián	modus	střední hodnota (průměr)
Otázka 1	1	1	1,15
Otázka 2	1	1	1,24
Otázka 3	1	1	1,07

Diskuze

Světové statistiky uvádí, že na místě katastrof se setkáváme s 20% těžce zraněných, se 40% lehce zraněných a se 40% nezraněných (ČČK, 2013). Část jedinců ošetří profesionální záchranáři, ale větší část může zůstat na místě události v péči tzv. ostatních složek

Integrovaného záchranného systému ČR určených k druhosledové pomoci. Zmínila jsme, že tam patří i ČČK (mimojiné nestátní neziskové organizace). Studie (2012) zkoumající 506 dobrovolníků Indonéského červeného kříže zasahujících při zemětřesení v Yogyakarta 2006 ukázala, že míra přípravy, vzdělávání a organizační podpory má vliv na psychiku zasahujících. Bylo prokázáno, že kvalitní přípravou dobrovolníků můžeme zmírnit případné negativní dopady (např. posttraumatická stresová reakce, subjektivní zdravotní potíže) katastrofy na psychiku zasahujících dobrovolníků ČKaČP (Thormar a kol., 2012). Vznik kurzu *Základy Psychosociální podpory* a zavedení systematické teoretické a praktické přípravy pro dobrovolníky ČČK tak lze vnímat, jako smysluplné preventivní opatření.

Z hodnocení dosavadních pěti kurzů můžeme sledovat, že i všichni účastníci vnímali vzdělávání pozitivně. Jsem si vědoma, že se jedná zatím o malý počet účastníků kurzů (výzkumný vzorek), a proto nelze získané závěry generalizovat na všechny dobrovolníky ČČK.

Mezinárodní federace ČKaČP poskytování psychosociální podpory při neštěstí zmiňuje jako jednu z priorit ve svém dokumentu Strategie 2020 (Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, 2013). Domnívám se proto, že i Národní společnost Českého červeného kříže, jako její součást, bude i nadále pokračovat v jejím rozvoji u vlastních dobrovolníků.

Cílem sdělení bylo představit cestu, jakou zvolil ČČK pro své dobrovolníky v oblasti poskytování psychosociální podpory. Téma by však zasloužilo hlubší a dlouhodobější zkoumání i diskusi. Nabízejí se i další související otázky, např. fluktuace vyškolených osob, vliv socioekonomických a kulturních podmínek na poskytování podpory, ekonomické aspekty interního vzdělávání ČČK.

Závěr

Český červený kříž a poskytování psychosociální podpory obětem neštěstí patří neodmyslitelně k sobě. Úroveň jejího poskytování se u jednotlivých národních společností ČKaČP liší, a proto od roku 1993 existuje PS centrum (skupina expertů nabízející národním společnostem ČKaČP technickou podporu, data založená na důkazech, zkušené školitele, příručky pro dobrovolníky, vzdělávací moduly aj.) (Psychosocial Support, 2010). Pro ČČK se stal významný rok 2010, kde se stal součástí jeho Evropské pobočky.

Poskytování psychosociální podpory na místě neštěstí v ČR se stalo podle uvedeného metodického listu HZS ČR (2011) především náplní neziskových organizací. ČČK i proto koná kroky k systematickému zakotvení psychosociální podpory pro své dobrovolníky. Vznikla skupina vyškolených lektorů ČČK, nový kurz *Základy psychosociální podpory* (dle dosavadních výsledků evaluací pozitivně hodnocen) a cílená mezinárodní spolupráce s účelem čerpání z praxe založené na důkazech.

Dedikováno projektu: IGA UP FZV_2013_009; CZ.1.07/2.3.00/20.0163

Literatura

- Austrian Red Cross. (2013). *Red Cross Society of Czech Republic*. [on-line]. Wien [2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.rotekreuz.at/i18n/en/participate/enspredcrossat/national-societies-pss-contact-work-fields/czech-republic/>
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, s. 9.
- Český Červený Kříž. (2013). *Struktura Humanitární jednotky ČČK* [on-line]. Praha [2013-05-25]. Dostupné z: <http://www.cervenkykruz.eu/cz/hjstruktura.aspx>
- Guha-Sapir, D., Vos, F., Below, R., a Ponserre, S. (2012). *Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends*. Brussels: CRED.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). *History*. [on-line]. Geneva [2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ifrc.org/en/who-we-are/history/>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). *Reference Centre for Psychosocial Support*. [on-line]. Geneva [2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/health/psychosocial-support/reference-centre-for-psychosocial-support/>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). *Strategy 2020 Saving lives, Changing minds* [online]. Geneva, 2010 [2013-05-13]. Dostupné z: <http://www.ifrc.org/Global/Publications/general/strategy-2020.pdf>
- International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. (2009). *Psychosocial interventions A handbook*. Denmark: Paramedia 1388, s. 25.
- Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky. (2013). *Posttraumatická péče hasičům a psychosociální pomoc osobám zasážených mimořádnou událostí*. [on-line]. Praha [2013-05-25]. Dostupné z: www.hzscr.cz/soubor/ob-9-psychosocialni-pomoc-pdf.aspx
- Pracovní skupina pro vytváření a ověřování standardů psychosociální krizové pomoci a spolupráce při MV-GŘ HZS ČR. (2010). *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Praha: MV-GŘ HZS ČR, s. 6.
- Psychosocial Support. (2010). *About the PS Centre*. [online]. Geneva, 2010 [2013-05-13]. Dostupné z: <http://psp.drk.dk/sw38267.asp>
- Rektořík, J., Šelešovský, J., Bakoš, E. (2011). *Zpráva výzkumného projektu k 30. 9. 2011 „Ekonomické a finanční dopady živelních pohrom“* Brno: Masaryková univerzita Ekonomicko-správní fakulta, s. 8-13.
- Thormar, S. B., Gersons, B. P., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., a Olf, M. (2012). *Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure,*

preparation, training, tasks assigned, and support. *Anxiety, Stress a Coping: An International Journal*, DOI:10.1080/10615806.2012.743021

Vymětal, Š. (2009). *Psychologické aspekty DVI*. Praha:Odbor bezpečnostní politiky MV ČR.

Zákon č. 126/1992 Sb., o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém červeném kříži, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, ve znění pozdějších předpisů.

§ 7 Stanov ČČK - Úplné znění včetně dodatků č. 1 až 6. Schváleny dle § 99, registrace Ministerstvem vnitra ČR dne 10. 6. 1993 čj. VS/1 – 20998/93 – R

Nezastupiteľná funkcia tematiky odpustenia v psychológii zdravia

Ivana Prešinská¹

¹CPPPaP Zvolen a Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt

Záujem o tematiku odpustenia v psychologických disciplínach má rastúcu tendenciu. V zahraničných štúdiách má svoje miesto nielen v rámci výskumov v oblasti psychológie zdravia, kde sa odpúšťanie považuje za jeden z dôležitých aspektov duševného zdravia, ale predovšetkým pribúdajú štúdie z oblasti aplikovanej psychofyziológie a psychosomatickej medicíny. Až poradensko – klinická a psychoterapeutická prax poukázala na dôležitosť skúmania tejto problematiky vzhľadom na množstvo reziduálnych neodpustených zážitkov v súčasnej populácii. Cieľom nášho príspevku je poukázať (a) na to, čo sa deje s človekom, keď sa rozhodne zaujať postoj neochoty odpustiť osobe vinníka. Bude nás tiež zaujímať, (b) či môžeme považovať tento postoj za zdravotne závažné konanie/správanie človeka. A nakoniec sa pokúsime (c) zodpovedať otázku o tvorivom a nádejnom spôsobe zvládania takýchto ťažkostí. Autorka chce tak príspevkom – ojedinelým na Slovensku - poukázať na dôležitosť tematiky odpustenia z hľadiska kvality života človeka.

Kľúčové slová: odpustenie, neodpustenie, zdravotne závažné konanie/správanie, zvládanie

Úvod

Každodenná realita nás presviedča o tom, že neexistuje len ideálna harmónia v medziľudských vzťahoch, ale aj disharmónia. Sú tu hádky, konflikty, krízy a po nich emocionálne zranenia. „Tieto jazvy, podobne ako vnútorné poškodenia, sú zväčša pre naše okolie neviditeľné. Ich účinok však cítime. Bolesť býva často prinajmenšom taká intenzívna, ako keby bola spôsobená fyzickou ranou“ (Benner, 1992, s. 9).

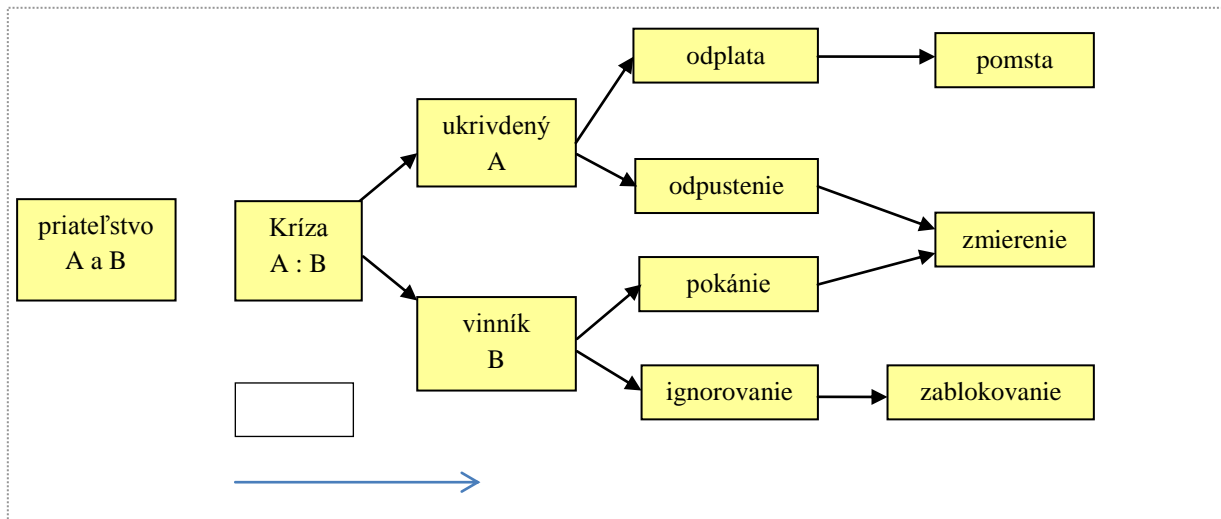
Jednou z možností ako zahojiť zranenie, krivdu z minulosti, je dobrovoľne sa rozhodnúť odpustiť osobe vinníka a/alebo „naštartovať“ v sebe dynamický jav, akým je proces odpúšťania. Tieto možnosti napomáhajú zbaviť sa bolestivej minulosti, vyliečiť si tak srdce i dušu a nehľadať viac útechu v hneve a nenávisti (Jampolsky, 2002).

Postoj neochoty odpustiť osobe vinníka

„Odpúšťanie je študované v kontraste k *procesu neodpúšťania*. To je charakterizované ako prepádanie sa obete traumatizujúcej udalosti do postoja zaprisahaného nepriateľského vzťahu k tomu, kto sa dopustil násilia a eskalácia tohto vzťahu. Odpúšťanie je potom chápané ako voľba nádejnej alternatívy k zrodu a eskalácii nepriateľstva“ (Křivohlavý, 2004b, s. 148).

Křivohlavý (2004a) vo svojej knihe uvádza základné poňatie procesu odpúšťania (obrázok č. 1). Po určitej dobe, kedy sú dvaja ľudia v pomerne priateľskom vzťahu (A a B), môže dojsť medzi nimi k negatívnej situácii (k hádke, ohováraníu, napadnutiu apod.), ktorá následne ovplyvní ich vzťah a určí im v ňom nové úlohy (A : B). *Osoba A* si vzhľadom k pociťovanému emocionálnemu zraneniu, ktoré je častokrát sprevádzané zlosťou a negatívnymi pocitmi, veľmi rýchlo uvedomuje, že ona je tá, ktorá je v *pozícii ukrivdeného* – zneucteného, zneužitého, podvedeného, poškodeného apod. Cíti sa dotknutá tým, čo jej urobila *osoba B* – *vinník*, previnilec, páchatel, útočník, votrelec, agresor apod. Ukrivdená osoba na to reaguje (Křivohlavý, 2004a). Tu sa vynára otázka: „Ako?“

Obrázok 1. Model procesu odpúšťania a zmierenia (podľa J. Křivohlavého, 2004a, s. 105)



Prvotná reakcia na negatívnu situáciu je zvyčajne veľmi výrazná. Je možné ju demonštrovať výrokom: „To ti neodpustím“. Do centra pozornosti sa dostáva negatívny čin vinníka, krivda, urážka, zranenie či zločin a všetko, čo je ukričdenou osobou považované za prekročenie tolerovateľných hraníc (Křivohlavý, 2004a).

„Kryštalizuje sa osobný (subjektívny) pohľad ukričdenej osoby na vinu vinníka“ (Křivohlavý, 2004a, s. 114) - či ju vníma ako hlbokú urážku zo strany vinníka, či ju prežíva veľmi bolestne, zraňujúco alebo jeho pocity sú zmesou obidvoch (Berry, Worthington a kol., 2005). Subjektívne prežívanie negatívnej situácie býva často sprevádzané prvými (úvodnými) emocionálnymi reakciami ukričdenej osoby (Křivohlavý, 2004a; Berry, Worthington a kol., 2005), obzvlášť sa to týka: *hnevu* (jeho intenzita závisí od toho, do akej miery je previnenie z negatívnej situácie vnímané ako *hlboká urážka*) (bližšie Berry, Worthington a kol., 2005; Worthington, Scherer, 2004) a *strachu* (jeho intenzita závisí od toho, do akej miery je previnenie z negatívnej situácie vnímané ako *veľmi bolestné a hlboko zraňujúce*) (bližšie Worthington, Wade, 1999).

Tieto reakcie sa môžu objaviť aj vtedy, ak ide o „odpúšťajúceho človeka“ (Berry, Worthington a kol., 2005, s.185). Zjednodušene možno toto tvrdenie interpretovať nasledovne: tento človek disponuje osobnostnou črtou typu odpúšťanie – charakteristikou vyznačujúcou sa všeobecnou ochotou odpustiť rôznym ľuďom v rôznych situáciách poškodenia (Křivohlavý, 2004a; Berry, Worthington a kol., 2005) a zároveň „si je vedomý toho, že ho daná udalosť vyviedla z kludu (rozhnevala a rozčúlila), avšak má dostatočné schopnosti a zručnosti ukočírovať svoj hnev a utlmiť svoju nenávisť“ (Křivohlavý, 2004a, s. 136). Vzhľadom k tomu Křivohlavý (2004a) vo svojej knihe interpretuje spomínané reakcie týkajúce sa „prvej chvíle“ ako *úplne normálne a prirodzené* (hnev je považovaný za základnú emóciu pri úvodnej reakcii na prekážku alebo nepriateľa; a strach je považovaný za základnú emóciu pri úvodnej reakcii na nebezpečenstvo).

Viacerí autori (Berry, Worthington a kol., 2005; Worthington, Scherer, 2004) uvádzajú, že na vyššie uvedené skutočnosti existujú hneď dva dôvody:

- Prvým dôvodom je podstatný rozdiel medzi hnevom a neodpustením (ibid.), ktorý je vysvetlený v Tabuľke 1.

Tabuľka 1. Rozdiel medzi emóciou hnevu a neodpustením

hnev	neodpustenie (situačná neochota odpustiť osobe vinníka - konkrétnemu človeku v konkrétnej situácii ¹)
úvodná negatívna emocionálna reakcia (angl. <i>immediate negative response</i>)	ohraničená, potláčaná negatívna emocionálna odpoveď(angl. <i>limited and delayed response</i>)
na: vnímané ohrozenie (angl. <i>threat</i>), frustráciu (angl. <i>frustration</i>), ukrivdenie (angl. <i>transgression</i>)	len na: vnímané ukrivdenie (angl. <i>transgression</i>)
aj v podobe samostatne stojacej negatívnej emócie	len v podobe kombinácie samostatne stojacich negatívnych emócií(hnev, rozhorčenie, nevôľa, sklamanie apod.)
hnevľivosť ako generalizovaná tendencia osoby odpovedať hnevľivými reakciami na	neodpúšťanie (všeobecná neochota odpustiť ²) ako generalizovaná tendencia osoby

¹Pod všeobecným termínom *odpustenie* sa rozumie „ochota určitej ukrivdenej osoby odpustiť určitej osobe vinníka v určitej konkrétnej životnej situácii“ (Křivohlavý, 2004a, s. 137). V našom príspevku používame skrátený termín situačná ochota odpustiť v kontraste k situačnej neochote odpustiť.

²Pod všeobecným termínom *odpúšťanie* sa rozumie (a) osobnostná črta typu odpúšťanie alebo osobnostná charakteristika typu odpúšťanie (Křivohlavý, 2004a,b),(b) „všeobecná ochota alebo dispozícia ukrivdenej osoby odpustiť rôznym ľuďom

veci, osoby a udalosti, ktoré sa v jej živote vyskytujú

aplikovať negatívne pocity, motivácie, myšlienky a správanie na rôznych ľuďoch v rozdielnych situáciách poškodenia, ktoré sa v jej živote vyskytujú

- Druhým dôvodom je predpoklad, že len u jednotlivcov, ruminujúcich v hneve (poprípade aj depresívne a úzkostne) je vyššia pravdepodobnosť rozvinutia situačnej neochoty odpustiť osobe vinníka (ibid.).

Spomínaní autori predpokladajú, že práve ruminácia je sprostredkujúcim faktorom či mechanizmom transformácie úvodných emocionálnych reakcií s negatívnym obsahom do situačnej neochoty ukrivdenej osoby odpustiť osobe vinníka v rámci určitej situácie poškodenia. Tu chceme uviesť aj ďalšie faktory, ktoré pôsobia postupne a vyhrocujú negatívnu situáciu v interpersonálnu krízu (Křivohlavý, 2004a,c):

1. Negatívna situácia je ukrivdenou osobou ponímaná príliš osobne.
2. Ukrivdená osoba prežíva celý súbor negatívnych emócií.
3. Pocity si v sebe hromadí a opakuje ako „pokazená gramofónová platňa“ – neustále si ich v sebe premieta (ruminácia).
4. Osobu vinníka považuje za jediného zodpovedného za to, ako sa cíti.
5. Ukrivdená osoba si postupne vytvára negatívnu „poviedku“ (angl. *grievance story*) o tom, čo sa stalo – podľa vlastnej réžie.

Vzhľadom k tomu, že sme sa pokúsili aspoň čiastočne zosumarizovať poznatky o tom, ako vzniká postoj neochoty odpustiť osobe vinníka, chceme v závere tejto časti poukázať na koncepciu AHA! syndrómu (angl. *The AHA! SYNDROME*), ktorý sa prirovnáva k tomuto postoju (Lawler – Row a kol., 2008; Lawler a kol., 2003, 2005). Zložkami AHA! syndrómu sú *hnev* ako emocionálna časť triády, *nepriateľstvo* ako kognitívna časť triády a *agresia* ako behaviorálna časť triády (angl. *anger – hostility – aggression*) (Stuchlíková, 2007).

Postoj neochoty odpustiť osobe vinníka ako zdravotne závažné konanie/správanie človeka

Psychológia zdravia sa zaoberá štúdiom zdravotne závažného konania človeka, ktoré môže byť z hľadiska zdravia kladné alebo záporné. Zjednodušene možno povedať, že psychológia zdravia je rozdelená na (1) biopsychosociálne faktory udržiavajúce a podporujúce zdravie, na (2) biopsychosociálne faktory poškodzujúce a ničiace zdravie a na (3) behaviorálne protektívne faktory (Křivohlavý, 2009). Z tohto hľadiska sme sa do prvej skupiny rozhodli

v rozdielnych situáciách poškodenia“ (Křivohlavý, 2004a, s. 136 a s. 141). V našom príspevku používame skrátený termín všeobecná ochota odpustiť v kontraste k všeobecnej neochote odpustiť.

zaradiť odpúšťanie ako jednu z možností zvládania záťažových situácií či psychických zranení, frustrácií, útokov a do druhej skupiny spomínaný postoj neochoty odpustiť osobe vinníka.

Pokiaľ ide o emocionálnu nákladnosť neodpustenia, stratégie pomsty a odplaty, zahraničné psychologické štúdie obzvlášť poukazujú na koncepciu emocionálneho neodpustenia (angl. *emotional unforgiveness*), ktoré je charakterizované ako kombinácia potláčaných negatívnych emócií voči osobe vinníka (napríklad strachu, hnevu, nepriateľstva, nevôle, rozhorčenia, horkosti a nenávisti) (Harris, Thoresen, 2005; Worthington, Scherer, 2004; Berry, Worthington a kol., 2005; Lawler a kol., 2003, 2005).

Vzhľadom na to je neodpustenie vnímané aj ako nepríjemný emocionálny stav, ovplyvňujúci reakcie ukrvdenej osoby na motivačnej, kognitívnej či behaviorálnej rovine (Worthington, Scherer, 2004), ktorý si vyžaduje uvoľnenie (Berry, Worthington a kol., 2005).

Veľmi starostlivo sa začína pojednávať o emocionálnom neodpustení aj ako o určitej stresovej reakcii s potencióálne poškodzujúcim efektom na zdravie človeka, ak ňou človek dlhodobo disponuje (Worthington, Scherer, 2004). Fyziologické zmeny prebiehajúce pri stresovej reakcii sú preukázateľné napríklad v činnosti kardiovaskulárneho (krvný tlak, srdečný pulz), nervového (kožná vodivosť) a imunitného systému (reaktivita kortizolu) (Worthington, Scherer, 2004; Harris, Thoresen, 2005).

V súvislosti s analýzou potláčaných negatívnych emócií sa často poukazuje na mechanizmus ruminácie (angl. *ruminaton*), ktorá „podporuje, udržiava a/alebo zosilňuje negatívne pocity, pretože zachováva negatívne poznatky, spomienky, a interpretácie *naživo*, čím narúša inštrumentálne riešenie problému“ (Kováčová, 2009, s. 155). Ich spoločným prejavom je dlhodobá hyperaktivácia sympatického nervového systému (SNS) a zvýšenie allostického preťaženia³ (Witvliet a kol., 2001a,b; Harris, Thoresen, 2005), ktorých účinkov je zdraviu škodlivý (Harris, Thoresen, 2005; Worthington, Scherer, 2004; Lawler a kol., 2003, 2005).

Údaje o fyziologických dôsledkoch prechovávaní negatívnej „poviedky“ o tom, čo stalo sú preukázateľné napríklad v činnosti kardiovaskulárneho (krvný tlak, srdečný pulz) (Witvliet a kol., 2001a,b; Friedberg a kol., 2007; Lawler-Row a kol., 2008; Lawler a kol., 2003, 2005), nervového (kožná vodivosť) a imunitného systému (reaktivita kortizolu) (Worthington, Scherer, 2004; Harris, Thoresen, 2005). Tieto štúdie poukazujú na dobre otestované prepojenie medzi hnevom, hostilitou, správaním typu – A a fyzickým zdravím (Barefoot a kol., 1983; Booth-Kewley, Friedman, 1987; Smith, 1992; Linden a kol., 1997; Miller a kol., 1996). Pojednávajú o súvislosti viny, hnevu a nepriateľstva ako reakcií neodpúšťajúceho človeka s poškodením zdravia (Affleck a kol., 1987; Tennen, Affleck, 1990), najmä čo sa týka koronárnej sklerózy a predčasného úmrtia na kardiovaskulárne ochorenia (Miller a kol., 1996).

Pri neodpustení – oproti situáciám, kedy daný človek vinníkovi odpustil – bol u týchto ľudí zistený vyšší krvný tlak, rýchlejší tep srdca, zvýšené svalové napätie (tonus) a viac sťažností sa

³Rozsiahlejšie poznatky o allostáze sú uvedené v knihe: Mravec, B. (2011). Stres a adaptácia. Bratislava: SAP.

na zhoršený zdravotný stav (Witvliet a kol., 2001a,b). Boli zistené telesné príznaky neodpustenia: bolesti hlavy, bolesti chrbta, bolesti krčnej chrbtice, žalúdočné vredy, bolesti brucha a závrate (Jampolsky, 2002; Křivohlavý, 2004c), nedostatok energie, nepokoj, vnútorné napätie, nespavosť, únava a znížená kvalita spánku (Lawler a kol., 2005). Taktiež psychické (duševné) príznaky neodpustenia: depresia, pocity bezmocnosti a beznádeje (Křivohlavý, 2004c).

Odpustenie ako nádejný a tvorivý spôsob zvládania psychických ťažkostí

Nakoľko sme naznačili, v čom spočíva emocionálna nákladnosť stratégie neodpustenia, odplaty a pomsty a aký je ich spoločný účinok na integritu človeka, jeho rozvoj, zdravotný stav či kvalitu života, bolo možné pojednávať o postoji neochoty odpustiť osobe vinníka ako o zdravotne závažnom konaní/správaní človeka. Na základe uvedených poznatkov a praktických profesionálnych i osobných skúseností chceme v nasledujúcej časti poukázať na jednu z terapeutických možností zvládania takýchto ťažkostí, akou je tvorba protinávruhu k negatívnej „poviedke“ o tom, čo sa stalo.

„Táto poviedka je osobnou interpretáciou psychicky zraneného účastníka krízovej situácie. Otázkou vždy je, do akej miery odráža skutočnosť (realitu) a do akej miery sú v nej primiešané dodatky (výmysly, konfabulácie, výtvary fantázie)“ (Křivohlavý, 2004c, s. 131). V súvislosti s potláčanými negatívnymi emóciami a rumináciou (neustálym premýšľaním nad zážitkom ukrivdenia, pocitom zranenia) je vysoko pravdepodobné, že si osoba vytvorí svoju verziu príbehu, ktorú si v sebe opakuje. Príbeh si naďalej „vylepšuje a zdokonaľuje“ a pociťuje tak určité uspokojenie z toho, že sa ním môže prezentovať v spoločnosti (Křivohlavý, 2004c).

„Z hľadiska terapie je podstatne dôležitejšou otázkou zámer tejto poviedky – kam smeruje a o čo v nej ide“ (Křivohlavý, 2004c, s. 131). Dôležitým aspektom v rámci práce s negatívnou „poviedkou“ je otázka životného cieľa (napríklad milovaná rodina, milujúca manželka alebo manžel, zmysluplná práca, tvorivá činnosť rôzneho druhu, zrenie vlastnej osobnosti apod.). Ide o Luskinov prístup k terapii psychických zranení formou odpúšťania metódou HEAL⁴, ktorá vychádza z kognitívneho prístupu (Křivohlavý, 2004c). Zjednodušene možno povedať: „ak chceme psychicky zdravo žiť a uzdraviť sa z rôznych psychických zranení, je potrebné *mať pre čo žiť*“ (Křivohlavý, 2004c, s. 131).

Poviedka (píše sa na papier), ktorú vytvára ukrivdená osoba za pomoci psychoterapeuta, má dve časti: Veľký (všeobecná časť) a Malý cieľ (špeciálna časť). Vo všeobecnej časti ide teda o poviedku, ktorá sa týka najvyšších hodnôt a toho, o čo nám vlastne v živote ide. V špeciálnej časti ide o konkrétnu situáciu: čo urobiť tu a teraz v stave, v ktorom sa nachádza ukrivdená

⁴Názov metódy HEAL je akronym (Křivohlavý, 2004c):

H(hope – nádej),

E(educate – zdokonaľovať sa, učiť sa),

A(affirm – utvrdiť pozitívny zámer, pozitívnu snahu),

L(long term commitment – odovzdať sa ako celok vytýčenému cieľu).

osoba. Poviedka s malým cieľom sa zameriava napríklad na osobu vinníka. Je možné zaradiť sem postupné kroky, ktoré chce klient urobiť (napríklad nevyhýbať sa osobe vinníka, pozdraviť sa jej, podať ruku apod.), ale takisto sa vyvarovať požiadaviek na jeho osobu v zmysle zmeny jeho postoja či správania sa k ukrivdenej osobe. Dôležité je upozorniť klientov na to, že zmeniť je možné len seba – svoje vlastné správanie (predstavy, postoje, ciele). Okrem toho treba poznamenať klientovi, že pozitívna „poviedka“ nie je nemenná dogma – život sa mení a je možné tento príbeh upravovať. Takisto nie je zaručené, že všetko sa vyvinie podľa pozitívneho „príbehu“. Ďalej je potrebné pripomenúť, že keď je psychické zranenie ešte „čerstvé“, je možný vyšší výskyt negatívnych emócií, čo môže klieta miasť. Tu mu môže zas pomôcť „veľký cieľ“ – celoživotné zameranie, čo v praxi znamená, že napríklad ten, kto si určí ako veľký cieľ „krásnu rodinu“, bude môcť z neho čerpať i vtedy, keď jeho dieťa urobí niečo s čím nesúhlasí, čo ho ako rodiča zranilo. Křivohlavý (2004c, s. 139) uvádza, že „spájanie veľkého cieľa s malým je životným umením. Veľký cieľ nielen posilňuje malý cieľ, ale i riadi a upravuje jeho zameranie“.

Záverom tejto časti chceme uviesť jednu zásadnú skutočnosť: odpustenie je dobrovoľnou voľbou, rozhodnutím. Nie je možné k nemu človeka nútiť, pretože ide o jednu z najťažších vecí, ktorá sa častokrát označuje ako „kríza vlastnej existencie“ (Křivohlavý, 2004c, s. 106). V psychologickú terminológiu je potrebné previesť zmeny v oblasti poznávania a myslenia (kognitívnej), v oblasti citov (emocionálnej), v oblasti chcenia (vôle), vzťahov a správania (konatívnej), duchovného zamerania (smerovanie života k najvyššej hodnote) i v oblasti hierarchie najdôležitejších hodnôt. Preto nie je možné nazerať na odpúšťanie a zmierenie ako na bežnú psychoterapeutickú metódu, akou je napríklad relaxácia, hypnóza, či desenzitizácia. V nej ide o rešpektovanie hodnotovej štruktúry v osobnosti klienta. V rámci terapie formou odpúšťania vedieme klienta k určitej zmene (transformácii) jeho štruktúry hodnôt – k usporiadaniu rebríčka jeho hodnôt „inak“. Křivohlavý (2004c, s. 109) jednoznačne tvrdí, že „k tomu je potrebná nielen citlivosť k jeho vznikajúcej štruktúre morálnych hodnôt, ale i jeho súhlas k tomuto zásahu“.

Záver

V príspevku sme sa snažili načrtnúť, ako vzniká z úvodných emocionálnych reakcií na zážitok ukrivdenia postoj neochoty odpustiť osobe vinníka. Snažili sme sa poukázať naň ako na faktor poškodzujúci zdravie človeka. Sme presvedčení, že práca s negatívnou „poviedkou“ o tom, čo sa stalo napomáha redukovať negatívne emócie, rumináciu nad tým, čo sa stalo a prispieva tak k integrite osobnosti, k jej rozvoju a celkovej životnej spokojnosti.

Týmto príspevkom – pravdepodobne ojedinelým na Slovensku – sme chceli poukázať na dôležitosť tematiky zdravotných aspektov odpúšťania a neodpúšťania v rámci kvality života človeka.

Literatúra

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 1, p. 29–35.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine 45*, 1, pp. 59–63.
- Benner, D. G. (1992). *Hojenie emocionálnych poranení*. Nitra: Vydateľstvo Nádej.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., O'Connor, L. E., Parrott, L. 3rd, Wade, N. G. (2005). Forgiveness, Vengeful Rumination, and Affective Traits. *Journal of Personality, 73*, 1, pp. 183-225.
- Booth - Kewley, S., Friedman, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 3, pp. 343–362.
- Friedberg, J. P., Suchday, S., Shelov, D. V. (2007). The impact of forgiveness on cardiovascular reactivity and recovery. *International Journal of Psychophysiology, 65*, 2, pp. 87 - 94.
- Harris, A.H.S., Thoresen, C.E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health and disease. In: E. L. Worthington (Eds.) *Handbook of Forgiveness* (pp. 321-334). New York: Routledge.
- Jampolsky, M. D., G. G. (2002). *Odpúšťanie. Najúčinnější liek*. Praha: SOFA.
- Kováčová, J. (2009). Podtypy ruminácie ako sprostredkujúci faktor vzťahu medzi emocionálnym týraním detí a depresívnou náladou: brooding verzus reflexia. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika, 16*, 3, s.155-157.
- Křivohlavý, J. (2004a). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2004b). Odpouštění - současný stav psychologických studií. *Československá psychologie, 48*, 2, s. 147-156 .
- Křivohlavý, J. (2004c). *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Billington, E., Jobe, R., Edmondson, K., Jones, W. H. (2003). A change of heart: Cardiovascular Correlates of Forgiveness In Response to Interpersonal Conflict. *Journal of Behavioral Medicine, 26*, 5, pp. 373 - 393.
- Lawler, K.A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Jobe, R. L., Edmondson, K. A., Jones, W. H. (2005). The Unique Effects of Forgiveness on Health: An Exploration Pathways. *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 2, pp. 157 - 167.
- Lawler - Row, K.A., Karremans, J. C., Scott, C., Edlis - Matityahou, M., Edwards, L. (2008). Forgiveness, physiological reactivity and health: The role of anger. *International Journal of Psychophysiology, 68*, 1, pp. 51 - 58.

- Linden, W., Earle, T.L., Gerin, W., Christenfeld, N. (1997). Physiological stress reactivity and recovery: conceptual siblings separated at birth. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 2, pp. 117–135.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., Hallet, A.J. (1996). Meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 2, pp. 322-348.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 3, pp.139–150.
- Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Tennen, H., Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 2, pp. 209–232.
- Wivliet, C. V. O., Ludwig, E. T., Van der Laan, K. L. (2001a). Granting Forgiveness or Harboring Grudges: Implications for Emotion, Physiology, and Health. *Psychological Science*, 12, 2, pp. 117-123.
- Wivliet, C. V. O. (2001b). Forgiveness and health: review and reflection on a matter of faith, feelings, and physiology. *Journal of Psychology and Theology*, 29, 3, pp. 212 - 224.
- Worthington, E. L., Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19, 3, pp. 385-405.
- Worthington, E. L. Jr., Wade, N. G. (1999). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 4, pp. 385–418.

Subjektívne prožívaná kvalita života, protektívni a rizikové faktory zátěže a zdraví

Bohumil Vašina¹

¹Katedra pedagogické a školní psychologie, Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita

Abstrakt

Kvalita života je v současné době považována za jeden z nejdůležitějších pojmů v psychologii zdraví. Existuje celá řada metod a teorií spojených s tímto pojmem. V našem sdělení se zabýváme především subjektivně prožívanou kvalitou života. Jedna z metod, která se tímto typem kvality života zabývá je OHS (Oxford Happiness Scale), jejímž autorem je M. Argyle, který v roce 2001 ji publikoval už jako revidovanou formu s kvalitními psychometrickými parametry, která má 29 položek, čtyřstupňových škál, slovně zakotvených. V tomto sdělení chceme prezentovat některé souvislosti s rizikovými faktory jak zdraví, tak i zátěže, jako je role nejistoty, konfliktní role, sociální opora nebo hardiness. Výsledky potvrzují, že vlastně kvalita života hodnocená pomocí OHS je významným komplexnějším protektivním faktorem zdraví.

Klíčová slova: OHS, WHOQOL30, SEIQoL, optimismus, hardiness, sociální opora, zdraví, role nejistoty, konfliktní role, zlostnost

Úvod

Jelikož považujeme za mimořádně důležitý prožitek kvality života, protože ten především ovlivňuje nejen prožívání, ale i chování člověka. Úroveň prožívané kvality života závisí na celé řadě faktorů a ke stejnému prožitku může vést celá řada příčin, které mohou být kvalitativně i kvantitativně rozdílné. Metoda OHS se pokusila o jakýsi popis chování a prožívání šťastného člověka. U nás je slovo štěstí díky různým možným konotacím, jako je klika, náhoda apod., považováno za pojem nevědecký. M. Argyle, ale díky obsahu škál se pokusil vlastně tento pojem „materializovat“, čili dát mu jednoznačný obsah. Proto jde o metodu, která tímto definovala předmět zkoumání, který se opírá dnes už nespočetnou řadu výzkumů, které hovoří ve prospěch této metody. Pomocí této metody i celé řady dalších výzkumů odhalila mnohé mylné názory a vede k určení podmínek štěstí, které Myers, D. G. ve své práci *The Pursuit of Happiness* vyjmenovává následovně:

- zdravé tělo v dobré kondici
- realistické cíle a očekávání
- pozitivní sebehodnocení
- pocit kontroly nad vlastním životem
- optimismus
- otevřenost
- sociální opora a přátelství poskytující nám bezpečí
- prožitkově intimní, sexuálně vřelé a rovnoprávné manželsví
- práce, která představuje výzvu, aktivní volný čas doplněný odpočinkem i občasná samota
- víra podpořená sociálním kontaktem ve společnosti, smysluplnost života, orientace na druhé

Popis vzorku osob

Data byla získána od 188 studentů a studentek Ostravské university, Lékařské fakulty, Pedagogické fakulty a Filozofické fakulty prezenčního i kombinovaného studia. N = 188, 119 žen a 69 mužů. Průměrný věk $M = 25,107$, $s = 6,449$, rozpětí 20-37 let .

Použité metody

Diagnostika kvality života

SEIQoL (Schedul for the Evaluation of Individual Quality of Life) je metoda, která určuje a hodnotí pět skutečností (hodnot), o které jedinci v životě jde především. Tyto skutečnosti ohodnotí pokusná osoba rozdělením 100 bodů podle toho, jak je pro něho důležitá.

Současne hodnotí jedinec jak je tato skutečnost uspokojována a má v tomto případě pro každou z nich možnost hodnocení na škále 0 – 100. Cílová hodnota je součet součinů hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti dělený stem, všech pěti položek.

WHOQOL30. Jde o zkrácenou formu metody WHOQOL, která se opírá o šest skupin - domén - škál zahrnujících oblast fyzického zdraví, psychických funkcí, samostatnosti (nezávislosti), hmotné zajištění a prostředí a spirituality. Jednotlivé položky se hodnotí podle významnosti a uspokojení na sedmistupňové škále 0 – 6. Násobek hodnocení významnosti a míry spokojenosti je konečnou hodnotou položky. Celkový výsledek je součtem násobků všech položek. WHOQOLA se týká aktuálního stavu kvality života, WHOQOLN se týká v budoucnu očekávané kvality života.

OHS(Oxford Happiness Scale- autor M. Argyle) diagnostikuje štěstí (životní pohodu) pomocí 29 položek hodnocených pomocí čtyřstupňové škály. Celkový výsledek je součtem hodnocení všech položek.

Diagnostika dalších sledovaných proměnných

Hardiness je hodnocen metodou PVS, jejímiž autory je skupina psychologů vedená S.C. Kobasovou, která pomocí 50 položek hodnotí slitinu tří vzájemně propojených aspektů osobnosti a to:

- **CO - kontrola** (člověk je schopen kontrolovat a ovládat události ve svém životě, opak : **bezmocnost**, člověk je hříčkou v rukou osudu.)
- **CM – ztotožnění** (schopnost ztotožnit se sám se sebou, s rodinou, profesí atd, opak: **odcizení** sobě, svému sociálnímu okolí, tomu co dělám apod.)
- **CA- výzva** (chápat změny ve svém okolí jako šanci, možnost dalšího vývoje, opak: **hrozba** změna jako aktuální a potencionální ohrožení.)

Hardiness můžeme chápat jako celoživotní postoj, který zvyšuje odolnost (resilienci) člověka na nepříznivé podmínky.

Sociální opora byla diagnostikována pomocí PSSS – dotazníku J.A. Blumenthala a kol. pomocí 12 položek – sedmistupňových škál zachycujících

- Podporu od někoho, který není jmenován
- Podporu od rodiny
- Podporu od přátel

D.J. Abramis – Hodnocení pracovní zátěže. Tento soubor pětistupňových škál dovoluje diagnostikovat řadu faktorů, které představují zdroj zátěže stresu. Pro naši studii jsme použili hodnocení :

- **Role nejistoty** (nejasnosť role) kedy neznáme skutočná kritéria výkonu alebo plnení povinností, zkrátka to, čo sa od jedince očakáva.
- **Konfliktní role - vonjší**, kedy dva ľudia po mně chtějí něčo protikladné nebo současně neuskutečnitelného.
- **Konfliktní role - vnitřní (konflikt rolí)**, kedy po mně někdo chce něčo s čím nesouhlasím, což je proti mému svědomí atd..
- **Zlostnost** – jako pocit, který vyvolávají aktuální skutečnost v práci, ve škole apod.

Cíle práce

Ve sdělení chceme prokázat, že OHS koreluje s ostatními použitými metodami hodnocení kvality života, že bude pozitivně korelovat s protektivními faktory a osoby s vyšší úrovní skóre OHS budou mírněji prožívat rizikové faktory zdraví a zátěže.

Výsledky

Tabulka č. 1 zobrazuje vzájemné korelace mezi různými metodami měření kvality života.. Nejvyšší, i když vysoce významné jsou korelace SEIQoL s ostatními. SEIQoL představuje jakousi jádrovou kvalitu života, kde jde o pět hodnot, které jsou pro jedince nejdůležitější. WHOQOL zachycuje třicet položek, které mohou sehrávat také významnou roli pro jedince také. V každém případě jde o korelace zvláště mezi WHOQOL a OHS nezanedbatelné. Je třeba si uvědomit, že celkové výsledky mohou být dány u různých jedinců různými položkami, takže nelze očekávat korelace blízké $r = 1,00$.

Tabulka 1.

Proměnná	SEIQoL	WHOQOL	OHS	LOT-R
1. SEIQoL	1,000	0,320**	0,238**	0,236**
2. WHOQOL		1,000	0,453***	0,450***
3. OHS štěstí			1,000	0,433***
4. LOT-R optimizmus				1,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Když jsme rozdělili skupinu studentů na skupinu s nadprůměrným a podprůměrným OHS, zjistili jsme, že osoby s nadprůměrným OHS mají vždy vyšší průměrné hodnoty v uvedených metodách měření kvality života a optimismu. To podporuje naši hypotézu, že jde i v případě OHS o kvalitu života.

Tabulka 2.

Proměnná	OHS < M			OHS > M			t - test		
	N	M	s	N	M	s	t	p	V
SEIQoL	83	69,51	17,81	83	77,84	16,73	-3,11	0,0022	S
WHOQL30A	99	594,28	136,00	59	711,90	97,20	-4,06	0,0001	S
WHOQL30N	93	627,17	164,92	57	776,42	120,15	-4,40	0,0000	S
LOT-R (optimismus)	81	21,80	4,23	76	24,46	4,04	-4,03	0,0001	S

Tabulka 3.

Proměnná HARDINESS	OHS < M			OHS > M			t - test		
	N	M	s	N	M	s	t	p	V
Kontrola CO	78	31,68	6,58	41	33,39	7,41	-1,29	0,1995	NS
Ztotožnění CM	78	31,85	7,09	41	35,52	6,40	-2,85	0,0055	S
Výzva CA	78	25,09	6,32	41	25,92	5,36	-0,71	0,4768	NS
Celkové skóre	78	88,23	15,63	41	99,58	12,75	-2,54	0,0125	S

Tabulka č. 3 opět srovnává jednotlivé složky hardiness u skupiny osob s podprůměrným a nadprůměrným skórem OHS. Opět data obou skupin se rozkládají normálně. Skupina s vyšším OHS má vyšší průměrné hodnoty CO, CM a CA i celkového skóre. Statisticky významné jsou jen CM a celkové skóre. Z výsledků vyplývá, že především chápání sebe, společenského okolí, studia apod., jako něčeho s čím se ztotožňujeme, patří k obrazu šťastného člověka.

Tabulka 4.

Proměnná Sociální opora	OHS < M			OHS > M			t - test		
	N	M	s	N	M	s	t	p	V
SP od někoho	78	23,20	4,49	41	26,22	2,31	-4,84	0,0000	S
SP od rodiny	78	22,34	4,96	41	23,00	4,93	-0,69	0,4945	NS
SP od přátel	78	22,42	5,10	41	24,82	3,37	-3,08	0,0026	S
Celková SP	78	68,19	12,52	41	68,31	13,63	-1,79	0,0759	NS

Opět tabulka, která srovnává u obou skupin úroveň sociální podpory (opory) ukazuje, že osoby s vyšší úrovní OHS mají i vyšší sociální oporu, ale statisticky významný rozdíl je v podpoře od někoho (u studentů to bývá nejčastěji partner(ka) a v podpoře od přátel). Podpora od rodiny je očekávaná i u lidí s nižší úrovní OHS.

Tabulka 5.

Proměnná ABRAMIS	OHS < M			OHS > M			t - test		
	N	M	s	N	M	s	t	p	V
Role nejistoty	55	13,04	3,43	45	11,52	3,08	2,20	0,0302	S
Konfliktní role 1	55	5,30	1,95	45	4,15	1,76	2,90	0,0047	S
Konfliktní role 2	55	4,74	1,93	45	3,22	1,51	4,07	0,0001	S
Zlostnost	55	7,56	3,09	45	5,72	1,91	3,45	0,0009	S

Tabulka č. 5 představuje úroveň prožívanou u role nejistoty , tedy, když nevím co se ode mne očekává, jaká jsou kriteria pro výsledek apod. Osoby s vyšší úrovní OHS uvádějí nižší zátěž v této situaci. Obdobně hodnotí i konflikt rolí a to jak vnitřní , tak vnější ,buď se s ní nesetkávají nebo ji dovedou zvládnout. Pokud jde o zlostnost, osoby s vyšší úrovní OHS se lépe ovládají v nepříjemných situacích. Ve všech případech signifikantně nižší úroveň těchto rizikových faktorů byla zjištěna u osob s vyšší úrovní OHS.

Závěr

V našem sdělení jsme se na faktech chtěli vyrovnat jednak s tím, zda OHS diagnostikuje kvalitu života. Zdá se, že všechny tři metody hodnocení kvality života mají k sobě blízko. SEIQoL podle našich interpretací představuje jádrovou kvalitu života výběrem pěti hodnot, pro které chce jedinec žít. Tím se poněkud liší od zbývajících dvou, které jsou si bližší. I když výsledky se opírají o relativně malý počet osob a ještě k tomu studentů VŠ z různých fakult, předběžná zpracování dat získaných od učitelů a učitelek se příliš neliší. Domnívám se, že uvedená data mají obecnější platnost, nebo alespoň představují plausibilní hypotézu.této skutečnosti. V každém případě považuji přinejmenším za důležité věnovat se prožívané kvalitě života, která je diagnostikována m.j. OHS. Jsme přesvědčeni, že tato metoda má velmi dobré psychometrické parametry pokud jde o reabilitu i validitu a především správně popisuje osobnost šťastného člověka.

Literatura

- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*, London.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., a Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic medicine*, 67(6), 869-878.

- Carr, A. (2004). *Positive psychology, The science of Happiness and Human Strengths*, London:Psychology press.
- Czerw, A.(2009).*Optymizm, perspektywa psychologiczna*, Sopot:PWP.
- Kováč, D.(2001). Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá Psychologie*,45(1), 34 - 44.
- Mareš, J. a kol. (2001). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové:Nucleus.
- Meyers, D.G. (2006). *Cesta ke štěstí*, Praha:Návrat domů.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44.
- Seligman, M. E., a Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American psychologist*, 55(1), 5.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9(3), 161-180.
- Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York: Simon and Schuster.
- Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava:PF Ostravské univerzity.

Kvalita života žien na rodičovskej dovolenke – výsledky predvýskumu

Monika Kačmárová¹

¹Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Cieľom predvýskumu bolo overiť vzťah medzi skúmanými sociodemografickými premennými, celkovou životnou spokojnosťou a šiestimi teoreticky postulovanými oblasťami subjektívne hodnotenej kvality života žien na rodičovskej dovolenke a zároveň zistiť podiel skúmaných premenných na variancii jednotlivých oblastí kvality života. Výskumný súbor tvorilo 91 žien vo veku 22 - 44 rokov. Na základe výsledkov exploratívnej faktorovej analýzy boli namiesto očakávaných šiestich faktorov identifikované štyri faktory/oblasti kvality života: spirituálna, kognitívno-fyzická, environmentálna–životné možnosti a environmentálna–životné podmienky. Výsledky viacfaktorovej hierarchickej lineárnej regresnej analýzy poukázali, že na variancii spirituálnej oblasti, a tiež environmentálnych oblastí kvality života žien sa významne pozitívne podieľa celková životná spokojnosť. Zistený bol tiež pozitívny vzťah medzi subjektívne hodnoteným zdravotným stavom a kognitívno-fyzickou oblasťou, kým vek bol v negatívnom vzťahu s touto oblasťou. Z hľadiska vzdelania vykazovali ženy s vysokoškolským vzdelaním vyššie skóre v environmentálnej oblasti–životné možnosti v porovnaní so ženami so stredoškolským vzdelaním.

Kľúčové slová: kvalita života, životná spokojnosť, sociodemografické premenné, rodičovská dovolenka

Úvod

Rodičovská rola predstavuje významnú súčasť identity dospelého jedinca (Vágnerová, 2000), a to tak z hľadiska biologického, ako aj psychického a sociálneho. V súčasnosti možno pozorovať racionálny prístup k rodičovstvu, a tiež k jeho plánovaniu, keďže trendom dnešnej doby je mať menej detí a prvé dieťa prichádza na svet častokrát až po tridsiatom roku veku matky. Štandardné poňatie dobrej matky zahŕňa predstavu, že matka má byť vo svojej roli jednoznačne šťastná a jej dieťa a starostlivosť o neho ju má naplňovať len pozitívnymi pocitmi. Sedlák Vendelová (2008) v tejto súvislosti uvádza, že v slovenskej spoločnosti panuje predstava, že „ženská práca“ týkajúca sa starostlivosti o dieťa nie je prácou v pravom slova zmysle, a že materstvo – ako výnimočný výkon v živote ženy – sa v spoločnosti stále podceňuje. Tento názor v sebe skrýva aj výraz „materská dovolenka“, ktorý evokuje predstavu, že ide o príjemné/relaxačne strávené obdobie v živote ženy. Realita je však nepochybne odlišná od tejto predstavy. Ako to na základe biografického kvalitatívneho výskumu uskutočneného u žien vo veku 30-65 rokov dokumentuje vyššie spomenutá autorka, ženy-matky vo svojich autobiografiách priniesli príbehy materstva, ktoré neboli len príbehmi pozitívnych chvíľ a emócií, ale tiež pochybností, ťažkostí a trápenia. Podobne Bartlová (2007) konštatuje, že materstvo môže pre niektoré ženy (najmä tie, ktoré nevnímajú ženské a mužské správanie sa v stereotypných kategóriách a realizujú sa mimo domácnosť) predstavovať zníženie kvality života a spôsobovať pocity nepohody. Aj Vágnerová (2000) v súvislosti s materstvom uvádza, že ide o rolu z časového aj emocionálneho hľadiska veľmi náročnú, unavujúcu, hlavne v období prvých rokov života, kedy je podstatná časť pozornosti matky nasmerovaná na dieťa.

Ako uvádza Gurková (2011), na rozdiel od bežnej komunikácii, kde sa termín kvalita života väčšinou spája s pozitívnou konotáciou pojmu (tzn. kvalitný = dobrý), v odbornom jazyku sa používa na opis tak pozitívnych, ako aj negatívnych aspektov života. Samotné hodnotenie kvality života je podľa nej založené na porovnávaní vlastného života so žiaducou, očakávanou úrovňou existencie alebo so životom iných ľudí. Uvedená autorka, ako aj mnohí iní domáci a zahraniční výskumníci (napríklad Babinčák, 2008; Dijkers, 2005; Džuka, 2012; Mareš, 2006; Mikulášková, 2013) upozorňujú na problémy a nejednotnosť pri definovaní tohto pojmu. Pri operacionalizácii pojmu kvalita života v nami realizovanom výskume vychádzame z definície, ktorú na základe akceptovaného konsenzu v danej oblasti výskumu ponúkol Džuka (2013, v tlači). Kvalitu života chápe ako niečo, čo osoba má, čo dosahuje a čo je osobou subjektívne hodnotené. Definuje ju takto: „Subjektívne hodnotená kvalita života je multidimenzionálny konštrukt – je to subjektívne hodnotenie významných oblastí života internej/osobnej a externej/povahy na stupnici dobrý – zlý. Nie je to charakteristika osoby, ani jej emocionálny stav a neide ani o objektívne podmienky života osoby“ (Džuka, 2013, v tlači). Teoretický model kvality života, navrhnutý spomínaným autorom, predpokladá šesť teoreticky postulovaných oblastí kvality života – psychická, fyzická, sociálna, environmentálna, kognitívna a spirituálna. Tie sú zisťované pomocou 36 položiek

dotazníka, skonštruovaného na základe uvedeného modelu, na ktoré skúmané osoby reagujú simultánne dvoma spôsobmi: najskôr hodnotia jednotlivé oblasti pomocou odpovedovej stupnice dobrý – zlý (kvalita), a potom spokojný – nespokojný (spokojnosť). V našom výskume sme použili iba vyhodnotenie odpovedovej stupnice kvalita života (nie spokojnosť – nespokojnosť s hodnotenou oblasťou).

Pri definovaní životnej spokojnosti, ako jedného zo skúmaných prediktorov kvality života, vychádzame z konceptu Dienera, ktorý ju chápe ako kognitívnu zložku subjektívnej pohody. Nehodnotia sa teda špecifické oblasti života človeka, ale autor ponecháva na samotnom respondentovi integráciu týchto sfér do jeho výpovedí a definuje ju ako celkovú, globálnu spokojnosť (Pavot a Diener, 1993). Zároveň chceme uviesť, že ju v našom výskume meriame ako samostatný konštrukt, nie ako ekvivalent kvality života a predpokladáme jej pozitívny, a teda protektívny vzťah ku všetkým skúmaným oblastiam kvality života. V rámci tejto prvotnej sondáže sa zameriame najmä na zistenie významných oblastí subjektívne hodnotenej kvality života žien na rodičovskej dovolenke, a tiež na overenie vzťahu sociodemografických premenných a celkovej životnej spokojnosti k jednotlivým oblastiam.

Metódy

Výskumný súbor

Tvorilo ho 91 žien, ktoré sú aktuálne na rodičovskej dovolenke. Výber bol nenáhodný, príležitostný a lavínový. Kritériom pre zaradenie do súboru bolo, že sa celodenne starajú o dieťa, ktoré je fyzicky aj mentálne zdravé, a teda netrpí žiadnym postihnutím. Vek žien bol v rozpätí od 22 - 44 rokov (priemerný vek 32,02 rokov, SD = 3,92). Z hľadiska rodinného stavu - 84 žien bolo vydatých a 7 žien slobodných. 71 žien uviedlo, že býva samostatne a 20 so svojimi rodičmi. Z hľadiska vzdelania - 17 žien malo ukončené stredoškolské a 74 žien vysokoškolské vzdelanie. Počet všetkých detí v rodine bol 1-6 detí, prevažoval však počet žien, ktoré mali 1-2 deti (81,3%).

Výskumné nástroje

Sociodemografický dotazník zisťoval: vek, rodinný stav, bývanie, vzdelanie, počet detí v rodine a subjektívne hodnotenie zdravotného stavu (od 5 = veľmi dobrý po 1 = veľmi zlý).

Škála životnej spokojnosti (SWLS, Diener, Emmons, Larsen a Griffin, 1985): meria celkovú mieru životnej spokojnosti pomocou piatich položiek a respondent ich hodnotí na 7-bodovej škále (od 7 = úplne súhlasím po 1 = úplne nesúhlasím) ($\alpha = .876$).

Dotazník Subjektívne hodnotenej kvality života (SHKZ, Džuka, 2012, nepublikovaná výskumná verzia): meria kvalitu života v šiestich teoreticky postulovaných oblastiach pomocou 36 položiek a 5-bodovej odpovedovej stupnice (od 5 = veľmi dobrá po 1 = veľmi zlá). Faktorová štruktúra nástroja bola overovaná pomocou exploratívnej faktorovej analýzy (EFA)

(Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization) – výsledky vid' Tabuľka 1.

Výskumné nástroje boli respondentkám administrované osobne a zber údajov prebiehal tiež elektronickou formou. Údaje boli spracované pomocou štatistického softvéru SPSS 19.0.

Výsledky

Tabuľka 1. Rotovaná matica faktorov dotazníka SHKZ

Č.pol.	Oblasti QoL	Faktory	Komunalita
21	spirituálna	.803	.681
18	spirituálna	.756	.611
27	spirituálna	.683	.503
11	psychická	.624	.473
5	kognitívna	.719	.650
8	kognitívna	.690	.519
19	fyzická	.674	.496
7	fyzická	.626	.480
1	fyzická	.591	.376
30	environmentálna	.781	.627
33	spirituálna	.757	.606
17	psychická	.370	.534
10	environmentálna	.514	.331
4	environmentálna	.792	.633
15	sociálna	.653	.455
24	environmentálna	.576	.485
2	spirituálna	.439	.259
Percento variancie:		52%	

Na základe výsledkov exploratívnej faktorovej analýzy (EFA) možno konštatovať, že namiesto očakávaných šiestich faktorov boli identifikované štyri významné faktory/oblasti kvality života, sýtené 17 položkami pôvodného nástroja SHKZ, ktoré sme pomenovali v súlade s tým,

aké položky ich tvorili: (1) spirituálna oblasť ($\alpha = .713$), (2) kognitívno-fyzická oblasť ($\alpha = .706$), (3) environmentálna oblasť – životné možnosti ($\alpha = .625$), (4) environmentálna oblasť – životné podmienky ($\alpha = .559$), ktoré odporúča autor dotazníka interpretovať (Džuka, 2013 písomné oznámenie).

Viacnásobnou hierarchickou lineárnou regresnou analýzou (metóda stepwise) sme zisťovali prediktívnu silu skúmaných sociodemografických premenných a celkovej životnej spokojnosti vo vzťahu k jednotlivým oblastiam kvality života, ktoré vyplynuli z výsledkov EFA. Výsledky analýzy uvádzame v Tabuľke 2.

Tabuľka 2. Regresné modely pre vek, subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, počet detí a životnú spokojnosť ako prediktory a oblasti kvality života ako kritérium (akceptované modely; $p < .05$)

Prediktor	R	R^2 -change	<u>b</u>	<u>I</u>	<u>p</u>
Spirituálna oblasť ($F_{total}(1, 89) = 28,662$; $p < .000$)					
životná spokojnosť	.49	.24***	.245	5.354	.000
(Constant)			2.880		
Kognitívno-fyzická oblasť ($F_{total}(1, 89) = 38,461$; $p < .000$)					
zdravotný stav	.66	.43***	.467	8.248	.000
vek	.68	.04*	-.024	-2.338	.022
(Constant)			2.597		
Environmentálna oblasť – živ. možnosti ($F_{total}(1, 89) = 43,782$; $p < .000$)					
životná spokojnosť	.57	.33***	.335	6.617	.000
(Constant)			2.084		
Environmentálna oblasť – živ. podmienky ($F_{total}(1, 89) = 8,447$; $p < .01$)					
životná spokojnosť	.29	.09**	.143	2.906	.005
(Constant)			2.431		

Poznámka: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Z výsledkov uvedených v Tabuľke 2 vyplýva, že najsilnejším prediktorom vo vzťahu ku skúmaným oblastiam kvality života, s výnimkou kognitívno-fyzickej oblasti, bola životná spokojnosť, ktorej predikčná sila sa pohybovala v rozmedzí od 9-33%. Čím boli ženy spokojnejšie so svojim životom ako celkom, tým priaznivejšie hodnotili kvalitu života v spirituálnej oblasti, a tiež v environmentálnych oblastiach.

Najvyššie percento variability v rámci kognitívno-fyzickej oblasti vysvetlil subjektívne hodnotený zdravotný stav (43%) a vek sa podieľal na jej variancii 4%. Čím lepšie ženy hodnotili svoj zdravotný stav, tým pozitívnejšie hodnotili aj ich kvalitu života v kognitívno-fyzickej oblasti. Vek bol naopak v negatívnom vzťahu s touto oblasťou. S postupujúcim vekom hodnotili kvalitu života v tejto oblasti negatívnejšie. Išlo konkrétne o hodnotenie vzhľadu, pamäťových schopností, schopnosti sústrediť sa, schopnosti fyzicky sa namáhať a hodnotenie zdravia. Premenná počet detí sa v regresnom modeli nepresadila a nebola vo významnom vzťahu k žiadnej zo skúmaných oblastí kvality života.

Keďže premenné rodinný stav, bývanie (samostatne/s rodičmi) a vzdelanie neboli normálne rozložené a nemohli z tohto dôvodu vstupovať do regresnej analýzy, na výpočet ich vzťahu ku kvalite života bola použitá neparametrická štatistika, konkrétne Spearmanov korelačný koeficient. Významný vzťah medzi rodinným stavom, ani bývaním nebol preukázaný, v Tabuľke 3 preto uvádzame len výsledky týkajúce sa premennej vzdelanie.

Tabuľka 3. Výsledky korelačnej analýzy pre vzdelanie ako nezávislú premennú a jednotlivé oblasti kvality života ako závislé premenné (N=91)

	spirituálna	kognit.-fyzická	envir.-možnosti	envir.-podmienky
vzdelanie	.055	.027	.222*	-.173
p	.607	.802	.035	.101

Poznámka: p = hodnota štatistickej významnosti

Na základe korelačnej analýzy bol preukázaný štatisticky významný pozitívny vzťah medzi vzdelaním žien a environmentálnou oblasťou kvality života, ktorá sa týka určitých možností osoby. Konkrétne, čím vyššie vzdelanie ženy uviedli, tým pozitívnejšie hodnotili dopravnú dostupnosť, dostupnosť kultúrneho vyžitia, schopnosti dosahovať ciele a možnosti týkajúce sa bývania. Významný vzťah vzdelania k ostatným oblastiam nebol zistený.

Záver

Kvalite života žien/matiek sa vo výskume venuje pozornosť najmä v súvislosti s kvalitou života orientovanou na zdravie (Health related quality of life, HRQoL). Skúma sa kvalita života matiek alebo oboch rodičov detí trpiacich rôznymi ochoreniami a handicapmi. V našej sondáži sme sa však zamerali na kvalitu života žien na rodičovskej dovolenke, ktorých deti nemajú žiadne telesné, zmyslové ani mentálne postihnutie. Nami realizovaný predvýskum vnímame len ako určitú sondu do problematiky, v prvom rade zameranú na preskúmanie konkrétnych oblastí kvality života, ktoré sú pre ženy na rodičovskej dovolenke významné, a tiež ako s nimi súvisia skúmané sociodemografické premenné a celková životná spokojnosť.

V nasledujúcom texte sa pokúsime o zhrnutie a interpretáciu nadobudnutých výsledkov, a zároveň ich budeme konfrontovať so zisteniami iných autorov publikujúcich v tejto oblasti.

Výsledky predvýskumu u adolescentov (Džuka, 2013, v tlači), v rámci ktorého bol použitý rovnaký nástroj na zisťovanie kvality života ako v nami prezentovanej sondáži, poukázali na trojfaktorovú štruktúru nástroja a jednotlivé faktory boli sýtené 17 položkami. Počet položiek korešpondujúci s faktorovým riešením bol síce aj v našej sondáži identický, ale ich obsah sa líšil. V uvedenom predvýskume Džuku boli v porovnaní s našimi zisteniami identifikované tiež odlišné významné oblasti, tak z hľadiska obsahu ako aj ich kombinácie, a to: psychicko-sociálna, kognitívno-spirituálna a environmentálna oblasť, kým fyzická oblasť vo faktorovom riešení úplne absentovala. Naše zistenia naopak poukazujú na absenciu „čistej“ psychickej a sociálnej oblasti, hoci 2 položky „a priori“ zaradené pod psychickú oblasť a 1 položka zaradená k sociálnej oblasti boli súčasťou iných nami identifikovaných významných oblastí. Najvýznamnejšou oblasťou kvality života žien v našom výskumnom súbore bola oblasť spirituálna. Túto skutočnosť si vysvetľujeme aj samotným zložením výskumného súboru, keďže jeho podstatnú časť tvorili ženy, ktoré možno označiť za aktívne veriace a angažujúce sa v činnostiach príslušných cirkví (pozn.: išlo o príslušníčky evanjelickej a rímsko-katolíckej cirkvi). Vhodné by preto bolo overenie faktorovej štruktúry použitého nástroja v heterogénnejšom súbore žien z hľadiska vierovyznania. Ďalej chceme podotknúť, že kým na teoretickej úrovni je možná dobrá diferenciácia medzi fyzickou a kognitívnou oblasťou, respondentky rozdiely v prípade reakcií na položky reprezentujúce tieto oblasti pravdepodobne nereflektovali, výsledkom čoho bola kombinovaná kognitívno-fyzická oblasť. Za prekvapivé považujeme tiež zistenie, že okrem dvoch už spomenutých oblastí (spirituálna a kognitívno-fyzická), boli ako významné identifikované tiež dve oblasti pomenované na základe položiek, ktoré ich sýtili: environmentálna oblasť – životné možnosti a environmentálna oblasť – životné podmienky. K životným možnostiam boli prostredníctvom faktorovej analýzy zaradené položky týkajúce sa schopností dosahovať ciele, a tiež dostupnosti niečoho pre osobu a k životným podmienkam položky hodnotiace kvalitu životného prostredia, politické podmienky, bezpečnostnú situáciu a morálku v spoločnosti.

Podobne ako Gomez (2011), aj výsledky nášho predvýskumu potvrdili významnú pozitívnu koreláciu medzi vzdelaním a environmentálnou oblasťou kvality života (konkrétne životnými možnosťami), a teda, že matky s vyšším vzdelaním priaznivejšie hodnotili kvalitu života v tejto oblasti. A naopak, počet detí rovnako ako u nás nebol v signifikantnom vzťahu k žiadnej z autorom skúmaných oblastí kvality života (fyzická, psychická, sociálna, environmentálna) meraných dotazníkom WHOQL-BREF. Ďalej tento autor, podobne ako Mareš (2006), poukázal na významný vzťah medzi finančným príjmom a oblasťami fyzické zdravie a environmentálna oblasť, avšak finančnú situáciu sme v našom výskumnom súbore nezisťovali, čo by mohlo byť zároveň inšpiráciou pre ďalší výskum s týmto zameraním.

Coylová (2009) uverejnila výsledky analýzy 17 z 82 štúdií publikovaných v rokoch 1997 až 2006 týkajúcich sa HRQoL matiek. Dospela k zisteniu, že kvalitu života ovplyvňujú najmä tieto

faktory: nároky na materstvo (zdravie matky a dieťaťa alebo naopak handicap), environmentálne činitele (výkon, sociálna opora) a určité intervencie z okolia. Priaznivé hodnotenie zdravotného stavu matkami bolo silným prediktorom kvality života v kognitívno-fyzickej oblasti aj v našom výskumnom súbore. Sedemdesiatosem percent žien hodnotilo svoj zdravotný stav ako dobrý alebo veľmi dobrý, zvyšok ako ani dobrý ani zlý.

Výskum Yildirima a kol. (2013) poukázal na významný pozitívny vzťah medzi životnou spokojnosťou a štyrmi vyššie spomenutými oblasťami meranými pomocou WHOQOL-BREF u študentov ošetrovateľstva, čo potvrdili aj naše výsledky. Chceme podotknúť, že v rámci korelačnej analýzy bola životná spokojnosť v stredne silnom pozitívnom korelačnom vzťahu aj ku kognitívno-fyzickej oblasti, avšak v regresnom modeli sa ako významnejšie prediktory presadili zdravotný stav a vek.

V súvislosti s nadobudnutými zisteniami chceme uviesť, že ide len o predbežné zistenia, ktoré nemožno zovšeobecniť a sú platné len pre daný výskumný súbor. Nepotvrdenie predpokladanej šesťfaktorovej štruktúry nástroja použitého na skúmanie kvality života možno interpretovať tak, že jednotlivé položky nedostatočne diferencovali medzi zvolenými oblasťami, čo by však bolo vhodné overiť v ďalšom výskume po ich prípadnej reformulácii. Odlišnosť zistení v porovnaní so spomínaným predvýskumom u adolescentov (Džuka, 2013, v tlači) by zase mohla byť interpretovaná tak, že počet a obsah významných oblastí variuje v závislosti od veku či samotného zloženia výskumného súboru, čo si rovnako vyžaduje opätovné preskúmanie a overenie faktorovej štruktúry použitého nástroja (napr. u seniorov).

V rámci ďalšieho skúmania kvality žien na rodičovskej dovolenke by mohol byť veľmi prínosným kvalitatívny prístup k jej skúmaniu, ktorý by predstavoval obohatenie a prehĺbenie zistení nadobudnutých v rámci kvantitatívnych štúdií. Pričom by nešlo len o prerozprávanie aktuálnych skúseností z tohto obdobia života žien, ale aj o jeho hodnotenie alebo jeho re/interpretáciu. Každopádne zaujímavé by bolo porovnanie subjektívneho hodnotenia kvality života matiek a otcov na rodičovskej dovolenke, avšak zber údajov od otcov na rodičovskej dovolenke je oveľa náročnejší, najmä z hľadiska ich dostupnosti a početnosti.

Práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0374-10 - Subjektívne hodnotenie kvality života: reliabilita a validita merania.

Literatúra

- Babinčák, P. (2008). Definície, teoretické modely a indikátory kvality života. In Bačová, V. (Ed.), *Kvalita života a sociálny kapitál – psychologické dimenzie* (p.42-75). Prešov: Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis.
- Bartlová, P. (2007). Některé aspekty identity matky. *Československá psychologie*, 51 (3), 301-311.
- Coyle, S. B. (2009). Health-Related Quality of Life of Mothers: A Review of the Research. *Health Care for Women International*, 30, 484-506.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., a Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Dijkers, M. P. J. M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42 (3), 87-110.
- Džuka, J. (2012). Subjektívne hodnotenie kvality života: definícia, meranie a východiská ďalšieho výskumu. *Československá psychologie*, 56 (2), 148-156.
- Džuka, J. (2013, v tlači). Multidimenzionálny model subjektívne hodnotenej kvality života – výsledky predvýskumu. *Československá psychologie*.
- Gomez, I. N. B. (2011). Quality of Life of Parents of Children with Special Needs. The 20th Asian Conference on Intellectual Disabilities. Oral Presentation 2.4.1., 390-398. Dostupné 12.3.2013 na http://www.gtid.net/acid_20/pdf/42.pdf
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
- Mareš, J. (2006). Problémy s pojetím pojmu „kvalita života“ a jeho definováním. In Mareš, J., a kol. (Eds.). *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* (p.11-28). Brno: MSD.
- Mikulášková, G. (2013). Psychické potreby ako vybraný aspekt kvality života detí – výsledky diskurzívnej analýzy výpovedí rodičov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 47 (2), 118-134.
- Sedlák Vendelová, N. (2008). Kvalita života v autobiografiách žien. In Bačová, V. (Ed.), *Kvalita života a sociálny kapitál – psychologické dimenzie* (p.204-237). Prešov: Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis.
- Pavot, W., a Diener, E. (1993). Review of Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. Praha: Portál.
- Yildirim, Y., Kilic, S.P., a Akyol, A.D. (2013). Relationship between life satisfaction and quality of life in Turkish nursing school students. *Nursing & Health Science* [electronic version].

Overenie škály kvality života u ľudí s diagnózou schizofrénie

Gabriela Mikulášková¹

¹Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Štúdia vychádza z konceptu HRQOL (na zdravie orientovaná kvalita života) a zaoberá sa overením Škály kvality života u ľudí s diagnózou schizofrénia SQLS na slovenskej populácii. Cieľom výskumu je overenie reliability a validity škály SQLS. Vo výskume boli použité dve metodiky, SQLS a dotazník Subjektívne hodnotená kvalita života SHKZ. Výskumu sa zúčastnilo 90 osôb s diagnózou schizofrénie vo veku 19-82 rokov s priemerným vekom 52,60 rokov. Štúdia potvrdzuje dobrú konštruktívnu validitu psychosociálnej subškály škály SQLS – potvrdená korelácia s kognitívnou oblasťou kvality života dotazníka SHKZ. Výsledky overovania reliability potvrdzujú na základe stanoveného kritéria ako vnútorne konzistentnú psychosociálnu subškálu a škálu vedľajších symptómov. Nižšia miera konzistencie subškály energia a motivácia v dotazníku SQLS je v zhode s validizačnými štúdiami na anglickej vzorke respondentov. Závety štúdie poukazujú na možnosť využitia subjektívne hodnotenej kvality života u pacientov so schizofréniou.

Kľúčové slová: subjektívne hodnotená kvalita života, validita, reliabilita, schizofrénia

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje kvalitu života ako „jednotlivcovo vnímanie vlastného postavenia v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých žije a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, normám a obavám“ (WHOQOL, 1994, s.1). Dijkers (2005) spresňuje, že kvalita života nie je jednotný pojem a je chápaná rôzne: ako subjektívna pohoda (subjective well-being), kvalita života ako úspech (achievement) a kvalita života ako úžitok (utility). Súhlasíme s názormi Džuku (2013), ktorý považuje stotožňovanie kvality života a subjektívnej pohody z hľadiska ďalšieho výskumu za obmedzujúce. Autor navrhuje koncept kvality života ako úspechu (toho, čo osoba má, čo dosiahla a dosahuje) a zároveň navrhuje multidimenzionálny model významných oblastí kvality života. Aktuálnosť témy kvalita života dokladuje Austrálske centrum kvality života (Australian Centre on Quality of Life), ktoré zhromažďuje množstvo nástrojov, ktoré majú príbuznosť k subjektívnemu hodnoteniu kvality života. Nástroje rozčleňuje do tried, ktoré sú rozdelené podľa cieľovej skupiny (normálna populácia, ľudia s duševným alebo kognitívnym postihnutím, pre lekárske vyšetrenie, psychiatrickí pacienti a podobne) (Džuka, 2012). Reflektovaním záujmu o uvedené skupiny je v našom kontexte štúdia Kačmárovej (2013), ktorá sa venovala kvalitatívnym a kvantitatívnym možnostiam merania kvality života seniorov. Okrem uvedenej skupiny seniorov, postupne vzrastá práve záujem o kvalitu života psychiatrických pacientov, najmä pacientov so schizofréniou. Vo výskumoch najčastejšie nachádzame negatívny vplyv symptomatiky na kvalitu života pacientov (Motlová a Koukolík, 2004). Život po hospitalizácii ovplyvňujú negatívne príznaky dlhodobo, najviac súvisia so zníženou schopnosťou zapojiť sa do sociálnych aktivít a vo veľkej miere ovplyvňujú najviac objektívne faktory kvality života (Fitzgerald, Williams a Corteling, 2001). Viaceré štúdie poukazujú na fakt, že psychofarmaká síce vo väčšine prípadov vedú k zvýšeniu úrovne kvality života, no prítomné nežiaduce účinky môžu kvalitu života ľudí s diagnózou schizofrenie ovplyvniť negatívne. Negatívny dopad vedľajších účinkov (poruchy spánku, únava, bolesť hlavy, sexuálna dysfunkcia, závraty, hypotenzia aj hypertenzia) na kvalitu života analyzovali Ritsner a kol. (2004). Ďalší výskum poukázal na súvislosť medzi spokojnosťou v sociálnych kontaktoch a kvalitou života u pacientov so schizofréniou (Begtsson a Hansson, 2001). Smith a Greenberg (2007) vo svojom výskume preukázali signifikantne vyššiu spokojnosť u pacientov s dobrým súrodeneckým a partnerským vzťahom. (Bobes a kol., 2007). Bobes a kol. (2007) na základe množstva štúdií zameriavajúcich sa na zistenie kvality života u pacientov so schizofréniou dospeli k záveru, že pacienti so schizofréniou vykazujú horšiu úroveň kvality života ako bežná populácia, či dokonca aj ako fyzicky chorí ľudia. Z výskumov vyplynulo tiež, že čím dlhšie choroba trvá, tým je úroveň kvality života horšia. Nørholm a Bech (2007) tvrdia, že hodnotenie kvality života schizofrenikov je nevyhnutné pri navrhovaní a organizovaní rehabilitačných programov pre chorých a ich rodiny. Napriek existencii množstva nástrojov hodnotenia kvality života, existuje veľmi málo nástrojov, ktoré sú určené pre populáciu schizofrenikov. Medzi nástroje hodnotenia kvality života u ľudí s diagnózou schizofrenie alebo inou ťažkou

duševnou poruchou patrí The Quality of Life Scale, The Lancashire Quality of Life Profil alebo The Lehman Quality of Life Interview. Tieto nástroje sú pomerne časovo náročné a sú posudzované klinickými odborníkmi, psychiatrami a psychológmi. Na základe predpokladu, že človek s duševnou poruchou vie najlepšie sám určiť úroveň svojej kvality života, boli vyvinuté špecifické nástroje ako je Škála kvality života ľudí s diagnózou schizofrénie, The Schizophrenia Quality of Life Scale (ďalej v texte SQLS) (Wilkinson a kol., 2000), ktorá je predmetom predloženej štúdie a v našich podmienkach zatiaľ nie je adaptovaná.

Metódy

Výskumný cieľ

Cieľom štúdie bolo overiť reliabilitu SQLS. Ďalším cieľom štúdie bolo overiť konštruktívnu validitu SQLS (pomocou korelácie medzi psychosociálnou subškálou SQLS a kognitívnu subškálou Subjektívne hodnotenej kvality života (SHKZ), korelácie medzi subškálou motivácia/energia a mierou sociálnych kontaktov, korelácie medzi trvaním poruchy a subškálou vedľajšie účinky). Cieľom je zároveň overiť korelácie položiek SQLS so subškálami SQLS, kde sú zaradené.

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorili ľudia s diagnózou schizofrénie umiestnení v domovoch sociálnych služieb. Všetci respondenti nachádzajúci sa vo vzorke boli v remisii, kontrolované boli dĺžka hospitalizácie, intelektové schopnosti, diagnóza a psychofarmakologická liečba. Výskum sa uskutočnil na celkovej vzorke 90 osôb vo veku od 19 do 82 rokov s priemerným vekom 52,60 roka. Výskumu sa zúčastnili muži vo veku od 19 do 80 rokov s priemerným vekom 50,91 roka. Ženy zúčastnené výskumu boli vo veku od 31 do 82 rokov s priemerným vekom 55,03 roka. Vzorka bolo vzhľadom k cieľom výskumu rozdelená podľa rodu a intenzity sociálnych kontaktov s rodinou.

Výskumné nástroje

Vo výskume boli použité Škála kvality života u ľudí s diagnózou schizofrénie (SQLS) (Wilkinson a kol., 2000) a dotazník Subjektívne hodnotená kvalita života (SHKZ) (Džuka, 2013).

Škála kvality života u ľudí s diagnózou schizofrénie

SQLS je 30-položková sebaopisovacia škála, ktorá obsahuje 3 oblasti: psychosociálnu (15 položiek – napr. „som nahnevany“, obávam sa o svoju budúcnosť“, „cítim sa osamote“), oblasti motivácie a energie (7 položiek - napr. „chýba mi energia“, „nemôžem sa donútiť urobiť veci“, „mám rád plány do budúcnosti“) a oblasti symptómov a vedľajších účinkov (8

položiek – napr. „trápi ma sucho v ústach“, „môj spánok je prerušovaný“, „vidím rozmazane“). Každá položka je posudzovaná na 5 stupňovej škále: „nikdy“ , „zriedkavo“, „niekedy“, „často“ a „stále“ . Hodnota na každej škále sa pohybuje v rozpätí od 0 – 100, pričom vyššie skóre reprezentuje horšiu kvalitu života. Nástroj je možné administrovať po 7 dňoch. Cronbachova alpha dotazníka SQLS na našej vzorke je uvedená v Tabuľke 1 (pre porovnanie uvádzame výsledky získané v anglickej verzii (Luo a kol., 2008). SQLS bola preložená do slovenského jazyka a bol zabezpečený spätný preklad.

Tabuľka 1. Porovnanie reliability všetkých subškál škály SQLS medzi slovenskou a anglickou verzou (N=90)

	Slovenská verzia	Anglická verzia
Psychosociálna oblasť	.78	.92
Energia/motivácia	.46	.61
Vedľajšie účinky	.63	.81

Dotazník Subjektívne hodnotenej kvality života

Dotazník Subjektívne hodnotenej kvality života (SHKZ), ktorého autorom je Džuka (2013) meria simultánne: samotnú kvalitu života a spokojnosť respondenta s dosiahnutou kvalitou života. Nová verzia dotazníka (pôvodná obsahovala 6 subškál) pozostáva z troch subškál (každá po 5 položiek): kognitívna oblasť kvality života, duchovná oblasť kvality života a environmentálna oblasť kvality života. Pri každej položke respondent vyjadruje svoje hodnotenie z dvoch hľadísk, a to ako danú skutočnosť hodnotí, čiže aká je a ako je s danou skutočnosťou spokojný. Respondenti hodnotia kvalitu života na päťbodovej škále (od 1 „veľmi zlé“ až po 5 „veľmi dobré“). Spokojnosť je hodnotená tiež na päťbodovej škále (od 1 „veľmi nespokojný/á“, až po 5 „veľmi spokojný/á“). V našom výskume sme použili len subjektívne hodnotenie kvality života. Cronbachova alpha dotazníka SHKZ je uvedená v Tabuľke 2.

Tabuľka 2. Reliabilita dotazníka SHKZ použitého vo výskume podľa jednotlivých subškál

Subškály dotazníka SHKZ	Cronbachova alfa
Kognitívna oblasť kvality života	.81
Duchovná oblasť kvality života	.77
Environmentálna oblasť kvality života	.75

Výsledky

Výsledky overenia vzťahu medzi psychosociálnou subškálou škály SQLS a subškálou kognitívna oblasť kvality života dotazníka SHKZ (pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu) sú uvedené v Tabuľke 3.

Tabuľka 3. Korelácia psychosociálnej subškály škály SQLS a subškály kognitívna oblasť kvality života dotazníka SHKZ pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu (N=90)

	Psychosociálna oblasť	
	SQOL	Kognitívna oblasť SHKZ
Psychosociálna subškála		.476**
Kognitívna oblasť kv. života	.476**	

*Pozn.- **znamená, že korelácia je významná na hladine významnosti $p < 0.01$.*

Výsledky potvrdili stredne silnú koreláciu medzi psychosociálnou subškálou škály SQLS a subškálou kognitívna oblasť kvality života dotazníka SHKZ.

Ďalej sme overovali vzťah medzi subškálou energia/motivácia škály SQLS a kontaktom schizofrenikov so svojou rodinou a známymi (pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu), výsledky sú uvedené v Tabuľke 4.

Tabuľka 4. Korelácia subškály energia/motivácia škály SQLS a kontaktom pacienta so svojou rodinou pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu (N=90)

	Subškála energia/motivácia	Kontakt s rodinou
Subškála energia/motivácia		-.070**
Kontakt s rodinou	-.070**	

*Pozn.- **znamená, že korelácia je významná na hladine významnosti $p < 0.01$.*

Konštatujeme, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi subškálou energia/motivácia škály SQLS a kontaktom schizofrenikov so svojou rodinou a známym.

Ďalej sme overovali vzťah medzi subškálou vedľajšie účinky škály SQLS a dĺžkou trvania poruchy (pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu), výsledky sú uvedené v Tabuľke 5.

Tabuľka 5. Korelácia subškály vedľajšie účinky škály SQLS a dĺžky trvania poruchy pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu (N=90).

	Subškála vedľajšie účinky	Dĺžka trvania poruchy
Subškála vedľajšie účinky		.148**
Dĺžka trvania poruchy	.148**	

*Pozn.- **znamená, že korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0.01$.*

Potvrdili sme, že existuje vzťah medzi subškálou vedľajšie účinky škály SQLS a dĺžkou trvania poruchy. Čím porucha trvá dlhšie, tým vyššie pacient skóruje v subškále vedľajšie účinky pri hodnotení kvality života.

Porovnanie korelácie položiek škály SQLS medzi slovenskou a anglickou verziou sú uvedené v nasledujúcich Tabuľkách 6,7 a 8.

Tabuľka 6. Korelácia položiek psychosociálnej subškály SQLS (N=90)

Psychosociálna subškála	slovenská verzia	anglická verzia
4. Pociťujem zlosť.	.408***	.37***
7. Obávam sa o svoju budúcnosť.	.347***	.66***
8. Cítim sa osamotený.	.486***	.67***
9. Pociťujem beznádej.	.542***	.70***
11. Cítim, že som popudlivý.	.458***	.62***
14. Nesprávne interpretujem poznámky iných.	.161***	.53***
16. Ťažko sa sústreďujem.	.381***	.59***
18. Ťažko sa zapájam do spoločnosti iných.	.340***	.48***
19. Cítim sa na dne a depresívne.	.330***	.69***
22. Cítim zmätok a nedostatok sebaistoty.	.471***	.66***
24. Moje pocity sa prudko striedajú.	.469***	.56***
26. Obávam sa toho, že sa mi nebude dariť lepšie.	.544***	.65***
27. Som ustarostený.	.410***	.73***
28. Mám pocit, že sa mi ľudia vyhýbajú.	.366***	.59***
29. Som skormútený z pomyslenia na to, čo bolo.	.211***	.74***

Pozn.- ***znamená, že korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0.001$.

Tabuľka 7. Korelácia položiek subškály energia/motivácia SQLS (N=90)

Subškála energia/motivácia	slovenská verzia	anglická verzia
1. Nemám dosť síl fungovať.	.258***	.32***
6. Nemôžem sa donútiť do fungovania.	.122***	.33***
12. Dokážem vykonávať každodenné aktivity.	.294***	.51***
13. Zapájam sa do príjemných aktivít.	.084***	.37***
15. Rád vopred plánujem.	-.034***	.28***
17. Väčšinou zostávam doma.	.113***	.08***
20. Mám pocit, že to zvládam.	.070***	.42***

Pozn.- ***znamená, že korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0.001$.

Tabuľka 8. Korelácia položiek subškály vedľajšie účinky SQLS (N=90)

Subškála vedľajšie účinky	slovenská verzia	anglická verzia
2. Trasenie ma obťažuje.	.388***	.60***
3. Pri chôdzi sa necítim isto.	.459***	.54***
5. Trápi ma sucho v ústach.	.203***	.42***
10. Tvrdnú mi svaly.	.301***	.51***
21. Zneostrojuje sa mi zrak	.143***	.44***
23. Nemám pokojný spánok.	.247***	.43***
25. Mávam šklbanie svalov.	.427***	.49***
30. Mávam závraty.	.420***	.56***

Pozn.- ***znamená, že korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0.001$.

Konštatujeme, že hodnoty korelačných koeficientov položiek v psychosociálnej subškále, subškále energia/motivácia a subškále vedľajšie účinky škály SQLS sú v slovenskej verzii nižšie ako v anglickej verzii.

Záver

Jedným z hlavným cieľov bolo overenie reliability SQLS. Konštatujeme, že subškály psychosociálna oblasť a vedľajšie účinky sú dostatočne vnútorne konzistentné, avšak oblasť energia/motivácia vykazuje (v zhode s Luom, a kol., 2008) nižšiu mieru reliability. Považujeme za potrebné v budúcnosti korigovať znenie položiek a overiť či naši respondenti správne porozumeli obsahu položiek. Ďalším cieľom, ktorý je súčasťou overenia konštruktivej validity škály SQLS, bolo zistiť, či psychosociálna subškála škály SQLS je v pozitívnom vzťahu so subškálou kognitívna oblasť kvality života dotazníka SHKZ. Výsledky preukázali, že medzi psychosociálnou subškálou škály SQLS a subškálou kognitívna oblasť dotazníka SHKZ je štatisticky významný vzťah. Potvrdili sme výsledky Lua a kol., (2008), ktorý taktiež potvrdil vzťah medzi psychosociálnou subškálou škály SQLS a subškálou duševné zdravie dotazníka SF-36. Psychosociálnu subškálu škály SQLS môžeme považovať z hľadiska konštruktivej validity za valídnu. Cieľom nášho výskumu bolo zistiť, či subškála energia/motivácia škály SQLS je v pozitívnom vzťahu s kontaktom schizofrenika so svojou rodinou a známymi. Výsledky preukázali, že medzi subškálou energia/motivácia škály SQLS kontaktom pacienta so svojou rodinou a známymi neexistuje štatisticky významný vzťah. Pri konštrukcii druhej hypotézy sme vychádzali tiež zo štúdie Lua a kol. (2008). Tí skúmali vzťah medzi subškálou energia/motivácia škály SQLS a subškálou vitalita dotazníka SF-36 a preukázali, že medzi týmito dvoma subškálami je štatisticky významný vzťah. V tejto štúdi

sme vychádzali z predpokladu, že osoba, ktorá je v kontakte so svojou rodinou a známymi bude mať viac energie a motivácie pre dosiahnutie zlepšenia stavu za cieľom skorého návratu k rodine, či známym. Nepotvrdenie predpokladu vysvetľujeme ako dôsledok nevhodne vybraného validizačného kritéria, je možné, že použitie iného kritéria, napr. administrácia SF – 36 by priniesla iné výsledky. Respondenti v našej vzorke sa významne nelíšili v miere kontaktov a z tohto dôvodu táto premenná pravdepodobne nediskriminovala. Ďalším cieľom nášho výskumu bolo overenie, či subškála „vedľajšie účinky“ škály SQLS je v pozitívnom vzťahu s dĺžkou trvania poruchy. Preukázali sme, že medzi subškálou vedľajšie účinky škály SQLS a dĺžkou trvania poruchy existuje síce veľmi slabý, ale štatisticky významný vzťah. Nakoľko sme však aj pri konštrukcii tohto predpokladu vychádzali zo štúdie Lua a kol. (2008), ktorí stanovili kritéria ($r > 0,2$) overovania validity škály SQLS, nie je subškála vedľajšie účinky pre slovenskú populáciu z tohto hľadiska validna. K nepotvrdeniu validity tejto subškály mohlo opäť dôjsť neadekvátnym výberom nezávislej premennej, ktorou bola dĺžka liečby poruchy. Nepotvrdili sme výsledky Lua a kol. (2008), ktorí preukázali, že medzi subškálou vedľajšie účinky a počtom psychiatrických symptómov je štatisticky významný stredne silný pozitívny vzťah ($r = 0.490$), čo znamená, že subškála vedľajšie účinky škály SQLS sa v ich výskume ukázala ako validna. Posledným cieľom nášho výskumu, ktorý je tiež súčasťou overenia reliability škály SQLS, bolo overenie korelácií medzi jednotlivými položkami škály SQLS a subškálami, kde sú položky zaradené. Opäť však musíme poukázať na kritérium stanovené pre korelácie medzi položkami škály SQLS od Lua a kol. (2008). Kolektív autorov za kritérium pre koreláciu medzi položkami stanovili za akceptovateľnú hodnotu korelačného koeficientu $r \geq 0,4$ na hladine významnosti $p \leq 0.001$. Na základe tohto kritéria sú akceptovateľné len položky č. 4, 8, 9, 11, 22, 24, 26 a položka č.27 prislúchajúce psychosociálnej subškále škály SQLS majúce korelačný koeficient $r \geq 0,4$ na hladine významnosti $p \leq 0.001$. Toto kritérium nespĺňajú položky prislúchajúce subškále energia/motivácia škály SQLS. Položky prislúchajúce subškále vedľajšie účinky škály SQLS, ktoré spĺňajú stanovené kritérium akceptácie, sú len tri, a to položka č.24, 26 a položka č.27 majúce korelačný koeficient $r \geq 0,4$ na hladine významnosti $p \leq 0.001$. Stanovené kritérium v štúdií Lua a kol. (2008) spĺňali v psychosociálnej subškále škály SQLS všetky položky, pretože všetky mali korelačný koeficient $r \geq 0,4$ na hladine významnosti $p \leq 0.001$. V subškále energia/motivácia toto kritérium nespĺňali žiadne položky, rovnako ako v našom výskume. Naopak, stanovené kritérium splnili všetky položky subškály vedľajšie účinky škály SQLS majúce koeficient $r \geq 0,4$ na hladine významnosti $p \leq 0.001$. Je nutné zhrnúť, že vzhľadom k podmienkam overenia validity v našom výskume vyhovuje a teda sa preukázala ako validna len psychosociálna subškála škály SQLS. Subškála energia/motivácia uspokojivo nenaplnila ani kritérium validity, ani kritérium reliability. Predloženú štúdiu považujeme za pilotnú a je nevyhnutné, aby škála SQLS bola ďalej overovaná z hľadiska zvýšenia jej validity a reliability.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0374-10.

Literatúra

- Bengtsson, A., a Hansson, L. (2001). Quantitative and Qualitative Aspects of The Social Network in Schizophrenic Patients Living in The Community. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (3), 67-77.
- Bobes, J. a kol. (2007). Quality of Live in Schizophrenic Patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9 (2), 215-226.
- Dijkers, M.P.J.M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87 - 110.
- Džuka, J. (2012). Subjektívne hodnotenie kvality života: definícia, meranie a východiská ďalšieho výskumu. *Československá psychologie*, 56 (2), 148-156.
- Džuka, J. (2013). Multidimenzionálny model významných oblastí subjektívne hodnotenej kvality života a jeho empirické overenie – výsledky predvýskumu. *Československá psychologie*, v tlači.
- Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Filia, S. L., Brewer, K., Adams, A., Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 387-392.
- Kačmárová, M. (2013). Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie*, 57, 1, 42-53.
- Luo, N. a kol. (2008). Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. *Quality of Life Research*, 17 (1), 115-122.
- Motlová, L., a Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie*. Praha: Galén.
- Ritsner, M. a kol. (2004). Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice. A naturalistic comparative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 582-591.
- Smith, M. J., a Greenberg, J. S. (2007). The Effect of the Quality of Sibling Relationships on the Life Satisfaction of Adults with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 58 (9), 1222.
- Wilkinson, G. a kol. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.
- The WHOQOL (1994). Measuring Quality of Life. Vyhľadané 21.1.2013, dostupné na http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Sýtené nápoje a mladí – prispieva moderný životný štýl k zdraviu adolescentov?

Jana Holubčíková¹, Peter Kolarčík¹, Andrea Madarasová Gecková¹

¹ Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice

Abstrakt

Stravovacie návyky detí a mladých ľudí a s nimi súvisiaca obezita sa v posledných rokoch dostávajú do popredia výskumov v oblasti zdravia. Okrem vplyvu na zdravie mladých ľudí má nezdravé stravovanie účinky aj na správanie. Nevyvážená strava a pitný režim môžu mať súvislosť s rôznymi druhmi rizikového správania. Čoraz častejším javom u mladých ľudí a detí je pitie sladených nápojov, ktoré obsahujú vysoké množstvo cukru, kofeínu a iných látok. Ich povzbudzujúci účinok môže viesť k agresívnemu správaniu detí a adolescentov. Podľa medzinárodnej HBSC štúdie skoro 40% respondentov vo veku od 11 do 15 rokov (N=7583) konzumuje sladené nápoje aspoň jedenkrát denne. Súvislosť konzumácie týchto nápojov s agresívnym správaním (účasť na fyzickej bitke, šikanovanie ostatných detí a výskyt úrazov) bola testovaná pomocou logistickej regresie zvlášť pre dievčatá a chlapcov. Ukázalo sa, že dievčatá, ktoré denne konzumujú sladené nápoje majú väčšiu pravdepodobnosť zapájať sa do fyzickej bitky a šikanovať ostatných. U chlapcov s rovnakou mierou konzumácie týchto nápojov sa vo zvýšenej vyskytuje šikanovanie, zapojenie sa do fyzickej bitky a úrazy. Prevencia v oblasti konzumácie sladených nápojov by sa mala zamerať na upovedomenie verejnosti na nepriaznivé účinky obsiahnutých látok, s dôrazom na rodičov, školský personál ale aj samotné deti a adolescentov. Riešením by mohla byť propagácia zdravého životného štýlu v oblasti výživy ale aj fyzickej aktivity.

Kľúčové slová: adolescencia, sladené nápoje, šikanovanie, fyzická bitka, úrazy

Úvod

Za posledných 20 rokov konzumácia sladených nápojov celosvetovo stúpila o 300% a vyše polovica detí v škole konzumuje sladené nápoje denne (Harrington, 2008). Existuje predpoklad, že v Európe bude mať tento trend naďalej stúpajúcu tendenciu (Naska, Bountziouka, a Trichopoulou, 2010). V súvislosti s týmito zisteniami začína byť stále viac diskutovaná téma vplyvu pitia sladených nápojov na fyzické a psychické zdravie obzvlášť u detí a adolescentov, ktorých vývin môže byť ovplyvnený látkami obsiahnutými v týchto nápojoch. Cukor (glukóza) je dôležitý zdroj energie pre fungovanie mozgu. Pri jeho nedostatku, aktivity, ktoré vyžadujú zvýšený energetický výdaj nie sú mozgom ovládané dostatočne, čo môže v určitých situáciách viesť k agresívnemu správaniu. Výskum na jedincoch s násilnými sklonmi ukazuje zníženú metabolickú aktivitu v temporálnom a prefrontálnom kortexe, čo sú centrá zodpovedné za regulovanie agresivity a impulzivity (Volkow s kol., 1995). Kofeín je najčastejšie používaná legálna psychoaktívna látka dostupná deťom a adolescentom. Má povzbudzujúce účinky na nervovú sústavu a jeho príjem u detí a adolescentov bol spojený s agresívnym správaním (Kristjansson, Sigfusdottir, Frost, a James, 2013). Aspartám sa používa ako sladidlo v diétnych nápojoch a je 180 až 200 krát sladší ako cukor. Pri takejto úrovni sladkej chuti obsahuje aspartám signifikantne nižší počet kalórií v porovnaní s cukrom, čo môže vyvolať behaviorálne zmeny (Saravis, Schachar, Zlotkin, Leiter, a Anderson, 1990).

Okrem toho, že zvýšená konzumácia sladených nápojov u detí a adolescentov vedie k nadváhe, dokonca až k obezite (Vartanian, Schwartz, a Brownell, 2007) a k iným zdravotným ťažkostiam ako cukrovka (Gardener s kol., 2012) alebo zvýšené riziko zubného kazu (Heller, Burt, a Eklund, 2001), výskumy v oblasti psychológie dokázali súvislosť konzumácie sladených nápojov s rôznymi behaviorálnymi a kognitívnymi zmenami ako napríklad hyperaktivita (Lien, Lien, Heyerdahl, Thoresen, a Bjertness, 2006), depresia, úvahy nad samovraždou (Shi, Taylor, Wittert, Goldney, a Gill, 2010), agresívne a rizikové správanie (užívanie alkoholu a tabakových výrobkov) (Solnick a Hemenway, 2012).

Vznik agresívneho správania adolescentov prejavujúceho sa v rovesníckej skupine je determinovaný komplexom faktorov – biologických činiteľov, kultúrnych a sociálnych vplyvov a schopnosti sebaregulácie. Mechanizmus spojený s príjmom látok obsiahnutých v sladených nápojoch môže byť aktivátorom takéhoto správania. Najčastejšími spôsobmi, ako sa agresia u detí a adolescentov prejavuje je šikanovanie rovesníkov, zapájanie sa do fyzickej bitky a z toho vyplývajúce vážne zranenia. Cieľom našej práce bolo overiť súvislosť medzi pitím sladených nápojov a výskytom týchto druhov správania v populácii adolescentov zvlášť u chlapcov a u dievčat.

Metódy

V našej práci sme použili dáta z HBSC (Health Behavior in School Aged Children) štúdie. Je to medzinárodná prierezová štúdia na ktorej v súčasnosti spolupracuje viac ako 40 krajín. Jej cieľom je monitorovať zdravie, so zdravím súvisiace správanie školákov v ich sociálnom kontexte. Zber údajov prebiehal na základných školách v roku 2010 formou anonymného dotazníka administrovaného v školských triedach tímom školených administrátorov. Vybraná výskumná vzorka pozostávala z 7583 školákov vo veku od 11 do 15 rokov (48.2% chlapcov). Údaje boli získané reprezentatívne pre populáciu na Slovensku.

Úroveň sledovaných druhov správania sme merali vybranými položkami z dotazníka. Frekvenciu pitia sladených nápojov sme zisťovali pomocou otázky: „Koľkokrát do týždňa obvykle piješ kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor?“ Možné odpovede boli: nikdy (1); menej ako jedenkrát týždenne (2); raz za týždeň (3), 2-4 dni v týždni (4); 5-6 dní v týždni (5); raz denne, každý deň (6); každý deň, viac ako raz (7). Premennú sme dichotomizovali na kategórie: sladené nápoje pijem menej často ako 6 krát za týždeň a kategóriu sladené nápoje pijem každý deň raz alebo viac krát. Frekvenciu šikanovania sme merali otázkou, ktorej predchádzal text definujúci šikanovanie⁵. Samotná otázka znela: „Ako často si sa zúčastnil/a takéhoto správania voči inému/iným spolužiakovi/spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov?“ Nezúčastnil/som sa takéhoto správania voči inému spolužiakovi/spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov (1); stalo sa to len raz alebo dvakrát (2); 2 alebo 3 krát mesačne (3); asi raz za týždeň (4); niekoľkokrát za týždeň (5). Odpovede sme dichotomizovali na kategórie: správal/a som sa k niekomu takýmto spôsobom viac ako 2 alebo 3 krát mesačne a kategóriu správal som sa takto najviac raz alebo dvakrát alebo menej. Zapájanie sa do fyzickej bitky sme zisťovali otázkou: „V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si sa zúčastnil/a fyzickej bitky?“ s možnými odpoveďami: Nezúčastnil/a som sa fyzickej bitky v posledných 12 mesiacoch (1); 1 krát (2); 2 krát (3); 3 krát (4); 4 alebo viac krát (5). Položka bola dichotomizovaná na kategórie: fyzickej bitky som sa zúčastnil/a viac ako 3 krát a fyzickej bitky som sa zúčastnil/a najviac 2 krát alebo vôbec. Otázka o úrazoch bola v dotazníku uvedená vysvetľujúcim textom⁶. Na frekvenciu sme sa pýtali

⁵ Toto sú niektoré otázky ohľadom šikanovania. Hovoríme, že spolužiak/čka je ŠIKANOVANÝ/Á, keď jemu alebo jej iný spolužiak/čka alebo skupina spolužiakov povedia alebo urobia protivné a nepríjemné veci. Šikanovanie je tiež, keď sa spolužiakovi/čke opakovane posmievajú spôsobom, ktorý mu nie je príjemný alebo keď je spolužiak/čka schválne vylúčený/á z kolektívu. ŠIKANOVANIE ALE NIE JE, keď sa dvaja spolužiaci/čky zhruba rovnako silní/é hádajú alebo bijú. Šikanovanie taktiež nie je, keď je spolužiak/čka podpichovaný kamarátskym a hravým spôsobom.

⁶ Mnoho mladých ľudí sa zraní pri aktivitách, ako je šport alebo bitka s inými na rôznych miestach, ako je ulica alebo domov. Zranenia môžu zahŕňať otravu alebo popálenie. Zranenia nezahŕňajú ochorenia, ako sú osýpky alebo chrípka. Nasledujúce otázky sa týkajú zranení, ktoré si mohli/mohla mať v priebehu posledných 12 mesiacov.

nasledovne: „V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si bol/a zranený/á tak, že si musel/a byť ošetrovaný/á lekárom alebo zdravotnou sestrou?“ Odpovede boli: Nebol/a som zranený/á za posledných 12 mesiacov (1); 1 krát (2); 2 krát (3); 3 krát (4); 4 alebo viac krát (5). Odpovede boli dichotomizované na dve kategórie: bol/a som zranený/á 3 alebo viac krát za posledných 12 mesiacov a bol/a som zranený/á najviac 2 krát za posledných 12 mesiacov alebo vôbec.

Na štatistické spracovanie údajov boli použité deskriptívne štatistické postupy a logistická regresia. Do regresného modelu sme zaradili vek, ako možnú intervenujúcu premennú, frekvenciu pitia sladených nápojov ako možný prediktor a výskyt šikanovania, fyzických konfliktov a úrazov ako závislú premennú, pričom bol kontrolovaný efekt rodu.

Výsledky

Prevalencia jednotlivých druhov sledovaného správania je uvedená v Tabuľke 1. Viac ako tretina školákov uviedla každodennú konzumáciu sladených nápojov. Chlapci a dievčatá sa líšili vo výskyte jednotlivých druhov správania. U dievčat sa všetky druhy sledovaného správania vyskytovali v nižšej miere ako u chlapcov.

Tabuľka 1. Frekvencia výskytu sledovaného správania pre celú populáciu školákov a so stratifikáciou na rod.

	Celkovo (N=7583)	Chlapci (N=3654; 48.2%)	Dievčatá N=3921; 51.8%)	Hodnota p
Denná konzumácia sladených nápojov	2722 (37.0%)	1379 (39.1%)	1341 (35.0%)	<0,001
Šikanovanie	989 (13.3%)	596 (16.8%)	392 (10.2%)	<0,001
Zapojenie sa do fyzickej bitky	1065 (14.3%)	824 (23.1%)	239 (6.2%)	<0,001
Úrazy	414 (5.5%)	281 (7.9%)	133 (3.4%)	<0,001

Efekt pitia sladených nápojov na sledované druhy správania sme analyzovali v logistickej regresnej analýze. Z Tabuľky 2 vyplýva, že každodenné pitie sladených nápojov významne pozitívne súviseli so šikanovaním, zapájaním sa do fyzickej bitky u chlapcov aj u dievčat a s výskytom úrazov vyžadujúcich ošetrovanie u chlapcov. Najsilnejší vzťah sa ukázal medzi každodenným pitím sladených nápojov a účasťou na fyzických bitkách a to u chlapcov aj u dievčat.

Tabuľka 2. Regresný model: Súvislosť medzi dennou konzumáciou sladených nápojov a rizikovým správaním: šikanovaním, zapojením sa do fyzickej bitky a výskytom úrazov u chlapcov a u dievčat.

	Šikanovanie	Fyzická bitka	Úrazy
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Chlapci	1.10 (1.03-1.18)**	1.47 (1.25-1.73)***	1.40 (1.08-1.81)**
Dievčatá	1.27 (1.03-1.57)*	1.66 (1.27-2.18)***	1.30 (0.91-1.86)

Hladiny významnosti: * $p < 0,5$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Model bol adjustovaný na vek.

OR - pomer šancí; CI – konfidenčný interval

Diskusia

Cieľom našej práce bola analýza efektu každodenného pitia sladených nápojov na agresívne správanie školákov základných škôl na Slovensku na základe dát z HBSC štúdie. Podľa našich výsledkov mali školáci, ktorí pijú každý deň sladené nápoje väčšiu šancu šikanovať ostatných a zapojiť sa do fyzickej bitky. Chlapci s každodenným príjmom sladených nápojov mali navyše signifikantne vyššiu šancu mať úraz vyžadujúci lekárske ošetrenie.

Naše výsledky sú konzistentné so zisteniami ďalších štúdií, že metabolizmus jednotlivých látok obsiahnutých v sladených nápojoch má súvislosť s agresívnym správaním adolescentov voči rovesníkom (Kristjansson s kol., 2013; Solnick a Hemenway, 2012). Iné zahraničné výskumy naopak popierajú vplyv nadmerného množstva cukru obsiahnutého v sladených nápojoch vo vysokej miere či už na kognitívne alebo behaviorálne zmeny v negatívnom zmysle (Flora a Polenick, 2013; Wender a Solanto, 1991), dokonca tvrdia, že príjem cukru môže pozitívne ovplyvniť športový výkon, kognitívne procesy, sebakontrolu a redukovať agresiu či už u dospelých alebo u detí.

Predchádzajúce protirečiaci si výskumné zistenia odkazujú na zložitý mechanizmus metabolizmu cukrov. Bezprostredne po prijatí veľkého množstva cukru (napríklad vo forme sladených nápojov) stúpne obsah glukózy v krvi. Následne na to organizmus vylúči inzulín za účelom zníženia hladiny krvného cukru na normálnu hladinu. Je dokázané, že adolescenti, ktorí uvádzajú častú konzumáciu sladených nápojov majú zvýšenú hladinu inzulínu v krvi (Kondaki s kol., 2013). Z toho vyplýva, že čím viac cukru naraz telo prijme, tým väčšie sú výkyvy hladiny cukru v krvi. V prípade školákov, ktorí konzumujú potraviny s nízkym glykemickým indexom⁷, k takým výrazným výkyvom hladiny cukru neprichádza. Takéto závažné výkyvy hladiny krvného cukru v konečnom dôsledku vplývajú na kognitívne procesy

⁷ Glykemický index určuje, ako rýchlo sa cukor v potravine vstrebáva a do akej miery ovplyvňuje hladinu glukózy v krvi.

a emocionalitu adolescentov. Dôsledkom častokrát býva agresia namierená voči rovesníkom prejavujúca sa šikanovaním, častým zapájaním sa do fyzickej bitky a s tým súvisiaci častý výskyt vážnych úrazov.

V rámci našej štúdie sme sledovali aj možné rodové rozdiely vo vzťahu medzi nadmernou konzumáciou sladených nápojov na vybrané druhy rizikového správania. Signifikantné rozdiely sa ukázali v súvislosti s výskytom úrazov. U chlapcov bolo denné pitie sladených nápojov signifikantne spojené s vyšším výskytom úrazov, pričom u dievčat táto súvislosť nebola nájdená. Môže to byť zapríčinené všeobecne nízkou prevalenciou úrazov u dievčat (3.4%) v porovnaní s chlapcami (7.9%).

Výsledky nášho výskumu naznačujú potrebu implementácie rôznych druhov preventívnych programov do vyučovacieho procesu či už za účelom predchádzania sledovaných druhov správania alebo kvôli ich redukcii. V rámci primárnej prevencie odporúčame rozšíriť osnovy vyučovacieho procesu o predmety podporujúce zdravý životný štýl, nie len v oblasti stravovania. Potraviny s vysokým glykemickým indexom by mali byť vylúčené z predaja v školských bufetoch a automatoch. Keďže sú stravovacie návyky vytvárané a upevňované v rodine, rodičia sú taktiež cieľovou skupinou, na ktorú sa treba zamerať.

Momentálne na Slovensku existuje niekoľko projektov, ktoré sú zamerané na podporu zdravia na školách, napríklad „Škola podporujúca zdravie“ alebo individuálne projekty jednotlivých základných škôl. Prevenciu by bolo treba rozšíriť aj na úroveň materských škôl za účelom skorého zachytenia nezdravých stravovacích návykov a lepšej možnosti upevnenia tých priaznivých.

Záver

Výsledky nášho výskumu potvrdzujú, že školáci, ktorí pijú denne sladené nápoje, častejšie prejavujú agresívne správanie vo forme šikanovania a fyzickej bitky. Navyše chlapci s každodennou konzumáciou sladených nápojov mávajú častejšie úrazy vyžadujúce lekárske ošetrovanie. Za účelom podpory psychického aj fyzického zdravia populácie adolescentov je potrebná implementácia preventívnych programov zameraných na podporu zdravia do osnov materských a základných škôl.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0032-11. Táto práca bola čiastočne podporená Agentúrou pre štrukturálne fondy Európskej únie v rámci projektu CEMIO, ITMS: 26220120058 (60%).

Literatúra

Flora, S. R., a Polenick, C. A. (2013). Effects of sugar consumption on human behavior and performance. *Psychological Record*, 63(3), 513-524.

- Gardener, H., Rundek, T., Markert, M., Wright, C., Elkind, M., a Sacco, R. (2012). Diet soft drink consumption is associated with an increased risk of vascular events in the northern manhattan study. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 27(9), 1120-1126.
- Harrington, S. (2008). The role of sugar-sweetened beverage consumption in adolescent obesity: A review of the literature. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 24(1), 3-12.
- Heller, K. E., Burt, B. A., a Eklund, S. A. (2001). Sugared soda consumption and dental caries in the United States. *Journal of Dental Research*, 80(10), 1949-1953.
- Kondaki, K., Grammatikaki, E., Jiménez-Pavón, D., De Henauw, S., González-Gross, M., Sjöstrom, Manios, Y. (2013). Daily sugar-sweetened beverage consumption and insulin resistance in European adolescents: The HELENA (healthy lifestyle in Europe by nutrition in adolescence) study. *Public Health Nutrition*, 16(3), 479-486.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Frost, S. S., a James, J. E. (2013). Adolescent caffeine consumption and self-reported violence and conduct disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 1053-1062.
- Lien, L., Lien, N., Heyerdahl, S., Thoresen, M., a Bjertness, E. (2006). Consumption of soft drinks and hyperactivity, mental distress, and conduct problems among adolescents in Oslo, Norway. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1815-1820.
- Naska, A., Bountziouka, V., a Trichopoulou, A. (2010). Soft drinks: Time trends and correlates in twenty-four European countries. A cross-national study using the DAFNE (data food networking) databank. *Public Health Nutrition*, 13(9), 1346-1355.
- Saravis, S., Schachar, R., Zlotkin, S., Leiter, L. A., a Anderson, G. H. (1990). Aspartame: Effects on learning, behavior, and mood. *Pediatrics*, 86(1), 75.
- Shi, Z., Taylor, A. W., Wittert, G., Goldney, R., a Gill, T. K. (2010). Soft drink consumption and mental health problems among adults in Australia. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1073-1079.
- Solnick, S., J., a Hemenway, D. (2012). The 'twinkie defense': The relationship between carbonated non-diet soft drinks and violence perpetration among Boston high school students. *Injury Prevention*, 18(4), 259-263.
- Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., a Brownell, K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97(4), 667-675.
- Volkow, N. D., Tancredi, L. R., Grant, C., Gillespie, H., Valentine, A., Mullani, Hollister, L. (1995). Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: A preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 61(4), 243-253.

Wender, E. H., a Solanto, M. V. (1991). Effects of sugar on aggressive and inattentive behavior in children with attention deficit disorder with hyperactivity and normal children. *Pediatrics*, 88(5), 960.

Socio-ekonomické, behaviorálne a biologické determinanty zdravia populácie žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou

Ingrid Babinská¹, Andrea Madarasová Gecková^{1,2}, Zuzana Dankulinová Veselská¹
a HepaMeta tím

¹Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva LF UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika

²Institut sociálneho zdraví, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

Abstrakt

Cieľom práce bolo analyzovať socio-ekonomické a behaviorálne determinanty zdravia, ako aj výskyt biologických rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení (KVO) v populácii žijúcej v rómskych osadách a porovnať ich s výskytom týchto rizikových faktorov v majoritnej populácii. Údaje boli získané v rámci prierezovej štúdie HepaMeta vykonanej v roku 2011 v Košickom kraji. Vzorku tvorilo 452 respondentov z rómskych osád (priemerný vek = 34,7; 35,2% mužov) a 403 respondentov z majoritnej populácie (priemerný vek = 33,5; 45,9% mužov). Vplyv etnicity bol analyzovaný pomocou logistickej regresie po zohľadnení veku a stratifikovaný podľa pohlavia. Analýza potvrdila významné rozdiely v socio-ekonomických a behaviorálnych determinantoch, ale aj vo výskyte biologických rizikových faktorov medzi Rómami a majoritnou populáciou. V rómskej populácii sledujeme signifikantne nižšiu spotrebu ovocia, zeleniny, mliečnych výrobkov a u rómskych žien aj signifikantne vyššiu spotrebu mäsa a sladených nápojov. Rómovia majú 4krát vyššiu pravdepodobnosť stať sa denným fajčiarom. Pravdepodobnosť vykonávania pohybových aktivít, ako je chôdza alebo iný druh športu, bola medzi rómskymi ženami však významne nižšia ako medzi ženami nerómskymi. Táto štúdia nezistila signifikantné rozdiely v konzumácii alkoholu medzi rómskymi a nerómskymi mužmi, dokonca u rómskych žien sledujeme nižší výskyt nárazového pitia. Rómovia mali viac ako 2krát vyššiu šancu byť obéznymi a až 4,4krát vyššiu pravdepodobnosť mať nízky HDL cholesterol. U Rómov sme však sledovali signifikantne nižší výskyt zvýšeného celkového cholesterolu. Rozdiely v hodnotách triacylglycerolov, glykémie a hypertenzie neboli štatisticky významné. Naša štúdia potvrdila vyššiu akumuláciu rizikových faktorov KVO v populácii žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou.

Úvod

Vzťahy medzi behaviorálnymi a biologickými rizikovými faktormi (RF) a chronickými chorobami, akými sú kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, obezita, niektoré druhy rakoviny a pod., sú známe z mnohých štúdií. Vyšší výskyt týchto rizikových faktorov je vo všeobecnosti spájaný s nižším socio-ekonomickým postavením (Mackenbach a kol. 2008, Elovainio a kol. 2011, Suresh a kol. 2011). Nižší socio-ekonomický status (SES) je prediktorom nepriaznivých zmien v hladinách glukózy, indexe telesnej hmotnosti (BMI), obvode pása a predstavuje zvýšené riziko vzniku metabolického syndrómu (Elovainio a kol. 2011, Suresh a kol. 2011). V Európe ako celku je prevalencia fajčenia vyššia medzi skupinami s nižšou úrovňou vzdelania (Mackenbach a kol. 2008), pričom v mnohých európskych krajinách bol nájdený aj inverzný vzťah medzi úrovňou vzdelania a nedostatočnou fyzickou aktivitou (Beenackers a kol. 2012, Mäkinen a kol. 2012).

Medzi najviac sociálne znevýhodnené skupiny na Slovensku patrí rómska menšina. Podľa odhadov tvoria Rómovia 8% slovenskej populácie, pričom ich najvyššia koncentrácia sa nachádza vo východnej časti krajiny. (Marcinčin a Marcinčinová 2009, Vašečka a Džambazovič 2000). Podľa sociografickej mapy rómskych komunit na Slovensku, sa v Košickom regióne nachádza 403 rómskych osád, v ktorých žije vyše 86 tisíc Rómov, čo predstavuje 11,2% populácie Košického kraja. V populácii žijúcej v rómskych osadách možno nájsť výraznú kumuláciu znevýhodnení, vrátane nízkej úrovne vzdelania, vysokej miery nezamestnanosti, chudoby, nevyhovujúcich podmienok bývania a vysokého stupňa územnej segregácie (Vašečka a Džambazovič 2000; European Union Agency for Fundamental Rights 2009). Tieto nepriaznivé podmienky môžu spôsobovať vyššiu náchylnosť Rómov k nezdravému životnému štýlu (Ringold a kol. 2005). Niekoľko štúdií potvrdilo v rómskych komunitách vyššiu prevalenciu fajčenia, obezity, metabolického syndrómu a cukrovky (kol. autorov 2003; Ostrihoňová a Bérešová 2010; Peters a kol. 2009, Voko a kol. 2009, Rodriguez a kol. 2009). Informácie o fyzickej aktivite Rómov a o konzumácii alkoholu v tejto minorite sú však veľmi limitované.

Cieľom tejto štúdie je preskúmať rozdiely vo výskyte behaviorálnych a biologických rizikových faktorov v populácii žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou a zhodnotiť prínos vybraných socio-ekonomických charakteristík na zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa v tejto etnickej minorite.

Metódy

Analyzované údaje boli zozbierané v rámci prierezovej štúdie Hepa Meta vykonanej v roku 2011 v Košickom kraji. Za cieľovú populáciu boli zvolení obyvatelia rómskych osád vo veku 18 - 55 rokov. Kontrolnú skupinu tvorila majoritná populácia žijúca v rovnakom regióne

a v rovnakom vekovom zložení. Podrobný popis výberu vzorky je uvedený v prácach prezentujúcich výsledky tejto štúdie (Babinská a kol. 2013a, Madarasová Gecková a kol. 2013, Hijová a kol. 2013, Babinská a kol. 2013b). Účasť v štúdiu bola dobrovoľná a anonymná. Každý respondent pred samotným zberom dát podpísal informovaný súhlas. Štúdia bola schválená Etickou komisiou Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach.

Informácie o SES, zdraví a behaviorálnych RF boli získané dotazníkovou metódou. Krvný tlak bol meraný digitálnym tlakomerom OMRON M3, pričom v analýzach bola použitá priemerná hodnota z troch meraní. Vzorky krvi boli odobraté za štandardných podmienok a vyšetrené v laboratóriu LABMED. Informácie o hmotnosti, výške, obvode pása a bokov boli získané antropometrickým vyšetrením.

Socio-ekonomické determinanty

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie, ako ukazovateľ socio-ekonomického postavenia, bolo hodnotené prostredníctvom odpovedí na otázku: „Aké je Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie?“. V analýzach sme túto premennú dichotomizovali na nižšie (zakladné a učňovské) a vyššie (stredoškolské a vysokoškolské) vzdelanie. Informácie o **zamestnanectve** boli zisťované prostredníctvom otázky: „Momentálne ste?“ s možnosťou odpovedí: 1) pracujúci (okrem aktivačných prác), 2) nepracujúci. Sledovali sme aj odkázanosť na **dávky v hmotnej núdzi**, ako aj **problémy s platením** počas uplynulého roka (nájomné, inkasné platby, strava, ošatenie, cestovné náklady, pôžičky a úvery, alebo náklady na zdravotnícku starostlivosť). Za **nedostatočné základné vybavenie domácnosti** sme považovali stav, keď v domácnosti chýbala aspoň jedna z nasledujúcich položiek: fungujúca kanalizácia, tečúca voda, splachovací záchod, kúpeľňa, resp. sprcha a elektrina. Pýtali sme sa aj na to, či má každá rodina (manželstvo) v obydli **vlastnú izbu**.

Zdravotný stav

Podľa **subjektívneho vnímania vlastného zdravia** si mohli respondenti na otázku: „Povedali by ste, že vaše zdravie je ...?“ vybrať jednu z nasledujúcich odpovedí: 1) vynikajúce, 2) dobré, 3) nie zlé, 4) zlé. Pri analýzach boli prvé dve možnosti zlúčené do kategórie – dobré zdravie a posledné dve do kategórie – zlé zdravie. **Obezitu** sme hodnotili na základe vypočítaného body mass indexu (BMI). Pre **metabolický syndróm** sme použili kritéria podľa IDF definície (Alberti a kol. 2006).

So zdravím súvisiace správanie

Výživové zvyklosti boli sledované prostredníctvom otázky, kde sme sa pýtali, či v priebehu predchádzajúceho dňa konzumovali ovocie, zeleninu, mliečne výrobky, mäsové výrobky, mäso, cestoviny, resp. múčne jedlá a sladené nealkoholické nápoje.

Informácie o **fyzickej aktivite** boli získavané prostredníctvom dvoch otázok. Prvá bola „Akej fyzickej aktivite (FA) ste sa venovali za posledný týždeň?“, s možnosťou odpovedí: 1) FA v zamestnaní, 2) FA doma alebo okolo domu, 3) rýchla chôdza, 4) tanec, 5) šport, 6) nevenoval som sa žiadnej FA. Druhá otázka sa týkala frekvencie fyzickej aktivity „Ako často sa

venujete FA v trvaní aspoň 30 minút, počas ktorej sa zadýchate alebo zapotíte?“. Pri analýzach sme túto premennú dichotomizovali na dostatočnú fyzickú aktivitu (FA 2 krát za týždeň alebo častejšie) a nedostatočnú FA (FA menej ako 2 krát za týždeň).

Pri zisťovaní informácií o **fajčení** mohli respondenti na otázku: „Fajčíte v súčasnosti?“ odpovedať výberom z nasledujúcich možností: 1) nie, nefajčím, 2) fajčím občas, ale nie denne, 3) fajčím denne, 4) v minulosti som fajčil/a, ale úplne som prestal. Odpovede boli dichotomizované: fajčím denne / nie som denný fajčiar. Ďalšia otázka bola zameraná na počet vyfajčených cigariet v priebehu včerajška a dneška, odpovede boli taktiež dichotomizované: v priebehu včerajška a dneška som fajčil 6 a viac cigariet / v priebehu včerajška a dneška som fajčil menej ako 6 cigariet.

V prípade **konzumácie alkoholu** bol kladený dôraz na nárazové pitie – konzumácia 6 a viac dávok alkoholu pri jednej príležitosti (1 dávka = 0,5 l piva, 0,2 l vína, 0,05 l tvrdého alkoholu). Na otázku: „Ako často vypijete 6 a viac dávok alkoholu pri jednej príležitosti?“ bolo možné odpovedať: 1) nikdy, 2) menej ako 1krát za mesiac, 3) 1krát za mesiac, 4) 1krát za týždeň, 5) denne alebo takmer každý deň. Tieto odpovede boli dichotomizované dvomi spôsobmi. V prvom rade sme dichotomizovali v závislosti od toho, či už mal, resp. nemal skúsenosti s nárazovým pitím: nikdy (odpoveď 1) / niekedy (odpoveď 2 až 5). V druhom rade sme dichotomizovali tieto odpovede v závislosti od frekvencie nárazového pitia: menej ako 1krát za mesiac (odpoveď 1 a 2) / 1krát za mesiac a častejšie (odpoveď 3 až 5). Na otázku týkajúcu sa množstva vypitého alkoholu v priebehu včerajška a dneška bola možnosť výberu odpovede z týchto možností: 1) vypil som 6 a viac dávok alkoholu, 2) vypil som 1 až 5 dávok alkoholu, 3) nepil som alkohol vôbec. Pri analýzach boli prvé dve možnosti odpovedí zlúčené do jednej kategórie: v priebehu včerajška a dneška som konzumoval alkohol.

Na posúdenie rozdielov medzi rómskou a majoritnou populáciou bol použitý Chi – kvadrátový test. Vplyv etnicity, vybraných sociodemografických indikátorov a podmienok bývania na výsledky v oblasti zdravia a so zdravím súvisiaceho správania bol skúmaný pomocou logistickej regresie v programe IBM SPSS Statistics 20.

Výsledky

Konečnú vzorku tvorilo 452 Rómov (priemerný vek = 34,7; SD = 9,14; 35,2% mužov) a 403 respondentov majoritnej populácie (priemerný vek = 33,5; SD = 7,4; 45,9% mužov).

Ako možno vidieť v Tabuľke 1 úroveň vzdelania populácie žijúcej v rómskych osadách je veľmi nízka. Až 81,3% Rómov má iba základné vzdelanie a len 2,3% má ukončené stredoškolské alebo vyššie vzdelanie. Takmer 90% týchto respondentov je nezamestnaných, viac ako 62% žije v domácnostiach s nevyhovujúcimi podmienkami, 65% je odkázaných na poberanie dávky v hmotnej núdzi a až polovica z nich má problémy s platením.

Tabuľka 1. Socio-ekonomické charakteristiky populácie žijúcej v rómskych osadách a majoritnej populácie v štúdii Hepa Meta

	Rómovia (n = 452)	majoritná populácia (n = 403)	Chi² test
	n (%)	n (%)	
Vzdelanie: základné	360 (81,3)	9 (2,3)	***
učňovské	73 (16,5)	84 (21,4)	
stredoškolské a vyššie	10 (2,3)	300 (76,3)	
Nezamestnanosť	396 (89,6)	102 (26,4)	***
Poberanie dávky v hmotnej núdzi	290 (65,5)	28 (7,2)	***
Problémy s platením	218 (48,2)	49 (12,2)	***
Nedostatočné základné vybavenie domácností	281 (62,2)	78 (19,4)	***
Vykurovanie radiátorom	25 (6,1)	330 (94,0)	***
Vlastná izba	375 (86,2)	321 (95,3)	***

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Údaje v Tabuľke 2 poukazujú na jasné rozdiely v jednotlivých zložkách životného štýlu medzi populáciou žijúcou v rómskych osadách a majoritnou populáciou, najmä pokiaľ ide o stravovacie zvyklosti, fyzickú aktivitu a fajčenie. Rómovia mali takmer o polovicu nižšiu pravdepodobnosť konzumácie ovocia (OR/CI: 0,56/0,36-0,88 u mužov, 0,59/0,40-0,86 u žien). Pravdepodobnosť konzumácie zeleniny (OR/CI: 0,29/0,18-0,47 u mužov, 0,30/0,20-0,46 u žien) a mliečnych výrobkov (OR/CI: 0,27/0,16-0,46 u mužov, 0,12/0,07-0,21 u žien) bola ešte nižšia. Naopak, u rómskych žien sme zistili signifikantne vyššiu pravdepodobnosť konzumácie mäsa (OR/CI: 1,62/1,11-2,37) a sladených nápojov (OR/CI: 2,62/1,79-3,83).

Tabuľka 2. Stravovacie zvyklosti, fyzická aktivita (FA), fajčenie a konzumácia alkoholu v populácii žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou (prevalencia, OR / CI) v štúdiu Hepa Meta (adjustované na vek)

	Muži			Ženy		
	Rómovia (n = 159)	Majoritná populácia (n = 185)	OR (95%CI)	Rómovia (n = 293)	Majoritná populácia (n = 218)	OR (95%CI)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ovocie	70 (46,4)	98 (60,5)	0,56 (0,36-0,88) *	162 (57,2)	135 (69,6)	0,59 (0,40-0,86) **
Zelenina	73 (49,3)	126 (77,3)	0,29 (0,18-0,47) ***	152 (53,7)	157 (79,3)	0,30 (0,20-0,46) ***
Mliečne výrobky	81 (55,1)	135 (81,8)	0,27 (0,16-0,46) ***	169 (59,7)	186 (92,5)	0,12 (0,07-0,21) ***
Mäsové výrobky	123 (80,4)	135 (83,3)	0,82 (0,46-1,46)	222 (78,4)	150 (76,1)	0,56 (0,74-1,76)
Mäso	111 (73,0)	116 (72,0)	1,05 (0,64-1,73)	181 (65,1)	98 (53,6)	1,62 (1,11-2,37) *
Jedlá z múky	104 (70,3)	93 (62,4)	1,42 (0,88-2,31)	195 (69,1)	111 (60,7)	1,45 (0,99-2,15)
Sladené nápoje	115 (74,2)	108 (67,9)	1,36 (0,83-2,22)	198 (69,7)	88 (46,8)	2,62 (1,79-3,83) ***
FA v práci	34 (21,4)	77 (41,6)	0,37 (0,23-0,60)***	53 (18,1)	55 (25,2)	0,56 (0,36-0,87)*
FA doma alebo okolo domu	106 (66,7)	115 (62,2)	1,19 (0,76-1,87)	242 (82,6)	148 (67,9)	2,15 (1,39-3,34)***
Rýchla chôdza	25 (15,7)	37 (20,0)	0,71 (0,40-1,24)	55 (18,8)	91 (41,7)	0,28 (0,18-0,42)***
Tanec	16 (10,1)	3 (1,6)	6,45 (1,83-22,68)**	54 (18,4)	28 (12,8)	1,47 (0,89-2,43)
Šport	40 (25,2)	56 (30,3)	0,80 (0,50-1,30)	16 (5,5)	45 (20,6)	0,22 (0,12-0,40)***
Žiadna FA	18 (11,3)	16 (8,6)	1,27 (0,62-2,59)	29 (9,9)	16 (7,3)	1,39 (0,73-2,66)
FA 2 a viackrát za týždeň	110 (71,0)	112 (62,9)	1,48 (0,93-2,36)	199 (69,3)	110 (53,4)	1,86 (1,28-2,71)**
Denné fajčenie	87 (54,7)	43 (23,6)	3,74 (2,35-5,96)***	127(44,4)	33 (15,9)	4,02 (2,58-6,26)***
Vyfajčenie 6 a viac cigariet včera a dnes	70 (44,6)	39 (21,4)	2,84 (1,76-4,57)***	102 (36,4)	22 (10,9)	4,31 (2,59-7,18)***
Nárazové pitie niekedy	86 (54,8)	111 (61,3)	0,81 (0,52-1,25)	49 (17,3)	54 (26,1)	0,60 (0,39-0,94) *
Nárazové pitie raz mesačne a častejšie	56 (35,7)	49 (27,1)	1,53 (0,96-2,44)	19 (6,7)	15 (7,2)	0,96 (0,47-1,96)
Pitie alkoholu včera a dnes	18 (11,4)	23 (12,6)	0,87 (0,45-1,68)	6 (2,1)	12 (5,9)	0,36 (0,13-0,98)*

p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, referenčnou skupinou pri logistickej regresii je majoritná populácia

Fyzická práca doma alebo okolo domu bola najčastejšie udávanou FA u Rómov aj v majoritnej populácii u oboch pohlaví. Napriek tomu, že rómske ženy častejšie udávali venovanie sa FA 2 a viackrát do týždňa, prevalencia voľno-časovej FA, akou je rýchla chôdza a iné druhy športu bola u nich signifikantne nižšia. Toto zistenie možno pravdepodobne vysvetliť tým, že do frekvencie fyzickej aktivity zarátali aj FA v práci a FA doma a okolo domu.

Takmer polovica rómskej populácie fajčí denne, pričom ide o tuhých fajčiarov s vysokým počtom vyfajčených cigariet. Muži žijúci v rómskych osadách majú až 3,7krát vyššiu pravdepodobnosť stať sa denným fajčiarom (OR/CI: 3,74/2,35-5,96) v porovnaní s nerómskymi mužmi, navyše u žien sú rozdiely ešte výraznejšie (OR/CI:4,02/2,58-6,26). Naopak, rozdiely v skúsenostiach a frekvencii nárazového pitia u mužov neboli štatisticky významné, dokonca u rómskych žien sme zistili nižšiu prevalenciu skúseností s nárazovým pitím, ako aj s konzumáciou alkoholu v krátkej minulosti (v priebehu včerajška).

Skúmanie jednotlivých biologických RF odhalilo, že nízky HDL cholesterol bol najčastejším rizikovým faktorom v rómskej populácii u oboch pohlaví (55,7% rómskych mužov a 75,4% rómskych žien). Vysokú prevalenciu sme sledovali aj u ostatných RF ako obvod pásu, celkový cholesterol, hypertenzia a obezita (Tabuľka 3). Pri skúmaní etnických rozdielov sme zistili rozdiely v prevalencii obezity, centrálnej obezity (iba u žien), celkovom cholesterole, LDL a HDL cholesterole. Rómski muži mali 2krát vyššiu šancu byť obézni, 4krát vyššiu pravdepodobnosť nízkej hladiny HDL cholesterolu, ale viac ako 2krát nižšiu pravdepodobnosť zvýšeného celkového cholesterolu a LDL cholesterolu ako nerómski muži. Rómske ženy mali viac ako 2,5-krát vyššiu pravdepodobnosť byť obézne, 2krát vyššiu šancu mať obvod pásu nad 80 cm, 4,4krát vyššiu pravdepodobnosť nízkej hladiny HDL cholesterolu, ale viac ako 2krát nižšiu pravdepodobnosť zvýšeného celkového cholesterolu v porovnaní s nerómskymi ženami.

Tabuľka 3. Biologické rizikové faktory populácie žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou (prevalencia, OR / CI) v štúdiu Hepa Meta (adjustované na vek)

	Muži		OR (95%CI)	Ženy		OR (95%CI)
	Rómovia (n = 159) n (%)	Majoritná populácia (n = 185) n (%)		Rómovia (n = 293) n (%)	Majoritná populácia (n = 218) n (%)	
Obezita	45 (28,9)	30 (16,4)	1,89 (1,11-3,21)*	74 (26,7)	23 (11,0)	2,62 (1,54-4,44)***
Obvod pása	68 (43,3)	78 (42,6)	0,88 (0,56-1,38)	184 (65,0)	99 (46,7)	1,96 (1,35-3,63)***
Zvýšený celk. cholesterol	54 (34,2)	96 (51,9)	0,41 (0,25-0,65)***	113 (39,2)	110 (50,9)	0,47 (0,32-0,70)***
Zvýšený LDL chol.⁽¹⁾	36 (22,8)	63 (34,1)	0,51 (0,31-0,84)**	64 (22,2)	47 (21,8)	0,88 (0,56-1,38)
Znížený HDL chol.⁽¹⁾	88 (55,7)	43 (23,2)	3,96 (2,48-6,31)***	217 (75,4)	85 (39,4)	4,42 (2,99-6,54)***
Zvýšené TAG.⁽²⁾	38 (24,1)	42 (22,7)	0,9 (0,53-1,52)	58 (20,1)	33 (15,3)	1,08 (0,66-1,77)
Zvyšená glukóza	21 (13,3)	21 (11,4)	1,15 (0,59-2,22)	20 (6,9)	9 (4,2)	1,36 (0,59-3,11)
Hypertenzia	62 (39,5)	74 (40,2)	0,91 (0,58-1,41)	61 (22,0)	49 (23,6)	0,66 (0,41-1,05)

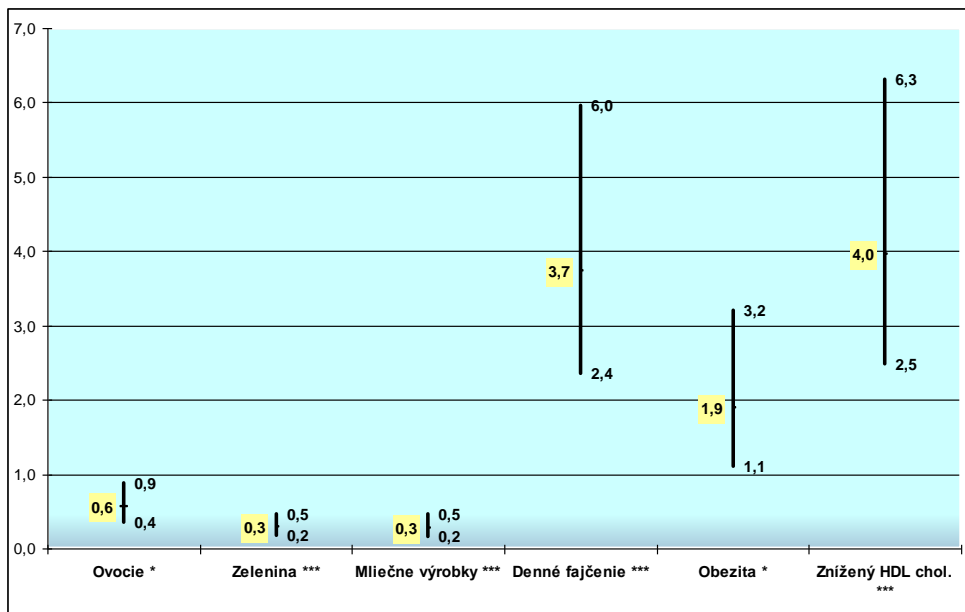
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, referenčnou skupinou pri logistickej regresii je majoritná populácia

⁽¹⁾ chol. - cholesterol, ⁽²⁾ TAG - triacylglyceroly

Ako možno vidieť v Grafoch 1 a 2 pri hodnotení behaviorálnych a biologických RF sme viac významných etnických rozdielov našli medzi ženami ako medzi mužmi. Toto zistenie však môže byť do značnej miery ovplyvnené tým, že ženy majoritnej populácie žijú zdravšie a prevalencia rizikového správania je u nich nižšia ako u mužov majoritnej populácie.

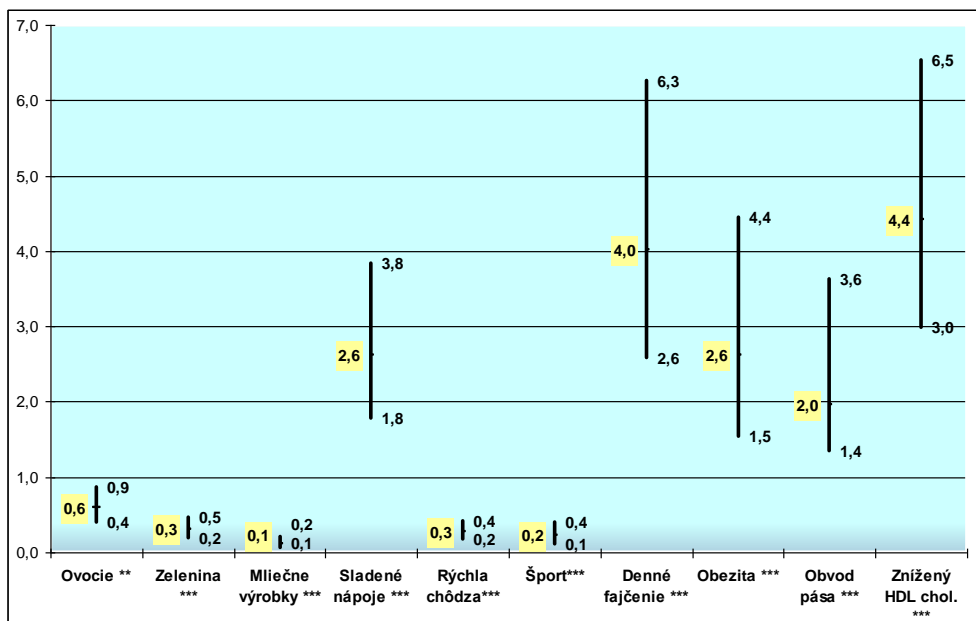
Štúdia Hepa Meta nepotvrdila v populácii žijúcej v rómskych osadách prínos socio-ekonomických ukazovateľov a životných podmienok (vzdelanie, zamestnanie, odkázanosť na sociálne dávky, problémy s platením, nedostatočné vybavenie domácnosti, spôsob vykurovania, vlastná izba) na kvalitu zdravia, obezitu ani metabolický syndróm. Prínos týchto ukazovateľov sa nepotvrdil ani v súvislosti s behaviorálnymi RF (fajčenie, FA, konzumácia alkoholu) s výnimkou stravovacích zvyklostí. Mať vlastnú izbu bolo asociované s viac ako 2krát vyššou pravdepodobnosťou konzumácie zeleniny, mliečnych produktov, cestovín a sladených nápojov (zistenia nie sú zahrnuté v tabuľkách).

Graf 1. Vybrané rizikové a protektívne faktory kardiovaskulárnych ochorení. Pomer šancí: populácia v rómskych osadách vs. majoritná populácia (OR, 95%CI) - muži



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$,

Graf 2. Vybrané rizikové a protektívne faktory kardiovaskulárnych ochorení. Pomer šancí: populácia v rómskych osadách vs. majoritná populácia (OR, 95%CI) – ženy



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$,

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo preskúmať prevalenciu behaviorálnych a biologických rizikových faktorov v populácii žijúcej v rómskych osadách v porovnaní s majoritnou populáciou, ako aj

prínos socio-ekonomických charakteristík a podmienok bývania na zdravie a so zdravím súvisiace správanie. Naše zistenia poukazujú na značné rozdiely medzi populáciou žijúcou v rómskych osadách a majoritnou populáciou.

Nižšia spotreba ovocia, zeleniny, mliečnych výrobkov a naopak vysoká spotreba mäsa a mäsových výrobkov, vysoká prevalencia fajčenia a nedostatočná fyzická aktivita v populácii Rómov bola potvrdená v niekoľkých predchádzajúcich prácach (Ostrihoňová a Bérešová 2010, Popper a kol. 2009, Rodriguez a kol. 2009, Kačala a kol. 2002). Naša štúdia nepotvrdila rozdiel v konzumácii alkoholu medzi mužmi, dokonca u rómskych žien sme sledovali nižšiu prevalenciu skúseností s nárazovým pitím a konzumácie alkoholu v nedávnej minulosti. Podobné zistenia uvádzajú aj Ostrihoňová a Bérešová (2010) a Sudzinova a kol. (2013). Naopak, rómske ženy v Španielsku majú výrazne vyššiu konzumáciu alkoholu v porovnaní s nerómskymi (Carrasco-Garrido a kol. 2010) a podľa Gourgoulisanis a kol. (2000) až 45,4% Rómov v Grécku konzumuje alkohol denne.

Napriek dôkazom o spojitosti medzi socio-ekonomickým znevýhodnením a hypertenziou (Grotto a kol. 2008) sme nenašli rozdiely v prevalencii hypertenzie medzi rómskou a majoritnou populáciou. Avšak naše zistenia sú v súlade s výsledkami iných štúdií (Vozarova de Courten a kol. 2003; Ostrihoňová a Bérešová 2010; Carrasco-Garrido a kol. 2011). V súvislosti s etnickými rozdielmi v hladinách celkového cholesterolu, LDL cholesterolu, triacylglyceridoch a glukózy v krvi sa naše zistenia odlišujú od predchádzajúcich štúdií, ktoré potvrdili signifikantne vyššiu prevalenciu týchto rizikových faktorov v rómskej populácii (Ostrihoňová a Bérešová 2010, Vozarova de Courten a kol. 2003). Tieto rozdiely môžu byť spôsobené vekovými rozdielmi medzi skúmanými súbormi (v našej štúdii až 74% respondentov bolo vo veku do 40 rokov), ale aj v rozdielnych metodikách použitých v jednotlivých štúdiách, napr. spôsob odberu krvi (kapilárna vs. venózna krv), ale aj použitie odlišných kritérií pri hodnotení.

Nepotvrdili sme asociáciu medzi socio-ekonomickými indikátormi a behaviorálnymi RF v populácii žijúcej v rómskych osadách, s výnimkou asociácie bývania vo vlastnej izbe a konzumáciou zeleniny, mliečnych produktov, cestovín a sladených nápojov. Tento stav môže byť spôsobený tým, že životné podmienky Rómov v osadách sú tak nepriaznivé, že akákoľvek zmena niektorého z ukazovateľov SES nemôže vyrovnať ostatné znevýhodnenia, ktorým musia Rómovia čeliť. Na druhej strane, zlepšenie SES sa nemusí prejaviť v ich každodennom živote, v ich životnom štýle a správaní, na čom môže mať do určitej miery podiel dodržiavanie kultúrnych tradícií a zvyklostí, ale na druhej strane, aj akýsi vedomý vzdor, či snaha o odlíšenie sa od majoritnej populácie (Belák 2005).

Táto práca prináša komplexnejší obraz o kardiovaskulárnom rizikovom profile populácie žijúcej v rómskych osadách a hodnotí prínos vybraných socio-ekonomických charakteristík na zdravie a so zdravím súvisiace správanie v tejto etnickej minorite. Silnou stránkou tejto štúdie je, že analyzované údaje v súvislosti s biologickými RF, ktoré boli získané biochemickým vyšetrením odoberatých vzoriek krvi a antropometrickým vyšetrením, možno

považovať za relevantnejšie a viac spoľahlivé v porovnaní so štúdiami, kde sa tieto údaje získavali len dotazníkovou metódou. Avšak, vzhľadom na vysokú heterogénnosť rómskej populácie v súvislosti so životnými podmienkami a úrovňou integrácie, by sa výsledky tejto štúdie mali zovšeobecňovať len na Rómov žijúcich v rómskych osadách.

Záver

Naše zistenia poukazujú na značné rozdiely vo výskyte rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení medzi populáciou žijúcou v rómskych osadách a majoritnou populáciou, čo môže byť príčinou zvyšovania rozdielov v kardiovaskulárnej chorobnosti a úmrtnosti medzi týmito skupinami vo vyššom veku.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0032-11. Táto práca bola čiastočne podporená Agentúrou pre štrukturálne fondy Európskej únie v rámci projektu CEMIO, ITMS: 26220120058 (60%).

Literatúra

- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., a Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, 23(5), 469-480.
- Babinska, I., Veselska, Z. D., Bobakova, D., Pella, D., Panico, S., Reijneveld, S. A., a Geckova, A. M. (2013a). Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia?. *International Journal of Public Health*, 1-9.
- Babinská, I., Madarasová Gecková, A., Mareková, M., Štefková, G., Dankulincová Veselská, Z. and the HEPA-META team. (2013b). Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia? *Central European Journal of Public Health*, under revision.
- Beenackers, M. A., Kamphuis, C. B., Giskes, K., Brug, J., Kunst, A. E., Burdorf, A., a van Lenthe, F. J. (2012). Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 116.
- Belák, A. (2005). *Zdravie očami vylúčených. Antropologická štúdia stredoslovenskej rómskej osady*. Diploma thesis. Prague.

- Carrasco-Garrido, P., de Andrés, A. L., Barrera, V. H., Jiménez-Trujillo, I., a Jiménez-García, R. (2011). Health status of Roma women in Spain. *The European Journal of Public Health*, 21(6), 793-798.
- Elovainio, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M., Batty, G. D., Head, J., a Kivimäki, M. (2011). Socioeconomic differences in cardiometabolic factors: social causation or health-related selection? Evidence from the Whitehall II Cohort Study, 1991–2004. *American Journal of Epidemiology*, 174(7), 779-789.
- European Union Agency for Fundamental Rights.(2009). EU-MIDIS European Union Minorities and Discrimination Survey.from<http://fra.europa.eu/fraWebsite/eu-midis/index_en.htm>.
- Gourcoulianis, K. I., Tsoutsou, P., Fotiadou, N., Samaras, K., Dakis, D., a Molyvdas, P. A. (2000). Lung function in Gypsies in Greece. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 55(6), 453-454.
- Grotto, I., Huerta, M., a Sharabi, Y. (2008). Hypertension and socioeconomic status. *Current opinion in cardiology*, 23(4), 335-339.
- Hijová, E., Madarasová Gecková, A., Babinská, I. and the HEPA-META team. (2013). Do eating habits of the population living in Roma settlements differ from those of the majority population in Slovakia? *Central European Journal of Public Health*, under revision.
- Kačala, O., Ginter, E., Kovačič, V., Kudláčková, M., Valachovičová, M. (2002). Comparison of nutrition Slovaks, Hungarians and Roma in ethnically mixed territory of Slovakia. *Med Monitor*, 8(1), 22-24.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., a Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Madarasová Gecková, A., Babinská, I., Bobáková, D., Dankulincová Veselská, Z., and HepaMeta team.(2013). Socioeconomic characteristics of population living in Roma settlements and association with health and health-related behaviour. *Central European Journal of Public Health*, under revision.
- Mäkinen, T. E., Sippola, R., Borodulin, K., Rahkonen, O., Kunst, A., Klumbiene, J., a Prättälä, R. (2012). Explaining educational differences in leisure-time physical activity in Europe: the contribution of work-related factors. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22(3), 439-447.
- Marcinčin, A., Marcinčinová, L. (2009). *The cost of non-inclusion: the key to integration is respect for diversity*. Bratislava: Open Society Foundation.

- Ostrihoňová, T., Bérešová, J. (2010). Výskyt metabolického syndrómu a jeho rizikových faktorov u vybranej skupiny rómskeho obyvateľstva. *Bratislavské lekárske listy*, 55(1), 7-14.
- Peters, J., Parry, G. D., Van Cleemput, P., Moore, J., Cooper, C. L., a Walters, S. J. (2009). Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups. *Ethnicity & Health*, 14(4), 359-377.
- Popper, M., Szeghy, P., Sarkozy, S. (2009). *Health and Roma community: Analysis of the situation in Slovakia*. Bratislava: Partners for Democratic Change Slovakia.
- Ringold, D., Orenstein, A.M., Wilkens, A. (2005). *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle*. Washington D.C.: The World Bank.
- Rodriguez, N.S., Derecho, N.R. (2009). *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*. Madrid: Fundacion Secretariado Gitano.
- Sudzinova, A., Nagyova, I., Studencan, M., Rosenberger, J., Skodova, Z., Vargova, H., a van Dijk, J. P. (2013). Roma coronary heart disease patients have more medical risk factors and greater severity of coronary heart disease than non-Roma. *International Journal of Public Health*, 1-7.
- Suresh, S., Sabanayagam, C., a Shankar, A. (2011). Socioeconomic status, self-rated health, and mortality in a multiethnic sample of US adults. *Journal of Epidemiology*, 21 (5), 337-345.
- Vašečka, M., Džambazovič, R. (2000). *Sociálno-ekonomická situácia Rómov na Slovensku ako potencionálnych migrantov a žiadateľov o azyl v krajinách EU*. Bratislava: International Organization for Migration.
- Vokó, Z., Csépe, P., Németh, R., Kósa, K., Kósa, Z., Széles, G., a Ádány, R. (2009). Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(6), 455-460.
- Vozarova de Courten, B., de Courten, M., Hanson, R. L., Zahorakova, A., Egyenes, H. P., Tataranni, P. A., ... a Vozar, J. (2003). Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular diseases in gypsies than in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes research and clinical practice*, 62(2), 95-103.

Sociálne determinanty zdravia školákov so zdravotným postihnutím

Daniela Brindová¹, Marek Kmet²

¹Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice

²Univerzita Komenského, Bratislava

Abstrakt

Cieľom štúdie je prehĺbiť porozumenie zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa zdravotne znevýhodnených školákov v sociálnom kontexte ich začlením do medzinárodného výskumu „Health Behaviour of School-aged Children“. Náš záujem je zameraný na deti s najčastejšími typmi znevýhodnenia v populácii: deti so zrakovým postihnutím, sluchovým postihnutím, telesným a mentálnym postihnutím a deti s chronickými ochoreniami, ktoré sú často z takýchto výskumov vylučované. Prezentovaný bude vývoj protokolu a modifikovanej metodiky výskumu upravenej konkrétne pre vybrané skupiny českých a slovenských zdravotne znevýhodnených školákov. Rovnako bude opísaný priebeh a prvé výstupy z pilotnej štúdie osobitne zameranej na dve vybrané skupiny znevýhodnenia: mentálne postihnutie (mentálna retardácia) a chronické ochorenie – diabetes mellitus. Dosiachnutie cieľov štúdie môže predstavovať trvalý prínos nielen v oblasti vedeckého bádania a poznania, ale aj v podpore zdravia cieľovej populácie dospelých so zdravotným znevýhodnením.

Kľúčové slová: zdravotné znevýhodnenie, školáci, so zdravím súvisiace správanie

Úvod

Už od roku 1983 sa v pravidelných 4-ročných intervaloch v spolupráci s WHO realizuje medzinárodná štúdia HBSC (Health Behaviour of School-aged Children). Jej cieľom je monitorovať zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa školákov v ich sociálnom kontexte, a taktiež prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví, v rizikovom správaní 11-, 13-, 15-ročných školákov. Až doteraz sa však z výskumov často vylučovali žiaci, ktorí sa z mnohých dôvodov nemohli zúčastňovať takéhoto zberu údajov, či už kvôli zdravotnému stavu alebo segregovanému vzdelávaniu. Keďže sa percento zdravotne znevýhodnených detí zvyšuje každý rok, v rámci HBSC štúdie sa objavuje snaha začleniť aj ich. Nová disHBSC štúdia sa usiluje identifikovať rozdiely v rámci psychosociálneho vývinu a kvality života školákov so zdravotným znevýhodnením.

Metodológia štúdie HBSC pre deti so zdravotným znevýhodnením

Pri vytváraní celkového konceptu štúdie a metodiky výskumu bola hlavným východiskom medzinárodná štúdia HBSC a jej výskumný protokol.

V spolupráci s ambulanciami, zdravotníckymi zariadeniami a ďalšími odborníkmi v danej oblasti boli špecifikované inkluzívne a exkluzívne kritériá vybraných cieľových skupín. Pri ich výbere bola pozornosť zameraná najmä na frekvenciu výskytu v populácii a dostupnosť dostatočného počtu probandov. Do výskumu boli zaradení: žiaci s mentálnym postihnutím, zrakovým, sluchovým postihnutím, žiaci s telesným postihnutím, žiaci s onkologickým ochorením a žiaci so zdravotným oslabením – diabetes mellitus.

Aby bolo možné porovnávať aktuálne trendy vo vybraných faktoroch ovplyvňujúcich zdravie a so zdravím súvisiace správanie s populáciou 11- až 15-ročných zdravých školákov, do výskumu boli zaradení zdravotne znevýhodnení školáci v rovnakej vekovej kategórii.

Každá skupina zdravotného znevýhodnenia má určité špecifiká, ktoré bolo potrebné akceptovať v rámci tvorby samotného meracieho nástroja, no i organizácie a realizácie zberu údajov. Na základe medzinárodného štandardného sebaopisujúceho dotazníka HBSC štúdie bol vytvorený originálny merací nástroj na zhodnotenie zdravia a jeho sociálnych determinánt v skupine školákov so zdravotným postihnutím.

Štruktúru samotného dotazníka tvoria položky rozdelené do troch modulov: (1) povinný modul, ktorý je každá krajina povinná zaradiť pre vytvorenie medzinárodnej databázy; (2) voliteľný modul tvorený skupinami položiek podľa tematicky špecifických oblastí, z ktorých si môže každá krajina vybrať; (3) pre krajinu špecifické otázky zamerané na problémy národného významu. Rovnaký model má aj sebaopisujúci dotazník disHBSC štúdie, v ktorom otázky pokrývajú širokú škálu indikátorov zdravia a so zdravím súvisiaceho správania, ako aj životných podmienok mladých ľudí. Väčšina položiek z povinného modulu zostáva nezmenená, aby bolo možné analyzovať rozdiely medzi populáciou zdravých a zdravotne znevýhodnených školákov. Vzhľadom na osobitosti vybraných druhov postihnutia bol

prispôsobený potrebám jednotlivých skupín nielen obsah a počet položiek, v niektorých prípadoch však aj ich formulácia. Novým doplnkom sú niektoré tematické okruhy charakteristické pre danú cieľovú skupinu. Na príprave tejto batérie položiek prebieha intenzívna spolupráca s kanceláriou WHO v Bratislave, Palackého Univerzitou v Olomouci, Univerzitou Komenského v Bratislave a niekoľkými národnými tímami siete HBSC (Francúzsko, Poľsko, Portugalsko, Fínsko a ďalšie) i ďalšími externými poradcami a odborníkmi z praxe.

Na dosiahnutie vedeckých cieľov budú použité aj analýzy údajov získaných v rámci štúdie HBSC, ktorá umožňuje sledovať rozdiely v skupinách 11-,13- a 15-ročných zdravých školákov a porovnávať trendy výskytu vybraných ukazovateľov zdravia, so zdravím súvisiaceho správania, ako i faktory, ktoré ich môžu ovplyvňovať. Vďaka týmto údajom bude možné porovnávanie populácie zdravých školákov s populáciou školákov so zdravotným znevýhodnením vo vybraných ukazovateľoch zdravia nielen v rámci Slovenska a Česka, ale aj ďalších krajín zúčastňujúcich sa HBSC štúdie.

Aktuálne je realizovaná v skupine zdravotne znevýhodnených 11- až 15-ročných žiakov prieskumná pilotná štúdia. Cieľom je získať údaje potrebné na overenie novozostavených meracích nástrojov, ale i získať údaje na zhodnotenie vplyvu použitej metódy zberu údajov na kvalitu údajov. Rovnako dôležité je overiť a následne prispôbiť inkluzívne a exkluzívne kritériá a spôsob výberu respondentov tak, aby boli realizovateľné a zároveň boli v súlade s výskumnými cieľmi štúdie.

Získavanie údajov a realizácia výskumu aj v podskupine zdravotne znevýhodnených školákov ponúka nielen porovnávanie vekových skupín a sledovanie existujúcich trendov, ale aj porovnanie zdravých školákov so skupinou školákov so zdravotným znevýhodnením. Zároveň poskytujú možnosť medzinárodného porovnania v rámci vybraných krajín Európy, ktoré sa v rámci štúdie HBSC tiež orientujú na skupinu školákov so zdravotným znevýhodnením. Vzhľadom na to, že paralelne prebiehajú projekty zamerané na ďalšie skupiny zdravotne znevýhodnených školákov (s mentálnym, zmyslovým, či telesným postihnutím, trpiacich iným chronickým ochorením), zozbierané údaje sa stanú súčasťou širšej databázy umožňujúcej riešiť komplexnejšie výskumné problémy v oblasti psychosociálneho vývinu v kontexte zdravotného znevýhodnenia.

Realizácia štúdie DisHBSC v rámci Slovenska

Realizácia pilotného výskumu disHBSC v rámci Slovenska je zabezpečená vďaka spolupráci partnerov z Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, z Pedagogickej fakulty UK v Bratislave a ďalších externých odborníkov pôsobiacich v praxi.

Vzhľadom na nemožnosť kapacitami výskumného tímu pokryť zber údajov vo všetkých cieľových skupinách zaradených do štúdie disHBSC, je naša pozornosť venovaná len vybraným skupinám. Konkrétne bol pilotný výskum realizovaný v skupine školákov

s mentálnym postihnutím, v skupine školákov s chronickými ochorením – diabetes mellitus je pilotný výskum v procese riešenia.

Mentálne postihnutie má v porovnaní s ostatnými cieľovými skupinami zaradenými do pilotného projektu niekoľko špecifik. Vančová (2005, s.156) hovorí o osobitostiach ľahko mentálne postihnutých: „Majú problémy s učením, myslením, vnímaním, pozornosťou, pamäťou, abstrakciou, dedukciou, úsudkom, logickým myslením“. Ľahká mentálna retardácia znamená relatívne najmenšiu mieru poškodenia, obmedzenia komplexného vývinu. Toto obmedzenie vývinu nemusí byť nápadné, pri porovnaní s intaktnými rovesníkmi je však zjavné. U ľahko mentálne postihnutých sa najvýraznejšie odchýlky od normy pozorujú v oblasti kognície, komunikácie, správania a autoregulácie.

Nakoľko sa mentálne postihnutie v mnohých prípadoch spája s iným postihnutím, pre kompaktnosť vzorky bolo potrebné presne špecifikovať vzorku pilotu. Takisto neboli v cieľovej skupine integrovaní žiaci. Pilotná štúdia prebehla v špeciálnej základnej škole na vzorke 6 žiakov. Všetci boli vzdelávaní podľa variantu A. Niektorí žiaci pochádzali z viacjazyčného prostredia. Zvolenie náročnejšej vzorky bolo zámerom pre testovanie porozumenia žiakov.

Na rozdiel od klasického zberu dát dotazníkovou formou u školákov a detí vo veku 11,13 a 15 rokov dochádza v cieľovej skupine mentálne postihnutých ku zmene a to v rovine:

- redukcie otázok a to až z 84 otázok uvedených v dotazníku SK 15 1820 na počet 36 otázok
- zjednodušenia formulácií a možnosti odpovedí
- zmeny od kvantitatívneho zberu dát dotazníkom po riadené interview so zadanými otázkami, teda metodologicky ku kvalitatívnemu zberu dát

Pilotným testovaním sa potvrdili predpoklady, že:

- **mentálne postihnutý žiak môže mať problém s pochopením otázky v písomnej podobe.** Nemožno však hovoriť o dyslexii, resp. dysortografii v klasickom ponímaní, nakoľko už samotné mentálne postihnutie je príčinou čiastkových obmedzení niektorých schopností a funkcií žiaka.
- **redukciou počtu otázok je možné udržať pozornosť a tým i úroveň pochopenie otázky počas zberu dát.** Udržanie pozornosti spolu s motiváciou žiaka je pre učiteľa problémom a neznáma osoba (zberač dát) nepoznajúci žiaka musí túto skutočnosť akceptovať. Pripravenosť reagovať na daný stav je predpokladom na úspešné zvládnutie stanovených úloh a cieľov.
- **redukciou času sa u žiakov síce vyskytuje chvíľková nepozornosť, motiváciou a špecifickým prístupom (krátkou zmenou témy na odreagovanie a elimináciu stresu) je možné však pokračovať v zbere dát.**
- **zberači dát by mali byť vyškolení na zber dát v tejto cieľovej skupine.** Potvrdením predchádzajúcich predpokladov je nutné, aby pri zbere dát bola použitá rovnaká

metodológia a to s ohľadom na cieľovú skupinu. A to nielen v rámci národného zberu dát, ale i v medzinárodnom meradle.

- **zber dát musí prebiehať spôsobom „face to face“ (osobným kontaktom) bez vonkajších vplyvov, ktoré môžu narúšať koncentráciu žiaka.** Pre pochopenie obsahu otázok a alternatív odpovedí je v prípade mentálne postihnutých žiakov potrebný osobný kontakt a individuálny prístup s možnosťou špecifikácie úlohy podľa konkrétnej situácie.
- **údaje, ktoré je možné objektívne zmerať (napr. výšku, váhu) je lepšie získať priamym overením.** Pri otázke na konkrétne číselné vyjadrenia bol u mentálne postihnutých žiakov problém a v niektorých prípadoch šlo o odpovede súvisiace so znížením intelektu (napr. výška žiaka: 4 metre a pod.)

Odporúčania pri hlavnom zbere dát pre cieľovú skupinu MP:

- zredukovanie počtu otázok, vyradenie otázok napr. 29

29. Akú hudbu najradšej počúvaš?

hip – hop	<input type="checkbox"/>
punk (Emo, Straight Edge, Anarchopunk...)	<input type="checkbox"/>
skinheads (Sharp, Rash, Nazi)	<input type="checkbox"/>
technoscéna (Drum&bass, Techno, House...)	<input type="checkbox"/>
metal	<input type="checkbox"/>
kresťanské spoločenstvá (Gospel)	<input type="checkbox"/>
Iné, prosím, zapíš.....	<input type="checkbox"/>
nezaradil by som sa k žiadnemu	<input type="checkbox"/>

- zredukovanie možností odpovedí napr. 12,30, a iné.

12. V súčasnosti, ako často piješ niečo alkoholické, napríklad pivo, víno alebo liehoviny ako vodka, slivovica, borovička?
Pokús sa zahrnúť aj tie prípady, keď si vypil/a iba malé množstvo. Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok

pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liehoviny / pálenky (napr. vodka, slivovica, becherovka, fernet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akékoľvek iné nápoje, ktoré obsahujú alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Koľko máš v súčasnosti blízkych kamarátov alebo kamarátok?
Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý stĺpec.

	chlapcov	dievčat	
<input type="checkbox"/>	žiadneho	<input type="checkbox"/>	žiadnu
<input type="checkbox"/>	jedného	<input type="checkbox"/>	jednu
<input type="checkbox"/>	dvoch	<input type="checkbox"/>	dve
<input type="checkbox"/>	troch alebo viac	<input type="checkbox"/>	tri alebo viac

- zjednotenie terminológie zberačov dát pred začiatkom zberu – pochopenie otázok
- poznanie jazyka a špecifik v danej cieľovej skupine
- poznanie špecifik komunikácie žiakov s mentálnym postihnutím
- akceptácia zvýšených personálnych, časových a finančných nárokov pri zbere dát danej cieľovej skupiny
- ideálny stav by bola prítomnosť učiteľa, resp. zástupcu pre overenie správnosti niektorých odpovedí
- zber dát realizovať na začiatku vyučovania kvôli schopnosti sa sústrediť

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0032-11. Táto práca bola čiastočne podporená Agentúrou pre štrukturálne fondy Európskej únie v rámci projektu CEMIO, ITMS: 26220120058 (60%).

Literatúra:

Vančová, A. (2005). *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, s.156.

Zostavovateľ: Mgr. Zuzana Dankulinová PhD

Recenzenti: Mgr. Mária Sarková PhD., Ing. Lucia Bosáková PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Rok vydania: 2013

ISBN 978-80-8152-059-4

Zborník je zverejnený ako elektronická publikácia na adrese

<http://www.upjs.sk/pracoviska/univerzitna- kniznica/e-publikacia/#lf>